

Ética, Saúde e Pobreza _ As Doenças Emergentes no Século XXI

Dirceu B. Greco

Professor titular, Departamento de Clínica Médica;
Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical;
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG

O aparecimento de novas doenças e o aumento da incidência daquelas já conhecidas caracterizam as doenças emergentes, as quais vêm ocorrendo em todo o mundo _ e o Brasil não é exceção. As razões e os possíveis facilitadores desta expansão são aqui discutidos, bem como as intervenções cabíveis. Mudanças nas decisões sobre a alocação de recursos, tanto para a saúde pública quanto para as pesquisas, bem como uma discussão ética e a necessidade de melhorar o padrão de vida da população, são condições indispensáveis para enfrentar estes graves problemas de saúde pública.

UNITERMOS _ Doenças emergentes, ética, saúde pública

*A vida é curta e muito longo o caminho a percorrer.
As oportunidades são passageiras, a experiência
traíçoeira e a avaliação difícil.*

Hipócrates _ Aforismos, I

Introdução

1. As doenças emergentes

Nos últimos anos, diversas novas doenças têm sido descobertas, algumas muito graves e de difícil controle. Somente para ilustrar, desde a descoberta do vírus da imunodeficiência humana (HIV), no início dos anos 80, mais de duas dezenas de patógenos foram descritos e envolvidos em diversas doenças (ver Quadro). Estas novas doenças vão se somar a outras já existentes _ cuja incidência tem aumentado _ e entre os novos agentes microbianos encontram-se diversos vírus para os quais o arsenal terapêutico disponível é muito precário (1,2,3).

A definição de doença emergente proposta pelos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) (4) dos Estados Unidos da América engloba tanto as doenças infecciosas de descoberta recente quanto aquelas cuja incidência tende a aumentar no futuro: "doenças causadas por micróbios que já se sabia serem patogênicos mas com padrão diferente de doença (aumento de incidência, processo patogênico inusitado) ou que foram reconhecidos como patógenos novos para o ser humano".

Do ponto de vista biológico, é possível afirmar que a emergência de novos patógenos não é novidade para o homem, que tem convivido com esta situação desde o início de seu processo evolutivo e, certamente, é possível antever que isto ocorrerá pelos anos que virão. Evidentemente, a situação atual tem características peculiares e preocupantes, entre elas:

- a) Aumento da população (mais de 6 bilhões de pessoas);
- b) Grandes movimentações destas populações, espontaneamente (viagens de lazer ou negócios) ou induzidas (guerras, secas e outros desastres ambientais);
- c) Aumento das doenças pela maior exposição de grupos específicos a situações de risco, como institucionalizados (prisões, asilos para idosos, orfanatos, migrantes, escolas), populações de rua, condições precárias de moradia;
- d) Mudanças ecológicas intensas e rápidas, relacionadas ao desenvolvimento econômico e industrial;
- e) Diminuição do suporte social, aumento do desemprego, urbanização desorganizada;
- f) Utilização intensa de antimicrobianos, facilitando, por um lado, o aparecimento de cepas resistentes e, paradoxalmente, por outro, também contribuindo para o desenvolvimento de resistência quando da falta de aderência a estes tratamentos.

É fato conhecido que os agentes das doenças infecciosas e parasitárias são parte do nosso *habitat* (nossa ecologia), sendo certamente pouco provável (e pouco desejável) sua completa eliminação. As complexas relações ecológicas (hospedeiro-meio ambiente-parasitas) ainda não estão completamente elucidadas e é desnecessário enfatizar a importância da manutenção deste equilíbrio para o próprio equilíbrio da vida. Por outro lado, o conhecimento técnico acumulado neste século já demonstrou de maneira inofensiva a estreita relação entre a melhoria das condições sanitárias básicas e a diminuição da incidência das doenças infecciosas e parasitárias. Aquelas incluem, mas não estão limitadas à, disponibilidade de água tratada, esgotamento sanitário, alimentação sadia, educação e emprego. Certamente, este controle pode ser facilitado pela aplicação dos resultados das pesquisas da ciência biomédica.

2. Controle das doenças

Os programas de incentivo ao aleitamento materno e a vacinação de suscetíveis (ou melhor, o acesso universal à vacinação) têm papel significativo para o efetivo controle de diversas doenças infecciosas. Entretanto, as sociedades industrializadas no final do século XX alardearam ser capazes de controlar todas as doenças infecciosas por meio da imunização ou tratamento. Nesse sentido, em setembro de 1978 foi assinada a Declaração de Alma Ata: no ano 2000, toda a humanidade deveria estar imunizada contra a maioria das doenças infecciosas, cuidados básicos de saúde estariam disponíveis para todos os homens, mulheres e crianças, independente de classe social, raça, religião ou lugar de nascimento.

Os diversos acontecimentos políticos e sociais, associados ao aparecimento da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), serviram para anular esta presunção (5). Apesar disso, pesquisadores e agentes da saúde pública ainda acham possível a perspectiva de acrescentar, nos próximos anos, ao rol das vacinas, uma vacina eficaz contra a AIDS, do mesmo modo como foi possível para outras doenças infecciosas. Desafortunadamente, "do mesmo modo" pode ter dois significados: sim, parece ser tecnicamente possível o desenvolvimento de uma vacina eficaz nos próximos anos. Entretanto, a mera existência de outras vacinas igualmente eficazes não tem sido sinônimo de disponibilidade mundial, e este é o segundo e cruel significado _ isto ocorreu, e ainda ocorre em muitos países, com o sarampo, rubéola, hepatite B e tétano, entre outras. Em outras palavras, a existência de determinada vacina não significa sua disponibilidade para todos que dela necessitem (6).

3. A situação brasileira

O Brasil chega ao final do século XX com diversos problemas sociais sérios, com reflexos diretos sobre a saúde pública. Entre estes, o êxodo da zona rural para as cidades, o desemprego e a vergonhosa concentração de renda. Segundo o IBGE, apenas 1% da população detém riqueza superior a dos 50% dos brasileiros mais pobres, ou seja, menos de 2 milhões de pessoas possuem mais que a soma dos bens de 83 milhões de brasileiros _ acresça-se a isto o descaso com a saúde pública. Evidentemente, estes fatores contribuem para o aumento da incidência de doenças infecciosas e parasitárias, incluindo o reaparecimento de outras já praticamente eliminadas (7), e a expansão de novas patologias.

Desta maneira, assiste-se à expansão dos casos de leishmaniose, hanseníase, dengue, malária e tuberculose, esta última principalmente em associação com a AIDS; ao reaparecimento da cólera e febre amarela urbana; ao não-controle da esquistossomose _ apesar da significativa diminuição dos casos novos de doença de Chagas, ocorrida principalmente através da dedetização, não houve melhoria significativa nas condições básicas para seu efetivo controle (melhor habitação, educação sanitária, emprego digno, etc.). Aliás, a necessidade desta melhoria e seu avesso (piora das condições de vida, desemprego, ausência de saneamento básico) é comum às outras doenças endêmicas, epidêmicas, emergentes e reemergentes deste final de século. Assim, não é desejável e muito menos possível fazer qualquer exercício de futurologia relacionado às doenças emergentes no século XXI. Entretanto, com base nos dados ora disponíveis, é possível analisar as tendências para os próximos anos.

4. A globalização ou a hegemonia da cultura do mercado e sua influência sobre as doenças emergentes no Brasil

O desmantelamento da União Soviética e a conseqüente hegemonia do pensamento único capitalista central sobre os países periféricos tem trazido sérios problemas para estas populações. A eficiência a todo custo, a concentração da riqueza, o enfraquecimento das políticas públicas sociais, tudo tem contribuído para transformar a noção de nação em um grande mercado global, no qual as políticas e as ações são decididas pelos países centrais. Esta nova cultura neoliberal pode e deve ser combatida mediante a luta por um novo paradigma, centrado na capacidade do ser humano e não na sua capacidade monetário-financeira.

Portanto, para que se possa controlar as doenças existentes e as emergentes atuais (e aquelas porvir), faz-se necessária a eliminação da pobreza e a acentuação da ética. A ética da correta utilização dos recursos públicos, a priorização de aplicação dos mesmos em atividades que beneficiem a maioria da população, principalmente nas áreas da educação, saúde pública e saneamento. A ética, aqui aplicada no seu senso mais amplo, pressupõe a aplicação dos princípios de autonomia individual para o bem coletivo e a justiça distributiva (ou equidade).

5. A AIDS como exemplo

O aparecimento desta nova doença no início dos anos 80, grave, mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, preconceito), pode servir como exemplo para o enfrentamento de outras doenças. A expectativa imodesta da possibilidade de controlar as doenças infecciosas no final do século XX veio por terra e, no caso específico da AIDS, pela dificuldade de efetivar os meios preventivos conhecidos e eficazes (modificação de comportamento, utilização de preservativos, bancos de sangue seguros, utilização de seringas descartáveis), de se desenvolver medicamentos realmente eficazes e de custo acessível e, ainda, de desenvolver e disponibilizar vacinas eficazes. Paralelamente, a disseminação global da infecção pelo HIV e o envolvimento da sociedade civil clamando por acesso à informação, verbas para pesquisa e novos medicamentos, bem como a oportunidade de expandir a discussão sobre temas complexos (sexualidade, morte, homossexualidade, uso de drogas injetáveis) trouxe benefícios reais. A participação de pessoas infectadas pelo HIV ou com AIDS em congressos médicos e em comissões governamentais de controle da AIDS pode ajudar na mudança do paradigma dos programas verticalizados, onde as decisões vêm do topo para a base, sem maiores discussões e sem a correta avaliação dos possíveis riscos e benefícios.

O Brasil, de modo inusitado, em comparação a outros programas de controle de doenças, está enfrentando a epidemia de frente, com distribuição (e breve produção local) de preservativos, produção local e distribuição gratuita de medicamentos anti-retrovirais, estabelecimento de rede pública de laboratórios para o diagnóstico e acompanhamento de pacientes e suporte para pesquisas. Estas medidas, se não suficientes para interromper a disseminação da epidemia, têm sido capazes de aumentar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida de pessoas com AIDS, além de possibilitar a melhoria das condições técnico-científicas dos profissionais de saúde. Além disso, propiciaram o envolvimento da sociedade civil não só na reivindicação de seus direitos mas, principalmente, como fator importante nas tomadas de decisão.

Este exemplo do enfrentamento da AIDS, com a efetiva participação da sociedade civil, bem como a implantação do Programa Nacional de Imunizações, pode ser aplicado a outros agravos de saúde, facilitando o possível controle das doenças emergentes, como primeiro passo para um novo paradigma da cidadania.

Assim, é impossível realizar o controle destas doenças sem se discutir equidade, justiça, vulnerabilidade e valorização do que é próprio, sem exacerbação de nacionalismo mas com a perspectiva da utilização do conhecimento sobre as necessidades locais, e não com a importação de soluções.

Alocação de recursos, ética e pesquisa

1. Alocação de recursos

De acordo com relatório do Banco Mundial (8), a miséria urbana será provavelmente o mais explosivo problema político e econômico do século XXI. A emergência de megalópolis, cidades com mais de 10 milhões de habitantes, será a tendência típica das nações subdesenvolvidas, onde mais de 50% da população não tem acesso à água tratada ou sistema de coleta de esgotos. No início do século XXI, 20 dos 25 maiores centros urbanos já estão concentrados nas regiões mais pobres do planeta.

No início dos anos 90, 25% da população urbana do Terceiro Mundo vivia em condições de pobreza absoluta, e não há indicadores de melhora no final da década. A verba do orçamento destinada à saúde é geralmente insuficiente: cerca de US\$ 3,50 *per capita* por ano em Uganda e menos de US\$ 100 no Brasil, enquanto os Estados Unidos destinam quase US\$ 3.000 por habitante.

A situação não é diferente em relação à educação, base para se conseguir eficaz prevenção para qualquer doença. Infelizmente, as verbas alocadas para a educação, *per capita*, em regiões com as maiores incidências de diversas doenças infecciosas, foram extremamente baixas, especialmente quando comparadas, por exemplo, com a América do Norte (US\$ 1.385) e Europa Ocidental (US\$ 813,14): África = US\$ 30,24; América Central: US\$ 51,60 e América do Sul = US\$ 92,46 (dados de 1990).

Este é o total gasto para todos os tipos de educação. Tomando-se o Brasil como exemplo, de cada 100 crianças que iniciaram o ensino fundamental em 1996, apenas 43 completarão a oitava série e somente oito deverão chegar à universidade.

Muito já foi escrito em relação ao enorme custo adicional aos cuidados com saúde imposto pela epidemia de AIDS, tanto os diretos (medicamentos, acompanhamento ambulatorial, hospitalizações) quanto os indiretos (educação, prevenção, perda de anos de trabalho). Mesmo considerando-se todas as possibilidades de reduzi-lo pelo envolvimento de toda a sociedade (família, amigos, ONGs, hospital-dia), os custos continuarão sendo muito maiores que os recursos disponíveis. Deve ainda ser enfatizado que, na maioria dos países do Terceiro Mundo, a AIDS vem se somar a uma grande lista de doenças endêmicas ou emergentes (por exemplo, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, leishmaniose, malária).

O argumento utilizado por muitos afirma que o financiamento de despesas com a saúde deve ser priorizado em relação a outros gastos públicos; desta maneira, o financiamento da saúde deveria ser aumentado às custas da diminuição do orçamento para gastos militares. Estima-se que um trilhão de dólares são gastos anualmente com armamentos e que das doze milhões de mortes em jovens, em 1989, nove milhões poderiam ter sido evitadas com o gasto de 2,5 bilhões de dólares. Infelizmente, o cenário mais comum indica que os gastos para o controle da AIDS são retirados do orçamento total para a saúde e qualquer aumento significa diminuição do aporte para as outras doenças. Aqui cabe, certamente, a pressão da sociedade para a modificação dos diversos orçamentos. Além disso, mesmo dentro do orçamento para a AIDS, é necessário definir para onde vão os recursos: se para os cuidados daqueles já doentes, para o rastreamento do sangue doado ou para a educação, prevenção e pesquisa.

Os ajustes estruturais determinados pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), associados com as crises de capital que se seguiram à queda do muro de Berlim, pioraram gravemente a condição humana e facilitaram a disseminação dos agentes microbianos (9). Ultimamente, mais de 178 bilhões de dólares/ano vinham fluindo das nações mais pobres para as mais ricas, enquanto apenas 60 bilhões de dólares tomavam o caminho inverso sob a forma de empréstimos ou ajuda externa. Assim, a aplicação mais eficiente do recurso disponível, a decisão sobre onde e como empregá-lo, a ingerência das agências internacionais (Banco Mundial, FMI) nesta definição são apenas alguns dos desafios a serem vencidos.

2. Ética e pesquisa

Ética: as doenças emergentes trouxeram à tona uma variedade de desafios econômicos, legais e, especialmente, éticos, tanto em países industrializados (10) como naqueles em desenvolvimento (11,12). Estes desafios se incluem em diversas categorias bem conhecidas:

- Alocação de recursos escassos;
- Proteção da saúde pública versus proteção individual (saúde pública vs. necessidades individuais);
- Discriminação;
- Pesquisa envolvendo seres humanos;
- Aplicação dos princípios de justiça distributiva.

Pesquisa: por muitos anos, pesquisas com colaboração internacional têm ocorrido, especialmente aquelas relacionadas com as doenças tropicais. Essas pesquisas, quase sempre, envolvem agências financiadoras, pesquisadores, instituições e, muitas das vezes, o próprio projeto oriundo de um país desenvolvido com a colaboração, geralmente pequena, de pesquisadores e instituições de países em desenvolvimento.

Nos últimos anos, a Organização Mundial da Saúde, por meio do "Tropical Disease Research" (TDR), tem tido significativo papel no financiamento de pesquisas sobre malária, esquistossomose, hanseníase, doença de Chagas e filariose. A pandemia da AIDS amplificou esta necessidade de colaboração internacional e a OMS, inicialmente por meio do Programa Global de AIDS e seu sucessor, a UNAIDS, tem tido eminente participação neste esforço.

A colaboração na pesquisa sobre AIDS tem obrigado o reexame dos aspectos legais, políticos, econômicos e, principalmente, éticos das pesquisas em geral. As dificuldades práticas para a discussão de cada um desses itens não são exclusivas da pesquisa relacionada à AIDS (13), mas as características peculiares desta epidemia tornaram vários pontos mais intensos e visíveis. É muito provável que as questões levantadas e os problemas que espera-se

sejam resolvidos ajudarão na pesquisa sobre outras doenças endêmicas ou epidêmicas. Diversas reuniões têm acontecido para discutir estes tópicos e numa delas, patrocinada pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos em 1990 (14), denominada *Consultation on International Collaborative HIV Research*, foi proposta uma série de recomendações para estas pesquisas. Em resumo, os participantes de diversas partes do mundo recomendaram que:

- É crucial o desenvolvimento de princípios éticos aceitáveis universalmente, os quais devem considerar os enfoques culturalmente relevantes para a implementação de projetos de pesquisa. A Declaração de Helsinque (15) e as Diretrizes Internacionais para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos (CIOMS) (16) devem ser os documentos éticos de referência;
- Todos os pesquisadores, tanto de países desenvolvidos como em desenvolvimento, devem colaborar em todos os estágios do estudo, desde o desenvolvimento do protocolo até a disseminação dos resultados; o uso dos resultados do estudo devem ser decididos com base nos princípios de justiça, significando que aqueles que arcam com o maior ônus devem receber os benefícios apropriados. Os voluntários e suas comunidades devem ter acesso aos medicamentos, vacinas, intervenções, estratégias de prevenção e quaisquer outros benefícios resultantes do estudo;
- O financiamento da pesquisa deve incluir reforço da capacidade local, não somente relativa aos objetivos específicos do projeto mas também àqueles relacionados com o desenvolvimento de infra-estrutura local, reforço institucional e melhoria da capacidade do país em desenvolvimento para conduzir projetos de pesquisa;
- É da maior importância a aplicação de todos os princípios éticos relacionados ao consentimento informado em projetos de pesquisa com colaboração internacional. Este consentimento deve ser obtido em situações que respeitem a dignidade de cada indivíduo, e deve considerar a língua e os valores culturais dos voluntários;
- A confidencialidade dos dados deve ser protegida durante todo o projeto;
- A inclusão de indivíduos vulneráveis necessitará justificativa especial e proteção apropriada. Indivíduos podem ser considerados vulneráveis quando: a) são incompetentes para dar consentimento válido; b) são potencialmente sujeitos à indução, coerção ou exploração. Estes grupos incluem mas não estão limitados a: crianças, mulheres grávidas ou lactentes, pessoas com doença ou comprometimento mental e prisioneiros. Membros das Forças Armadas provavelmente se enquadram entre os vulneráveis.

Estas recomendações complementam as contidas na Declaração de Helsinque e Diretrizes do CIOMS.

Apesar da existência destas normas éticas internacionais e de outras nacionais (17), a urgência para se encontrar mecanismos que controlem a disseminação exponencial da epidemia de AIDS, o crescimento das mortes por tuberculose, além do aumento da incidência de outras patologias, antigas e novas (ex., malária, dengue, cólera) tem sido utilizada como argumento para diminuir as exigências éticas para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, principalmente em países subdesenvolvidos. Com a justificativa de que os países pobres não têm mesmo acesso aos tratamentos ideais (no caso, medicamentos anti-retrovirais), parece existir uma ação concertada para modificar diversos itens da Declaração de Helsinque, especialmente naqueles relacionados com o acesso aos cuidados de saúde e à utilização de placebo como controle do experimento.

Sobre o acesso aos cuidados de saúde, está atualmente explícito na Declaração de Helsinque (II, 3) que os melhores métodos comprovados de diagnóstico e tratamento devem estar disponíveis para todos os voluntários (sejam esses do grupo caso ou controle). Foi proposta a modificação deste item para: "em qualquer protocolo biomédico de pesquisa, a todo paciente-sujeito, incluindo aqueles do grupo controle, se houver, deve ser assegurado que ele ou ela não terão negados o acesso ao melhor método diagnóstico, profilático ou terapêutico que em qualquer outra situação estaria disponível para ele ou ela". Isto significa que se o que estiver disponível for acesso algum, este será aquele eticamente justificável para conduzir o ensaio.

Em relação à utilização de placebo, está atualmente definido que sua utilização em pesquisas é possível somente quando inexistam outros métodos diagnósticos ou terapêuticos (II.3). A nova proposta acrescenta o seguinte artigo: "(...) Quando a medida do efeito (*end point*) não for morte ou incapacidade, placebo ou outros controles sem tratamento poderão ser justificados baseados em sua eficiência". Isto quer dizer que a eficiência (seja ela baseada em custo, número de voluntários necessários ou rapidez para o término da pesquisa) é justificativa suficiente para não incluir na comparação o procedimento, medicamento ou vacina com eficácia conhecida. Esta modificação avalizaria as pesquisas realizadas em países africanos e na Tailândia (18,19,20), onde o placebo foi utilizado nos testes com medicamentos visando diminuir a transmissão materno-fetal. Estes trabalhos, muito criticados do ponto de vista ético, foram realizados mesmo com o conhecimento de que o zidovudina (azt) profilático diminui significativamente este risco.

Esta propalada urgência para controlar a infecção pelo HIV, utilizada como argumento para estas modificações da Declaração de Helsinque, tem um sofisma fundamental. Na verdade, a urgência real de diversos países é o acesso a métodos preventivos, terapêuticos ou a vacinas eficazes, e não para ter acesso a ensaios clínicos _ estes poderão ser realizados em diversos países/comunidades com incidência alta para o HIV (ou para qualquer que seja a patologia pesquisada), onde os preceitos da Declaração de Helsinque vigente sejam aplicáveis, ou seja, onde haja menor vulnerabilidade. Vale enfatizar que o acesso ao melhor tratamento comprovado trata indivíduos como iguais, independente de sua classe social, origem ou local de moradia e está de acordo com o princípio ético de justiça distributiva. Acresça-se o fato de que a diminuição dos padrões éticos certamente facilitará o direcionamento das pesquisas para países/comunidades mais pobres e vulneráveis (21).

Assim, a pressão por modificações na Declaração de Helsinque é estritamente econômica (custa menos realizar um ensaio em locais onde a população não tem acesso aos cuidados médicos necessários) e não tem sustentação ética ou científica. Além disso, há falta crônica de recursos na maioria dos países em desenvolvimento, mesmo para os mais simples procedimentos e, por isto, estas nações poderiam estar incluídas no conceito de vulneráveis, ou seja, potencialmente sujeitas à indução, coerção e/ou exploração. Sua disponibilidade de participar nos projetos poderia estar relacionada com seus problemas econômicos, mais do que com suas reais necessidades locais.

Por pressão internacional, as modificações nos termos explicitados acima provavelmente não mais serão apreciadas quando da Assembléia da Associação Médica Mundial, a realizar-se em outubro de 2000, em Edimburgo, Escócia. Uma nova proposta está atualmente em discussão (maio de 2000): nesta, foi retirada a possibilidade da utilização de placebo quando da existência de tratamento eficaz. Entretanto, em relação ao acesso aos métodos diagnósticos e terapêuticos, propõe-se a substituição de "melhor método comprovado" por "método comprovado", o que continua caracterizando enorme retrocesso. O Conselho Federal de Medicina e a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com o apoio de diversas outras entidades, encaminharam à Associação Médica Brasileira (representante nacional na Associação Médica Mundial) uma firme posição de repúdio a essas tentativas de mudança na Declaração.

Portanto, vale repetir que o *momentum* de discussão trazido à tona pela epidemia da AIDS pode, e deve, com certeza, ser utilizado para alavancar os esforços para o controle de outras doenças infecto-parasitárias.

Perspectivas

Apesar de todos os problemas e dificuldades enumeradas, existem de fato condições para se lutar pela modificação do atual estado de pobreza e má distribuição de renda, pano de fundo para a disseminação de doenças. A oportunidade de ter acesso à saúde e educação digna, de envolvimento da sociedade civil e do enfrentamento da globalização neoliberal, é possível desde que nos organizemos como cidadãos. Entre os mecanismos viáveis para

tal atuação está o envolvimento dos profissionais e da sociedade civil, atuando juntos nos Conselhos de Saúde e de Educação e participando nas decisões sobre o orçamento. Estes fóruns podem decidir, entre outras medidas, o incentivo às pesquisas éticas e relevantes, o acesso aos programas de imunização, a melhoria das condições de saneamento básico, a vigilância epidemiológica e o acesso à educação de qualidade para todos.

Conclusões

O quadro descrito é grave, mas reflete a realidade. Há muitas incertezas em relação ao que o futuro trará em relação às doenças infecciosas e parasitárias conhecidas e a outras que certamente enfrentaremos (22), e a expectativa de saúde para todos no ano 2000 foi irremediavelmente adiada. As modificações necessárias são muitas, e a maioria bem conhecida:

a) Acesso à educação, emprego, moradia; acesso a cuidados de saúde já incluídos pelos signatários na Declaração Universal dos Direitos Humanos (artigos XVIII, XXV.1, Nações Unidas, 1948) (23);

b) A necessidade de envolvimento global tem sido proclamada para que todos tenham acesso à saúde, mas infelizmente este mote (24) e os artigos citados da Declaração Universal dos Direitos Humanos ainda são apenas figuras de retórica. O número de pessoas famintas tem aumentado continuamente e este aumento tem coincidido com a expansão da globalização;

c) Para o controle das endemias e epidemias todos os esforços devem ser combinados para prevenir sua disseminação, com a educação continuada de todos em relação aos métodos preventivos; para disseminar nosso clamor pela solidariedade e não-discriminação; para incentivar pesquisas eticamente apropriadas para novos medicamentos, testes diagnósticos e vacinas.

Na realidade, sem educação, recursos e cuidados de saúde não há perspectiva para o controle das doenças. E o acesso aos mesmos só ocorrerá após consideráveis modificações na ordem internacional _ ex., mais justiça, equidade, melhor distribuição de renda, proteção social. Evidentemente, esta nova ordem internacional só efetivar-se-á com as mesmas modificações em cada nação; realmente, é difícil clamar por justiça internacional quando a injustiça que grassa dentro do Brasil é tão evidente. É necessário, e vale repetir, mudar o paradigma da valorização monetária, de mercado, por outra de valorização do ser humano. Assim, com certeza, o Brasil será capaz de se impor como nação, contrapondo-se aos valores neoliberais da ordem econômica atual.

Será, entretanto, a ação concentrada de ativistas de todos os matizes e dos profissionais de saúde suficiente pressão para melhor alocação de recursos para a educação e saúde, melhor distribuição de renda? Provavelmente não, mas significa fazer com que nossas vozes de indignação contra o *status quo* sejam ouvidas. Nosso papel como cidadãos atuantes é multiplicar e amplificar o grito por justiça e equidade para todos, independente de raça, religião, origem ou língua.

Abstract _ *Ethics, Health and Poverty* _ *The Emergent Diseases in The 21st Century*

The emergence of new diseases and the increase in the incidence of those already known characterizes emergent diseases, which have been spreading around the world _ with Brazil being no exception. The roots and the possible facilitators of this expansion are discussed in this article, as are the appropriate interventions. Changes in the decision-making process for the allocation of resources, both for public health care and research, as well as an ethical debate and the need to improve the standard of living of populations, are considered imperative conditions in order to face these very serious public health problems.

Referências Bibliográficas:

1. Barradas RCB. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. *Rev Saúde Pub* 1997;31(5):531-7.
2. Lederberg J, Shope RE, Oaks SC, editors. *Emerging infections: microbial threats to health in the United States*. Washington DC: Academy Press, 1992.
3. Silva LHP. Principais doenças emergentes e reemergentes no Brasil. *Rev Estudos Avançados (USP)* 1999;13(35):87-9.
4. Addressing emerging infectious diseases threats: a preventive strategy for the United States. *MMWR* 1994;43:1-17.
5. Bayer R, Gostin L. Legal and ethical issues in AIDS. In: *Gotlieb MS. Current topics in AIDS*. New York: John Wiley and Sons, 1989: 263-86.
6. Connor SS. AIDS: social, legal and ethical issues of the third epidemic. In: *AIDS: profile of an epidemic*. Washington: PAHO, 1989: 141-58.
7. Mortes por febre amarela voltam a assustar o país. *Medicina (CFM)* 2000;113:18-20.
8. Urban politic and economic development. Washington: World Bank Report, 1991.
9. Weil DEC, Alicbusan AP, Wilson JF, Reich MR, Bradley DJ. The impact of development policies on health. Geneva: WHO, 1990.
10. Fauci AS. The AIDS epidemic: considerations for the 21st century. *N Engl J Med*.
11. Benatar SR. AIDS in the 21st century [letter]. *N Engl J Med* 2000;342:515-6.
12. Loue S, Okello D, Kawuma M. Research bioethics in the Ugandan context: a program summary. *J Law Med Bioethics* 1996;24:47-53.
13. Gostin LO. The AIDS litigation project: a national review of court and human rights commission decisions (part I: the social impact of AIDS). *JAMA* 1990;263:1961-70.
14. US Public Health Consultation on International Collaborative HIV Research; 1990 Sep. 24-26; Annapolis, USA.
15. Declaração de Helsinque. Somerset West, South Africa: World Medical Association, 1996.
16. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS, 1993.
17. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
18. Angell M. The ethics of clinical research in the third world. *N Engl J Med* 1997;337:847-9.
19. Lurie P, Wolfe SM. Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of HIV in developing countries. *New Engl J Med* 1997;337:853-6.
20. Schuklenk U. Unethical perinatal HIV transmission trials establish bad precedent. *Bioethics* 1998;12:312-9.
21. Greco DB. Clinical trials in "developing countries": the fallacy of urgency or ethics vs. economics. *Bull Med Eth* 1998;150:33-4.
22. Garrett L. *The coming plague*. New York: Penguin Books, 1994: 750 p.
23. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Nova York: ONU, 1948.
24. Bridge the gap? or Cut the crap. *Perspective (Project Inform)* 1998 Sep: 1-3.

Endereço para correspondência:

Rua Goitacazes, 14
30190- 050 Belo Horizonte MG
greco@medicina.ufmg.br