

A Evolução Científica e Tecnológica, o Aumento dos Custos em Saúde e a Questão da Universalidade do Acesso

José Eduardo de Siqueira

Doutor em Medicina; Professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina - PR; Mestrando em Bioética pela Universidade do Chile

Este texto pretende mostrar como a tecnologia mudou drasticamente o exercício da medicina na modernidade. Desde o relacionamento médico-paciente até a aplicabilidade clínica, as novas tecnologias médicas precisam ser submetidas não só a uma avaliação especializada, mas, sobretudo, a uma reflexão ética. A Bioética apresenta-se como foro privilegiado para se atingir tal desiderato.

UNITERMOS _ Tecnologia em Medicina; **"A investigação médica nos levará, sem dúvida, a soluções extraordinárias, tão custosas, porém, que ocasionarão tremendas dívidas sociais"**

Montagnier, 1990

1. Um breve perfil da sociedade moderna

Aristóteles entendia a política como a doutrina segura para se alcançar a sociedade justa, representando-a como uma extensão natural da Ética. Com Maquiavel, a política assumiu a característica de "razão de estado", traduzindo-se literalmente como "razão estratégica" ou, como interpretou o filósofo contemporâneo José Luis Aranguren, continuação da guerra por outros meios.

A política passou a ser a arte de administrar conflitos, os quais representam a marca registrada da sociedade moderna. Quanto mais complexa a realidade social, maiores os conflitos. Convivemos com essa tese pacificamente, o que nos preocupa, porém, é o crescente desequilíbrio entre o número de conflitos e a ausência de soluções. No campo sanitário, crescem perigosamente os conflitos insolúveis, aproximando-se do ponto de desintegração e descrédito dos sistemas oficiais de saúde de diferentes países; até mesmo os mais ricos não são poupados. Exemplo disso é uma pesquisa de opinião pública realizada em 1990, em dez países do Primeiro Mundo que dedicam grandes investimentos para a saúde e cujos programas obtiveram baixíssimos índices de aprovação por parte dos usuários. Os programas governamentais dos Estados Unidos e da Itália receberam, respectivamente, 10% e 12% de aceitação popular (1). Como é possível que a sociedade norte-americana esteja insatisfeita com a assistência médica, sendo o seu país gerador e exportador da mais moderna e sofisticada tecnologia em medicina? Sabe-se que os Estados Unidos levaram 43 anos (1938-1981) para atingir o primeiro bilhão de dólares investido em saúde; já o segundo, foi alcançado em apenas cinco anos (1981-1986).

Com tantos recursos investidos parece inexplicável o desapontamento popular. Os americanos buscam uma solução para o programa oficial "Medicare", que tem sua insolvência prevista para o ano 2002. Entre 1992 e 1993, o número de jovens sem nenhum tipo de seguro-saúde atingiu a impressionante cifra de 1,1 milhão, dos quais 922.000 eram menores de 18 anos (2). Apesar dos altíssimos investimentos já mencionados, os Estados Unidos ocupam, no *ranking* mundial das nações, o décimo-nono lugar em taxas de mortalidade infantil e o vigésimo-primeiro em expectativa de vida para os homens.

A sociedade moderna precisa ser repensada. E isso é uma tarefa para todos, mas, de maneira especial, um desafio para os filósofos, já que estão esgotadas as propostas de economistas e demais tecnocratas. Felizmente para a humanidade, os filósofos saem de seus gabinetes e debruçam-se sobre os graves problemas da modernidade. Ramo da ética aplicada, a Bioética apresenta-se como o caminho obrigatório que doravante devemos percorrer para encontrar soluções sensatas para a saúde.

Analisando o momento sociocultural em que vivemos, Zan recorda a proposta de Habermas para alcançarmos a justiça social com imparcialidade. Isso ocorreria "somente sob as pressuposições comunicativas de um discurso ampliado, ou aberto universalmente, no qual possam tomar parte todos os possíveis afetados, constituindo-se na mais elevada intersubjetividade e no entrecruzamento das perspectivas de cada um com as de todos"(3). Em resumo, não mais soluções de gabinete. O "economês" substituído pela linguagem corrente dos homens. Com essa

proposta o filósofo não busca, é óbvio, um coletivismo anárquico e ultrapassado, mas sim recompor a ética comunitária que está prisioneira de um poder burocrático gerencial regido por uma racionalidade estratégica e que contempla, tão somente, o jogo competitivo do mercado. Dissolvidos os vínculos comunicativos fundados em valores e na tradição cultural, todos os sistemas normativos de convivência social entraram em crise. As ações sociais não são mais medidas por critérios de validade intersubjetivos, mas por êxitos no processo competitivo. Nesse teatro do absurdo, vence um personagem sem face que manobra com habilidade as variáveis econômicas do mercado e não a face sofrida do ser humano. Não há lugar para argumentos em favor da justiça e da legitimidade. Vive-se a cultura da competição, a lei do mais forte _ que derrubou todas as barreiras morais da sociedade. Filho legítimo dessa cultura é o monstro presente na fauna dos países latino-americanos, em especial, amplamente conhecido pelo nome de corrupção. Imaginem o estado de perplexidade que dominaria o sábio Aristóteles caso viesse a assistir esse perverso monstro ser alimentado pelas mãos de nossos políticos.

2. Relação médico-paciente: a intromissão da tecnologia

Uma interessante análise realizada pelo Greenlick da Universidade de Oregon compara as ações dos médicos nos anos 1935, 1985 e 2005. Torna patente o progressivo deslocamento do modelo liberal da década de 30 _ quando a profissão era exercida em consultórios com mínima tecnologia _ para o atendimento atual, realizado em hospitais com sofisticados equipamentos e laços quase nulos de relacionamentos entre médicos e pacientes. Para o ano 2005, o autor prevê um profissional cercado de aparelhos de altíssima tecnologia e irreversivelmente afastado do atendimento individual aos pacientes (4).

Em nossa sociedade atual, evoluiu-se rapidamente do modelo liberal para a medicina tecnológica e empresarial. Na cidade de São Paulo, por exemplo, já nos anos 70 a atuação exclusiva em consultórios representava somente 8,4% das várias formas de inserção do médico no mercado de trabalho, a qual, em 1980, representava apenas 5,6% (5).

A medicina passa a ser exercida com base em novas regras extraídas do espírito da racionalidade moderna, que produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente mas também no atendimento do próprio ser humano doente. Abandona-se a figura do indivíduo doente e encontra-se a doença presente em alguma parte do corpo. O órgão doente transforma-se no objeto exclusivo da atenção médica. Busca-se obsessivamente a instância primordial, mergulha-se fundo na busca do celular, do molecular, do DNA, enfim, do código da vida. A intervenção do médico migra do mundo do paciente para um universo impessoal preenchido por equipamentos que pertencem a uma entidade chamada hospital, que é dirigida por uma grande empresa ou pelo todo poderoso Estado. A legitimidade da investigação se transfere do profissional isolado para um complexo de alta tecnologia, no qual o apequenado doutor, de maneira até caricatural, faz lembrar o operário vivido por Charles Chaplin em "*Tempos Modernos*".

A tendência irreversível para a criação de novas especialidades e subespecialidades e o fato de os médicos serem pouco consultados quando da formulação das políticas de saúde são causas que, associadas, propiciam o surgimento de uma "nova ciência", em que a elaboração subjetiva do diagnóstico das moléstias _ anteriormente de competência do médico _ é substituída por valores fornecidos por aparelhos. A medicina ganha ares de ciência exata. Atrofia-se enormemente a destreza em colher anamneses elucidativas, o exame físico detalhado se transforma em exercício cansativo e ultrapassado diante do poder inesgotável de informações fornecidas pelos aparelhos. O que era complementar agora é essencial. Por que palpar detidamente um abdome se o ultra-som revela detalhes de minúsculos cálculos vesiculares? Por que auscultar atentamente um coração se o ecocardiograma ou a cintilografia do miocárdio fornecem informações precisas da anatomia e fisiologia da bomba cardíaca? A medicina tecnológica apreende a "doença" até mesmo onde o paciente não a percebe. Quem sabe quantas vesículas biliares foram extirpadas tendo como guia exclusivo o ultra-som abdominal? Produz-se uma verdadeira subversão dos métodos diagnósticos e terapêuticos.

A nova ordem científica concebe uma medicina exercida progressivamente com menor participação do paciente como sujeito. A incorporação de uma tecnologia impessoal reduz os momentos de manifestações da subjetividade e de avaliações das variáveis socioantropológicas. Os pacientes passam a ser repartidos em clientela segundo estratificações sociais e diferentes tipos de seguros de assistência médica. Naturalmente, passa-se a oferecer atenção médica em consonância com o plano de saúde de cada segurado. Uns terão acesso a toda tecnologia disponível; outros, pouco ou nada receberão. De um lado, a medicina de alto custo, reservada a fatias cada vez menores da sociedade; de outro, longas e intermináveis filas de despossuídos e, portanto, desassistidos. Descaracteriza-se profundamente a arte médica, pois estão abalados seus próprios fundamentos originais que tinham no binômio médico-paciente uma relação intersubjetiva plena. A medicina tecnológica altera a fase de elaboração do diagnóstico e, no mesmo sentido, o ato terapêutico. O verdadeiro médico não é mais aquele que *assiste* ao paciente, mas sim o que *cura* a doença. Os inesgotáveis recursos terapêuticos produzidos por uma ávida indústria de remédios associados aos novos equipamentos para diagnóstico fazem da clínica uma prática superada. A medicina será exercida cada vez mais por especialistas em áreas cada vez menores do conhecimento. Subespecialistas e alta tecnologia são as características da medicina moderna, entronizada como a verdadeira

"medicina científica". O "deus-tecnologia" deslocou a esfera do poder e, assim, os pacientes não mais se submetem à figura pessoal do médico, mas surge uma subordinação impessoal ao novo saber científico. Confia-se na medicina tecnológica e desconfia-se dos médicos. Exemplos vivos desse fenômeno são os médicos norte-americanos. A maioria dos processos de *mal practice* em curso nos Estados Unidos se refere ao uso insuficiente ou inapropriado de técnicas diagnósticas (4). Distante está o tempo em que o estetoscópio no pescoço significava símbolo de poder.

A pretensa neutralidade da nova ciência, não admitindo limites em seus fins, gera um grave problema ético que assim é exposto por Berlinguer: "a velocidade com que se passa da pesquisa pura para a aplicada é, hoje, tão alta que a permanência, mesmo que por breve tempo, de erros ou fraudes pode provocar catástrofes"(6).

Ainda está distante, para a Medicina moderna, o encontro do equilíbrio que novamente promova a aproximação do médico e paciente. A intromissão da tecnologia entre ambos foi tão grande e profunda que os infelizes protagonistas sequer se tocam, quando não são contumazes inimigos.

3. Tecnologia: custos e acesso

A meta "saúde para todos no ano 2000" _ proclamada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) _ parece algo inatingível, particularmente para os países da América Latina que apresentam uma das maiores taxas de desigualdade social do mundo. Segundo o Informe de 1995, da Organização Pan-Americana da Saúde, "as mudanças socioeconômicas reduziram marcadamente a capacidade das instituições sanitárias para distribuir, na devida forma, serviços eqüitativos aos segmentos vulneráveis da população, o que elevou ao primeiro plano a falta de equidade e a busca de sua solução. Os dados mostram que a disponibilidade da atenção médica é tanto menor quanto menor o Produto Nacional Bruto (PNB) *per capita* do grupo de países"(7). Dois recentes artigos sobre o sistema de saúde norte-americano referem: a) uma provável insolvência futura do Medicare, que mesmo registrando um incremento de 10% com gastos médicos em 1994 quando comparado com o sistema de atenção privado, que cresceu apenas 5% no mesmo ano, não resultou em melhor assistência (8); b) a partir de 1970 houve uma progressiva redução no número de hospitais públicos americanos: de 1.800 para os atuais 1.390 (9).

Como explicar estes dados nos Estados Unidos, um dos países com a maior renda *per capita* do mundo e campeão de investimentos em pesquisas e desenvolvimento tecnológico? Lá, investe-se 2,9% do Produto Interno Bruto (PIB) em pesquisa. Para se ter noção do que isto representa, basta saber que o Brasil, ao longo da década de 80, teve um investimento em pesquisa que oscilou entre 0,4% a 0,6% do seu PIB, o que está dentro do índice médio da América Latina, que é de 0,6%. Recentemente, estimou-se em 50.000 o número de cientistas trabalhando no Brasil. Este número é dezoito vezes menor do que o registrado nos Estados Unidos, que é, de longe, o principal centro de poder científico e tecnológico do planeta e continua sendo o responsável pela definição das tendências de avanços da ciência em nível mundial. Entretanto, apesar dos enormes investimentos econômicos menos da metade da população americana tem pleno acesso aos serviços de atenção à saúde.

Para ilustrar como o acesso aos modernos avanços tecnológicos em saúde está além das racionalidades técnico-científicas e de investimentos econômicos, reunimos na Tabela 1 indicadores dos Estados Unidos e de alguns países da América Latina e Caribe. Estes índices parecem mostrar que uma vez garantido um investimento adequado em recursos humanos e instalações físicas, é mais efetivo o sistema que garanta uma maior cobertura para procedimentos básicos e adote algum tipo de critério racionalizador para a utilização de procedimentos mais caros, do que aquele onde ocorrem gastos muitos elevados para doenças específicas, mas consideráveis parcelas da população persistem sem acesso ao Sistema como um todo.

Tabela 1: Alguns indicadores dos sistemas de saúde de países americanos

Países Indices	ESTADOS UNIDOS	ARGENTINA	CHILE	CUBA
Gastos c/ saude(% PIB)	12,4	8,2	2,6	-
População c/ acesso aos Sistemas de Saude (%)	50	71	97	100
Esperança de vida p/ homens (anos)	72	67,3	68,1	73,5

Esperança de vida p/ mulheres (anos)	78,8	74	75	77
Coeficiente de mortalidade infantil (p/ 1000 nascidos vivos-NV)	9,1	31	20	11

Fonte: Novaes HMD. *Desenvolvimento científico e tecnológico em saúde: ciência, tecnologia, política, economia e saúde: uma perspectiva internacional. Saúde em Debate* 1995;46:34-43.

Para muitos países, o único caminho capaz de compatibilizar atenção médica cara e recursos limitados consiste em privar uma parcela da população do acesso aos avanços tecnológicos da medicina, por razões exclusivamente econômicas. São conhecidas, por exemplo, as diretrizes de muitos países que impedem a hemodiálise e transplantes de órgãos a pessoas com idade avançada ou portadoras de algumas doenças degenerativas. Assim, qual a conduta ética frente à escassez de recursos na área da saúde? Esta parece ser uma questão que não tem uma resposta única e satisfatória. Nos Estados Unidos, onde os direitos individuais são reverenciados, existem sérios problemas com essa espécie de ditadura do indivíduo sobre o coletivo. Por exemplo, quando no Estado de Oregon decidiu-se sustar o pagamento para transplantes de órgãos enquanto todas as pessoas que viviam abaixo do nível de pobreza não recebessem os cuidados básicos de saúde, houve uma onda de protestos que ocupou as manchetes dos principais jornais americanos, até que, finalmente, a medida foi revogada.

Outro aspecto crucial, do ponto de vista ético, é o estabelecimento de critérios para a escolha de um paciente em detrimento de outro, quando do recebimento do benefício de um procedimento de alto custo. Uma defesa do utilitarismo contra a escolha aleatória do beneficiado é feita por Forsberg em resposta a Childress, defensor da randomização. Forsberg cria o hipotético caso em que apenas um paciente poderia receber o único rim disponível para transplante. Os concorrentes seriam um célebre cientista (Dr. Koop) e um desocupado (*hapless hobo*). Forsberg considera irracional a eventual escolha do segundo e conclui que decidir aleatoriamente em circunstâncias similares é o mesmo que "decidir não decidir" (10). Que método de escolha adotar e quem deve ter a autoridade para tanto? Hoje, em muitos países, são os médicos que decidem e o fazem buscando beneficiar o maior número de pacientes. Somente quem conhece o sofrimento de optar por um paciente sabendo que o outro, privado da assistência, poderá morrer, pode e sabe avaliar o quanto é duro e cruel exigir isto de um profissional educado para salvar vidas e não favorecer a morte.

Outra situação ainda passível de debates é a que se convencionou chamar de futilidades terapêuticas em situações de escassos recursos. É o caso da recuperação de paradas cardiorrespiratórias em certos pacientes. A tecnologia moderna possibilita manter sob controle os dados vitais de um paciente, quase que indefinidamente. Muitos consideram atitude desproporcional a reanimação de certos pacientes, por se consumir em uma situação de baixa expectativa de vida uma grande quantidade de recursos que poderiam beneficiar outros pacientes, considerados de maior viabilidade. É preciso dizer, no entanto, que as decisões médicas em negar certos cuidados, rotulados de fúteis, exigem ponderações com sólidas fundamentações científicas. Atitudes rígidas, nessas circunstâncias, podem conduzir a erros irreparáveis. Parece pouco sensato, por exemplo, não proporcionar alguns procedimentos diagnósticos e terapêuticos com base exclusivamente em idade do paciente ou negar cuidados intensivos de UTI a um recém-nascido ou, muito prematura ainda, uma cirurgia de revascularização miocárdica a octogenários.

4. Tecnologia: uso e abusos

Seria tolice questionar os benefícios auferidos pela humanidade com os avanços tecnológicos alcançados pela medicina moderna. Basta mencionar as precisas informações obtidas pelos modernos tomógrafos, pela ressonância nuclear, pela medicina nuclear e, ainda, o amplo uso do ultra-som como método diagnóstico; o extraordinário valor da mamografia na detecção precoce do câncer de mama; as detalhadas informações obtidas pela endoscopia digestiva e pelas cineangiografias; as cirurgias realizadas por videolaparoscopia; as microcirurgias e os procedimentos cirúrgicos com auxílio da robótica, que tornaram quase inexistente a distância entre a realidade e a ficção. É, portanto, desnecessário derramar elogios à moderna tecnologia. O que parece imprescindível, porém, é reconhecer o uso inadequado desse custoso aparato. Assim, exemplo perverso da utilização da informática médica foi apontado por Woodward, que relata um fato ocorrido em Maryland, no qual 24 pessoas venderam informações retiradas das observações clínicas de pacientes, armazenadas na base de dados do sistema Medicare. As justificativas dos compradores das informações variaram desde a simples curiosidade até interesses sexuais, de vingança, etc.(11). Já existe um movimento por parte do Comitê de Ética da Associação Médica Britânica visando proteger o sigilo da informação dos pacientes e ameaçando um boicote ao sistema de redes de computação do

governo. Nos Estados Unidos, também está sendo proposta uma legislação que permite ao paciente discriminar as informações a serem armazenadas na memória dos computadores dos hospitais.

Problema da maior importância é o representado pela transferência de tecnologia do Primeiro para o Terceiro Mundo. Como controlar esse fluxo num mundo tão globalizado como o atual? Embora pareça, não é uma atitude simples oferecer os avanços científicos a todo ser humano em qualquer país do mundo. Woolhandler e Labar relatam a instalação, em Zagreb, nos anos 80, de um Centro de Transplantes de Médula Óssea e questionam: "Foi uma decisão imprudente ou uma escolha menos ruim?" A dúvida se justifica, pois o custo de um transplante era orçado em 100.000 dólares; considerando-se a possibilidade de dez procedimentos por ano, o benefício proporcionado a dez pacientes resultaria em uma despesa de um milhão de dólares. Levando-se em conta que a mortalidade infantil nessa região da Iugoslávia era de 40/1000 nascidos vivos, a razão, talvez, mandasse construir maternidades que exigiriam muito menos recursos com um número incomparavelmente maior de beneficiados (12).

A transferência de tecnologia dos países do Primeiro para o Terceiro Mundo é, com freqüência, feita por caminhos pouco ortodoxos. A venda de um equipamento caro e de utilidade questionável para países subdesenvolvidos é facilitada pela enorme corrupção e vaidade de alguns homens públicos que detêm o poder de decisão e têm olhos para a saúde financeira de seus próprios bolsos, entretanto cegos para as prioridades reais da assistência à saúde da população. Assim, no início da década de 90, alguns hospitais brasileiros adquiriram o que seria o mais moderno e eficiente equipamento para o tratamento da hiperplasia benigna da próstata. O aparelho utilizava o princípio da termoterapia e custava aproximadamente um milhão de dólares. Os resultados terapêuticos foram tão pífios que, passados poucos anos, já se considera uma metodologia descartada para o tratamento do adenoma prostático. Por uma soma estratosférica, para nossos padrões, ganhamos uma caríssima sucata e deixamos de investir em cuidados preventivos que poderiam modificar a escandalosa e vexatória taxa de mortalidade materno-infantil de nosso país. Pode-se, ainda, citar os aparelhos para litotripsia biliar e renal, também de custos elevadíssimos e questionável eficiência.

Outra área em que se discute a ética da alocação de recursos refere-se à liberdade do médico estabelecer normas próprias de investigação diagnóstica de seus pacientes. Em nosso meio, isso é muito comum e exige uma profunda ponderação dos profissionais de saúde no que concerne à racionalização de gastos. Afinal, vivemos permanentemente numa economia de escassez. O exercício da cidadania nos obriga, resguardadas as medidas de segurança para os pacientes, a agir com parcimônia no uso de recursos para a investigação clínica. Um estudo realizado em oito hospitais na Inglaterra, analisando a solicitação de estudos radiológicos e anatomopatológicos para avaliar um pequeno número de doenças, revelou uma enorme variedade de condutas, mais dependentes da decisão de cada médico do que de critérios científicos de consenso. Kaplan estudou 6.200 análises bioquímicas realizadas em 2.000 pacientes do Hospital da Universidade da Califórnia, que seriam submetidos a cirurgias eletivas, e concluiu que 60% eram desnecessárias (13). Mais graves ainda são as indicações incorretas de alguns procedimentos invasivos. A avaliação de 382 implantes de marca-passos cardíacos artificiais, realizados em trinta hospitais da Filadélfia, mostrou que 77 pacientes não preenchiam as indicações clínicas necessárias para o recebimento dos aparelhos (14). Um estudo realizado em três grandes centros norte-americanos que realizam endoscopia digestiva evidenciou que em 17% de um total de 1.069 procedimentos a indicação do exame foi considerada desnecessária e incorreta (15).

Nos últimos dez anos, muitos países passaram a buscar em conferências de consenso o método adequado para avaliação das novas tecnologias em medicina. Assim, por exemplo, o Centro Nacional de Tecnologia em Saúde dos Estados Unidos conseguiu economizar milhões de dólares para o Sistema Medicare (16). A Escola de Saúde Pública da Universidade de Harvard estimou a economia realizada em dez anos pela não-alocação de recursos em alguns procedimentos: 130 milhões de dólares em fotografia de células endoteliais; 146 milhões de dólares na proposição de diálise para tratamento da esquizofrenia e 477 milhões com a ceratotomia radial para tratamento da miopia (17). Da mesma maneira, a Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia relacionou a economia realizada em 1981 pela decisão de não investir recursos em três procedimentos médicos que eram propostos: 6 a 20 milhões de dólares em uso doméstico de oxigênio; 87 a 97 milhões em monitorização de marca-passos cardíacos por telefone e de 10 a 15 milhões para o tratamento da artrite reumatóide por plasmaferese (17). Vemos, assim, a absoluta necessidade de que todos os países formulem políticas que possam controlar investimentos em novas tecnologias, mormente os do Terceiro Mundo.

Para concluir a análise desse tópico, conforme já enfatizado são enormes os benefícios que os avanços tecnológicos em medicina trouxeram para a humanidade. Faz-se necessária, porém, uma avaliação sistemática e criteriosa de quaisquer novos procedimentos. Saber de suas aplicações e benefícios quando comparados com os já existentes. Em relação aos profissionais mais jovens, julgo imprescindível cultivar o espírito crítico para que resistam às seduções exercidas pelos novos equipamentos e seus ardilosos vendedores.

5. Bioética e tecnologia

Segundo Gracia, "nos temas relacionados com a justiça distributiva sanitária a ética parece ter desatendido a

economia e a política, e estas, por sua vez, decidiram prescindir dela" (18). É, portanto, tarefa dos bioeticistas recompor a harmonia entre ética, economia e política. Isso pode, às vezes, resvalar no utópico, pois busca-se nada menos que conseguir implantar o ideal da justiça na sociedade humana. Acresce que a solidariedade entre os homens necessita ser entendida como condição complementar à idéia da justiça. Assim, a teoria da justiça de Rawls e a da comunicação de Habermas pretendem apontar o caminho para a construção de uma sociedade mais justa, calcada na solidariedade e respeito entre os homens. Sabemos, porém, que a simetria total dos participantes de um processo de comunicação, como imaginada por Habermas, é algo inatingível e, na prática, o que se observa são soluções nem sempre justas e favoráveis aos mais fracos. No campo da saúde, essas situações são desastrosas.

O que parece indiscutível para a maioria, porém, é que devemos desconsiderar o modelo liberal como fonte de soluções justas. Os cuidados com a saúde não podem figurar como simples variáveis das leis do mercado. Precisamos partir do pressuposto de que sendo a saúde um bem fundamental, o acesso aos cuidados médicos deve ser universal. Não se constrói um verdadeiro Estado Social de Direito sem uma justa distribuição de recursos no campo sanitário. O princípio das diferenças individuais, porém, não é incompatível com a construção de uma sociedade justa e solidária. Pluralidade dos homens e justiça social podem e devem conviver juntas.

No Primeiro Congresso Mundial Sobre as Mudanças de Valores Sociais e Políticos, realizado em 1993, em Madri, identificou-se como uma tendência dos tempos modernos o que se convencionou chamar de "ética da realização". Seria uma valorização do indivíduo como a única unidade de medida válida para o processo de formação de valores e atitudes. A prioridade seria a auto-realização e a felicidade pessoal, independente do compromisso com a vida familiar ou comunitária. A prevalecer essa tendência, mergulharemos no escuro poço do cultivo ao hedonismo e todos morreremos afogados. Equivocam-se os que vêem nos vínculos sociais uma ameaça à autonomia da pessoa. A figura do "Eu isolado", sem vínculos com a comunidade que o cerca, gerou o que alguns sociólogos denominam de "Eu saturado".

Bloom, citado por Castiñeira, assim descreve o jovem estudante norte-americano de hoje: "O futuro indeterminado ou aberto e a falta de um passado vinculante significam que a alma dos jovens se encontra em um estado semelhante ao dos primeiros homens: espiritualmente desnudos, desconectados, separados, sem relações herdadas ou incondicionais com nada ou alguém. Podem ser o que quiserem, mas não têm nenhuma razão particular para ser nada em especial" (19). Este "Eu saturado" precisa ser substituído por um "Eu integrado" que tenha consciência reflexiva e crítica e que busque o reconhecimento do outro que está ao seu lado. Somente assim poderá construir sua própria identidade. É o *pluralismo implicado* defendido por inúmeros filósofos modernos, inclusive por Castiñeira, que vêem aí a possibilidade de redescobrimto da comunidade. Significa buscar uma razão comprometida com verdadeiras práticas morais, sem o que, segundo Arangúren, a sociedade acabará por *desmoralizar-se* e encontrar seu fim.

A tomada de decisão médica, em nossos dias, está marcada por uma grave crise. De um lado, o desenvolvimento econômico e tecnológico que vê o usuário como consumidor sujeito às regras do mercado; por outro, o paciente, um ser humano que busca atenção médica como legítima expressão de sua cidadania. Entre esses extremos, o médico atônito e despreparado para administrar o conflito. Não haverá solução para esta crise, senão em reflexões promovidas por grupos multidisciplinares, como propõe a Bioética.

Abstract _ *Scientific and Technological Evolution, the Increase of Health Costs and the Issue of the Universality of Access*

This text tries to show how technology has drastically changed the practice of medicine in the modern age. From the doctor-patient relationship to clinical applicability, the new medical technologies must be submitted not only to a specialized evaluation, but, primarily, to an ethical consideration. Bioethics presents itself as a privileged forum in which to reach this desired end.

Referências Bibliográficas

1. Blendon R, Leitman R, Morrison I, Donelan K. Satisfaction with health system in ten nations. *Health Aff (Willwood)* 1990;9:185-92.
2. Fronstin P. Children without health insurance: an analysis of the increase of uninsured children between 1992 and 1993. *Inquiry* 1995;32(3):353-9.
3. Zan J. Éticas del siglo. Argentina: Asociación Argentina de Investigaciones Éticas; Ed. Tekhne, 1994: 25-72.
4. Greenlick M. Educating physicians for the twenty-first century. *Acad Med* 1995;70:179-85.
5. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
6. Berlinguer G. Questões de vida: ética, ciência, saúde. São Paulo: APCE/Hucitec/CEBES, 1993.
7. Organización Panamericana de la Salud. En busca de la equidad: informe anual del director 1995.

Washington, D.C.: OPS, 1995. (OPS, Documento Oficial, nº 277).

8. Wilensky G. The score on medical care reform-minus the hyper and hypoerbole. N Engl J Med 1995;333:1774-7.
9. Kasssirer J. Our ailing public hospitals: cure them or close them. N Engl J Med 1995; 333:1348-9.
10. Forsberg RP. Rationality and allocating scarce medical resources. J Med Philos 1995; 20:25-42.
11. Woodward B. The computer-based patient record and confidentiality. N Engl J Med 1995;333:1419-22.
12. Woolhandler S, Labar B. Transplanted technology: third world options and first world science. N Engl J Med 1987;317:504-6.
13. Kaplan EB, Sheiner LB, Boeckmann AJ, Roizen MF, Beal SL, Cohen SN, Nicoll CD. The usefulness of preoperative laboratory screening. JAMA 1985;253:3576-81.
14. Greenspan AM, Kay HR, Berger BC, Greemberg RM, Greenspon AJ, Gaughan MJ. Incidence of unwarranted implantation of permanent cardiac pacemakers in a large medical population. N Engl J Med 1988;318: 158-63.
15. Kahn KL, Kosecoff J, Chasssin MR, Solomon DH, Brook RH. The use and misuse of upper gastrointestinal endoscopy. Ann Intern Med 1988;109:664-70.
16. Braun P. Need for timely information justified NCHCT. Med Instrum 1981;15:302-4.
17. Banta HD. Tecnologia para a saúde. Divulgação em Saúde para Debate 1991;(3):8-16. Texto publicado originalmente com o título "Uma abordagem estratégica da avaliação de tecnologias em saúde".
18. Gracia D. Qué es un sistema justo de servicios de salud? principios para la asignación de recursos escasos. Bol Of Sanit Panam 1990;108(5/6):570-85.
19. Castiñeira A. Hábitos del corazón, comunidad civil y pluralismo implicado. Rev Sal Terrae 1995;83/1:3-18.

Endereço para correspondência:

Comitê de Bioética do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina
Av. Robert Koch, 60
86038-440 Londrina - PR