

CIÊNCIAS DA SAÚDE

CIÊNCIAS MÉDICAS E CIÊNCIAS DA SAÚDE. CONSIDERAÇÕES DESDE A BIOÉTICA. (PARTE I)

MARCIO ULISES ESTRADA PANEQUE^a

CARIDAD ROSA VINAJERA TORRES^b

ulisesdelfin51@yahoo.es

carivito@yahoo.es

RESUMO

Realiza-se uma valoração bioética do estado de arte das ciências médicas e da saúde, com o objectivo de reflectir sobre os seus dilemas, paradigmas, objectivos, desafios e limites. Abordam-se aspectos filosóficos, axiológicos e epistemológicos do decorrer da medicina na actualidade, e é apresentado – nesta primeira parte do ensaio –, uma análise de aspectos tão controversos como a medicina e sociedade, diversidade do ambiente médico, medicina como ciência e sistema, filosofia e epistemologia da medicina, economia e medicina, princípios bioéticos na actuação profissional, bem como a necessidade de um diálogo interdisciplinar e transdisciplinar entre estas ciências e os valores humanos.

Palavras-chave: bioética, ciências médicas e ciências da saúde.

ABSTRACT

It carried out a bioethical evaluation of the medical and health sciences state of the art, in order to reflect on their dilemmas, paradigms, objectives, challenges and limits. It address philosophical, axiological and epistemological course of actual medicine, and is presented - in this first part of the paper - an analysis of controversial aspects of medicine and society, the medical environment diversity, medicine as a science and philosophy and epistemology system of medicine, economics and medicine, and the bioethical principles

^a Doutor em Ciências Médicas. Professor Titular e Consultante. Especialista de Primeiro e Segundo Grau em Pediatria e em Saúde Pública. Mestre em Infectologia e em Saúde Reprodutiva e Professor no Instituto Superior Politécnico Sol Nascente do Huambo.

^b Doutora em Ciências Filológicas. Professora Titular e Consultante e Professora no Instituto Superior Politécnico Sol Nascente do Huambo.

in professional work, as well as the need for an inter and transdisciplinary dialogue between these sciences and human values.

Key words: bioethics, medical sciences and health sciences.

INTRODUÇÃO

As ciências médicas e de saúde, comumente conhecidas como medicina, são expressões da ciência e da técnica, que têm objectivos e limites que se devem determinar à medida que as condições em que vivemos mudam. Na actualidade essas ciências são mais avançadas, mas teríamos que questionar se no seu desempenho devem abarcar tudo o que podem fazer, ou se o facto de recuperar a saúde independentemente de evitar a morte e realizar investigações e intervenções de saúde, não são já objectivos de uma medicina de outras épocas. Há que reconhecer que doença, dor, sofrimento e morte são estados intrínsecos à condição humana. Daí que se deve aceitar, clínica e filosoficamente o fim da vida humana. É preciso que a medicina se conceba a si mesma como uma actividade humanitária e técnica ao serviço de todos, o que implica que tem de enfrentar decisões complexas, às vezes sem soluções, e tentar ser fiel a si mesma, manter -se viável e sustentável para não depender exclusivamente do desenvolvimento tecnológico ou do discurso político, em ocasiões inalcançáveis para todos ^(1,2).

A sociedade exige serviços de medicina, mas as demandas sociais não têm sido sempre atendidas: ainda existe falta de equidade, acessibilidade, projecção solidária e gratuidade nos serviços de saúde. A medicina não deve ser estática, mas sim cautelosa em prometer ilusórias melhoras da natureza humana. Corre-se o risco de utilizar novos conhecimentos que sirvam para estigmatizar as pessoas. Logicamente, outros objectivos como o planeamento familiar ou a redução do sofrimento e a dor beneficiam das inovações. Os valores médicos, político-jurídicos e sociais, também não são estáticos, e são, neste momento, parte de debates científicos, sociais e éticos intermináveis, à luz da abordagem dos determinantes sociais da saúde ^(1,3).

As diferenças culturais, religiosas e ideológicas fazem com que o tratamento da doença e as opções sobre o nascimento e a morte não possam ser contempladas nem discutidas com neutralidade, desde pontos de vista marcados por convicções, crenças e sentimentos muito arraigados e às vezes discrepantes ^(1,3-5).

O objectivo essencial da medicina actual deve ser algo mais que a prevenção e a cura da doença ou o alongamento da vida. Há que enfatizar em parâmetros qualitativos da vida, inferidos nas funções essenciais da saúde pública e em aspectos como a prevenção das doenças, o alívio da dor e o sofrimento. Ao mesmo tempo, situar ao mesmo nível o curar e o cuidar é advertir contra a tentação de prolongar a vida indevidamente. Se tais metas significam desmitificar a medicina é porque exigem dela certa modéstia ^(1,3).

O redimensionamento da medicina passa inevitavelmente por encarar os problemas sociais, políticos, económicos e éticos que promovam o uso inadequado e uma concepção equivocada da mesma. À medida que a capacidade de cura de doenças antes incuráveis torna-se maior, é importante que nos convençamos de que o poder da medicina não é absoluto. O seu âmbito próprio é o bem do corpo e da mente, e não o bem completo da pessoa, ao que só pode contribuir como um factor adicional, e inclusive nesse caso, unicamente em determinados aspectos da vida.

A tendência de medicalizar todos os problemas deve evitar-se e analisar cada contexto social, pelo que as projecções e o debate sobre saúde pública ultrapassa o exclusivo debate sobre os sistemas de saúde. Além dos aspectos ou determinantes sociais, económicos e políticos, importantes, mas não únicos, existe a pergunta inevitável sobre os objectivos da medicina, nome que utilizaremos com um amplo sentido, que inclui as ciências médicas e as ciências da saúde ⁽⁶⁾.

Uma medicina que tenta ser ao mesmo tempo honrosa, exequível, sustentável e equitativa deve reflectir constantemente sobre as suas missões. Assim, neste trabalho abordamos o dilema de algumas das prioridades médicas e da saúde pública, os desafios e pressões a que está submetida a medicina actual, a sua relação com a sociedade, a ciência e a economia; a interacção entre saúde, doença e determinantes do processo, analisado, tudo desde o prisma ético e bioético.

DESENVOLVIMENTO

Medicina e sociedade. A fronteira que divide medicina e a sociedade é cada vez mais confusa. Ainda que a medicina marque o seu rumo, está muito influída pela cultura (no seu sentido sociológico), política, economia, costumes e os valores das sociedades das quais faz parte. A medicina financia-se desde o sector público e privado, da publicidade, meios de comunicação, das preferências, sonhos e desejos da população. As mudanças

que têm lugar no desenvolvimento da sociedade marcam as transformações que experimenta a medicina. Para repensar os objectivos da medicina é necessário analisar o contexto social e cultural onde o homem se desenvolve ^(1,3).

Diversidade do meio médico. A medicina abarca questões diversas, universais e também particulares, com objectivos e fins que deveriam ser comuns a todas as culturas e outros exclusivos de determinadas sociedades. Em quase todas as sociedades debate-se sobre o significado e o alcance exacto de conceitos como: saúde, doença, doença e mal-estar. Uma das origens da universalidade da medicina é a natureza humana. Mais dia, menos dia todos adoecemos, o corpo ou a mente falham, sentimos dor e ao mesmo tempo sofremos, directamente pela doença e indirectamente pelo medo do que sucederá com as nossas vidas. A dor e o sofrimento reconhecem-se em todas partes, ainda que possam ter enormes variações no grau de tolerância e o significado que se lhes atribua, bem como na forma em que se institucionalizam as respostas da sociedade aos mesmos ^(1, 3,7, 9).

Em todo Mundo, durante a infância e a velhice, o ser humano depende física e socialmente dos demais para remediar as suas incapacidades para levar a sua vida própria e enfrentar o meio. Em todas partes se reconhecem os acidentes e as lesões, os acontecimentos externos e inesperados que afectam o correcto funcionamento do corpo. A universalização do conhecimento científico e a troca de técnicas e ideias médicas justificam agora mais que nunca que se fale da medicina como uma profissão universal. Ainda assim, não se pode negar que existe um verdadeiro conflito entre a chamada “medicina ocidental” (a da chamada ciência internacional e as clássicas escolas médicas) e as medicinas locais de cada lugar; conflito que umas vezes é proveitoso e outras não.

Apesar de existir um verdadeiro pluralismo na maneira de entender a medicina e de organizar os sistemas de saúde ou de assistência sanitária a medicina atende necessidades comuns a todos os seres humanos. Mesmo assim, existem valores de grande importância que deveriam merecer respeito e aprovação universal, entre os quais estão a autodeterminação, a justiça social e a justiça sanitária ^(1,3 10).

É difícil recusar aquelas tradições que têm feito finca-pé no bem-estar do paciente, tais como: a obrigação suprema do profissional de saúde, ou a necessidade de contar com um consentimento informado para a investigação médica, ou o dever da sociedade de tentar que todos desfrutem por igual de uma assistência sanitária de qualidade, ou a obrigação de basear o tratamento médico em achados científicos ou evidências que avaliem a sua eficácia, ou a necessidade de oferecer uma assistência sanitária mais humanitária

mostrando bondade e solidariedade. Estes são os valores universais fundamentais, uns mais antigos ou respeitados que outros, mas todos fazem parte do mesmo conjunto que outorga à medicina a sua identidade actual.

Por outro lado, as diferentes sociedades podem dar a estas tradições e obrigações uma variedade de interpretações. O significado de qualquer conceito costuma restringir a âmbito local ou regional, e dificilmente poder-se-ia plasmar num enunciado universal. A medicina e a saúde pública devem ter em conta e respeitar a variedade de significados pois são o meio através do qual se expressam as diferentes culturas. Este tipo de diversidade em modo algum é incompatível com o universalismo médico. As ciências biomédicas básicas, clínicas, junto da biologia proporcionaram-nos uma série de conceitos científicos universais; enquanto as ciências sociais, a teoria política e as humanidades contribuem cada vez mais para a formação de uma linguagem própria para a definição dos valores, as políticas e os padrões morais da prática médica que contribuem para os direitos e as necessidades do ser humano, a ética médica, a relação entre médico e paciente e os preceitos da medicina, entre outros ^(1, 11,12).

Deste modo, não só se facilitaria o intercâmbio de conhecimentos e a aposta em marcha de iniciativas de saúde universal, como as que fomenta a Organização Mundial da Saúde (OMS) ⁽¹³⁾, além disso, suporia a possibilidade de comparar a medicina com normas que fossem para além das idiossincrasias e particularidades locais. Assim mesmo, contribuiria para um maior entendimento e um critério mais informado por parte dos pacientes do tipo de assistência que deveriam receber, bem como um maior entendimento por parte dos médicos da sua própria função e das obrigações e expectativas que dela derivam. A medicina deve contar com um rumo próprio e valores perduráveis, que gozarão de uma maior solidez se se basearem nos seus fins tradicionais, na sua maioria universal.

Ainda que possamos aproximar a um acordo, a mesma realidade e as legítimas diferenças de perspectiva podem dificultar em ocasiões o consenso quanto aos objectivos e limites da medicina, e ainda mais quanto aos seus significados. Em qualquer caso, é imprescindível melhorar a forma de comunicação entre a medicina e sociedade, partindo para isso da confiança básica e universal que existe entre médicos e pacientes.

A medicina possui as suas motivações. Estas são inerentes a ela mesma ou dependentes da sociedade onde se pratica? Existem duas perspectivas opostas e complementares, ao mesmo tempo, a respeito da natureza da medicina, seus objectivos e limites: a primeira, tenta abordá-los como inerentes à medicina e a segunda trata de descobrir os limites ou

interpretações criados pela sociedade, no tempo e o marco de uma cultura determinada (3, 14-16).

A primeira postura propõe que os objectivos e limites da medicina surgem como resposta à experiência humana e universal da doença, intrínseca à prática da medicina. Esta resposta promove a necessidade de sanar, cuidar e curar. A medicina demarca-se na relação entre médico e paciente, que gera valores próprios para se manter e se reforçar, aos quais deve aferrar-se para resistir às tentativas de dominação ou manipulação social e seguir um rumo próprio, além de sustentar a integridade do médico, independentemente dos valores sociais. Assim, a medicina ver-se-á inevitavelmente influenciada pelos valores e concepções da sociedade da qual faça parte, o que não implica que seus próprios valores possam ou devam submeter-se aos mesmos.

A perspectiva social faz ênfase na forma em que variam a natureza e os objectivos da medicina ao longo do tempo e entre as diferentes culturas. Conquanto é verdadeiro, que a atenção dos doentes constitui um fio condutor histórico e cultural, ou igual que a importância da relação entre médico e paciente, a forma em que se interpreta a doença é tão variada e a resposta à mesma tão complexa, que não é fácil identificar o conjunto de valores e crenças inerentes à medicina. Portanto, a medicina percebe-se como um conjunto de conhecimentos em constante evolução e uma diversidade de práticas clínicas e epidemiológicas sem essência definida. Os conhecimentos e as práticas da medicina serão o reflexo da época e a sociedade das quais façam parte, ao serviço dos fins que a sociedade considere oportunos e sujeitos às mesmas restrições que as demais instituições sociais.

Por tentadora que resulte a ideia de propor uma natureza inerente à medicina, na nossa opinião, não se deve distinguir nenhuma. Em qualquer caso, a medicina deve a sua riqueza e solidez à sua maleabilidade social e científica. Por um lado, o conflito entre estas duas visões da medicina dá lugar a uma diversidade de interpretações sobre a variedade de manifestações que se dão nos diferentes lugares e épocas; mas por outro, constitui um debate sobre o qual deveria ser a natureza e o fim da medicina: Deveria a medicina tentar definir desde dentro a sua própria história e tradições, o seu próprio rumo e valores? Deveria deixar que a sociedade o faça? Ou definir o seu rumo próprio mediante um diálogo permanente com uma sociedade na qual, cada um procura uma esfera, uns deveres e uns direitos próprios? Consideramos que esta última opção é a mais aceitável, ainda que o ponto de partida da medicina deva ser a sua própria história e tradições. Se a medicina

não possui um rumo próprio e valores fundamentais, a falta de recursos com os que resistir, a sua invasão fará dela uma vítima fácil para a sociedade ou os desajustes nesta ⁽³⁾. Um exemplo conhecido foi o papel da medicina durante o Fascismo Alemão.

Também, seria ingénuo pensar que os valores da medicina manter-se-ão a salvo de influências sociais. Dado que médicos, pessoal da saúde e pacientes formam parte da sociedade, jamais será possível traçar uma linha definida entre a medicina e as demais instituições sociais. Se como parece, o mais apropriado é um diálogo aberto e contínuo entre medicina e sociedade, no que ambas possam expressar a sua maneira de entender a doença e a morte, bem como a sua opinião sobre a prestação de assistência médica, que pontos de vista e daí limites dever-se-iam ter em conta?

Desde o ponto de vista médico, a ética e a integridade da prática da medicina consideram-se evidentemente de grande importância. Que classe de respeito devem os médicos a seus pacientes e vice-versa? Como deveria a medicina moldar os costumes, práticas e valores que teria de inculcar nos seus estudantes? Quais deveriam ser esses valores? Como pode se manter a medicina fiel às suas próprias tradições e ao mesmo tempo discernir que mudanças no conhecimento científico ou os valores sociais exigem uma transformação fundamental em seus próprios valores? Uma mudança deste tipo produziu-se após a Segunda Guerra Mundial com a exigência do consentimento informado para a investigação médica e com reconhecimento cada vez maior de que os pacientes devem ter conhecimento real sobre a sua doença e que as suas opiniões e valores pessoais devem ser considerados. Para melhorar o mútuo entendimento entre medicina e sociedade é necessário um maior entendimento do paciente e uma perspectiva profana da medicina.

Não chegamos a resolver por completo a questão de se a medicina tem uns fins inerentes ou se derivam da sociedade; ainda que não nos custe aceitar o facto de que a medicina possui (e sempre possuiu) valores fundamentais de aplicação universal, e neste sentido está caracterizada por fins inerentes. Também podemos compreender porque as diversas expressões em que se plasmam estes fins e valores (definidos localmente e de aplicação diferente nas diversas culturas) dão credibilidade à perspectiva social. Se optarmos pelo meio-termo poderíamos dizer que ambas posturas são verdadeiras: a medicina possui fins essenciais moldados por ideais e práticas históricas mais ou menos universais, mas as suas técnicas e conhecimentos também se prestam a uma influência social considerável. O autêntico perigo reside em submeter a primeira postura à segunda, em vez de manter numa tensão e intercâmbio que resultem proveitosos.

Medicina como ciência e sistema. A essência epistemológica, desde que se pudesse assumir a medicina e a saúde pública como sistemas com seus métodos de investigação (clínico-epidemiológico, sistémico estrutural ou holístico), na prevenção, diagnóstico e investigação, cura e reabilitação, deve sustentar no reconhecimento de que a totalidade do indivíduo ou ser humano, no contexto do processo saúde-doença, é uma unidade dialéctica dos elementos que a compõem, onde as propriedades da sua totalidade como ser vivo são qualitativamente diferentes às propriedades dos seus elementos constituintes, são sínteses das relações entre esses elementos e sintetizam estes, caracterizando o seu organismo como um sistema em desenvolvimento ^(17,18).

As concepções sistémicas e clínico-epidemiológicas em medicina não atingem o nível de método filosófico, mas constituem um método geral das suas ciências ou especialidades particulares, o que permite revelar as características essenciais de um objecto ou fenómeno desde determinado campo da cultura científica. A necessidade de sistematizar múltiplos processos ao redor do contexto da medicina, tem conduzido a configurar uma perspectiva epistemológica, teórica e praxeológica baseada num enfoque holístico dos processos vitais. Este enfoque basea-se na aplicação de determinados requerimentos epistemológicos e critérios a respeito dos objectos de estudo das ciências médicas.

Nesse enfoque os dilemas, paradigmas, princípios e actuações bioéticas devem ir da mão do desenvolvimento da medicina como ciência biológica, social e psicológica ao meio ambiente. A abordagem e a teoria holística constituem uma aproximação epistemológica, teórica e metodológica aos processos sociais e humanos, interpretados como processos do desenvolvimento humano, que constituem espaços de construção de significados e sentidos entre os sujeitos (ciências da vida, seres humanos e meio de desenvolvimento) implicados. Os processos desenvolvem-se no tempo e no espaço através de uma sucessão de eventos, igual a este, constituem uma realidade objectiva. Entendemos por evento a existência do processo num espaço e num tempo, que se atinge um objectivo (a vida, a saúde e a doença) e onde se desenvolve uma actividade identificada (viver são ou doente, com qualidade de vida ou não). As ciências médicas e da saúde configuram-se sobre a base das relações de significação e o seu objecto se constitui, como exemplos, os processos de saúde-doença, os processos fisiológicos, bioquímicos, de condução nervosa, de produção hormonal e enzimático ou de libertação de transmissores, os da cadeia infectológica ou de degeneração tissular senil, e no caso da higiene social ou a epidemiologia, a interacção causal e de impacto de seus processos.

Filosofia e epistemologia da medicina. A filosofia da medicina impulsionou-se nos anos 80 com a filosofia da ciência posterior a Kuhn, ainda quando existia uma considerável literatura filosófico-médica no século XIX, de corte lógico ou metafísico, e no século XX registaram-se trabalhos pioneiros das actuais propostas. A filosofia da medicina é uma disciplina em emergência, que se expressa em diversas publicações, sociedades, cátedras e cursos da mesma. Além do problema de sua denominação (filosofia da medicina ou da atenção da saúde?) e da definição de medicina (o que é a medicina e qual o seu estatuto epistemológico?), três ordens de problemas abarcam a filosofia da medicina: ontológico, epistemológico e axiológico, que dão lugar aos respectivos ramos ou áreas da disciplina: antropologia, epistemologia e ética. Duas orientações principais têm hoje em dia a filosofia da medicina, uma é a analítica e crítica da tradição anglo-saxónica, que vê o uso principal da disciplina na análise conceptual e de linguagem médica, por exemplo os conceitos de saúde e doença ou o das nosologias ^(20,21), outra é a orientação sistémica e especulativa de Europa Continental, que está atenta a um objectivo mais ambicioso, como a fenomenologia do corpo (somatologia), ou a hermenêutica da existência humana e a experiência médica (antropologia filosófica) ^(22,23). Na nossa opinião, ambas as concepções filosóficas não se excluem, mas devem complementar-se: a filosofia médica vai desde a análise da linguagem à analítica existencial, e vice-versa, revelando ter muito mais pontos em comum do que poderia se supor.

A filosofia da medicina inspira-se fundamentalmente na actual filosofia da ciência, que a partir da física quântica tem abandonado a ideia de uma realidade objectiva ou de uma ordem natural imutável, substituindo pela representação do nosso conhecimento dessa realidade. Esta explica as três características fundamentais da medicina pós-moderna, que se voltou compreensiva (holística ou integralista), interpretativa (hermenêutica) e avaliativa (normativista) ^(24,25). Os avanços da ciência e da tecnologia parecem não ter limites e o desenvolvimento biotecnológico tem contribuído para elevar a média de vida e melhorar a qualidade da vida. A medicina não pode dar resposta a muitas doenças do homem moderno como o cancro, SIDA, entre outros; pede-se-lhe que declare os limites de seu conhecimento no referente ao genoma humano e até de espaços a outras disciplinas paramédicas que emergem e aspiram a ser conceituadas como ciências.

Economia e medicina. Não há dúvida de que a economia desempenha um papel essencial na forma que toma a prática da medicina nas sociedades modernas, igualmente influi no que se percebe como fins ou objectivos da medicina. Uma vez que a medicina entra na

corrente geral da economia de um país, vê-se submetida a todas as forças e prioridades económicas que influam no resto da sociedade ⁽²⁶⁾.

A evolução para o mercado e a privatização que caracteriza a medicina de muitos países africanos, asiáticos, latino-americanos e centro-europeus, e muito estabelecida nos Estados Unidos, porá à frente outros valores e prioridades diferentes aos que temos conhecido nos sistemas de assistência sanitária anteriores aos que ainda se desfrutam em alguns países. O rápido aumento experimentado nos Estados Unidos nos programas de assistência gerida, que põem ênfase no controle da despesa, tem concedido uma maior prioridade à concorrência e à contenção do custo do que dantes era usual. Também, tem-se deslocado os fins efectivos da medicina para a assistência primária, um objectivo já atingido na Europa Ocidental. O controverso e ainda não totalmente aceite Plano Obama Care para reformar o sistema de saúde nos Estado Unidos, mostra-se como um híbrido entre a responsabilidade estatal e empresarial, onde ainda a privatização, isto é, a transferência ao sector privado de funções que devem estar reservadas ao sector estatal, tende a converter a medicina numa mercadoria; ainda que justifiquem-se essas tendências alegando que o uso da privatização por parte dos governos, de forma complementar à assistência pública, pode atenuar o seu impacto negativo.

A sociedade e o estado deverão decidir o tipo e a quantidade de recursos sociais e económicos que porão à disposição da medicina. Para isso, terão de determinar o peso relativo que outorgarão às necessidades médicas e sanitárias em frente a outros bens essenciais, como os sistemas de moradia, defesa, educação, emprego e transporte. Devido às pressões económicas, cada vez mais, as sociedades vêem-se obrigadas a determinar a carga económica relativa que deverá suportar o sector público, privado e os cidadãos. Estes sectores terão que determinar o grau de liberdade que lhe dará mercado, para não permitir que se adoeça e decida sobre a saúde e o sofrimento ^(3, 27).

O início de 2009 foi marcado pelo impacto da crise financeira e económica internacional, que se caracterizou como uma crise estrutural e sistémica do capitalismo, e que aprofunda a crise social da última década, resultante do Neoliberalismo. Desde o ano 2010 persiste a crise humanitária e sanitária em boa parte do Mundo, com repercussões no campo alimentar e ambiental, e agravamentos recorrentes determinados pela manipulação dos preços das matérias-primas e os recursos energéticos. As crises produzem um agravamento nas determinantes sociais da saúde e da doença, impactam negativamente a

educação, ocupação laboral, nível de renda familiar, habitação, estilos de vida, assistência médica, tratamentos e adopção de condutas positivas.

Por outra parte, também há agravamento nas determinantes biológicas. O processo natural de envelhecimento sem protecção económica e social agrava os fenómenos psicológicos e fisiológicos, características da velhice. Em tempo de crise e fome, a desnutrição energo-nutricional (DEN) e a carência de micronutrientes e oligoelementos na dieta dos pobres fazem-se mais presentes. Existe, porém, o risco de deterioração dos determinantes políticos da saúde, quando se chega, por lógica repercussão das crises, à instabilidade e estancamento dos planos e programas para a saúde pública, muitas vezes por cortes orçamentais. No campo da saúde, incide também a desestabilização dos determinantes económicos, que acarreta a diminuição do poder aquisitivo familiar e se chega a um desequilíbrio da oferta-procura. De igual forma, o agravamento dos determinantes ambientais, promove um aumento do ónus global por doença atribuível ao ambiente, produzido por contaminações biológicas, contaminação da água e a atmosfera, ao que se somam os impactos diversos da mudança climática.

Logicamente, pioram assim os estilos de vida, promove-se o stresse, procura-se o escape mediante as drogas e o alcoolismo e a prostituição converte-se num meio de subsistência. A tudo isso se soma a epidemia silenciosa do sedentarismo e suas consequências. Também, se afectam os determinantes culturais da saúde, pois se estancam os planos de alfabetização e se incrementa a desercão escolar devido à necessidade de incorporação prematura ao trabalho.

Finalmente, os valores e as limitações culturais, como, a religião, a identidade étnica e as diferentes interpretações da moralidade pessoal e institucional, podem ser igualmente importantes. O aborto, a esterilização e as diversas técnicas de reprodução assistida, por exemplo, vêm-se influídos por valores religiosos, enquanto o grau em que se permite ao paciente a autodeterminação em decisões sobre o seu tratamento dependerá de visões mais amplas sobre o direito dos cidadãos de participar nos assuntos relacionados com o seu bem-estar. O qual pode estar em conflito com os objectivos da medicina, ou ao menos perceber-se deste modo.

Objectivos e limites da medicina na sociedade. A seguir, passamos a descrever quais consideramos devem ser os novos objectivos e limites da medicina e, ao mesmo tempo, expomos os problemas de significado e interpretação que propõem. Primeiro será necessário definir alguns termos, depois, poderemos abordar os limites da medicina em

quatro direcções: a prevenção da doença e a promoção da saúde, o alívio da dor e do sofrimento, o tratamento da doença e os cuidados dos incuráveis, e finalmente o impedimento da morte prematura e a busca de uma morte tranquila (natural), todos eles, valorizados desde o prisma bioético.

Saúde e outros conceitos necessários. É praticamente impossível falar dos fins da medicina sem abordar, ao mesmo tempo, as ideias que conformam o significado e o propósito da medicina. A medicina preocupa-se da saúde, mas o que é a saúde exactamente? Se uma das razões pela qual perdemos a saúde é a doença, o que é a doença exactamente? E se a falta de saúde manifesta-se em forma de mal-estar e doença, que significam exactamente estes termos? Um bom modo de abordar estas perguntas é começar por onde costuma começar a boa medicina, isto é, com a pessoa humana, esse ser humano que se encontra doente e que, portanto deseja recuperar a sua boa saúde. Observou-se com frequência que a saúde é um estado desejável, é um bem muito precioso, mas quando se tem, passa praticamente despercebido. Não consertamos em nossa boa saúde porque o nosso corpo funciona sem problemas nem dificuldades; simplesmente está aí, como um escravo servil.

Esta experiência dá-nos a base para perfilar uma definição. Ao falar de saúde, referimo-nos à experiência de bem-estar e integridade do corpo e da mente. A saúde caracteriza-se pela ausência de males e, portanto, pela capacidade de uma pessoa perseguir as suas metas vitais e desenvolver-se adequadamente em contextos sociais e laborais habituais. Com esta definição sublinha-se a ênfase tradicional da integridade e o bom funcionamento do corpo, a ausência de disfunções e a conseguinte capacidade de actuar. Esta definição não coincide com a proposta pela OMS em 1947, que dá ênfase à saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social chegaria a ser tão influente no contexto internacional ⁽²⁸⁾. Não é possível, nem agora, nem nunca, que a medicina contribua para um bem-estar completo, nem sequer no sentido físico, com o que está mais familiarizada. Os males, de maior ou menor gravidade, fazem parte da vida de todas as pessoas num momento ou noutro, e ao final todos sucumbiremos a eles. Felizmente é verdadeiro que a saúde também faz parte, em maior ou menor grau, da vida da maioria das pessoas, e portanto, a sua preservação se situa entre os fins mais importantes da medicina. Saúde e doença não conformam em modo algum uma dicotomia absoluta, do mesmo modo que a doença pode ter um impacto diferente na vida de pessoas diferentes.

A saúde é o conceito chave da medicina, além do mais decisivo, já que determina em grande parte o modo em que se entendem os seus objectivos; mas existem também outros conceitos importantes, como o mal, a doença, o mal-estar ou padecimento e ultimamente o de dano.

Com o termo *mal* referimo-nos a uma variedade de estados, além da doença, que supõe uma ameaça para a saúde: compreende descapacidade, lesão e defeito. Partindo desta variedade de estados, podemos definir *mal* como aquela situação em que uma pessoa sofre ou corre um maior risco de sofrer um dano (morte prematura, dor, descapacidade ou perda de liberdade, de oportunidade ou de prazer) em ausência de uma causa externa clara. Com a expressão de ausência *de uma causa externa clara*, pretende-se distinguir entre as fontes internas de um mal e a dependência contínua de causas claramente externas ao mesmo (por exemplo, a dor causada pela tortura ou a violência social). O dano vem de dentro da pessoa e não do exterior. Com *doença* referimo-nos a uma alteração fisiológica ou mental, baseada num desvio do equilíbrio saúde-doença, que causa mal-estar ou descapacidade, ou o aumento da probabilidade de uma morte prematura. Com o mal-estar ou padecimento referimo-nos à sensação subjectiva por parte de uma pessoa de que seu bem-estar físico ou mental se acha ausente ou reduzido, de maneira que não possa se desenvolver com normalidade na vida diária.

Finalmente, com o termo *doença* referimo-nos à percepção por parte da sociedade do estado de saúde de uma pessoa, o qual implica normalmente que desde o exterior se perceba uma alteração do funcionamento normal, físico ou mental, da pessoa ^(1, 3, 29-31).

Uma vez definidos estes conceitos, podemos centrar-nos na reinterpretação dos objectivos da medicina. Devemos assinalar que existem discrepâncias em torno de duas questões: a primeira, se é útil ou razoável tratar de estabelecer prioridades entre os fins ou objectivos da medicina. Depois de algumas reflexões, chegamos à convicção de que estabelecer umas prioridades fixas não seria nem útil nem possível na prática. As necessidades de saúde das diferentes pessoas serão a sua vez diferentes; ao igual que as necessidades de uma mesma pessoa poderão variar durante o curso de uma mesma doença. Também consideramos discrepante a conveniência de falar de valores fundamentais, em vez de objectivos ou fins da medicina, ou de considerar os objectivos como ideais de referência em vez de formais. Em geral, consideramos não falar de valores mas sim de fins ou objectivos.

O debate sobre o estabelecimento de prioridades nos objectivos da medicina gira também em torno de uma segunda questão relativa à importância que se teria de atribuir à promoção da saúde e à prevenção da doença como fim da medicina. Existem sistemas de saúde que estão de acordo com sua importância, mas houve resistência ao outorgar-lhes sequer uma prioridade lógica. Os motivos foram dois: a promoção da saúde e a prevenção da doença requerem estratégias que se situem fora do campo da medicina e, também por causa de uma preeminência demasiado acentuada da prevenção primária poder-se-ia perceber como um verdadeiro abandono da população doente. Limitamo-nos, neste caso, a sublinhar sua importância, à qual lhe situamos num contexto que não carece os demais fins que expomos.

Não outorgamos prioridade a nenhum deles; o peso de cada um será maior ou menor dependendo das circunstâncias. Em resumo, estes objectivos são:

- A prevenção de doenças e lesões; a promoção e o cuidado da saúde.
- A promoção da saúde e a prevenção da doença são valores elementares da medicina por três motivos. Em primeiro lugar, o sentido comum diz-nos que é preferível evitar doenças e lesões. Um dos principais deveres dos médicos e os demais profissionais da saúde consistirá em ajudar os pacientes a conservar a saúde e ensiná-los de que modo podem a conseguir. Afirma-se que os médicos que ajudem a seus pacientes a permanecer são prestam um serviço tão valioso como aqueles que oferecem assistência médica após uma lesão, doença ou incapacidade. A importância da promoção da saúde na infância é indiscutível. Em segundo lugar, aumentam os indícios que apontam a existência de benefícios económicos derivados da promoção da saúde e prevenção da doença, graças a uma menor taxa de morbidade e de doenças crónicas em idades mais avançadas, com a redução da carga económica que isto implica. Ainda sem deixar de serem dispendiosas, estas acções são formas rentáveis para conservar a saúde. Igualmente, uma maior ênfase na promoção da saúde e a prevenção de doenças poderia reduzir a dependência da alta tecnologia típica da medicina de cuidados intensivos, e contribuir para reduzir a preponderância e distinção, em ocasiões excessivas, de que goza esta última. Em terceiro lugar, é importante fazer ver a profissão médica à população em geral que a medicina abarca bem mais que a cura e o tratamento dos já doentes, e que os sistemas de assistência sanitária vão para além da atenção ao doente. Se outorgarmos um lugar promissor à promoção da saúde e à prevenção da doença, dentro e fora da medicina, veríamos que

uma maior ênfase nesta área contribuiria para imensos benefícios sociais e individuais^(3, 32,33).

Ao propor a promoção da saúde e a prevenção da doença como um dos objectivos primordiais da medicina, não se pode esquecer da importância de duas questões: primeiro, que a morte só se pode pospor, não evitar; e segundo, que a doença em geral não se pode conquistar; só se podem superar algumas doenças, em que a sua vez ver-se-ão substituídas por outras doenças no decorrer da vida das pessoas. À prevenção da doença nunca se pode outorgar prioridade absoluta com respeito a outros fins da medicina.

Na mesma linha argumentou-se que se nos centramos demasiado em influir e mudar o comportamento dos indivíduos podemos acabar culpando a vítima, como se determinado comportamento fosse a causa determinante da má saúde.

Desde a perspectiva da Saúde Pública, é evidente que os factores sociais desempenhem um papel bem mais importante que o comportamento individual na origem das doenças. Por outra parte, os conhecimentos sobre a genética e outros campos da medicina indicam que há vínculos genéticos na manifestação de muitas doenças.

Quanto ao problema de culpabilizar a vítima, os indivíduos podem mudar, e de facto mudam, seu estilo de vida por motivos de saúde: deixando de fumar, beber álcool, perder peso ou fazer desporto. Em qualquer caso, o comportamento individual é a variável através da qual vai grande parte da influência social. Também é evidente que aquelas diferenças culturais que se podem mudar, para o bem ou para mal, influem de forma significativa no comportamento dos indivíduos.

Talvez o mais importante seja que ao considerar a prevenção da doença e a promoção da saúde como valores fundamentais, não só da saúde pública, se não também da medicina, nos próximos anos poder-se-ia forjar uma relação bem mais estreita entre duas áreas críticas da assistência sanitária (a medicina e a saúde pública). Qualquer forma sensata de abordar a promoção da saúde terá muito presente a importância das condições de vida existentes (económicas, laborais e sociais) para o nível de saúde. A medicina pode e deve, coordenar melhor seu trabalho com outras instituições sociais orientadas ao bem-estar da população.

- A abordagem da dor, do sofrimento, do padecimento e dos males.

Conquanto, há doenças, como a hipertensão arterial, que não produzem nenhum sintoma imediato, a maioria das pessoas recorre à medicina para o alívio da dor e o sofrimento.

No entanto, a dor e o sofrimento frequentes conjugam-se num mesmo paciente, não são necessariamente a mesma coisa. A dor refere-se a uma aflição física aguda e manifesta-se de muitas formas: a dor pode ser aguda, penetrante. O sofrimento, em mudança, refere-se a um estado de preocupação ou pressão psicológica, tipicamente caracterizado por sensações de medo, angústia ou ansiedade. Uma dor aguda e constante pode ser causa de sofrimento, mas a dor nem sempre provoca sofrimento. Também, nem sempre o sofrimento implica dor: grande parte do sofrimento próprio dos transtornos mentais, ou simplesmente dos medos habituais da vida, não implica necessariamente dor física ^(1, 3, 34).

O alívio da dor e do sofrimento encontra-se entre os deveres mais antigos do médico e entre os fins mais tradicionais da medicina. Por diversas razões, no entanto, a medicina de hoje em dia não sempre costuma cumprir correctamente com esse fim. Com frequência seguem-se oferecendo cuidados paliativos insuficientes ou inadequados.

A medicina de cuidados paliativos é uma área de grande importância que aborda questões complexas que ainda não se entendem plenamente, e deve-se prestar-lhe o apoio necessário para o desenvolvimento que merece. No caso do alívio do sofrimento, a situação é parecida. Ainda que conhecem-se métodos farmacológicos eficazes para o alívio da dor, o sofrimento mental e emocional que acompanha em ocasiões a doença não se costuma diagnosticar nem tratar de forma adequada. Com demasiada frequência confia-se aos fármacos o labor que melhor corresponderia à psicoterapia ou outro tipo de apoio emocional. Quando o médico não aborda o paciente como um todo (abordagem holístico), se não simplesmente como uma colecção de órgãos, é possível que o sofrimento passe completamente despercebido, ou bem, em caso do detectar, que não lhe conceda a devida importância ^(3, 35,36).

Neste caso, o problema é que não se compreende que o temor à má saúde, à doença e ao seu padecimento pode provocar, com frequência, tanto sofrimento como a sua existência real. A ameaça que representa para alguém a possibilidade de padecer dores, doenças ou lesões pode ser tão profunda que chegue a igualar os efeitos reais que estes teriam sobre seu corpo. Podemos falar assim de padecimento *sem doença* para abarcar uma série de estados e experiências que não podem reduzir-se a alterações fisiológicas. É imprescindível que se compreenda a diferença entre a doença de origem orgânica e o transtorno funcional que pode resultar de condições sociais daninhas. A medicina deve

reconhecer que existem muitas formas de sofrimento humano, como a guerra e a violência, cujas causas não guardam nenhuma relação com a má saúde ou a doença.

Até onde deve chegar a medicina no alívio do sofrimento? Aqui existem opiniões divididas e controversas que situam o problema como um dilema bioético. Por exemplo, na questão da eutanásia e do suicídio assistido por um médico (ambos proibidos ou questionados na maioria dos códigos de ética médica), como resposta médica ao sofrimento dos doentes terminais ou incuráveis. Se coincidimos que à medida que a medicina progride em seu empenho de compreender melhor os seus deveres, e os limites desses deveres para com as pessoas que sofrem, a questão adquirirá uma maior relevância. Parte do sofrimento derivado de uma doença considera-se como resposta à mesma. Mas o verdadeiro tipo de sofrimento, especialmente quando está associado a uma doença crónica ou terminal, pode fazer com que os pacientes se questionem e questionem o significado da vida, do bem e do mal, da sorte e do destino pessoal; questões que se costumam considerar de natureza espiritual ou filosófica e não médica. “Por que estou doente?” “Por que tenho de morrer?” “Que sentido tem meu sofrimento?” A medicina não tem respostas a estas perguntas pois não pertencem à sua esfera.

A atenção médica, a cura e os cuidados ao paciente incurável. As pessoas costumam recorrer aos médicos porque encontram-se doentes, sofrem alguma lesão ou padecem de uma incapacidade mental ou física. A medicina responde procurando a causa do mal, supondo que poderá encontrar um órgão ou membro lesionado ou doente. Quando se dá esse caso, a medicina tenta curar o mal e fazer com que o paciente recupere o seu antigo estado de bem-estar e normal funcionamento. No entanto, o paciente não costuma apresentar ao médico o seu órgão doente, inclusive se sabe ou suspeita que esse é a origem de seu mal-estar; o paciente mais do que a simples cura, procura entendimento e apoio.

No seu entusiasmo pela cura de doentes, a medicina moderna tem desatendido a sua função humanitária assegurando que, se pode encontrar a cura. Esta opinião não poderia estar mais equivocada, considerando que um dos ingredientes fundamentais para um bom cuidado é a excelência técnica. A função sanadora da medicina abarca tanto a cura como os cuidados. No seu sentido mais amplo, a medicina pode sanar inclusive aqueles casos que não pode curar, já que pode ajudar uma pessoa a fazer frente a um mal de tipo crónico.

A reabilitação é um ramo importante da medicina moderna que se encontra em expansão devido ao desenvolvimento de numerosos métodos que permitem a pacientes lesionados ou doentes recuperarem funções vitais e reintegrarem-se na sociedade. Trata-se de uma

forma de medicina que se encontra a médio caminho entre a cura e os cuidados: em alguns casos pode conseguir a recuperação da função normal e em outros consegue só parcialmente, como é o caso de quando ajuda a reduzir uma degeneração progressiva.

Nas populações envelhecidas, onde a doença crónica é a causa mais frequente da dor, o sofrimento e a morte, onde o padecimento prolongar-se-á no tempo independentemente das medidas médicas que se adoptem, os cuidados são especialmente importantes, recuperando o seu merecido lugar depois de uma época em que sempre pareciam relegar a um segundo termo⁽³⁷⁾. Os doentes crónicos devem ser ajudados a compreender a sua doença pessoal, aprender a enfrentá-la e a viver com ela, possivelmente durante o resto das suas vidas. Dado que os doentes crónicos têm que aprender a se adaptar à sua nova identidade alterada, grande parte do trabalho do profissional sanitário deve centrar na gestão da doença em vez da sua cura. Neste caso, com gestão referimo-nos à atenção humanitária e psicológica contínua a uma pessoa que deve aceitar a realidade de seu padecimento. De facto, sugeriu-se que uma das funções da medicina é ajudar o doente crónico a forjar uma nova identidade, e estas pessoas aspiram não só a uma medicina mais curativa, senão, também mais humanitária.

CONCLUSÕES.

Advertimos sobre a necessidade de que qualquer postura científica que diz respeito aos objectivos e limites da medicina, deve incorporar a capacidade do homem de tomar decisões apesar da incerteza, conformar um núcleo de valores humanistas e morais, e respeitar os achados de uma ciência rigorosa. A medicina forma parte da cultura humana e é susceptível de ser interpretada desde as perspectivas científica e humanística. É necessário abordar outros enfoques e dilemas bioéticos do processo saúde-doença: em específico a morte, o bem-estar como objectivo médico, os objectivos erróneos da medicina e o uso inadequado do conhecimento médico, a ética da investigação em seres humanos, as prioridades, limites, reptos e horizontes das ciências médicas e da saúde na actualidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Hanson M, Callahan D, Kaebnick G e cols. The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform, Hastings Center Studies in Ethics Series. (Georgetown University Press, January 2001) pp. 45-79
2. Howell J Sale, W Frederick e cols. Life choices. A Hastings Center Introduction to Bioethics. (Georgetown University Press. 2003). pp 3-187
3. Erik Parens Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications. The Hastings Center. (Georgetown University Press. 2003). pp 39- 76.
4. Alleyne GA, Castillo-Salgado C, Schneider MC, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. Rev Panam Salud Pública. 2002b; 12(6):388-97.
5. López O, Peña F. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. En: De la Garza E, coord. Tratado de Sociología. Barcelona: Anthropos/UAM; 2006. p. 278-299.
6. Altisent R, Brotons C, González R, Serrat D, Júdez J, Gracia D. Ética de la actividad preventiva en Atención Primaria. Med Clin (Barc) 2012; 117(19): 740-750.
7. Altisent R. Bioética y atención primaria: una relación de mutuas aportaciones. Archivos en Medicina familiar. Vol.8 (1) 63-73.2006.
8. Castellanos P. Los modelos explicativos del proceso salud–enfermedad: los determinantes sociales; Cap. 5 de “Salud Pública”. 4ta ed. Mac GRAW – HILL. Interamericana 2008.
9. Schmidt L. Implicaciones bioéticas de los nuevos modelos de prestación de servicios de salud. SIBI. VII Congreso Mundial de Bioética. Gijón. 2010. Ed. ALSA. p 236-251.
10. Campillo C. Proyectos que fracasan en los servicios de salud: una aproximación etiológica. Gest Clínica Sanitaria. 2010; 9:43.49.
11. Garrafa V. Bioética de intervención y acceso al sistema sanitario. SIBI. VII Congreso Mundial de Bioética. Gijón. 2008. Ed. ALSA. p 204-213
12. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris. Oct 10/2005
13. WHO. Maximizing Positive Synergies Collaborative Group. An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. The Lancet Vol 373 June 20, 2009

14. De los Reyes M, Pérez-Gómez JM, García-Olmos P, Borrell F, Gracia D. Relaciones entre los profesionales sanitarios. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(9): 339-350.
15. Escobar C. *Antropología médica: una visión cultural de la salud*. Medicina y antropología social, Ed. Akal, 2da Ed. 2005. Madrid.
16. Garrafa V. Inclusión social en el contexto político de la Bioética. *Rev Brasileira Bioética*. 1(2): 122-132, 2005.
17. Commission on Social Determinants of Health, Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Draft discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. May 5, 2005.
18. ASPHER European Public Health Core Competencies Programme (EPHCC) for Public Health Education. *Public Health Competentes*. 2009.
19. Fryd D. Análisis de salud y equidad social en salud. “*Programa Médicos Comunitarios*”. Módulo Epidemiología. 2007. UCM. Ed Universitaria.
20. Beauchamp TL. *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth edition. New York: Oxford Univ Pr. 2004
21. Frenz P. Desafíos en Salud Pública de la Reforma: Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. *Rev Gac. Sanit*. 2(3): 2007:34-39.
22. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(1): 18-23. Laurell Asa C. Sobre la concepción biológica y social de proceso salud-enfermedad Lo biológico y lo social en su articulación en salud. Washington, DC: OPS; 1994.1-12.
23. García R. El conocimiento en construcción. De las formulaciones de Jean Piaget a la teoría de sistemas complejos. Barcelona: Gedisa; 3ra Ed. 2006. P 45-59
24. García R. Epistemología y Teoría del Conocimiento. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2):113-122.
25. Hernández I, Fernández P. Políticas de salud y salud pública. *Gac Sanit*. 2007; 21(4):280-87)
26. Gómez-Arias, R, González, E. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: Factores que deben considerarse. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2004; 22 (1):87-106 ISSN 0120-386x
27. Bergel, S. Bioética y el derecho humano a la salud. SIBI. IV Congreso Mundial de Bioética. Gijón. 2005. Ed. ALSA. p 170-182.
28. Gómez Sancho, M. Avances en cuidados paliativos. Ed. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T.I cap. 3. 53-74

29. Pessini, L; Bertachini, B. Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta Bioethica* 2006 12 (2): 231-242
30. Gluckman, P; Hanson, M; Cooper, P. La salud y la enfermedad en la adultez en relación con sucesos al comienzo de la vida. *N Engl J Med* 2008; 359:61-73.

Consultas em Web:

1. Estrada, MU. Marketing management in Public Health. [En línea]. 2000. [Consultado: Julio 2009]. Disponible en: www.juhuj.com/open-file-ppt-convert-pdf-download-marketing+management.htm.
2. World Health Organization. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. [En línea]. 2002. [Consultado: Julio 2010] Disponible en <http://www.who.int/whr/2002/es/index.html>
3. Estrada, M; Vinajera, C. Estrada, G. *El niño y los procesos salud-enfermedad*. [En línea]. 2000. Acessado en: [Octubre de 2009]. Disponible en: http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=448&Itemid=244
4. Estrada, M; Estrada, G; Vinajera, C. Salud humana y ética de la salud. [En línea]. 2008 Acessado en: [Octubre de 2009] Disponible en: www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/G0084.ppt
5. Estrada, MU et col. Niño sano, niño enfermo, niño pluripatológico. Acessado en: [Octubre de 2009] Disponible en: www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/G0084.ppt
www.feoc.ugto.mx/super/obtenga/S0061
6. Estrada, M. Vinajera, C. Educación y Promoción de la Salud y el Bienestar de nuestros hijos y familia. LOS HIJOS, LOS PADRES Y EL PEDIATRA. [En línea] 2006 Acessado en: [Março de 2009]. Disponible en: www.mujeeres.co.cu/articulo.asp?a=2003&num=117&art