

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

**ESTILO DE VIDA E MEDICINA:  
TENDÊNCIA ATUAL NA PRÁTICA  
DOS MÉDICOS CLÍNICOS**

**Maria do Carmo Júnia de Melo Nogueira**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de **Mestre em Sociologia**.  
Orientador: Prof. Dr. Antônio Flávio Pierucci.

São Paulo, 2007

## Resumo

Trata-se de pesquisa empírica à base de depoimentos de médicos, a respeito do avanço da *lifestyle medicine* no Brasil, tendência terapêutica contemporânea de caráter holístico que cresce cada vez mais entre os profissionais de saúde no mundo inteiro. Para uma corrente da medicina atual, a mudança em curso na atuação dos médicos os coloca como “portadores” (cf. Weber) socialmente autorizados de mudança dos estilos de vida “não saudáveis”. Isso acontece através da consulta médica, que incorpora uma “metodologia” que vem sendo valorizada na formação e na prática desses profissionais, cujos efeitos incidem na concepção renovada, com tendência hegemônica, de “consumo de saúde”.

O desafio da prática médica hoje é encarado como tendo a ver com a implantação desse tipo de interesse, que exige a realização de um tipo de consulta que permita a avaliação do indivíduo, tendo em vista orientá-lo para o auto-cuidado.

O desenvolvimento daquilo que se poderia chamar uma “cultura de si” permite uma aproximação com a idéia de “promoção da boa saúde”, um conjunto de programas que acaba voltado para o estilo de vida, com orientações mais individuais que coletivas, porém sempre integrais. Nesse sentido, o intuito do médico também é despertar o interesse dos indivíduos para a “vontade de não morrer”, de ter prazer de viver e viver com qualidade de vida.

**Palavras-chave:** medicina; médicos; estilo de vida; qualidade de vida; saúde integral

## **Abstract**

This dissertation is based upon interviews with physicians about the advance of lifestyle medicine in Brazil, a holistic contemporary therapeutic that spreads between professionals of health in the whole World. To a specific current of medicine of our days, such actions of the physicians make them socially authorized “carriers” (Weber) of changes against unhealthy lifestyles. The mean through which it happens is the medical consultation which uses a methodology more and more valorized in the formation and practice of those professionals. Their effects induce on a renewed conception that presents a hegemonic trend — health as a consumption good.

The challenge of medical practice nowadays is seen as related to the implantation of this kind of medical care which demands a kind of consultation that allow an evaluation of the individual in order to advise him or her to self-care.

The development of the so-called “care of the self” allows an approximation to the idea of “promotion of a good health”, a set of programs that end up directed toward the lifestyle, made of advises more individual than collective, but always integral. In this sense, the purpose of the physician is to wake up in the individuals their interest in a “will to not to die”, in enjoying life, and in living with quality of life.

**Key-words:** medicine; physicians; lifestyle; quality of life; integral health

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Dr. Antônio Flávio Pierucci por sua competência e generosidade na orientação desta dissertação.

À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloísa Helena Teixeira de Souza Martins e à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eleonora Menicucci de Oliveira, que compuseram minha banca de qualificação, oferecendo-me sugestões, conselhos e críticas que me foram de grande valia.

Aos médicos entrevistados, que me concederam horas de seu valioso tempo, dotando-me de informações sem as quais este trabalho não teria sido possível.

Ao CNPq — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — pelos meses de bolsa de mestrado que facilitaram a realização da pesquisa.

A todos muito obrigada.

## Sumário

|  |     |
|--|-----|
| Introdução O objeto da pesquisa.....   | 5   |
| Capítulo 1 Hipóteses e procedimentos metodológicos.....  | 11  |
| Capítulo 2 Estilo de vida e cultura de consumo.....  | 20  |
| Capítulo 3 Concepções de estilo de vida na teoria sociológica contemporânea.....                           | 25  |
| Capítulo 4 Concepções de estilo de vida na medicina contemporânea.....                                     | 31  |
| Capítulo 5 Mudança de estilo de vida: também do médico? .....  | 40  |
| Capítulo 6 O médico é um profissional que interfere no estilo de vida dos indivíduos.....                  | 44  |
| Capítulo 7 Principais orientações dadas durante o tratamento.....  | 64  |
| Capítulo 8 O médico como "portador social" de mudanças de estilo de vida: tendência atual na medicina..... | 78  |
| Capítulo 9 Áreas de especialização mais preocupadas com o estilo de vida.....                              | 99  |
| Considerações finais .....   | 116 |
| Bibliografia .....   | 120 |

## Introdução

### O objeto da pesquisa

O objetivo desta pesquisa, desenvolvida de um ponto de vista sociológico, é analisar o seguinte fenômeno contemporâneo: estratégias de mudança do comportamento cotidiano dos indivíduos passam, cada vez mais, a fazer parte dos fins visados pelos profissionais médicos na sua relação de autoridade com os pacientes.

Não deve ser por acaso que, recentemente, a expressão “estilo de vida” haja começado a aparecer com toda a força no discurso de profissionais de medicina, vindo quase sempre associada com questões práticas de caráter normativo relativas a “como deveríamos viver”. O curioso é que isso passa a ocorrer mais ou menos na mesma época em que a conceituação sociológica de sociedade de consumo, cultura de consumo, sociedade do risco etc. retomava o emprego da mesma expressão – “estilo de vida” – nos estudos contemporâneos das relações sociais agora envoltas pela significação crescente dos aspectos sublinhadamente *culturais* do capitalismo avançado.

Esta pesquisa dirige a atenção para a abordagem hoje utilizada na medicina, que proclama estar baseada em evidências

científicas produzidas por estudos desenvolvidos nas mais diversas áreas da saúde – abordagem essa que norteia o trabalho diário de atendimento especializado dos profissionais médicos com foco na “*promoção da boa saúde*”, o que vai implicar na modificação do “estilo de vida” das pessoas, muitas vezes verbalizada como garantia de melhora da “qualidade de vida”. Nesse sentido, a própria maneira como o indivíduo configura sua vida na sociedade contemporânea aparece como o desafio que se coloca para a conquista e manutenção de uma vida saudável.

O objetivo principal desta pesquisa é investigar as mudanças em curso na atuação dos médicos como "portadores" da *promoção da boa saúde* e sua opinião a respeito das transformações que essa nova modalidade de medicina — conhecida em inglês como *lifestyle medicine* — visa provocar no comportamento dos indivíduos, não sem dispensar o apoio das inovações tecnológicas que se fazem em cada vez mais presentes na medicina contemporânea.

Para se poder alcançar êxito na “promoção da boa saúde”, muitos médicos hoje se autorizam a investigar e até supervisionar o “estilo de vida” do indivíduo, mesmo que seja para fazer um acompanhamento preventivo, o que os coloca perante a importância redescoberta da intervenção interdisciplinar. Veja-se como exemplo a crescente importância da nutrição, com a decorrente remissão dos consulentos às competências de um(a) nutricionista: um cardiologista, a fim de otimizar a assistência a partir das necessidades do indivíduo agora colocadas em perspectiva de um atendimento integral e individualizado, com o intuito de favorecer a sensibilização do indivíduo para os cuidados com a saúde pode ter que encaminhar o paciente até um(a) nutricionista.

Há, portanto, uma abordagem interdisciplinar que fundamenta essa nova metodologia para a intervenção atualizada dos profissionais da área da saúde, abordagem baseada em evidências científicas sobre a importância do trabalho conjunto de profissionais médicos, clínicos gerais e especialistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros, amparados por exames diagnósticos de alta tecnologia, exames físicos e entrevistas para coleta de dados cada vez mais minuciosos durante a consulta médica, e o objetivo visado é um atendimento especializado focado na “promoção da boa saúde”. A modificação do “estilo de vida” visa a qualidade de vida, a “boa saúde”.

Sabe-se que num primeiro momento a consulta médica engloba coleta de dados conjuntamente com o exame físico que permite a avaliação das condições de saúde do indivíduo, sendo possível levantar nessa oportunidade temas como percepção de saúde, práticas de prevenção (auto-exame, vacinas), lazer, sexualidade, hábitos alimentares, hábitos nocivos, sono e repouso, estresse e ansiedade... ou seja: logo na primeira consulta já se começa a investigar o estilo de vida do paciente e, por via indireta, o estilo de vida de todo um grupo doméstico, inevitavelmente.

Percebe-se assim que a medicina atual tende a estabelecer a saúde como um dever que se impõe a todo indivíduo. Ele é, necessariamente, um presumível cooperador com a tarefa do médico na medida em que passa a ser o informante de uma quantidade crescente de “maiores detalhes” sobre o estado do seu corpo.

Com isso, e pensando em termos de “promoção da boa saúde”, o desafio da prática médica hoje é encarado como tendo a ver com a implantação desse tipo de interesse, que desde logo exige a realização de um tipo de consulta que permita a avaliação do indivíduo

de forma menos parcelar, menos lacunar, tendo em vista que se trata de orientá-lo para o auto-cuidado. Sensibilização e encorajamento à participação do indivíduo nas mudanças de seu estilo de vida agora fazem parte do *script* de uma consulta médica.

Na consulta médica, a interação entre o paciente e um determinado especialista está desde logo aberta à agregação de outros profissionais da saúde, minimamente uma triangulação, aproximando-se sempre mais do ideal de um atendimento que pretende ser integral e individualizado, uma vez que são definidas conjuntamente com o paciente as metas a atingir por seu compromisso em dar, a cada dia, os passos adequados ao sucesso do tratamento e à busca, pessoalmente incorporada, por saúde integral. Em seguida ao atendimento na consulta médica, a meta é manter um acompanhamento periódico para que o paciente possa ir aderindo às mudanças de atitude quanto ao seu estilo de vida para além do tratamento farmacológico proposto, principalmente em se tratando de pacientes com risco intermediário ou alto, por exemplo, para as enfermidades cardiovasculares.

Assim procedendo, tudo se passa como se o médico atual não hesitasse em atribuir ao paciente — e não à medicina — a responsabilidade pela recuperação ou manutenção de sua saúde. É para isso que aponta a noção, hoje corrente no meio, de "boa saúde". Um dos mecanismos discursivos freqüentemente empregados nessa manobra de responsabilização (ou culpabilização) é o recurso à "previsão" daquilo que pode acontecer a ele na hipótese de o paciente não se cuidar "como deve". O alegado acesso aos resultados obtidos nas mais recentes pesquisas científicas parece garantir ao médico a capacidade de prever, penetrando e expondo previamente o futuro de seus doentes. Receitas e recomendações são dadas tendo a vista o

estado de saúde do indivíduo "daqui a vinte ou trinta anos". O discurso médico assemelha-se, deste ponto de vista, ao discurso profético no sentido em que fala Foucault: anuncia o futuro e, pelo fato mesmo de constituí-lo, contribui para criá-lo. Segundo Foucault, por sua intervenção discursiva o médico modifica o curso da doença, mesmo fora de qualquer intervenção medicamentosa ou outra, pois acaba modificando a relação do doente com sua doença. O que se espera não é justamente que a consulta ao médico, ou a visita dele, traga um alívio da angústia e uma salutar esperança de cura? (Foucault, 1980).

De um modo geral, o que se pôde perceber desde o início da pesquisa de campo foi que o atendimento através da consulta médica incorpora uma "metodologia" que, ao que tudo indica, vem sendo valorizada na formação acadêmica e na prática dos profissionais médicos mais prestigiados, e os efeitos dessa nova "metodologia" se fazem notar sem muito esforço na vigência, com forte tendência hegemônica, de uma concepção renovada de "consumo de saúde" em busca da "saúde integral".

De fato, estamos hoje diante de uma sociedade de consumo que consolida padrões de comportamento interativo sob a influência também do mundo digital. E essa nova forma de capacitação difusa afeta diretamente o "estilo de vida" dos indivíduos que, imersos num contexto de mundo *high-tech*, sentem que precisam perceber, avaliar e assumir conjuntamente com os profissionais médicos o modo correto, isto é, saudável, de conduzir seu trem de vida a fim de garantir para si uma boa saúde agora, no dia seguinte e até o futuro mais distante. Nesse sentido, também é do o intuito do médico despertar o interesse do indivíduo para a "vontade de não morrer", para o prazer de ter prazer de viver e viver com qualidade, orientando-o sobre o modo correto de

fazer uso não só dos medicamentos, mas também dos alimentos, aproveitando também para alertar em relação às medidas que possibilitem gerenciar o tempo dedicado ao trabalho e ao descanso (horas de sono, ócio, amor e lazer). Está-se vendo que isso pode ser (e tudo indica que de agora em diante assim será) um problema sociológico relevante, além de apenas interessante.

## Capítulo 1

### Hipóteses e procedimentos metodológicos

Do ponto de vista sociológico, numa pesquisa com este objeto é preciso perguntar não apenas o que é “estilo de vida”, mas também como e por que estamos interessados por essa questão específica no campo da medicina. É por demais conhecido o fato de que uma das tendências marcantes da medicina contemporânea tem sido a de submeter o indivíduo, como suporte indispensável às consultas clínicas de rotina, ao famoso *check-up*, uma série de exames laboratoriais, que lhe dirão o que ele mesmo não sabe e nem mesmo sente a respeito de seu próprio e sempre surpreendente corpo. Dessa forma será possível estabelecer, propor e até mesmo impor, entre as medidas para sarar ou evitar as doenças, as mudanças de estilo de vida capazes de exercer forte impacto em sua saúde e qualidade de vida.

Por outro lado, nos últimos vinte anos a medicina se tornou cada vez mais sabedora de que, também para o combate às doenças contagiosas, epidêmicas ou endêmicas, combate esse que é do interesse geral da sociedade e não apenas de indivíduos, o "estilo de vida" é de vital importância, e essa evidência científica de que o estilo de

vida pode ser de vital importância para a boa saúde só tem se solidificado ultimamente, através das pesquisas que se multiplicam em todos os quadrantes do planeta. Não é à toa que entre os profissionais da saúde a expressão “estilo de vida” emerge com tamanha visibilidade numa extensa variedade de áreas de especialização relacionadas à saúde individual e pública, e portanto à prática médica, incluindo: medicina diagnóstica, saúde coletiva, epidemiologia, nutrição, psicologia, medicina esportiva, além das outras especializações mais tradicionais da medicina, e todas parecem incluir entre seus objetivos irrenunciáveis apostar em um “estilo de vida” mais saudável.

Alguns pesquisadores envolvidos com as áreas interessadas em “promoção da boa saúde” argumentam que o “estilo de vida” exige o desenvolvimento de uma nova metodologia para a atuação dos profissionais de saúde (os médicos), e que no ensino da medicina se deveria tratar de desqualificar, quando não abandonar, as velhas metodologias. Quanto ao conceito de "estilo de vida" cada vez mais entronizado no ensino e na literatura de medicina em todo o mundo, consideram que não se trata apenas de explicá-lo ou estudá-lo, diagnosticá-lo e recomendá-lo, mais que isso: deveriam os próprios médicos praticar um estilo de vida saudável. Por esse motivo, ao focalizar o médico como agente privilegiado de certas mudanças, antes de mais nada no processo saúde-doença e conseqüentemente provocando transformações no “estilo de vida” dos indivíduos, procuramos desde o início do presente trabalho colocar aos nossos entrevistados, todos médicos, algumas questões relacionadas com a tendência dessa nova metodologia que lhes reorienta a atuação. As questões são as seguintes:

— O médico é um profissional que interfere no modo de vida, nos

hábitos e nos valores dos indivíduos e que, portanto, se considera chamado, autorizado quando não socialmente convocado a interferir ativamente na mudança de comportamento das pessoas?

— Quais as principais orientações dadas durante o tratamento?

— Essa nova metodologia de atuação já pode ser considerada uma tendência no ensino da medicina?

— Quais as áreas de especialização mais preocupadas como o “estilo de vida?”.

A partir dessas inquietações iniciais buscou-se nesta pesquisa, a título de hipótese, verificar se na prática atual da medicina o médico se coloca ou se pensa como alguém com o direito ou o dever profissional de provocar transformações na maneira de os indivíduos configurarem sua vida, sugerindo ou exigindo novas atitudes, outros comportamentos e outros valores que até aqui não faziam parte do estilo de vida daqueles pacientes.

Um outro aspecto importante dessa discussão envolvendo a nova metodologia de atuação dos médicos que acabou vindo à tona no decorrer da pesquisa de campo foi que, na verdade, entre eles não se costuma parar para pensar se essa nova onda de equacionar o tratamento dos doentes em termos de vida cotidiana e modo de vida representa de fato uma mudança significativa na prática médica. A prática mudou, mas as escolas de medicina continuam falando de clínica como no século XIX. Isso porque, segundo Clavreul (1983), "médicos e cirurgiões têm uma informação clínica e, às vezes, também utilizam técnicas de laboratórios que lhes permitem saber que estão doentes pessoas que não se sentem doentes. É um fato. Mas um fato a ser interpretado. Ora, é unicamente por serem os herdeiros de uma cultura médica transmitida pelos clínicos de ontem que os clínicos de

hoje podem ultrapassar e superar em perspicácia clínica seus clientes habituais ou ocasionais. Sempre houve um momento em que, no final das contas, a atenção do clínico foi chamada para certos sintomas, mesmo que unicamente objetivos, por homens que se queixavam de sofrer ou de não serem normais, isto é, idênticos a seu passado. Se hoje o conhecimento da doença pelo médico pode prevenir a experiência da doença pelo doente é porque, outrora, essa experiência suscitou, chamou o conhecimento. É, portanto, de direito, se não de fato, porque há homens que se sentem doentes, que existe uma medicina e não porque existem médicos que os homens tomam, através deles, o conhecimento de suas doenças. A evolução histórica das relações entre o médico e o doente, na consulta clínica, não muda em nada a relação normal permanente entre o doente e a doença”.

Parece, então, que poucas escolas de medicina hoje sabem preparar adequadamente o profissional para essa nova realidade, que dá uma outra dimensão à narrativa da doença e um outro valor à sua experiência. Ora, o que os médicos querem é “que não se fique doente; mas se isso acontece, que não se ignore”. Nessa prática, ao mesmo tempo pessoal e social, o conhecimento de si ocupa evidentemente um lugar considerável (Foucault 1985: 63). Na verdade, existem os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades, ou seja, o cuidado de si está em correlação estreita com o pensamento e a prática médica.

Michel Foucault (1985:62) mostra muito bem "o lugar ocupado pelo cuidado do corpo nessas práticas de si, como também o estilo dessa preocupação: o medo do excesso, a economia do regime, a escuta dos distúrbios, a atenção detalhada ao disfuncionamento, a

consideração de todos os elementos (estação do ano, clima, alimentação, modo de vida) que podem perturbar o corpo e, através dele, a alma”.

Mas para Foucault (1985: 62-63) talvez haja algo mais importante: "A prática de si implica que o sujeito se constitua face a si próprio, não como simples indivíduo imperfeito, ignorante e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído, mas sim como indivíduo que sofre de certos males e que deve fazê-los cuidar, seja por si mesmo ou por alguém que para isso tem competência. Cada um deve descobrir que está em estado de necessidade, e que lhe é necessário receber medicação e socorro”.

Por via de consequência, acaba-se compreendendo que o cuidado de si está em correlação com o aumento do cuidado médico, que adquire uma forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção com o corpo. Segundo Foucault (1985: 50), "...por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e em receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas; ele constituiu assim uma prática social, dando lugar a relações interindividuais, a troca e comunicações e até mesmo a instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber”.

Nesse sentido, o desenvolvimento daquilo que se poderia chamar uma “cultura de si”, na qual foram intensificadas e valorizadas as relações de si para consigo mesmo permite uma aproximação com a

“*promoção da boa saúde*”; esta, por ser um conjunto de programas, acaba voltada para o “estilo de vida”, ainda que sem mencioná-lo, com medidas e propostas mais individuais do que coletivas, porém sempre integrais. Fazendo um paralelo com a medicina preventiva, são ações em que médicos clínicos, ao atenderem doentes, poderiam estar reforçando para que eles cuidassem da sua saúde de modo amplo ou evitassem a sua deterioração.

Podemos pensar, então, num fenômeno freqüentemente evocado – o crescente individualismo nas sociedades ocidentais. De fato, poucas são as propostas que vêem a sociedade na sua complexidade e que articulam essa complexidade.

Conforme lembra Foucault (1985: 48), “de fato convém distinguir três coisas: a atitude individualista, caracterizada pelo valor absoluto que se atribui ao indivíduo em sua singularidade e pelo grau de independência que lhe é atribuído em relação ao grupo ao qual ele pertence ou às instituições das quais ele depende; a valorização da vida privada, ou seja, a importância reconhecida às relações familiares, às formas de atividade doméstica e ao campo dos interesses patrimoniais; e, finalmente, a intensidade das relações consigo, isto é, das formas nas quais se é chamado a se tomar a si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se, e promover a própria salvação. É claro que essas atitudes podem estar ligadas entre si; assim, pode ocorrer de o individualismo exigir a intensificação dos valores da vida privada; ou ainda, que a importância atribuída às relações consigo seja associada à exaltação da singularidade individual. Mas esses vínculos não são constantes nem necessários”.

A partir dessas noções foucaultianas, que servem como guia

comum a questionamentos os mais diversos sobre práticas corporais, melhor dizendo, práticas com o corpo e sobre o corpo, e não necessariamente terapêuticas mas também, torna-se possível lançar uma outra perspectiva sobre um estudo como este cujo objetivo é o de investigar as mudanças em curso na atuação dos médicos como portadores da “*promoção da boa saúde*” válida para os males do corpo e sua relação com as transformações que eles visam provocar no estilo de vida, na conduta cotidiana, a rigor na vida privada dos indivíduos, e, conseqüentemente, nos seus valores e motivações.

Em específico para este estudo foram envolvidos médicos que atuam diretamente com “pacientes” em seu exercício profissional, alguns dos quais também estão voltados para o ensino no curso médico na condição de professores, e eles pertencem às seguintes áreas: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, pneumologia, nefrologia, infectologia, psiquiatria, ginecologia, reumatologia e gastroclínica, compondo as principais disciplinas básicas da clínica médica.

A escolha dos profissionais médicos teve como ponto de partida indicações por parte de outros profissionais médicos que atuam no serviço público de saúde e que são conhecidos por trabalhos desenvolvidos em instituições hospitalares e de ensino público e por atuações em ambulatórios e campanhas de saúde.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram operados na forma de entrevistas individuais semi-estruturadas, constando de perguntas abertas, tendo como ponto de partida levantar algumas questões relacionadas com a tendência dessa nova metodologia que orienta a atuação dos médicos, implicando modificação do “estilo de vida” verbalizada como garantia de melhora da “qualidade de vida”.

O número total de sujeitos que fizeram parte da pesquisa na qualidade de informantes não foi definido previamente, mas sim com base naquela quantidade que se considerou como tendo alcançado o nível esperado de informações visadas com os depoimentos. Dessa forma, quando os dados começaram a se repetir, decidiu-se que era o momento de parar a coleta.

A coleta de dados primários foi feita no período de novembro de 2006 a junho de 2007, sendo esses obtidos, conforme dito acima, por meio de entrevistas gravadas de estrutura semi-diretiva, estratégia de praxe utilizada em pesquisa qualitativa com informantes qualificados. A gravação foi feita sob autorização dos médicos participantes, os quais autorizaram também o registro e a posterior citação de seus nomes completos.. Alguns depoimentos aconteceram em instituições públicas estatais, outros aconteceram em instituições privadas abertas ao público, locais esses previamente combinados conforme a conveniência dos entrevistados.

Acreditamos que através do discurso dos participantes nas entrevistas foi possível verificar que, na prática atual da medicina, o médico de fato tende a se colocar e muitas vezes a se pensar como alguém com o direito ou o dever profissional de provocar transformações na maneira como os indivíduos conduzem sua vida, sugerindo-lhes ou impondo-lhes novas atitudes, novas disposições de agir, outros comportamentos baseados em valores outros que muitas vezes até aquele momento não faziam parte do seu modo de viver, principalmente na esfera privada doméstica.

Antes de passarmos aos dados primários produzidos pelas entrevistas com uso de gravador, a fim de melhor contextualizar o leitor em relação à temática central do estudo, parece-nos oportuno, se não

necessário, apreender da literatura sociológica os principais aspectos concernentes à expressão — melhor dizendo, ao conceito — “estilo de vida”.

## Capítulo 2

### Estilo de vida e cultura de consumo

Antes mesmo de olharmos mais detidamente para o uso da expressão “estilo de vida” na medicina atual, é preciso trazer à mente uma noção mais clara do leque de fenômenos geralmente incluídos na definição sociológica do que seja “cultura de consumo”. Sociologicamente é preciso levar em conta o grande interesse e até o entusiasmo que o termo voltou a despertar, e perguntar pela série de objetos culturais, experiências e práticas que alguns teóricos contemporâneos estão apresentando e rotulando como elementos constitutivos de uma “cultura de consumo”.

Segundo Mike Featherstone (1995: 31), o termo “cultura de consumo” pode ser identificado sob três perspectivas fundamentais: A *primeira* é "a concepção que tem como premissa à expansão da produção de mercadorias, ocasionando uma vasta acumulação de cultura material na forma de bens e locais de compra, implicando no aumento das atividades de lazer e consumo; fenômenos que teriam resultado em maior igualitarismo e liberdade individual e considerados por outros como ‘alimentadores’ da capacidade de manipulação

ideológica e controle 'sedutor' da população, prevenindo qualquer alternativa 'melhor' de organização das relações sociais". A *segunda concepção*, que Featherstone classifica como "mais estritamente sociológica", postula que "a relação entre a satisfação proporcionada pelos bens e seu acesso socialmente estruturado é um jogo de soma zero, no qual a satisfação e o *status* dependem da exibição e da conservação das diferenças" (em condições desiguais, evidentemente). No caso dessa segunda concepção, focaliza-se "o fato de que as pessoas usam as mercadorias de forma a criar vínculos ou estabelecer distinções sociais." E a *terceira concepção* está relacionada com "a questão dos prazeres emocionais do consumo, os sonhos e desejos celebrados no imaginário cultural consumista e em locais de consumo que produzem diversos tipos de excitação física e prazeres estéticos".

Featherstone contesta nessa sua obra a visão reducionista segundo a qual o consumo deriva inequivocamente da produção. Cabe apreender de suas percepções que "a fase atual, de oferta excessiva de bens simbólicos nas sociedades ocidentais contemporâneas, e as tendências para desclassificação e desordem cultural" — que alguns rotulam de pós-modernidade ou pós-modernismo — estão pondo em evidência a importância crescente da *cultura* e das *questões culturais*, e isso, segundo ele, tem implicações mais amplas em nossa tradicional conceituação sociológica do relacionamento entre os níveis cultural, econômico e social na sociedade contemporânea. Em outras palavras e indo diretamente ao ponto que nos interessa nesta pesquisa: a importância crescente do interesse pelo "estilo de vida" na prática médica — uma questão especificamente sócio-cultural e apenas secundariamente econômica — tem a ver com a importância crescente das *questões culturais* na fase atual do desenvolvimento econômico e

social global. Trata-se de um fenômeno que acaba resultando em um interesse cada vez maior de amplos segmentos da população em tentar entender mais e melhor, e para tanto solicitar novas conceituações e elaborações da parte dos peritos nas diferentes esferas — sobre "as questões de desejo e prazer", destaca Featherstone. Vale dizer, sobre "as satisfações emocionais e estéticas derivadas das experiências de consumo", para além de uma certa lógica pura e simples de hábitos adquiridos e saberes tradicionais diferentes.

Os argumentos trazidos pelos estudos de Featherstone parecem mostrar que, para explicar e bem compreender essas tendências emergentes, a sociologia precisa ir além da avaliação negativa dos prazeres do consumo herdada da teoria da cultura de massa.

Se, da perspectiva dos clássicos da economia, o objetivo de toda produção é o consumo, e a expansão deste necessitando da construção de novos mercados e da “educação” de novos públicos consumidores por meio da publicidade e da mídia, Featherstone traz à tona essa abordagem que segundo ele remonta à síntese de Marx e Weber feita por Lukács em sua teoria da reificação na obra *História e consciência de classe*, e que foi desenvolvida nos escritos dos filósofos frankfurtianos Horkheimer, Adorno e Marcuse. Nesta última perspectiva, a cultura da modernidade capitalista é simplesmente a cultura do valor de troca e do cálculo instrumental racional de todos os aspectos da vida, que se tornou possível uma vez que todas as diferenças essenciais, tradições culturais e qualidades são transformadas em quantidades — algo que para Featherstone (1995) talvez pudesse ser designado como uma ‘não-cultura’ ou mesmo uma ‘pós-cultura’. Mas essa é apenas uma das tendências na obra da Escola de Frankfurt, ressalta ele, para quem

ainda há outra.

Adorno, por exemplo, falará do “valor de uso secundário”, isto é, a forma como as mercadorias ficam livres para adquirir uma ampla variedade de associações e ilusões culturais, sendo a publicidade especialmente capaz de explorar essas possibilidades. Ênfase semelhante na lógica implacável da mercadoria que desdobra simbolicamente seu valor de uso encontra-se na obra de Jean Baudrillard. Apoiado na semiologia este autor argumenta basicamente que o consumo supõe a manipulação ativa de signos.

Nos escritos de Baudrillard em torno da questão do "simulacro", a ênfase se desloca da produção para a reprodução, para a reduplicação infinita de signos, imagens e simulações por meio da mídia, abolindo-se desse modo a distinção entre imagem e realidade. Assim, na pena de Baudrillard a sociedade de consumo torna-se *essencialmente cultural*. Só que a superprodução de signos e a reprodução de imagens-simulacro resultam numa perda do significado, e o predomínio dos signos vai dar em estetização da realidade social e da própria existência individual. Ora, estetização da realidade e da vida tem tudo a ver com estilo, estilização. Não é difícil concluir daí que a estetização da vida traz implícito em seu bojo o novo valor que se passa a atribuir ao "estilo de vida". Agora o consumidor é um espectador de si mesmo, daí a preocupação em ter “um estilo”, em “estilizar” seu corpo, sua vida, seu modo de ser e viver.

Eis aí, segundo Featherstone, a "cultura sem profundidade" de que fala Jameson quando analisa a pós-modernidade. Tal como tantos outros autores, Jameson também considera a cultura pós-moderna como a cultura da sociedade de consumo e, para ele, "sociedade de consumo" é um dos nomes da etapa do capitalismo tardio

posterior à Segunda Guerra Mundial. Também aos olhos de Jameson a *cultura* ganha uma nova importância nessa sociedade mediante a saturação de signos e mensagens, a ponto de ele cunhar a famosa frase segundo a qual "*é possível dizer que tudo na vida social tornou-se cultural*" (Jameson 1984: 87, apud Featherstone, 1995: 34).

Atualmente, embora tenha se verificado um aumento considerável do interesse pela "cultura de consumo" bem como um decorrente aumento do uso dessa expressão, não se concede mais tanta importância à crítica da "sociedade de consumo" tão presente nos teóricos mencionados até aqui com a ajuda de Featherstone. Tudo se passa como se nós nos tivéssemos dado conta de que passamos para uma nova etapa de organização social na qual tanto a cultura como o consumo desempenham um papel mais crucial, de dominância, e isso como que "se naturaliza" aos nossos olhos, fica "natural". De fato passamos a uma nova etapa do 'capitalismo' (capitalismo de consumo) e da 'industrialização' (sociedade da informação, sociedade do conhecimento, sociedade pós-industrial...), uma etapa histórica suficientemente nova e distinta para suscitar diversas tentativas de a rotular. O que aqui nos interessa diretamente não é discutir tais rotulações e teorizações para fundamentá-las, mas contextualizar em termos macro-sociológicos, embora em rápidas pinceladas, o aumento notável do interesse do estamento médico por "estilo de vida" e registrar a legitimidade em alta do emprego dessa expressão na medicina brasileira atual, pelo menos tal como a praticada em São Paulo.

## **Capítulo 3**

### **Concepções de estilo de vida na teoria sociológica contemporânea**

É indispensável ressaltar desde logo neste capítulo que a expressão “estilo de vida” — a qual a presente pesquisa pretende demonstrar que está em evidência na medicina atual — remete imediata e principalmente ao indivíduo, muito embora ela já tenha apresentado na literatura sociológica, seu local de nascimento científico, um significado mais estrito, designando o modo de vida distintivo de camadas sociais ou grupos de status específicos regido por critérios axiológicos e estéticos, ou em palavras mais diretas, por valores e gostos. Em seu uso pelos médicos clínicos, a expressão parece estar mais colada à acepção que tem no âmbito da cultura de consumo contemporânea, demonstrando individualidade, auto-expressão, liberdade individual de criação independentemente do grupo de origem com seus hábitos herdados, enfim, uma consciência de si “que se estiliza”. Featherstone (1995) nos apresenta a seguinte lista de elementos que podem entrar na composição de um estilo pessoal: “o corpo, as roupas, o discurso, os entretenimentos de lazer, as

preferências de comida e bebida, a casa, o carro, a opção de férias, etc.". Todos elementos podem ser manipulados, exibidos e conseqüentemente vistos como indicadores da "individualidade do gosto e do senso de estilo do proprietário/consumidor". Com isso, está-se supondo que o capitalismo avançado, com sua produção aumentada e enormemente diversificada, e a maior demanda de consumo estimulada por muita propaganda e muito *marketing* direcionados para "nichos" de consumo diferentes e diferenciados, possibilitam maiores oportunidades de escolha.

A administração dessa escolha "pessoal", nota Featherstone, tornou-se em si mesma um desafio a mais para o indivíduo moderno. Nesse sentido, ele seleciona três frases retiradas de *Channels of Desire*, de Stuart e Elizabeth Ewen (1982: 249:251), frases que os próprios autores consideram sintomáticas das tendências recentes da cultura de consumo: (1) "Atualmente não há moda, apenas modas". (2) "Nada de regras, apenas escolhas". (3) "Todo mundo pode ser alguém". Em todas elas se faz notar a existência de uma verdadeira "guerra contra a uniformidade". Em palavras mais diretamente referidas ao tema deste trabalho: uma individualização crescente do significado atribuído ao "estilo de vida".

Sem maiores rodeios, destaca-se com isso o fato de "que estamos rumando para uma sociedade sem grupos de *status* fixos, na qual a adoção de estilos de vida fixos por grupos específicos (manifestados na escolha das roupas, atividades de lazer, bens de consumo, disposições corporais) está sendo ultrapassada". Esse movimento de transição em direção a uma cultura, definida por Featherstone como o fim da relação determinista entre sociedade e cultura e, por conseguinte, a autonomização desta última como variável

independente (ou quase). A partir de agora, é como se as preferências e os gostos do indivíduo expressassem a maneira como cada qual configura sua vida, sem precisar se identificar socialmente com seu grupo de *status* herdado, deixando de se tornar mapeado com base na sua origem de classe. Com efeito, indaga ele, “será que gosto ainda classifica o classificador?”, no sentido de estabelecer uma relação necessária entre o estilo de vida de uma pessoa e o estilo de vida de sua classe social? Ou, em outras palavras, até que ponto uma posição no âmbito dos estilos de vida e das práticas de consumo ainda pode ser correlacionada com a estrutura de classes?

Em sua abordagem macro-sociológica do "estilo de vida", Featherstone busca ressaltar esse aspecto da sociedade capitalista atual quando insiste em apresentar francamente a “cultura do consumidor” como “um aspecto além da determinação”. Vê na atitude “Nada de regras, apenas escolhas” “um rompimento das velhas hierarquias de moda, estilo e gosto, em favor de uma aceitação tolerante (...) e uma defesa do direito do indivíduo de desfrutar os prazeres e desejos, sem pruridos ou censura moral”, propondo que tal atitude deve ser vista com seriedade pelos cientistas sociais e não descartada sem mais como epifenômeno superficial.

Isso não obstante, com base na teoria de Pierre Bourdieu (1994) é possível argumentar que a questão do “estilo de vida” pode ser mais bem compreendida quando posta em relação com o *habitus* da “nova pequena burguesia”, que na condição de uma fração de classe em expansão, está preocupada em definir critérios de difusão e legitimação de suas próprias disposições, gostos de classe e estilos de vida específicos. Dentre todos os sociólogos contemporâneos, Bourdieu é aquele que tenta pacientemente descobrir e identificar quais as

camadas sociais ou frações de classes específicas mais diretamente envolvidas na produção simbólica de falas, imagens, cifras e informações valorizadoras de uma "estilização da vida" (expressão de Weber), valorizadoras, portanto, dos estilos de vida "distintivos" dos diferentes círculos e camadas sociais de uma sociedade estruturada em classes. Mas o que de fato mais nos chama a atenção na elaboração teórica de Bourdieu é o fato de ele eleger teoricamente a "nova pequena burguesia" — ou seja: a "classe média altamente escolarizada", da qual, aliás, fazem parte os médicos — como a camada social "portadora" (na linguagem de Weber) desta idéia-chave para a nossa pesquisa: a idéia de *mudança* dos modos de vida tradicionais, isto é, de sua reestilização. Podemos dizer que Bourdieu sugere uma perspectiva analítica alternativa à excessiva individualização presente na proposta preferencial de Featherstone.

A ótica de Bourdieu está dirigida para um indivíduo menos volátil, o qual emerge de sua análise como um sujeito travejado pelas relações dialéticas entre o ator, a classe e a estrutura social. Segundo essa visão, as práticas sociais não são o produto da obediência às regras "objetivamente adaptadas a seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expreso das operações necessárias para atingi-los", conforme propõe o que Bourdieu chama de "objetivismo", nem tampouco resultam da ação organizada pela vontade livre de um único regente, segundo sugere o "subjetivismo" (Bourdieu, 1994a: 61,65). Essa formulação triangulada pode ser compreendida por meio do conceito de *habitus*, definido como um sistema de disposições, decorrente de experiências passadas, duráveis e transponíveis, que gera as percepções e ações dos indivíduos. De acordo com esse ponto de vista, o mundo social é um espaço multidimensional caracterizado

por uma rede de "campos", cada campo, com uma dinâmica e uma lógica próprias, que combinam capital econômico e cultural.

Segundo Bourdieu (1994c; 126-127), "campos são espaços relativamente autônomos, nos quais as posições dos agentes estão fixadas a priori". A interação entre os "campos" é marcada por disputas que visam manter ou mudar a configuração dessas forças. A classe dominante, por ter mais acesso e possuir mais capital, tende a controlar os campos investidos de poder e estabelecer uma distinção social em relação às outras classes, e a distinção entre classes e frações de classe tem a ver com estilos de vida e gostos "de classe". Diferentes posições sociais no interior dos 'campos' podem implicar em variação nos estilos de vida, e é o gosto – escolhas e preferências dos indivíduos, aparentemente voluntárias - que forma a base dos estilos de vida como conjunto de práticas sociais funcionando simbolicamente como sinais de posição social, distância social, *status* e distinção. Assim, para a sociologia de Bourdieu, o estilo de vida guarda estreita relação com a posição social; conforme ficou evidenciado por levantamentos estatísticos, realizados na França, das preferências e práticas culturais nas classes populares, médias e superiores (Bourdieu, 1994b). Apesar de considerar a dimensão subjetiva das práticas sociais e dos bens simbólicos, sua obra sublinha a forte influência das condições objetivas da estrutura de classes na formação das disposições orientadoras das práticas dos indivíduos.

Não é exagero lembrar, contudo, que pensar a interação social a partir das relações de classe objetivamente determinantes contribuiu muito para o entendimento da reprodução das condições sociais, mas, por outro lado, pode limitar a percepção das mudanças em termos de trajetórias e estilos pessoais. Os argumentos do sociólogo

francês forneceriam um consistente instrumental teórico para a compreensão dos mecanismos de poder e reprodução das práticas sociais, só que apresentam restrições para o estudo de certos processos de mudança.

Bourdieu refuta esse tipo de crítica. Quando perguntado sobre o viés determinista de sua teoria – expresso na crítica da fórmula: "estruturas produzem *habitus*, que determinam práticas, que reproduzem estruturas" – o autor argumentou que sua proposição procura se contrapor justamente aos modelos circulares reprodutivistas pelo fato de ser um sistema aberto de disposições: durável, sim, mas não eterno. Embora reconheça que todos os estímulos exteriores são percebidos a partir das experiências anteriores e que as experiências originais são prioritárias nesse sistema de disposições, Bourdieu sustenta que um mesmo *habitus* pode produzir práticas distintas, pois é um “sistema de potencialidades” produzidas na “relação” com as estruturas; portanto, é capaz de reproduzi-las, *mas também de modificá-las*. A concepção da prática como resultado da relação dialética entre a estrutura objetiva (definidora das condições sociais de produção do *habitus*) e a situação (espaço social) de exercício do *habitus*, se por um lado revela o sentido de continuidade e regularidade, por outro aponta para a possibilidade de mudança (Bourdieu, 1992).

No caso desta pesquisa, isso importa muito, pois estamos focalizando os médicos como agentes não da conservação dos estilos de vida, mas como *portadores* socialmente autorizados da *mudança* ou *revisão* dos estilos de vida “não saudáveis” e da defesa de sua substituição por estilos de vida "saudáveis", de cuja definição e delineamento são eles também os portadores monopolistas na qualidade de peritos no saber médico-científico.

## Capítulo 4

### Concepções de estilo de vida na medicina contemporânea

Estudos reunidos por James M. Rippe sob o título *Lifestyle Medicine* (1999), obra que reúne colaborações de 148 autores e engloba a integração de diferentes abordagens em torno dessa questão do “estilo de vida” na prática da medicina contemporânea, mostram no pormenor uma série de fatores de risco de doença associados a diferentes estilos de vida. Alguns estudos avançam no sentido de trazer maior evidência científica, alcançada em diversas áreas da saúde, para um componente hoje considerado indispensável na prática profissional dos médicos, a qual consistiria não apenas em tratar das doenças, mas também em *promover a boa saúde*.

James M. Rippe é cardiologista. Por isso, a primeira parte do livro relaciona o estilo de vida e a prática médica com o impacto no gerenciamento e prevenção das doenças cardiovasculares. E isso, não somente porque essa é sua especialidade médica, mas principalmente por ser uma área em que o estilo de vida *como fator de risco* se destaca de forma relevante, fazendo dela uma das áreas de maior intervenção

da “*lifestyle medicine*”.

Se, por um lado, essa ênfase inicial não esgota todo o conteúdo desse livro, que se dedica aos hábitos diários e seu impacto na qualidade da saúde em geral, tanto no curto quanto no longo prazo, por outro lado, ele deixa claro que a área que primeiro se destacou nesse tipo de abordagem foi a da cardiologia: devido ao interesse em se planejar a prevenção da alta mortalidade por doenças cardiovasculares. Nos Estados Unidos, pode-se comprovar que, se entre 1960 e 1990 houve a redução de 50% nessa classe de mortalidade, sendo que a metade desse declínio coincide com a elucidação dos fatores de risco. O esforço norte americano de redução dos fatores associados ao estilo de vida nos últimos 40 anos começa justamente com a descoberta da centralidade do fator elevação na taxa de colesterol no sangue, que se tornou à chave da patologia da arteriosclerose. Isso levou a que fossem ressaltadas determinadas estratégias na prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares, como, por exemplo, a redução na taxa de tabagismo, o efeito nutricional pelas dietas, o valor dos exercícios físicos e, tudo o mais que leve à hipertensão.

Mesmo assim, as doenças cardiovasculares permanecem liderando a mortalidade nos Estados Unidos, e outros países industrializados, e esse desempenho indesejável continuam sendo associados a fatores culturais que colaboram com a elevação da taxa de colesterol no sangue: o estresse, a crescente falta de atividade física e, mais recentemente, o aumento do pior fator de risco ocasionado a todas as faixas da população – a obesidade.

Na parte II do livro, vamos encontrar uma abordagem da nutrição em suas diferentes ligações com a prevenção das doenças e sua terapia. Abordando nutrição do ponto de vista de comportamento e

considerações educacionais, James M. Rippe afirma que a nutrição tem um papel importante na etiologia, progressão e seqüela da doença cardiovascular. Para prevenir o risco de doenças cardiovasculares, um dos principais fatores visados é a mudança na dieta para redução da obesidade, do colesterol e da hipertensão.

Se na década de 1990 houve aumento, ainda que modesto da importância dada pelos médicos ao valor nutricional, isso se deveu (ironicamente) a uma série de barreiras encontradas entre os próprios médicos, incluindo falta de treinamento, tempo de atendimento limitado, educação inadequada, carência de materiais médicos na área hospitalar, ocorrendo em conseqüência aumento do número de médicos encaminhando seus pacientes com hiper-colesterol, hipertensão e obesidade para uma consulta com o nutricionista.

Com base na proposta de uma nova atitude, os médicos passam a se ver como detentores de uma responsabilidade crítica: comunicar aos pacientes a importância da saúde nutricional através da credibilidade do trabalho de mais longo prazo do nutricionista e seu impacto nas mudanças alimentares do paciente. O interessante é que isto se faz respeitando os diferentes subgrupos demográficos (idade e sexo, principalmente) em termos dos fatores de risco e dieta relativos antes de mais nada às doenças cardiovasculares”.

Entre os fatores educacionais que influenciam o sucesso desse tipo de abordagem e conduta de tratamento, que devem ser propagados como devendo ser adotados pelos profissionais em sua prática, James Rippe afirma que se deve incutir nos familiares, como grupo de apoio, o dever de aceitar preparar alimentos diferentes, a começar da idéia básica de que a dieta “tem que ser” *individualizada*.

À parte III descreve a medicina esportiva – não somente na

prevenção dos ferimentos e na reabilitação, mas na prevenção dos males dos ossos e das doenças dos ligamentos.

Com enfoque na questão do exercício físico como intervenção nas doenças cardiovasculares, e baseado nos resultados de um programa de atividade física ligado a um padrão de atividade de estilo pessoal, os médicos têm a oportunidade de motivar para a importância efetiva na “promoção da boa saúde”, encorajando seus pacientes e discutindo com eles seus benefícios através de um questionamento, antes de se iniciar um programa de exercícios que possa ser seguido pelos pacientes em condições crônicas com o apoio de profissionais treinados nos diversos tipos de atividade física.

Para muitos, medicina esportiva ainda é sinônimo de tratar de ferimentos. A medicina esportiva mais recente, porém, inclui não somente o cuidado físico e mental das doenças do esporte, mas os exercícios na prevenção de problemas potenciais, que incluem a prevenção da perda óssea, a evitação dos ferimentos durante a realização dos exercícios e o tratamento de reabilitação física. Segundo estudos, aproximadamente 50 % dos ferimentos ocorridos durante os esportes e atividades físicas podem ser prevenidos. Métodos de prevenção incluem uma nova atividade que se deve iniciar gradualmente dando-se atenção ao equipamento e às condições em que se pratica essa atividade física. Aos atletas, espera-se que a terapia física seja um componente no seu tratamento de reabilitação, sugerindo modalidades terapêuticas feitas quer para tratar dos ferimentos, quer para oferecer medidas a fim de retornar ao esporte e à atividade física.

Conforme conclusão dos autores, futuras pesquisas podem ser expandidas na continuação e prevenção da musculatura ferida

através de uma avaliação e tratamento com exercícios que são claramente requeridos para manter a saúde dos ossos e dos músculos. O desenvolvimento de novos programas de atividades físicas e de reabilitação, se por um lado implementa formas já aceitas como saudáveis, por outro termina enfatizando mudanças de estilo de vida.

A medicina preventiva não poderia faltar. Integra a parte IV do livro. Que vai tratar dos componentes da relação que se desenvolve entre o médico e o paciente, no intuito de se obter uma “boa saúde”, com destaque para a informatização (feita pela internet ou cd-rom ou outras formas de acesso eletrônico), onde os novos recursos tecnológicos oferecem aos pacientes o conhecimento na forma de medidas preventivas de caráter educacional.

Quando consideramos que há uma vasta literatura em medicina preventiva, é interessante notar que o maior interesse aplicado nesta área segundo os estudos de J. Rippe surge com a invenção do computador, que passa a tomar parte importante nas regras do jogo (de maneira positiva) para a mudança de “estilo de vida”, ou seja, adoção de novos padrões de conduta.

Através do uso do sistema “informatizado”, os indivíduos começam a participar mais e a se organizar para cuidar da própria saúde, e esse incentivo passa a ser implementado na medicina preventiva em diferentes grupos de status e classes que passam a incorporar a informática no seu dia-a-dia. Exemplo marcante é adotado pelas campanhas publicitárias principalmente aquelas contra o uso do cigarro, veiculadas em todo tipo de mídia, fato que coincide também com o aparecimento da indústria de produtos nutritivos e saudáveis (*diet, light, etc*) e de equipamentos esportivos, cuja publicidade é encontrada de forma constante em jornais, revistas e programas de TV,

que focalizam uma vasta variedade de tópicos sobre saúde, sempre com o objetivo de orientação da conduta e, o que mais nos interessa nesta pesquisa sobre a mudança de comportamento.

É interessante pensar sociologicamente nessa oportunidade de “vender a saúde”, no sentido de proporcionar ao consumidor uma melhor “*qualidade de vida*”. Com isso, abre-se uma porta de comunicação com outras pessoas em áreas específicas da saúde que têm o mesmo interesse em discutir os assuntos através da criação de todo tipo de grupos de apoio, ou até mesmo na formação de organizações associativistas específicas e ONGs, como por exemplo: grupo de hipertensos, de diabéticos, alcoólicos anônimos, de vigilantes do peso, etc, etc, etc.

Com essa literatura baseada em estudos recentes em medicina, focalizamos a evolução “natural” que começa a ocorrer com a prática médica atual, que incorpora como base à aceitação “pós-moderna” pelo médico de que o paciente passe a ser ele próprio o responsável por suas próprias decisões na condução do tratamento, e esse aprendizado sai dos consultórios e entra na casa, no local de trabalho, na escola pública e nos centros de saúde como um “dever ser”.

Um bom exemplo é o do auto-cuidado direcionado contra a progressão do diabetes: aqui as decisões diárias devem ser assumidas pelo paciente com acesso, agora ao desenvolvimento de uma tecnologia que permite checar no sangue, ou na urina, a taxa de glicemia, cujos valores são comparados com os índices correspondentes aos valores de referência “normais” e para que, se necessário, possa ele próprio aplicar a dose de insulina ou estabelecer outras formas de controle, que podem ser: pela dieta ou por exercícios físicos, educando-se agora a

planejar o próprio tratamento. O que implica... mudança em seu estilo de vida.

Isso irá repercutir socialmente em maior controle do custo da saúde pública, trazendo melhores oportunidades de aumento da qualidade de vida, aumento da expectativa de vida pelo acesso do paciente à tecnologia da informatização, que lhe permite utilizar recursos disponíveis 24 horas ao dia em qualquer lugar do planeta. E essa entrega digital via transmissão por satélite até com telefones celulares, é uma realidade da era da transição da fase industrial para a fase pós-industrial da informatização.

O “auto-cuidado” que aos olhos da medicina representa um processo de aprendizagem indispensável, com uso massivo do computador, passa a permitir não somente aos profissionais de saúde, mas a quaisquer indivíduos com os mesmos interesses, encontrar-se para obter informação e trocar impressões sobre como anda seu “auto-cuidado”.

A internet é utilizada como importante ferramenta desse processo que avança rapidamente se comparado aos anos dos consultórios médicos, de educação para o auto-cuidado pelo paciente. Nos Estados Unidos e países escandinavos, de 80 a 90% dos sintomas são tratados em casa através do auto-cuidado.

A parte V do livro do Rippe dedica-se às questões da mulher, que são relatadas não somente em relação à prevenção e ao tratamento das doenças mais comuns, mas, criticamente, esse tema aparece com ênfase na importância da prevenção à violência contra a mulher.

Na seqüência, o capítulo da epidemiologia abrange uma variedade de pesquisas, mostrando como os estudos epidemiológicos têm levado a medicina a valorizar ainda mais as orientações quanto aos

cuidados que podem ser tomados em casa, e também como se podem aplicar certos cuidados de viés epidemiológico a muitas doenças específicas, que incluem categorias como doenças cardiovasculares, diabetes e a redução nos riscos do câncer.

Para além da prática dos médicos em seus consultórios, os estudos epidemiológicos apontam que o estilo de vida também deve ser focalizado em outros campos de trabalho.

Está-se vendo que, quando se trata de “*promoção da boa saúde*”, a literatura percorre uma vasta gama de áreas, desde os exercícios físicos até a psicologia do consumidor. No sentido de uma maior integralidade da ligação mente-corpo, “re-ligação que agora se re-apresenta como a força a ser utilizada pelo médico para que se mude o comportamento das pessoas”.

Mais uma vez, eis aí o objetivo principal da “medicina do estilo de vida”. Veja-se, por exemplo, no capítulo referente à Dermatologia, a preocupação com fatores negligenciados na interferência dos diversos estilos de vida com as condições da pele.

Com essa perspectiva, os autores atentam até mesmo para os estudos de imunologia, que oferecem outro campo de ponta na descoberta da importância da atividade física na imunidade do corpo, tanto para o indivíduo saudável quanto para o indivíduo imuno-comprometido.

Como se vê, no livro organizado por James M. Rippe, resultado da contribuição de 148 autores, a “medicina do estilo de vida” pretende oferecer aos profissionais da área de saúde uma nova arte médica que alia os conhecimentos da medicina moderna científica, com uma atenção holística aos estilos de vida na busca da “boa saúde”, meta que não se consegue - acredita-se hoje - sem a determinação de

alterá-los, mudá-los, substituí-los por outros mais saudáveis.

## **Capítulo 5**

### **Mudança de estilo de vida: também do médico?**

Os médicos costumam expressar-se de modo mais acolhedor com os pacientes bem informados, do que com os pacientes “passivos”, os quais delegam toda a responsabilidade aos médicos; ao contrário, pacientes que dividem as decisões e responsabilidades parece que irão, após o diagnóstico, seguir o tratamento.

Muitas pesquisas na área médica comprovam que os projetos direcionados à saúde das comunidades com o adequado aspecto preventivo somente possibilitaram o resultado esperado mediante o desenvolvimento gerado pela tecnologia da informação. No passado, a densa literatura médica era restrita às bibliotecas, e hoje com a tecnologia de ponta, as informações profundas em quase toda a área da saúde é barata e fácil e está na internet e em outras formas eletrônicas, seja nos centros médicos ou em bibliotecas públicas. A essa nova oferta de informação, a resposta tem sido: pacientes procuram se educar e que tem facilitado esse tipo de mercado que se expande nos hospitais ou em diferentes organizações.

Estudos de impacto mundial têm demonstrado que a queda

no serviço de emergência beneficia o sistema de saúde, que conseqüentemente diminui o seu custo e isto se comprova pelo envolvimento do paciente na qualidade de uma visita médica. Pois num mundo que permite apenas dez minutos para uma consulta médica e para que seja satisfatória a relação médico-paciente, podemos dizer que a comunicação é uma barreira que só pode ser ultrapassada com o incentivo do auto-cuidado, cuidado de si e de sua família, o que possibilita encorajar, informar, educar a interagir.

Na essência, os profissionais de saúde passam a reinventar as regras da relação médico-paciente, promovendo o seu auto-cuidado e melhorando a qualidade e redução de seus custos.

Essa “*promoção da boa saúde*” com ênfase no auto-cuidado tem-se demonstrado pela preocupação em apontar, até mesmo aos pacientes com baixo poder aquisitivo, os fatores de risco referentes à adoção de determinado “estilo de vida”, de comportamentos referentes a: dieta, falta de exercícios, consumo de álcool, de drogas e de tabaco, uso do cinto de segurança, prática do sexo seguro com ênfase nas doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer de mama, teste do papanicolau, redução da obesidade, prevenção das doenças cardiovasculares, etc.

Na realidade, as mudanças são positivas nestes últimos anos, nos quais as pesquisas positivamente têm demonstrado como é eficaz o auto-cuidado dos indivíduos e também como as comunidades podem alterar normas culturais tradicionais da vida em sociedade. Isto contribui mais do que investimentos em sistemas de tecnologia específica de saúde, a saber: a interferência no estilo de vida, que se reflete na qualidade de vida tanto no privado como no público, com ênfase em melhores hábitos, práticas cotidianas mais “saudáveis”, sem

custos repassados à população.

A realidade virtual feita pelos progressos de saúde seja nos Cd-rom, conferências, seminários, pelo uso da tecnologia informacional, têm ampliado a capacidade dos profissionais de saúde a ajudarem na modificação do comportamento, especialmente na faixa média da população (Rippe, 1999).

O uso ilimitado da informação proporciona o corte de visitas aos centros médicos, hospitais, a se educar sobre a terminologia médica, identificar as medicações prescritas, com a exposição do produto, cor, tipo e tamanho de medicações similares, os primeiros socorros, assim também com atenção aos profissionais de saúde e médicos que se orientam em suas consultas de pesquisas, seja também com a ampliação dos programas de três dimensões, no estudo desde a anatomia do corpo que pode ser usada pelas crianças nas escolas até na educação dos profissionais na área médica.

A medicina sempre fez o controle social do tipo “não fume”, “não engorde”, “não trabalhe”, que cura e reabilita muitos, mas que também produz enfermidades, dor e sofrimento.

Hoje tentamos reconhecer que as ações coletivas não são inócuas. É improdutivo “demonizar” a alimentação e a obesidade. Mas, que tipo de relação se pode ter com a comida? A discussão tem que ser feita não só pelo lado nutricional. Incorporar na população a discussão do prazer, de ser bonita, de viver mais e com qualidade de vida pode ser um exercício de intervenção do médico. Aí está o efeito do discurso médico.

A enunciação do discurso se faz na “receita” do médico como também em todos os recursos laboratoriais, radiológicos, etc instalados pelo desenvolvimento da tecnologia médica. Essa tecnologia

constitui a substância do discurso médico.

Segundo J.Clavreul (1983) Como ele é autor desse discurso médico para cada novo doente, ele pode hesitar sobre o sentido a lhe dar para cada caso concreto, isto é, sobre a oportunidade de uma intervenção (exploradora ou terapêutica) a ser praticada. Tal é a lógica na qual se acha engajado o desejo do médico em função do discurso que o constitui.

## **Capítulo 6**

### **O médico é um profissional que interfere no estilo de vida dos indivíduos**

Ao examinar cuidadosamente os conteúdos dos discursos dos médicos e revelar seus depoimentos frente ao conjunto das questões abordadas nesta pesquisa, notei que seria interessante mencionar alguns artigos fundamentais que constituem a Resolução CNE/CES n\*4, de 7 de novembro de 2001 que institui as Diretrizes Nacionais para o Ensino de Graduação em Medicina. Com base nas Diretrizes Curriculares são definidos os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos médicos estabelecida pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

O Art. 4\* refere ao Curso de Graduação em Medicina que tem como perfil do formando/profissional o médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitando a atuar com base em princípios éticos, no processo de saúde-doença, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde integral do ser humano. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do

sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Enfatiza que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Nesta perspectiva e relacionando pontos fundamentais, o Art 5\* contempla a formação do médico e tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos para o exercício de habilidades específicas:

I - promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social; (Resolução CNE/CES n\*4, de 7/11/2001).

E destacando dos conteúdos essenciais para o curso de graduação de medicina relacionados com todo o processo saúde-doença, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

II – Compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença; III – abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção; (Resolução CNE/CES n\*4, de 7/11/2001).

Desta forma, podemos ter como base alguns pontos que norteiam a formação em medicina e isso pode nos servir de guia para mostrar através dos depoimentos dos médicos entrevistados a sua prática profissional mediante as questões apresentadas ao focaliza-lo como portador de certas mudanças no processo saúde – doença e

conseqüentemente provocando transformações no estilo de vida dos indivíduos.

Examinando as falas dos médicos, capto nos relatos as seguintes afirmações em relação à primeira questão que dá título a esse capítulo.

*O médico é um profissional que pode interferir diretamente no modo e no estilo de vida do paciente. Ele é ainda hoje, o médico aparece como uma figura bastante conceituada, e quando ela dá alguma orientação para o paciente, via de regra, o paciente acha que aquilo é importante para ser seguido, então, ele pode diretamente influenciar sim o que o paciente vai fazer, no modo como ela vai viver. Porém, para que ele tenha essa interferência, ele precisa estar preocupado com isso, então, ele precisa dedicar um tempo adequado para a consulta dele com o paciente, entender, compreender esse paciente e a partir daí estabelecer uma relação médico-paciente adequada, não superficial, e então, contribuir para o paciente poder alterar o que não está bom no modo e no estilo de vida dele, então, ele pode ter esta participação sim, e seria ideal que ele tivesse. (Dra. Anaí B. Amorim – psiquiatra).*

*Idealmente todos os médicos deveriam atuar neste sentido e quase certamente no passado tiveram uma importância muito maior. Hoje a prática da medicina mudou muito e uma das grandes limitações da prática correta é a sobrecarga de trabalho e limitação do tempo de atendimento de cada doente. Idealmente qualquer consulta médica deveria ser motivo independente para a verificação de hábitos de vida, inclusive sexuais, alcoolismo, tabagismo, regime alimentar, prática esportiva, problemas familiares, problemas diversos, mas evidentemente uma consulta tipo SUS com a tendência para atender n pacientes por dia, 3 horas/4 horas é absolutamente impossível. Então, em alguns casos é sempre possível interferir e já se sabe, por exemplo, que a palavra do médico mesmo que seja de ½ minuto a respeito de tabagismo com o doente que tem algum problema não relacionado com o tabagismo pode ter uma importância muito grande, no fato de abandonar o tabagismo. Para problemas específicos esse tipo de situação só pode ser enfrentado com trabalho de equipe, com grupos de assistência, por exemplo,*

vamos supor aquele nosso caso que cada médico atende de 10 a 15 pacientes asmáticos por dia, é absolutamente impossível além da questão e do tempo, a repetição de toda a orientação porque cansa, esgota e chateia. O primeiro doente as informações podem ser dadas inteiramente. O segundo doente já 80% e vai caindo porque no final do dia você repete todo o dia para os 10 pacientes a mesma ladainha, não dá, então, isso só pode ser feito se tiver em grupo. Você reúne 10 asmáticos, por exemplo, e dá as informações para todos de uma vez só. Eventualmente o atendimento individual por causa de um problema específico. E há um outro problema que se discute, mas o mundo mudou – estão tentando rever o médico de família, mas isso é uma utopia, acho uma utopia. É absolutamente impossível. O médico especialista atende melhor e mais rápido que o clínico porque ele não é o super Deus que faz tudo bem feito, de tudo, não é. Mas é assim que a medicina está caminhando, infelizmente, a prática médica começou com o curandeirismo, não é, abandonou essa prática, muito foi abandonada a parte do relacionamento, muito mais depende hoje da técnica do que do contato humano, mesmo que sempre teve grande destaque em termos de exame físico do paciente, está sendo substituído praticamente pelos exames subsidiários. (Dr. Nelson Morone - pneumologista).

Ele...Teoricamente ele deve interferir sempre, agora depende de cada jeito de tratar seus pacientes...Consultórios privados que atende tanto o doente particular como o de convênio deveria ter o tempo para fazer isso, mas hoje as grandes clínicas estão atrapalhando, elas contratam os médicos com uma determinada quantidade de pacientes para atender por um tempo determinado, então, eles praticamente atendem pacientes em quinze minutos. Em quinze minutos você simplesmente é tecnocrata, Agora, no consultório privado eu tenho aqui 18.000 mil pacientes cadastrados comigo aqui no consultório que é de bairro. De bairro você acaba obrigatoriamente influenciando na família das pessoas, conhece o paciente, você sabe quem é a mulher dele, o filho dele, o que faz, o que está conhecendo, os problemas e você de alguma maneira têm que tentar mudar os estilos de vida deles. Aqueles que tiveram a doença – mudam. Quem não teve doença é mais difícil. Quem tem só fator de risco – ele faz um mês e pára. Uma das coisas mais difíceis é parar de fumar; indivíduos que enfartaram e foram operados ou fizeram algum

*procedimento cardiológico param de fumar nos primeiros seis meses, depois disso 60 a 70% voltam a fumar. Em relação à atividade física – vários problemas acontecem, então, nós estamos sugerindo muitas vezes que eles andem, por exemplo, no museu do Ipiranga, andem no parque da Aclimação ou do Ibirapuera. As dificuldades de transporte são o principal problema por incrível que pareça. Os que moram próximo ainda conseguem fazer um pouco de atividade, então, você é obrigado a orienta-lo na quantidade, na intensidade, no horário ah...Se das dificuldades que ele vai ter se ele não consegue sair ande em casa, mas às vezes, como norma da cardiologia que eu uso, eu cobro sempre estar andando, mudar a alimentação, diminuir o sal e estar fazendo algum tipo de “fio terra” para relaxar. O quê que você faz? Ah! Eu gosto de leitura, gosto de ver filme na televisão, ver novela. Ele tem que ter um lugar do “descarrego” das tensões dele, então, ele tenta mudar, mas agora as dificuldades sempre são as do dia-a-dia de São Paulo, de uma capital grande. (Dr. Nabil Ghorayeb – Cardiologista e especialista em medicina do esporte).*

*O médico ao avaliar um paciente sempre acaba orientando a mudança de estilo de vida, a dieta e isso acabam influenciando no diagnóstico do paciente, então, muitas vezes uma doença não é só uma causa, são várias causas e geralmente acaba afetando na verdade o estilo de vida, porque há pessoas que ficam estressadas, uma dieta que é errada, então, come muita coisa que é gordurosa, dieta com muito sal, comida de rua, lanche e essas coisas acabam levando à obesidade e a pressão alta e isso afeta completamente e acaba fazendo ou provocando a doença, então, se a gente não orientar essas coisas, a pessoa não melhora, não adianta você dó dar remédio, medicação, mas tem que mudar a dieta, a pessoa precisa fazer exercícios, fazer caminhadas e mudar, trabalhar menos, tem que ter uma vida com menos stress, tudo isso acaba melhorando toda a doença. (Dra. Cheng Suh Chiou – chefe da Equipe de Clínica Médica).*

*Com certeza acho que sim...Você quer uma explicação porque eu acho que isso é essencial? Primeiro porque a gente tem a compreensão de fatores que afetam a saúde das pessoas, desde hábitos de vida, hábitos alimentares e fatores de trabalho que podem interferir na saúde, e então, o médico pode ter conhecimento*

*disso e deve passar esse conhecimento para quem está exposto a fatores de riscos e isso obviamente interfere no comportamento das pessoas desde a forma como ela come, do que ela não come. Hábitos de higiene que a pessoa deve ter, como se portar, higiene pessoal, moradia – à parte de como ela vive. Acho que a área médica tem que estar atenta pelo menos ter opinião em ter a possibilidade de interferir sobre isso – orientar sobre isso. Hoje em dia com a comunicação mais fácil, acho que isso está mais disseminado, mas acho que isso sempre houve, desde muito tempo e os médicos interferem e acho que o comportamento humano veio mudando, sofrendo mudanças por conta da medicina, por conta do conhecimento médico. (Dr. Nelson Ribeiro Filho – Infectologista).*

*Na minha especialidade, na Dermatologia sim... A gente interfere de sobremodo na qualidade de vida do paciente, porque há determinadas enfermidades que o Dermatologista vai mudar a dieta do paciente, o modo como o indivíduo vai se vestir, o modo como o indivíduo vai se portar na sociedade. E há determinadas doenças que o dermatologista não cura, a exemplo, do vitiligo, da psoríase e outras doenças – o câncer de pele, por exemplo, se o paciente gosta muito de ir à praia, se ele gosta de praticar esportes, o médico dermatologista vai interferir de certo ponto nisso – o paciente não vai poder ir à praia como ia antigamente. Uma outra doença, a urticária, às vezes, o paciente tem alergia a determinado tipo de alimentação ou a determinado tipo de roupa, se o paciente é um trabalhador que mexe com determinada coisa e ele tem alergia à determinada coisa, o médico vai interferir nisso, então, vai mudar a qualidade de vida do paciente, então, o médico não só na dermatologia... Eu acho que em todas as especialidades médicas, o médico de uma forma simples, ele muda a qualidade de vida do paciente sim... Bom, mas ele tenta orientar uma qualidade de vida melhor, talvez não seja a qualidade de vida que o paciente queira, mas é a qualidade de vida que o médico julga como a melhor. (Dr. José Roberto Amorim – Dermatologista).*

*Sim... Em parte sim, porque não é só o médico. Tem agora hoje em dia muita coisa envolvida que ajuda, que obriga as pessoas a mudar o estilo de vida, tanto a televisão, o jornal, a imprensa, a escola – as crianças na escola já são*

*orientadas a mudar o estilo de vida para ter um estilo de vida diferente daquele que a gente havia acostumado a viver desde criança. Então, já existe todo um mecanismo intrincado que orienta a pessoa e chama a atenção para isso... Oh! Você tem que mudar seu estilo de vida. É propaganda de academia, é propaganda de dieta, é propaganda de comida - mas de alimento mais saudável, de baixo colesterol, baixo de gordura saturada, baixo de açúcar refinado, quer dizer, existe todo um contexto que já vem preparando a sociedade – chamando a sociedade para isso. O médico pode ser o principal, porque todas as primeiras providências que ocorrem somos nós os primeiros a serem informados, entendeu? Porque está estudando as pesquisas na área de ciências da saúde, então, você tem um primeiro contato, exercícios, atividade física, dieta, ter uma qualidade de vida, um estilo de vida diferente do que você está acostumado. E hoje em dia, a maioria das doenças, a maioria dos livros que já tem saído nos dez anos para cá (antigamente a gente não via isso visado), hoje em dia, quando você vê a fisiopatologia, a introdução da fisiopatologia e tal, e não sei mais o que... Tratamento – primeiro parágrafo do Tratamento – Orientar o seu paciente a mudar o estilo de vida. Forçar o paciente a ter um estilo de vida diferente, por exemplo, no caso do diabético, caso do bronquítico, caso do cardiopata, caso do dislipidêmico, então, tudo isso, primeiro item do tratamento, do foco do tratamento – mudança de estilo de vida, então, hoje muita coisa tem que implicar na mudança de estilo de vida, quer dizer, então, até uns anos atrás a gente tinha um estilo de vida completamente errôneo, hoje em dia, de uns tempos para cá já está chamando a atenção... Olha, a maioria das patologias, a maioria das complicações que está tendo hoje está relacionada com o estilo de vida, então, aprenda a mudar, aprenda a mudar a tua vida e isso que as escolas vem fazendo com as crianças e isso que a televisão, a mídia vem fazendo e isso que os médicos já estão fazendo, já estão informando, quer dizer, tudo começou com o relato médico... Olha, você está enfartando, você tem colesterol alto, porque você está comendo muita gordura sem uma atividade física, está fumando, fazendo uso de bebida alcoólica em demasia, então, essa toda sinalização começou com a orientação médica, então, o médico influenciou sim completamente e ele é o elo que liga tudo isso. Oh! Você pode fazer atividade física... Oh! Você não pode fazer, você tem que fazer atividade física de tal maneira vai fazer é atividade física mais leve, então, quer dizer, todo um preparo do indivíduo que não fazia nada,*

*preparar para mudança de estilo de vida, então, o médico influencia sim e esse indivíduo já vem vindo preparado da escola, com essa mentalidade. (Dr. Leonel Fernandes – Nefrologista).*

*O médico hoje pode interferir no hábito de vida das pessoas, especialmente na minha área. Na saúde da mulher existe uma série de medidas que modificam o hábito de vida e que são importantes para melhorar a qualidade de vidas das mulheres e vou citar alguns exemplos. Primeiro – alimentação saudável e exercícios físicos são extremamente importantes durante toda a vida da mulher. Na mulher no período reprodutivo esse tipo de modificação de hábito de vida, de estilo de vida pode melhorar, por exemplo, a TPM (tensão pré-menstrual). Alguns exercícios como caminhada e natação ajuda muito na TPM, na melhoria da TPM, porque libera muito endorfina e também na dismenorréia. A natação é muito boa para cólica menstrual, para aliviar a cólica menstrual. Na mulher após a menopausa, uma alimentação saudável com pouca gordura (pobre em gordura e em carboidratos) e exercícios físicos são importantes respectivamente para melhorar o colesterol, para diminuir o risco cardiovascular, para diminuir o índice de massa corpórea e a atividade física além de ser bom para a função cardiovascular é boa também para o metabolismo ósseo, então, esses são alguns exemplos de que a orientação médica com relação à melhoria dos hábitos alimentares, nutricionais, de atividade física, evitar certos hábitos negativos como tabagismo, alcoolismo e o uso de drogas ilícitas mudam o comportamento e pode trazer melhoria da qualidade de vida. Então, pode interferir positivamente. Infelizmente interfere também negativamente, mas a gente luta para que as mudanças quando aceitas que sejam para melhorar o comportamento, melhorar a qualidade de vida. (Dr. Edmund Chada Baracat – Ginecologista).*

*Em especial a Reumatologia cuida praticamente de 100 % das doenças crônicas, que por condições genéticas normalmente, condições herdadas que os indivíduos trazem e que são agravadas tanto por uma posição no estilo de vida, uma forma de comportamento dessa pessoa, quanto por medicações novas que vão surgindo, então, desse tripé realmente, desta associação de causas a gente é, obrigado a intervir. Você vai ter orientação na parte nutricional, dietética, vai ter na*

*parte de exercícios físicos – tratamento junto com a fisioterapia, junto com a terapia ocupacional para ter uma melhora da condição física desse paciente e melhor prognóstico. Exemplo: no ambulatório é mais comum artrose que é comum freqüente acima de uma faixa etária de 40 - 50 anos, geralmente pode começar mais cedo e que piora com obesidade e que está associada com um sedentarismo também muito grande associada com lesão de cartilagem e assim por diante, então, o uso da medicação, o uso da prática esportiva, da atividade física regular orientada pela área da saúde, aí, no caso o médico, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o uso da medicação você vai ter um aumento melhor do prognóstico, cada dia melhor, basicamente é isso. (Dr. Walter Cláudio Ribeiro Gallo- reumatologista).*

*Sem a mínima dúvida o médico é, e se não é, deveria ser a pessoa, uma das primeiras pessoas encarregadas a promover essas modificações no estilo de vida das pessoas. Sim, o médico é básico para essa mudança de hábitos das pessoas. Nos estamos conscientizando as pessoas que as mudanças de estilo de vida são as mais básicas para o controle das duas doenças mais importantes que aparecem na endocrinologia e na metabologia que é a obesidade e o Diabetes. Convencendo-os e dando meios para os quais eles possam fazer essas modificações do estilo de vida. (Dr. Alfredo Halpern – endocrinologista)*

*Sem dúvida nenhuma, é de que o médico interfere no estilo de vida do paciente. É claro que estilo de vida pode ser pouco mudado na dependência também da doença que se está focando, obviamente. Então, é diferente você atuar no indivíduo que tem uma gastrite não importante e atuar no modo de viver do indivíduo que chega com uma doença bem mais importante como na minha área – uma hepatopatia crônica, no caso, por exemplo, descompensada. Sem dúvida nenhuma, ele vai atuar com muito mais diferenças do que no que o indivíduo tinha em modo e costumes, em termos de vida normal. (Dra. Wanda Regina Caly – gastroenterologista).*

Portanto, os trechos extraídos das entrevistas evidenciam

que os médicos quando submetidos em seu exercício profissional consideram possibilidades de exercer sua interferência no modo de vida, nos hábitos e conseqüentemente no comportamento dos indivíduos.

Independente das áreas de especialidades que englobam a clínica médica, os médicos indagados nesta pesquisa demonstram que já vivenciaram situações no processo quando se trata de “*promoção da boa saúde*” implicando modificação de estilo de vida.

Destaco a expressão “pode interferir” como um achado relevante no sentido que os coloca como “portadores” potenciais de mudanças de comportamento dos indivíduos.

Esclareço que o instrumento utilizado para a coleta de dados, não possibilita medir o quanto realmente o médico consegue modificar as atitudes dos indivíduos.

E com o objetivo de verificar se a tendência da prática médica se esforça no sentido de ter essa preocupação com as mudanças de estilo de vida de seus pacientes, temos que levar em consideração que estamos lidando com indivíduos socialmente inseridos num contexto de cultura de consumo.

Assim, podemos perceber de forma transparente que a fala do médico mediante as indagações nós dá a impressão inicial que para o médico a expressão afirmativa “pode interferir” remete possibilidades de intervenções no “cuidado em si” sendo interligadas por atividades

sempre individuais propostas nos tratamentos para cada um dos seus pacientes. E isso pode ser feito por causa de uma necessidade da saúde do indivíduo, mas isso deve ser feito se conseguirmos embutir como mudança de estilo de vida.

De um modo geral, para os médicos as mudanças de estilo de vida que se impõem como uma necessidade da saúde do indivíduo inserido no contexto de uma sociedade de consumo acaba se tornando uma questão muito ampla e complexa.

Alguns depoimentos trazem à tona de que estilo de vida na concepção dos médicos, a dimensão da expressão envolve basicamente cultura, educação, crenças, costumes e tradições.

E mesmo assim, o discurso dos médicos parece sinalizar no sentido de que com a proposta de “*promoção da boa saúde*”, vamos dizer, que seja possível conseguir que em meia dúzia de consultas médicas a possibilidade existe de fazer com que o indivíduo mude todo o seu estilo de pensamento em relação à vida, a postura frente à questão da saúde, implicando modo de vida, hábitos, valores culturais e sociais, atitudes, enfim formas adquiridas de comportamento.

Neste sentido, esperamos que o médico seja tão qualificado quanto possível; do paciente que se submeta com prazer.

Mas, é sempre bom lembrar que o médico precisa fazer uma avaliação conjuntamente com o paciente, ou seja, deve dar razões pelas quais justifique mudanças que se fazem necessárias para modificar hábitos alimentares, introduzir formas adequadas de exercícios físicos,

sono e repouso, gerenciamento do tempo, lazer, etc.

Isso implica que também podemos deparar com as dificuldades em relação às mudanças de hábitos enraizados nos indivíduos culturalmente.

Para os médicos, o mecanismo que parece resultar em mudanças efetivas é tentar estabelecer elos de ligação com a própria cultura, com a educação, com as crenças, ou seja, o indivíduo que não acreditar na possibilidade de mudança de comportamento em termos de “*promoção da boa saúde*”, não conseguirá mudanças por muito tempo.

Segundo o ponto de vista dos médicos, por exemplo, muitos pacientes conseguem perder peso, um mês submetido com uma determinada dieta, e manter depois o peso ideal, porque a proposta de mudança também está inserida no modo de vida e nos hábitos alimentares adquiridos e que foram modificados, com base nas orientações fundamentadas pelo médico.

Por outro lado, temos pacientes que com o objetivo fixo de perder peso apelam para tratamentos exclusivamente com “remédios”, o que até pode ocorrer de se habituar a tomar esse “remédio” todos os dias em determinada hora, por exemplo.

Mas se você perguntar para esse paciente que toma apenas o “remédio” se, realmente, ele enfrenta por uma necessidade de saúde uma orientação com base em uma dieta rigorosa e totalmente diferente do seu modo de vida, com propostas nutricionais combinadas com

atividade física diária, podemos deparar com respostas negativas demonstrando sempre uma certa resistência, mesclada com dificuldades de enfrentar mudanças digamos “impostas” pelo médico.

Problematizando com base nos trechos dos médicos participantes desta pesquisa e que estão envolvidos com sua prática diária, podemos citar uma pergunta que geralmente ocorre para um paciente que parou de fumar após uma consulta com um pneumologista, por exemplo.

Segundo o médico, o paciente pode afirmar que resolveu mudar de conduta por uma necessidade, ou porque o médico explicou as razões relacionadas com o tratamento. Mas também pode ser porque deu vontade de parar e parou. Muitos pacientes resolvem parar de fumar por inúmeras razões, quer dizer, ele achou que aquilo era uma ‘coisa’ que ele estava fazendo e que não fazia parte dele e parou – isso que é mudar estilo de vida.

Então, podemos neste caso específico concluir que as orientações do pneumologista foram importantes e podem até ter contribuído para que a mudança fosse assimilada no íntimo do paciente. Percebe-se que é algo que toca e não só porque o médico pediu para parar de fumar.

Isso para o médico pode significar que o paciente deixando de fumar pode ter uma expectativa melhor de vida, porque diminuiu o seu risco, mas o que é isso? Quer dizer, vale a pena para o paciente viver dez anos do jeito que ele gosta de viver ou doze anos fazendo

coisas que ele não gosta? Ou melhor, tudo isso tem que ser discutido com o paciente.

O que se percebe claramente é que os médicos clínicos procuram através das orientações na consulta médica transmitir o conhecimento obtido da literatura e também através dos estudos, trabalhos e pesquisas expondo ao paciente as possibilidades diante do tratamento sempre verificando o que pode ser feito ou o que não será possível.

Parece uma fórmula simples, mas não é tão fácil assim. É quase tão chocante como, por exemplo, se você receber de alguém uma ordem dizendo assim, você é católico e agora vai passar a ser muçulmano ou vice e versa, entendeu?

Quer dizer, como é que o paciente aceitaria isso? Seria possível deixar da noite para o dia de fazer determinadas “coisas” que aprendeu com seus pais, seus avós, independente de estar certo ou errado, se traz benefícios ou não, então, parece que depende muito disso - e isso é mudar estilo de vida, pelo menos, os médicos acreditam que seja neste sentido.

A expressão “pode interferir” que se faz presente no argumento dos médicos parece estar em relação direta com aqueles pacientes perspicazes que acreditam assim fielmente no seu médico.

Neste caso, podemos deduzir que o paciente age com grande sacrifício demonstrando, às vezes, insatisfação diante das

orientações dadas.

Ou seja, alguns médicos percebem isso pelo simples fato do paciente precisar diminuir o sal da comida, ter que realizar uma atividade física como caminhada ou até mesmo ter que tomar um medicamento todos os dias, etc. Isso é recorrente no discurso dos médicos.

Mesmo assim, com o intuito de despertar o interesse do paciente e obter a sua adesão ao tratamento que inclui não só o remédio, por exemplo, que trata a pressão arterial ou que corrige uma dislipidemia sem efeito colateral além, é claro, das mudanças propostas na dieta e nas atividades complementares e que podem ser de fundamental importância para a “*promoção da boa saúde*”, o médico também pode se deparar com aquele paciente resistente, que se queixa e sempre traz alguma coisa contra isso.

Devemos lembrar que paciente é qualquer indivíduo, grupo, família ou comunidade que é o foco da intervenção.

Para os médicos geralmente são orientações que podem ser cumpridas e que devem ser incorporadas na rotina, ou melhor, dão menos trabalho se compararmos com atividades como: tomar banho, escovar os dentes, pentear o cabelo, etc.

Mas que mesmo sendo atividades de rotina já estão incorporadas e dão prazer em ser realizadas, ao passo que diminuir o

sal da comida, caminhar três vezes por semana e até mesmo colocar o remédio na boca, uma coisa tão simples, muito mais prático, não dá prazer.

Então, a mudança de estilo de vida deve ser compreendida em primeiro lugar. Depois a aceitação dela deve deixar o indivíduo com seu livre arbítrio, escolher, fazer aquilo que ele pode, se não conseguir fazer 100 % , então 50% ou 10 % , mas o paciente deve compreender como alguma coisa que dê prazer.

Podemos verificar em alguns relatos que apontam experiências importantes neste sentido com grupos de pacientes onde se proporcionava espaço para as discussões e informações eram dadas sobre a doença.

Os médicos envolvidos com essa proposta num primeiro momento acreditavam que a dinâmica dos grupos poderia facilitar o “aprendizado” e conseqüentemente garantir de forma efetiva a “*promoção da boa saúde*”.

E assim, pensou-se em desenvolver treinamentos com esses grupos ensinando formas corretas e balanceadas de dietas, práticas de exercícios físicos, etc. Mas, constatou-se que durante o período que o paciente ainda estava sob os cuidados do médico, o objetivo era alcançado com adesão e resultados satisfatórios.

Em contrapartida, percebeu-se que a partir do momento que o médico realizava a transferência de toda a responsabilidade para o

paciente, o resultado não era o esperado, pois o paciente deixava de ter prazer, de ter um motivo, uma razão social e não se sentia mais protegido ou qualquer outra coisa.

Então, para alguns médicos é quase que ilusório acreditar em mudanças de estilo de vida sem um acompanhamento constante, da maneira como são preconizadas e da forma mais ideal. Ou seja, se compararmos o ideal necessário, é a mesma questão de adesão ao tratamento.

Ser aderente a tudo aquilo que alguém nos pede é como se cumpríssemos verdadeiramente todas as leis e regras da sociedade. Porque é quase que humanamente impossível.

Por exemplo, o médico orienta o paciente para que seja realizado quarenta minutos de atividade física (caminhada) todos os dias e dieta rigorosa balanceada, o que podemos perceber quando nos deparamos com as camadas sociais mais carentes que geralmente são atendidas pelo SUS? Isso se torna extremamente difícil. Pois todos os alimentos que tem carboidratos são os mais baratos, então, se o médico orientar mudanças em relação à quantidade de macarrão, arroz, etc, o que esse paciente pode comer se não tem como comprar?

Outro fato interessante é pensar que o paciente consegue mudar o seu estilo de vida, sem mudar o estilo de vida da sua família ou daqueles que fazem parte do seu círculo de convivência. Então, eles também vão ter que aceitar isso, caso contrário, não será possível realizar mudanças necessárias e isso é uma questão bastante

complexa.

Uma observação que também se faz presente quando se fala de mudanças de estilo de vida, em termos específicos, isso de dizer que a dieta do mediterrâneo é a mais sadia. É complicado, por exemplo, falar para o chinês, ou tailandês ou brasileiro comer a comida do mediterrâneo.

Em outras palavras, qual é a diferença de você comer um bombom e uns brócolis? Infelizmente aprendemos a gostar mais de um e não gostar de outro, ou aprendemos a gostar dos dois ou não gostar de nenhum. Mas porque será que todo mundo deixa os brócolis e come o chocolate? Isso foi aprendido. Isso foi dado. Isso é cultura.

Da mesma forma em relação às formas corretas de dietas alimentares estão às atividades nos dias atuais tão incentivadas como, por exemplo, a prática diária de exercícios físicos e de lazer defendidas pelos médicos como essenciais em qualquer tipo de tratamento.

É preciso sentir que é gostoso fazer exercícios ao ar livre, observar a natureza, caminhar com os amigos, etc. É preciso sentir essa necessidade, caso contrário, pode-se sentir chateado após andar quilômetros por dia só porque o médico pediu durante a orientação.

Essa é a parte mais difícil de um tratamento ou de uma prevenção considerada pelos médicos, ou seja, inculcar essas mudanças de estilo de vida e conseguir adesão por parte do paciente. Talvez o

ponto de partida se dê pelas raízes da nossa família, isso se aprende.

Os médicos são unânimes quando afirmam que tem que ter exercícios desde criança e exercícios adequados com a idade e a alimentação. Isso também é extremamente difícil.

Por isso que por mais que o médico, a classe médica, campanhas governamentais, etc tentam transmitir a dieta saudável, o peso ideal, práticas de exercícios físicos adequados, etc, para o paciente principalmente das camadas sociais mais carentes, pensar em termos de mudanças de estilo de vida se torna um verdadeiro desafio.

Neste sentido, para os médicos de um modo geral, a cultura é o fator determinante que permeia em grande parte o conteúdo das entrevistas. A implicação é que estamos rumando para uma sociedade no âmbito da cultura de consumo contemporânea.

A expressão “life-style” em voga denota individualidade, auto-expressão e uma consciência de si estilizada, o que significa sugerir formas personalizadas, excesso de diferenças, proliferação de informações, enfim, o fim do social enquanto ponto de referência importante.

Isso envolve um foco duplo: em primeiro lugar pode sugerir que talvez no campo de atuação dos médicos, o atendimento através da consulta médica incorpora uma metodologia, cujos efeitos incidem na formação de uma concepção renovada, com tendência hegemônica, de consumo de saúde.

Em segundo lugar, a tendência aponta o médico como agente privilegiado “portador” de certas mudanças no processo saúde-doença e que pode provocar transformações no estilo de vida dos indivíduos, quer sugerindo ou até mesmo exigindo novas atitudes, outros comportamentos e valores que podem enfatizar o papel crucial da cultura como sendo o próprio elemento da sociedade de consumo.

## **Capítulo 7**

### **Principais orientações dadas durante o tratamento**

Certamente um dos aspectos mais específicos e, ao mesmo tempo, mais importantes nesta pesquisa que envolve a atuação dos médicos e que podem contribuir para as mudanças de estilo de vida dizem respeito às principais orientações dadas durante o tratamento. Isso porque cada indivíduo tem uma história, vive em um determinado ambiente físico e sociocultural, trazendo consigo um acúmulo de experiências decorrentes de seu modo de viver, com hábitos próprios de higiene, alimentação, sono e repouso, lazer, práticas de prevenção (auto-exame, vacinas), sexualidade, percepção de saúde e de doença, vendo o mundo por uma perspectiva diferente da de seu semelhante.

Por outro lado, pelo tratamento, pela prevenção, pelas orientações específicas e até mesmo por estudos genéticos, a medicina tende a constituir o indivíduo num ser humano tão “normal” quanto possível. Mesmo se o conceito de normalidade seja vago, a medicina é normativa. O conceito de saúde (e de normalidade) é difícil de delimitar, e o fato de que os médicos são praticantes do restabelecimento da saúde, por incrível que pareça, não os torna seus teóricos.

E no que diz respeito ao indivíduo, a única norma admissível concerne à sua aptidão para restabelecer as condições de funcionamento de seu organismo, isto é, homeostase, regulação térmica, imunidade, resistência às agressões, às doenças etc. O organismo é normativo, uma unidade normativa. E é, além disso, capaz de constituir para si novas normas para se adaptar a novas condições de vida, novos contextos.

Desse modo, nos discursos seguintes, podemos perceber que as orientações dadas tendem a se estabelecer como normas que devem ser seguidas, independentemente das áreas de atuação dos médicos.

Afirma o cardiologista Dr. Nabil Ghorayeb: *Uma norma que eu institui aqui já faz oito anos é passar na nutricionista. De cada dez consultas marcadas até gratuitas, oito faltam e toda consulta para dar certo, consulta de reeducação alimentar para mudanças de hábitos o que eu percebi é que tem que estar presente quem prepara a comida dele, ou é a mulher, ou é a namorada, ou é a mãe e se eles vierem na consulta dele de nutrição aí funciona. Se ele vem sozinho, não funciona. Se for mulher, ela tem interesse porque ela vai perder peso. Se ela não vem é porque ela não teve tempo, porque ela tem que cuidar de outras coisas de trabalho familiar dela, então, é interessante que eu percebi que para dar certo, certas coisas precisam ter parcerias do casal, senão – não funciona nada. Até para atividade física dos doentes que precisam fazer como tratamento ou aqueles que estão na prevenção fazendo atividade física precisa ter parceria familiar, senão, não anda direito essa coisa.*

Para a Dra. Cheng Suh Chiou – Chefe de uma equipe de

clínica médica que trabalha com hipertensão dá um exemplo: *Hipertensão... quer dizer, mas a causa da hipertensão é justamente por causa dessa alteração do estilo de vida, então, a pessoa come mal, fica gorda (obesa), come errado, então, ela começa a ficar hipertensa. A gente orienta, porque não adianta você só tomar remédio, como eu falei para você. Você tem que mudar o estilo de vida, a gente orienta, coloca no psicólogo, na nutricionista, professor de educação física para orientar exercícios, tudo, mas a gente sabe que isso é difícil, porque apesar de ser importante, para você mudar o estilo de vida envolve também a parte social, também a família, então, tudo isso é difícil, mas acho que não é impossível, a gente tem ainda que continuar nessa linha, mudando o estilo de vida. Bom, em relação à parte da nutrição, então, a gente orienta uma dieta balanceada, com pouco sal e também orienta exercícios físicos, a pessoa tem que fazer exercícios físicos constantes, diariamente, tem uma coisa – um exercício constante para não ficar muito acomodada, sem fazer nada, mas assim, são orientações gerais que a gente dá durante a consulta, que tudo está englobado. Agora, o médico tem essa função de passar a informação do que é certo para os seus pacientes e precisa orientar a população.*

Na visão da psiquiatra Dra. Anáí B. Amorim: *Bom, no meu tratamento, eu acho muito importante não apenas focar o tratamento medicamentoso, mas também mostrar a importância e focar o tratamento psicológico para que o paciente possa se conhecer melhor — possa conhecer onde estão os seus pontos fracos, onde estão suas fragilidades, suas suscetibilidades e, a partir daí, ter uma construção mais adequada de si mesmo. Além disso, eu acho que é muito importante mostrar para o paciente a necessidade dele não interromper o uso da medicação, mostrar e explicar a doença para que o paciente possa entender onde é que a medicação entra nesse processo de saúde e doença, para que ele não interrompa o uso da medicação e não volte a adoecer. Também há uma grande preocupação*

*minha com a qualidade de vida do paciente. Que esse paciente entenda que há hábitos que ele precisa modificar, preocupações que ele precisa deixar de lado e, aí, também entra o auxílio do processo terapêutico para ele ter essa percepção do que interfere e de como ele pode mudar a própria vida, para ele não ter estas conseqüências como stress, preocupações excessivas e passe a ter hábitos de sono e lazer adequados, convivência com a família, então, uma série de coisas que parecem detalhes, mas que são muito importantes na contribuição do todo, da vida desse paciente. Então, quanto tempo ele vai se dedicar ao trabalho, ambiente de trabalho, como atuar no ambiente de trabalho; o lazer, que tipo de lazer, a participação dele nesse lazer, a participação dele na família, viagens, tempo de sono, modo de alimentação, então, eu tenho uma preocupação de focar tudo isso. Porque o meu pensamento é que o paciente, em qualquer área da medicina, ele tem que ser abordado como um todo, e o todo do paciente implica aspectos físicos, aspectos psicológicos, mas também culturais, sociais, espirituais. Muitas vezes tem alguns pacientes que vão se beneficiar muito de ter uma religião, então, tudo isso implica no todo do paciente e, conseqüentemente, se eu atuar nesse todo, eu vou ter que estar atuando em muitas coisas do modo e estilo de vida dele.*

E com foco em relação ao comportamento dos indivíduos, o infectologista Dr. Nelson Ribeiro Filho também se aproxima da visão segundo a qual o tratamento psicológico é de suma importância também para a infectologia, e inicia sua fala com orientações nesse sentido: *Em relação a hábito de vida mesmo, tem a ver com as doenças sexualmente transmissíveis que a gente acaba tendo pelo menos orientações em relação quanto ao comportamento sexual das pessoas. Tem também com relação às doenças tropicais, então, esquistossomose, malária e outras doenças que você acaba tendo que orientar com relação ao comportamento. Acho que na área das doenças infecciosas tem bastante orientação nesse sentido,*

*questão das verminoses, doenças de outros tipos, do modo de vida com relação ao comportamento mesmo, tipo de exercícios a gente tem menos, apesar de a gente orientar de vez em quando mais na questão de repouso, não necessariamente na atividade física específica, mas acho que de vez em quando também a gente acaba orientando nisso. Mas assim, tem muito a ver com o hábito de dieta. Tem muitas doenças em que o paciente tem que ter uma dieta diferente com relação ao comprometimento hepático. Hoje em dia com o tratamento de AIDS tem muita alteração de triglicérides, do colesterol. É... temos bastante orientações a dar, nesse sentido.*

*Para o nefrologista Dr. Leonel Fernandes: A doença renal já implica numa mudança radical do estilo de vida, ou seja, é aquele cara que não vai poder comer, não vai poder beber, tem uma vida dependente ou de remédio ou de tratamento dialítico, quer dizer, implica numa mudança de estilo de vida radical, depende de uma máquina para viver. Então, antes de a gente chegar naquele paciente terminal, renal crônico – terminal que já está em tratamento dialítico, paciente que chega para mim no ambulatório em consulta de manutenção de doença renal, a primeira coisa que a gente fala... Olha, baixa ingestão de sal – diminuir a quantidade de sal. Se você tem diabetes é importante que você mantenha seu diabetes controlado. É importante que você faça a sua dieta tanto de diabetes quanto a dieta de baixa ingestão de proteínas por causa da doença renal. É importante que você mantenha a tua pressão abaixo dos níveis recomendados pela Organização Mundial de Saúde – abaixo de 130 X 80. É importante que você tome regularmente nos horários certos a medicação prescrita, tanto por mim quanto pelos outros médicos que te acompanham. Se você tiver condições, mantenha atividade física. Então, se manifestar desejo – você, uma pessoa sexualmente ativa – manifesta desejo e tua companheira tem interesse, faça o sexo que você achar que tem que fazer, então, mantenha atividade física e compareça. Independente do nível da doença, não abusar de alimentos ricos*

*em potássio, principalmente conservas, alimentos embutidos... Baixa ingestão de potássio e mantenha atividade física – você vai fazer aquela que você acha que consegue fazer.*

Para o dermatologista Dr. Jose Roberto Amorim, as principais orientações dependem da enfermidade que o paciente apresenta quando recorre ao tratamento. Ele afirma: *Eu posso dizer que de forma genérica, abrangendo todas as doenças, vai muito do que o paciente come, do que ele veste, do modo de vida que leva na sua casa, na sociedade, no seu trabalho, no seu lazer, depende da doença que ele desenvolve tanto na sua casa como na sociedade, tanto no seu trabalho como no seu lazer, então, o dermatologista vai interferir nesse sentido. Agora, se você quer saber em que doenças que o dermatologista atua, doenças que mudam a qualidade de vida do paciente, eu posso citar algumas, por exemplo, as urticárias, os cânceres de pele em si, as dermatites de contato, as dermatoses ocupacionais relacionadas ao trabalho, à ocupação do paciente, e outras mais. Eu poderia citar inúmeras aqui, mas essas são as principais.*

Nesse sentido, o discurso do reumatologista Dr. Walter C. R. Gallo exemplifica: *Quanto à obesidade – a alimentação que a gente usaria para o diabético, para o hipertenso não engordar, para não haver uma piora do quadro dele, o mesmo a gente refere na reumatologia, dieta menos rica em hidrato de carbono, mais rica em fibras, proteínas, menos rica em gordura e uma atividade física, aí, no caso, pelo menos duas a três vezes por semana ginástica, pelo menos uns quarenta minutos, inicialmente leve, dentro do que ele agüenta, pelo menos. No caso do paciente com artrose, não vai poder fazer uma ginástica aeróbica, a gente orienta fazer de preferência dentro da água, onde ele não vai ter peso e para não ter lesão de cartilagem, vai ter*

*apenas exercícios dessas cartilagens sem peso nenhum, essa é a forma mais freqüente, mais comum que se usa.*

Também orientações específicas são apontadas nos exemplos relacionados pela gastroenterologista: *A gastroenterologia tem várias orientações, como todas as cadeiras em suas várias subdivisões. Eu particularmente atuo mais na hepatologia. Então, as minhas orientações são particularmente mais voltadas para o hepatopata, e quem nos procura são particularmente os hepatopatas crônicos e descompensados, isto é, que já apresentam algum tipo de clínica que os fez procurar o médico ou que por esse motivo foram encaminhados. Então, por exemplo, dieta é uma coisa em que realmente a gente acaba modificando o estilo de vida, modificação importante no hepatopata, por exemplo, descompensado por ascite, porque ele que vinha comendo de tudo, vai passar então a comer basicamente sem sal. Então, isso é uma atuação no estilo de vida, que, para ele, "tipo" piorou, piorou muito para ele, porque convencer alguém a tirar o sal da dieta é alguma coisa bastante difícil, não parece, mas é. Depois o paciente que vem por outro tipo de coisa, vem com uma hemorragia digestiva, daí pode ter sido uma coisa pequena, mas apontou algo que sugeriu hemorragia, ele vai para algum exame, por exemplo, endoscopia para confirmar, daí, de repente ele vai ter que ser internado, passar por um tratamento endoscópico, vai ficar tempo sem comer, vai ficar receoso de novos episódios, paciente que passa a não dormir direito em geral à noite com ansiedade grande, então, é um paciente que também modifica já sua qualidade de vida com risco sempre que ele tem em mente, é o risco de morte, então, ele não quer dormir à noite, ele tenta dormir quando os outros estão acordados, ele já modifica então o ritmo de vida, a gente vai tendo na dependência da doença algum tipo de modificação. O paciente que vem em agudização, por exemplo, de pancreatite crônica, vai ter que internar o doente, vai orientar, ele não vai comer, vai deixar de comer qualquer tipo de coisa gordurosa, então, a dieta*

*sempre entra. Outra coisa que ele não fazia, por exemplo, advinda daquilo, da hepatopatia crônica, ele vai utilizar diurético, então, tipo, não está acostumado a tomar remédio, vou começar – passar a tomar remédios, então, isso tudo acho que atua – modifica a vida do paciente, modifica até pelo aspecto clínico que ele apresenta, o paciente se torna realmente com o abdome volumoso, no caso, das ascites, das hepatopatias em geral, muitas vezes acompanhada de icterícia. Eu acho assim, o que a gente percebe, o paciente sai na rua, todo mundo acha que ele está contaminando todo mundo, para a sociedade ele está com hepatite – alguém que contamina, então, na verdade, isso tudo a gente tem que ter um trabalho de apoio psicológico, mostrar que ele não tem que realmente se interessar tanto pelo que comentam, que ele não está contaminando ninguém. Pacientes mais idosos, por exemplo, têm muito receio de – se são hepatopatas por vírus adquirido, se ele vai passar o vírus beijando o netinho ou o filho, ele passa quando?, ele não está orientado a não querer esse achego da família, porque ele tem medo de transmitir o vírus. O paciente que bebe, tem medo de passar frente ao bar, de ver amigos e não poder entrar, porque nós dizemos que ele não pode beber, então, ele tem receio de encontrar ou, às vezes, ele não quer sair de casa com medo de não poder enfrentar e voltar a beber, porque nós estamos tentando modificar esse hábito dele que foi de anos para ele, tipo bebida. Então a gente vem com a orientação mostrando aquilo que levou à doença ou às complicações que a doença pode fazer com que ele venha a sofrer se ele não se orientar a tirar o sal, parar de beber, enfim, tudo isso, que num sangramento ele tem que procurar sempre um pronto-socorro de imediato, isso pode voltar a acontecer, deixa o paciente tenso, acho que várias coisas na orientação da própria doença de base, certamente modificam o estilo de vida e acho que não só dele, mas também em termos de âmbito familiar mais de perto, diretamente relacionado a ele.*

Segundo o pneumologista Dr. Nelson Morone: *Primeiro,*

*tabagismo – é um problema extremamente sério e de solução muito difícil. Há muito interesse, tem muito gigolô do tabagismo, tem muita gente vivendo aí, o anti-tabagismo, e é a mesma coisa. A maior parte dos doentes não larga o cigarro, você tem que fazer um esforço enorme, constante para o doente deixar o fumo, e isso é um dos aspectos muito importantes. E a outra que é muito importante, que é o caso da tuberculose, o doente precisa ser muito bem esclarecido do que é a doença, como cura, como se transmite, para ele realmente colaborar com o tratamento, para fazer o tratamento correto. Na pneumologia tem outras coisas que os pneumologistas estão atendendo muito e têm a ver com o problema da obesidade, tem que de alguma forma resolver, não é só o pneumologista, mas ele precisa estar atento para isso também. E a última coisa é a prática esportiva, que deveria ser recomendada para todo mundo. O sedentarismo está cada vez mais... não sei se está cada vez maior, mas é uma coisa muito freqüente.*

E com ênfase nas questões que envolvem a saúde da mulher, o ginecologista Dr. Edmund Baracat conta sua experiência profissional e específica: *Depende muito do período de vida em que a mulher se encontra, por exemplo, na adolescência – a orientação extremamente importante para adolescentes antes de iniciar a atividade sexual, sua vida sexual, é a orientação com relação ao conhecimento sobre seu corpo, conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais que ela possa vir a utilizar, e quando eu falo método anticoncepcional é de uma maneira geral, desde métodos de barreira que aqui são, eu repito, obrigatórios para que a mulher se proteja, não apenas como métodos de evitar a gravidez, a camisinha masculina, a camisinha feminina, que é uma maneira da mulher se proteger contra as doenças de transmissão sexual, a infecção pelo HIV, HPV e outras, então, vai depender muito do período da vida da mulher, ajuda a evitar a gravidez na adolescência. Durante o período reprodutivo há hábitos também que devem ser evitados e hábitos que vão ajudar, por exemplo,*

*contra o câncer do colo de útero, evitar as doenças de transmissão sexual que tem ligação com o câncer do colo de útero. Hoje esse câncer é considerado uma doença de transmissão sexual pela possibilidade, pela alta associação desse câncer de colo de útero com infecção pelo HPV. E vamos mais além com relação a TPM, dismenorréia, cólica menstrual, que a modificação de habito de vida pode também melhorar nessas questões, ajuda a melhorar a passar por cima dessas afecções que são incomodas para o dia-a-dia da mulher. Na pós-menopausa, mudanças de hábitos alimentares, atividade física, trabalho em grupo, então, é uma série de atividades, de orientações que podem ser dadas pelo médico e por outros profissionais de saúde que visam a melhorar a qualidade de vida, mudando o comportamento, fazendo com que aja maior envolvimento da mulher nesse período em que ela se sente muito só. Que a lei da deficiência hormonal, muitas vezes tem a chamada síndrome do ninho vazio, que acontece quando a mulher fica sem o parceiro, marido ou companheiro, os filhos já se casaram ou saíram para morar individualmente, e a mulher fica sozinha, então, por isso que usa a expressão "síndrome do ninho vazio", que além de ter os filhos e todo mundo saiu de casa, ela ainda tem a deficiência hormonal da menopausa, então, ela pode ter maior ou menor intensidade, toda aquela sintomatologia da menopausa. É uma síndrome do ninho vazio que é da falta, do ninho abandonado pelo filhotes – como se fosse um passarinho, síndrome do ninho vazio, a casa fica sozinha. É, tudo isso interfere negativamente nela, então, isso, essa é a maneira que a gente pode interferir positivamente que eu digo, porque a gente, o médico não impõe nada, aliás, não só o médico ou qualquer profissional de saúde. Nós podemos é ajudar, desde que tenha um bom relacionamento profissional de saúde médico-paciente – no meu caso, ginecologista-mulher, ginecologista-casal – mas sempre respeitando a mulher, porque a mulher é que tem que ter autonomia sobre o seu corpo, sobre seu organismo.*

*A ginecologia tem um papel muito grande. A ginecologia junto com outros atores que trabalham juntos em prol da proteção da mulher contra*

*a violência em geral, sobretudo contra a violência sexual, então, neste ponto, os profissionais de saúde: os médicos, as enfermeiras, os psicólogos, acho que esses três são mais assim afeitos a esse tema e têm trabalhado juntos. E nós trabalhamos muito. Quando eu estava na Presidência da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e nós tínhamos uma comissão especializada que cuidava da violência contra a mulher e essa comissão depois se expandiu e passou a ser Comissão de Violência Contra a Mulher e Interrupção da Gestação Prevista em Lei. Nós conseguimos organizar equipes que se distribuíam pelo Brasil inteiro fazendo campanhas, promovendo cursos para esclarecer a população dos médicos e também das mulheres, da própria população leiga, sobre a violência sexual, o que que poderia ser feito para tentar diminuir, para melhorar a assistência à mulher vítima de violência sexual. Então, nesse caso, o médico pode atuar muito assim como os outros profissionais da saúde também, então, nos estimulamos que fossem criados núcleos de atenção multi-profissional à mulher vítima de violência sexual, então, todos os cuidados médicos, enfermagem, psicólogos, aspectos legais, jurídicos, aspectos de proteção contra as doenças de transmissão sexual, de proteção contra o vírus da imunodeficiência adquirida, então, é uma série de medidas além do grande approach, que é o amparo psicológico, assistência que a mulher deve ter, se se levar em consideração que muitas vezes o agressor está muito próximo da mulher, ou é o pai ou o padrasto, o tio, o primo, o irmão e assim por diante.*

*O médico tem um papel muito importante nessas questões, pelo menos na minha ótica, que eu lido com mulheres, com a saúde da mulher. Acho que aí, sim. Acho que talvez mais do que em outras áreas profissionais, em outras especialidades, mas eu acho que com relação à saúde da mulher, o médico pode fazer muito, o ginecologista pode fazer muito em prol de melhorar a saúde da mulher interferindo positivamente. Acho que isso é que é importante em termos de hábitos, comportamentos. Sem coibir, mas orientando. Por exemplo, se a mulher quer ter múltiplos parceiros, ela pode ter e essa é uma questão de foro íntimo dela, mas ela tem que saber como se*

*proteger — acho que isso é mais importante.*

O endocrinologista, Dr. Alfredo Halpern resumiu bem toda a questão: *Estilo de vida saudável significa alimentação saudável e com uma movimentação física maior, basicamente é isso aí, junto com os outros medicamentos, coisas desse tipo, mas o básico é: alimentação saudável e modificação do estilo de vida em relação ao sedentarismo, em relação a se movimentar mesmo.*

De um modo geral, é como se as orientações dos médicos clínicos e suas condutas dentro das suas especialidades médicas formassem um tripé: alimentação, exercícios físicos e tomada dos remédios mais adequados. Embora a tomada dos remédios pareça a mais simples, devemos enfatizar que, para os médicos, essa prescrição que é diária por si só já modifica de modo expressivo a rotina do indivíduo, altera sua vida cotidiana. Ou seja: tente-se imaginar um indivíduo que por uma necessidade de saúde, por exemplo, aumento da pressão arterial, precisa tomar determinados remédios quatro vezes ao dia. Isso interfere demais na sua rotina, porque essa atividade realizada durante o tratamento é uma intervenção do médico, e ela significa que uma ação totalmente heterônoma está sendo prescrita por uma autoridade perita que a prescreve com base em regras científicas e a ação deve ser executada obedientemente pelo paciente para benefício dele, e isso exige sua adesão e, necessariamente, *constância* nessa adesão, conseqüentemente, modificação do estilo de vida a partir da alteração da cadência de vida.

Por outro lado, o acompanhamento médico, após a consulta médica diagnosticar, por exemplo, uma hipertensão, vai inclui

sistematicamente também o cuidar da alimentação: evitar a ingestão de sal em excesso, acrescentar frutas, verduras, legumes e carnes brancas no preparo familiar das refeições. Dietas entram sempre como medidas básicas importantes. Praticar alguma atividade física e evitar situações de estresse podem garantir o equilíbrio da pressão arterial e, conseqüentemente, o bom funcionamento de todo o organismo. Tudo o que exige mudança de hábitos alimentares incide diretamente no estilo de vida, assim como as recomendações de intensificação da atividade física, visando alterar o ritmo de vida agitado mas geralmente sedentário dos grandes centros urbanos, provocam mudança de estilo de vida.

E assim, com base nesses depoimentos detalhados e cheios de exemplos concretos, fomos tentando entender o posicionamento do médico frente à questão que aqui nos interessa e que envolve as mudanças de estilo de vida. Foi assim que pudemos constatar que a discussão médica dessa questão se mostrou atravessada por um divisor de águas muito claro, e que faz todo sentido, a saber: o empenho dos médicos quanto à mudança de estilo de vida está intimamente ligado às doenças crônicas.

Segundo os entrevistados, não é necessário mudar a dieta nem fazer exercícios para curar uma amigdalite, por exemplo, apenas tomar um antibiótico e pronto. Agora, para o indivíduo se tratar de hipertensão, diabetes, artrite reumática etc., é bem diferente. Porque geralmente o tratamento dura anos, e porque envolve fatores externos, fatores ambientais que influenciam seriamente em determinadas enfermidades.

Entre esses fatores externos ou ambientais podemos citar os que estão ligados à maior ou menor diversidade e qualidade do abastecimento local de alimentos para o caso de dietas, por exemplo, que restringem o consumo de carboidratos. Envolve fatores ambientais o fazer exercícios a céu aberto, por exemplo. Abandonar o tabagismo, abandonar o álcool etc. podem exigir o abandono de relações sociais de amizade ou camaradagem, as quais, se não forem evitadas, o interessado na cura pode acreditar que elas levam ao agravamento de suas complicações por dependência química, uma doença renal, por exemplo. E os médicos em seus depoimentos mostram que eles não têm a opção de não mostrar aos seus pacientes as vantagens da prevenção. A omissão neste sentido não entra em linha de consideração em seus discursos.

Para os médicos, a doença de uma forma geral é uma reunião de fatores genéticos e ambientais (externos). Como ainda não podemos modificar os fatores genéticos, tentamos estabelecer condutas com base em estudos científicos orientando mudanças dos fatores ambientais (externos) tais como exercícios físicos, dieta, sono e repouso, trabalho e lazer para diminuir o estresse. E os fatores ambientais estão associados às doenças crônicas.

## Capítulo 8

### O médico como "portador social" de mudanças de estilo de vida: tendência atual na medicina

A medicina também se constitui por uma metodologia tanto mais vigorosa quanto mais necessitada por uma prática cotidiana. Em uma sociedade capitalista como a atual, de consumo altamente diversificado e de risco intensificado, os médicos estão persuadidos de que podem contribuir para constituir indivíduos "saudáveis", que tomam consciência de seu destino e assumem a responsabilidade de cuidar de si. Os médicos não nos pareceram considerar que estão errados em procurar avaliar o efeito de suas antigas técnicas, mas retomam aí o mote da "promoção da boa saúde" e se colocam como agentes, não da conservação dos estilos de vida vigentes, dos hábitos arraigados, mas como "portadores" (cf. Weber) socialmente autorizados de mudança daqueles estilos de vida por eles considerados como cientificamente "não saudáveis" e, nesse sentido, como agentes de um processo de des-tradicionalização, uma vez que se empenham na defesa de modos de vida mais racionais (ou pelo menos mais racionalizados do ponto de vista da "boa saúde").

Transcrevo, na seqüência, fragmentos de alguns depoimentos dos médicos entrevistados nesta pesquisa:

O Dr. Nelson Ribeiro Filho questiona que se trate de uma nova tendência na medicina: *Não sei se é assim, você coloca isso como sendo novo. Eu não sei se isso é realmente novo. Eu acho que é mais valorizado talvez hoje do que no passado, mas não que seja novo. Tem algumas questões que são mais presentes na mídia, vamos colocar assim. Então, hoje, por exemplo, essa questão de uma alimentação adequada, de uma prática regular de exercícios físicos segundo orientações médicas, sem dúvida nenhuma está muito em voga, mas não são coisas novas. São orientações preventivas em termos de comportamento de vida, da sociedade, das pessoas, mas isso já vem sendo feito há bastante tempo, então, hoje há uma preocupação maior com algumas coisas, talvez relacionadas com a estética, relacionadas com a obesidade, algumas coisas que são colocadas na mídia, mas não só isso — acho que tem essa tendência, mas eu não vejo como algo novo. É uma tendência sem dúvida nenhuma importante. Mas a importância da medicina (preventiva), de o médico interferir na sociedade para buscar saúde, isso já não é... Eu não vejo como muito recente, acho que isso sempre houve, talvez não com tanta ênfase. E hoje talvez direcionada para outras questões a que não se dava tanta importância no passado, quer dizer, o médico não tinha, não se achava papel do médico ficar dizendo se a pessoa tinha que ser obesa ou magra, não era uma coisa que se colocava. O médico tinha preocupação com as doenças infecciosas ou qualquer coisa assim, mas já se sabe que a obesidade tem importância, principalmente porque tem epidemia de obesidade, ou sabe-se que o ato alimentar interfere na hipertensão, no diabetes, etc. Então, tem outras questões que são colocadas, acho que tem uma ênfase maior, obviamente, tem uma ênfase maior, mas acho que não é uma tendência atual, talvez exista um peso maior*

*hoje. Acho que é uma tendência da medicina, agora, isso está sendo valorizado não por uma questão médica só, mas por uma questão da sociedade. A sociedade é hoje mais preocupada com a saúde do que era, e as pessoas estão mais preocupadas em ter uma vida saudável por mais tempo, então se esforçam mais para adquirir hábitos que levem a isso. Então, isso era um pouco negligenciado no passado, então, é por isso que o peso da orientação é um pouco diferente, as pessoas procuram isso e acreditam mais nisso. Se hoje sai uma determinada orientação em um veículo de grande circulação 'que comer cenoura faz bem para a memória', tenho certeza que dali para frente muita gente passa a comer cenoura, porque isso é bom, ela quer ter esse benefício. Ou vários modismos são criados, então, por exemplo, radicais livres – descobre-se então, de repente, um modismo para isso, é a tal questão da tendência, mas não é só da medicina, é uma exigência da sociedade em ter mais saúde e hoje, então, as pessoas estão mais aderentes, ou mais suscetíveis às orientações, mas essa questão da orientação - acho que sempre houve essa preocupação, talvez não com tanta ênfase, tão difundida, mas sempre houve.*

Na mesma linha de pensamento, porém de um modo um pouco mais definido, Dr. Leonel Fernandes dá um exemplo e mostra que está havendo, sim, uma nova tendência, que ele classifica como preventiva: *A gente está retomando, porque tudo isso a gente já sabia das doenças lipêmicas, dos diabetes. O que é mais importante a gente já sabia, já se sabia que o paciente diabético, se ele vai fazer atividade física, diminui a quantidade de insulina que ele toma porque na atividade física existe o consumo de energia então, aumenta o consumo de glicose, então, se você aumentar a quantidade de insulina ele vai ter uma hipoglicemia e vai ter problema na atividade física. Tudo isso a gente já sabia, só que não era tão valorizado. Antigamente era mais valorizado o tratamento mesmo. Quando começaram a discutir medicina preventiva, a gente passava para a medicina*

*preventiva assim... Oh! É mais interessante, é mais econômico a gente prevenir a doença do que tratar a doença, do que você já pegar um sujeito doente. Então, é melhor a gente prevenir, mas isso era passado assim, por alto, porque era mais interessante a fisiopatologia, o tratamento, a evolução, os exames, e a prevenção ficava por último. Então, era uma coisa que a gente já sabia, só que não era tão assim, sabe, difundido. Agora estão embutindo na mentalidade do médico, mas o médico já sabia, mas não era tão difundido, tão valorizado, tão importante.*

Trata-se de uma necessidade, afirma o reumatologista Dr. Walter C. R. Gallo: *Atualmente é uma necessidade, o médico interferir neste sentido para obter um melhor prognóstico de seus doentes, caso contrário, você pode ter medicação mais potente e novas sendo descobertas, mas em cima de um organismo já lesado por outros fatores que não dependem da medicação que o médico receita.*

E abordando as disciplinas do curso médico, Dr. Walter faz o seguinte comentário: *Na época de faculdade havia, sim, pelo menos a gente espera que seja visto assim durante o curso, da parte de congressos, da parte de aulas-extra que se fazem, escuta-se freqüentemente, mas o importante é pôr em prática. Eu acho que se considerarmos os últimos vinte anos, é um coisa já de uns vinte anos, mas você pode chamar esse período de "novo" dentro da história da medicina, isso é algo bem mais novo. É uma coisa nova no contexto antropológico da coisa, dado que a medicina é uma coisa bem antiga, mas já existe há mais de dez anos esse cuidado, essa preocupação – não é nenhuma novidade deste século. Começou já no século passado a se falar isso, nos finais de 1900, por aí.*

Na área da dermatologia, Dr. José Roberto Amorim, que atua

também como professor-adjunto da especialização, faz uma constatação importante: *É, sim. Hoje a gente preza muito pela qualidade de vida que o paciente vai ter, então a gente procura fazer a mudança fazendo tudo por onde não altere sua rotina, os seus hábitos, porque se a gente mudar muito a rotina de um paciente, ele vai ser uma pessoa infeliz. Ele vai se preocupar mais com a doença do que com ele mesmo, e isso não é interessante para ninguém. Eu não quero que uma doença interfira muito na minha vida, no meu estilo de vida. A gente procura oferecer ao paciente um lenitivo para a sua doença, às vezes, até a cura, mas desde que isso não interfira muito na qualidade de vida, você entendeu?*

Segundo a Dra. Cheng Suh Chiou, *...principalmente na clínica médica, a gente vem enfatizando nessa parte da mudança de estilo de vida, porque a gente sabe que com essa alteração, quando a pessoa come mal, fica sedentária, tudo isso leva à doença. Isso sempre é abordado durante a avaliação no ambulatório. O paciente internado, a gente conversa sobre isso. E como hoje o ambulatório é sempre feito multidisciplinar, então geralmente tem médicos, tem nutricionistas, tem psicólogos, e eles acabam ajudando nessa parte. Para o médico, quando vem muita gente no ambulatório, às vezes ele não tem tempo suficiente para conversar, mas ele acaba orientando juntamente com outra pessoa, conjuntamente, então, isso ajuda muito você tendo outras pessoas para ajudar. É uma equipe multidisciplinar; acho que isso ajuda. Há uma tendência atual que é fazer o ambulatório com vários profissionais juntos, campanhas, palestras, essas coisas para eles terem boa saúde e saber a importância.*

*Não adianta só tomar remédio, você tem que mudar o estilo de vida, senão você não corta a doença pela raiz, você só vai tratar a consequência, e a consequência você só vai evitar se cortar pela raiz.*

Podemos complementar, nessa mesma perspectiva, com o

depoimento da Dra. Wanda R. Cally sobre sua própria atuação como especialista em gastroenterologia: *Eu acho que sim, há a atuação autorizada do médico na mudança de estilo de vida do paciente, sem dúvida nenhuma. São todos aqueles pontos relacionados ao tipo de diagnóstico e ao tratamento, não é verdade? Então, na verdade, se você fala para o meu paciente "tipo" retirar o sal, e ele se vê assim: "agora não vou mais poder, por exemplo, comer a pizza que eu sempre comia em pizzaria com os amigos, porque ela está me pedindo para comer sem sal, etc.", então é uma coisa que mudou na vida dele, mas o que me autoriza a fazer isso é o conhecimento de que o excesso de sal vai piorar a doença dele. Se eu digo para ele não ingerir bebida alcoólica, também é embasado cientificamente, então, eu acho que a gente está autorizada quando esses pontos abordados fazem parte já do que tem conhecidamente respaldo científico, e vai modificar, sim, o estilo de vida dele, mas para benefício, para controle da doença de base. Eu acho que a gente deveria até modificar em termos ainda mais benéficos o estilo de vida se a gente perdesse mais tempo com o paciente, entendeu? Eu acho que a gente poderia "tipo" parar mais, explicar mais a doença para que esse estilo modificado não se tornasse talvez tão doloroso como apenas um pedido ou às vezes até uma imposição séria do médico junto do doente de modificar a vida sem perder tempo em explicar, mas assim explicando. Eu acho que tudo que é explicado, ele entende a doença dele melhor, ele aceita melhor, e essa mudança não se dá tão dolorosa, ele faz até com prazer e vem feliz, falando – "Olha! Tirando o sal eu perdi tantos quilos" em termos de ascite. Então eu acho que... tendência? Mas eu vejo isso com um pouco de tristeza até por parte dos residentes, porque eu tenho vários anos de formada e eu vejo que os residentes, por exemplo, que têm poucos anos de formados, muitas vezes eles não têm paciência dispensada ao doente, e isso me deixa muito chateada, porque eu fico imaginando: com vinte anos de formado, o que ele vai fazer em termos de atendimento? e como professora eu perco esse tempo, explico para ele "olha você precisa parar, conversar, que essa mudança é importante para ele, enquanto a doença não for tecnicamente*

*resolvida, que seja com um transplante mais tarde, ele vai ter que atuar assim para benefício dele", eu não vejo como uma tendência. Eu tenho a impressão que isso acontece muito no consultório particular, mas infelizmente no serviço público, eu acho que muito poucos médicos param para tentar mudar, mas mudar sem dor, o estilo de vida do doente. Acho que normalmente é imposto, porque é transmitido com a cara séria, o médico coloca e ele tem que acreditar, receber e fazer, com dor ou com menos dor ou sem dor, e dependendo da cabeça que o doente tiver, eu acho assim, nesse sentido, em termos de tempo que se tem para consulta de atendimento no serviço público, o estilo de vida é mudado sim, mas de forma nem sempre bem tolerada.*

E para além de tratar a doença, mas no sentido de mudanças de estilo de vida para evitar que a saúde não se deteriore, Dra. Wanda R. Caly diz o seguinte: *Seria tipo profilaxia de uma doença, seria o paciente, por exemplo, que bebe e bebe muito, mas eu não quero que ele chegue a ter uma doença relacionada com o álcool, é isso. Eu acho isso básico e na verdade seria fundamental em tudo, por exemplo, como o paciente está comendo muito, está ganhando peso fazendo hipertensão, dislipidemia, seria interessante você breicar aí, antes que ele desenvolva doenças relacionadas à obesidade, à dislipidemia, enfim, às doenças relacionadas a isso.*

*Eu acho que em termos de medicina preventiva, eu acho que nós estamos muito aquém do que a gente gostaria. Quem é que faz prevenção? Em geral, são as pessoas mais bem educadas do ponto de escolaridade, porque escolaridade não tem nada para mim a ver com educação, mas assim acho que quem está fazendo mais prevenção são as pessoas que têm mais escolaridade, então, são as pessoas que lêem mais, que de repente está mais perto desse tipo de informação. Eu acho que o nosso povo em geral, aquele principalmente de hospital público que a gente vê em geral, ninguém passa por um exame, a não ser que a empresa manda*

*fazer um tipo check-up, fazer alguma coisa preventiva, não existe acho essa cultura no dia-a-dia de se fazer preventivo.*

*Eu acho que preventivo - talvez a cultura um pouquinho mais imediata e está assim por causa de força da mídia e tal é nas mulheres, de fazer o preventivo tipo em exames ginecológicos, tipo uma coisa muito importante que estão fazendo, as campanhas contra o câncer de mama, eu acho que de certa forma de tanto bater, mas e as outras doenças, de repente tem aí uma campanha de hipertensão arterial, vamos ver se o coração está funcionando bem, se você não é hipertenso ou diabético ou as campanhas, mutirões contra a catarata para ver quem tem, então, vai tratar, mas de um modo geral, o paciente não procura, se não for desse tipo, se não for uma campanha, então, acho que nos estamos muito aquém, eu acho que estamos muito dependentes - ainda está relacionado com maior escolaridade”.*

E neste sentido, Dra. Wanda R. Caly dá sugestões: *Primeiro, eu acho isso, se cada doente que a gente tem, se a gente parar um pouquinho e falar assim: uma senhora obesa – diabética que de repente, no meu caso, o que eu trato mais, fez uma hepatopatia, de repente com cirrose por conta disso, então, a gente tem que procurar saber, muitas vezes a gente pergunta se tem outras pessoas dislipidêmicas na família, se já é uma coisa familiar, se já uma tendência, então, a gente perdendo tempo, orientando que aquele diabetes descompensado pode vir trazer uma doença - aquela dislipidemia. Eu acho que a gente parando, cada um é um foco que pode estar distribuindo informações para o seu convívio, então, acho que se o médico não tratar absolutamente falar assim, só tratar objetivamente só tratar, mas perder tempo um pouquinho para esclarecer, eu acho que esse esclarecimento tem retorno no âmbito familiar e de contatos desse doente, além do que acho que sem dúvida nenhuma, considerando que ainda nós não somos um povo com as mentes esclarecidas, o Brasil está muito aquém disso, eu acho que nos devemos ter mais campanhas, porque é através das campanhas que eles chegam na prevenção, já que na maioria por si só vai*

*chegar na doença, então, eu vejo assim, acho que temos que ter mais campanhas, mas eu acho que a gente tem que parar e explicar mais, a gente não pode ser muito objetivo na consulta, não é sentar, falar o que você tem, medir a pressão e se está alta – eu te dou um remédio e acabou. Então, não é bem assim, eu acho que a gente tem que se dispor, nós fizemos medicina para fazer não só o tratamento, mas tentar fazer antes de tudo isso, esclarecimento na tentativa de fazer prevenção, que não seja para você objeto de quem está perto de mim agora, que seja para os seus familiares, que uma vez você esclarecida, você passa”.*

Em outros discursos, a tendência atual da medicina em relação à atuação do médico como portador de mudanças de estilo de vida está sendo abordada nas disciplinas básicas do curso em um contexto de ensino teórico-prático, buscando dar essa formação para o profissional que vai se tornar um médico.

É o que podemos constatar com a percepção da psiquiatra Dra. Aná B. Amorim que ministra no ensino médico a disciplina de psicologia médica que lida diretamente com a discussão em torno da relação médico-paciente. Neste contexto, afirma: *Eu acho que há uma tendência sim, talvez não venha assim pronto para o aluno perceber que ele está tendo uma abordagem que diz respeito a modo e estilo de vida. Mas acho que isso vem embutido em diversas matérias, em algumas com maior especificidades, mas de modo geral há matérias que tem que ter essa preocupação, por causa até do estilo de vida moderno. Então, se há uma preocupação em não se ter um colesterol alto tem que se abordar, por exemplo, que medidas podem ser e devem ser usadas para conseguir que esse colesterol não se eleve, então, vai se focar exercício físico, dieta, por exemplo, então, o médico vai ter que orientar o paciente com relação a esses pontos. Ele vai estar interferindo no estilo de vida do seu paciente. Eu não sei se o aluno percebe diretamente que está se falando disso, mas está mesmo*

*de modo indireto. E o que eu percebo na resolução do Conselho Nacional de Educação de novembro de 2001 há muitos pontos, muitos artigos que falam indiretamente dessa questão do médico atuando no estilo de vida do paciente. No artigo 5\*, por exemplo, a gente lê que a formação do médico tem por objetivo promover estilos de vida saudáveis para atuar como agente de transformação social, então, o professor do ensino médico em qualquer área de atuação tem que levar em conta essa resolução do Conselho Nacional de Educação. Outros pontos: o médico tem que cuidar da própria saúde física e mental e buscar o seu bem estar como cidadão e como médico. Então, aqui tem uma preocupação de que antes do médico atuar como profissional que interfere no estilo de vida de uma outra pessoa, no caso, do seu paciente, do seu cliente, ele tem que ter uma preocupação com a própria saúde física e mental. Aí, eu faço um parêntese e uma crítica (acho que o médico de modo, não de modo geral, mas na maioria dos profissionais há um esquecimento dessa necessidade, dessa importância). O médico acaba dizendo de um outro modo... 'Faça o que eu falo, mas não faça o que eu faço', porque o médico tem uma vida onde não há uma preocupação com o lazer, com o tempo para esse lazer com ele, por exemplo, fazer um tratamento psicológico para ver as próprias necessidades, as próprias suscetibilidades, seus pontos mais delicados, então, ele vai dizer isso para o seu paciente, mas ele não está exercendo isso. Então, em primeiro lugar, o médico deveria ter uma preocupação em mudar o seu estilo de vida, na sua prática e acho que isso é possível. É possível casar as duas coisas: um estilo de vida interessante, adequado, saudável, preventivo com a boa prática da medicina. E um outro artigo dessa mesma resolução diz que o médico deve ter uma visão do seu papel social e deve estar disposto para atuar em atividades de políticas e de planejamento em saúde. De novo aqui a gente vê que o médico tem que ter essa preocupação para interferir lá na frente, no estilo de vida do seu paciente. E no artigo 6\*- vem essa questão do médico olhar o seu paciente como um todo, que é o que Hipócrates falava há séculos já antes de Cristo e que a meu ver também fica esquecido pelo médico. O médico de hoje em dia,*

*primeiro ele vai ter uma dificuldade em montar o seu consultório particular, em ter uma clientela particular, então, 90% dos consultórios da grande maioria dos médicos estão alicerçados no atendimento de convênios e em atividades ligadas ao SUS. O médico que tem esse tipo de atividade, nem sempre ou na maioria das vezes, ele não tem um tempo para ter uma consulta que privilegia a relação médico-paciente ou que dê tempo a esse médico para fazer perguntas, para estar disponível, para estar interessado em outras questões que não sejam especificamente a abordagem daquele problema físico que trouxe o paciente ao consultório e mesmo assim, ele tem poucos minutos para olhar para esse problema físico. No entanto, isso vai num sentido totalmente contrário ao que essa resolução propõe que é 'o médico deve compreender os determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos até éticos e legais do processo saúde-doença'. Então, o médico tem que olhar para o paciente como um todo e nem todos os profissionais fazem isso. Acho que algumas especialidades que privilegiam isso como, por exemplo, a homeopatia, alguns profissionais privilegiam esse enfoque da medicina, do processo saúde-doença como um todo, mas o médico nem sempre tem esse tempo necessário para esse enfoque, o que seria importantíssimo e ultranecessário para atuar na mudança de estilo de vida do paciente.*

Em concordância com o relato da psiquiatra Dra. Anaí sobre a tendência atual na atuação dos médicos, mas com foco crítico no tema envolvendo o ensino da medicina e a possibilidade de melhor aproveitamento frente às disciplinas oferecidas pelo curso de medicina, Dr. Nelson Morone apresenta de forma clara no seu discurso algumas dificuldades com relação à formação teórica e a prática dos futuros profissionais. Pelo depoimento deste pneumologista também docente que atua há quase 50 anos como médico destaco: *É difícil saber porque cada hospital universitário tem uma forma. O comum do que se vê realmente*

*no ensino da medicina está sendo passado para os residentes e pós-graduandos e os professores realmente poucos contatos tem com os alunos, podem ter em uma aula teórica numa discussão e eventualmente em um caso, mas não é o professor realmente interessado na universidade que dá atendimento diário e olha, olha para o estudante e isso prejudica porque provavelmente para muitos que estão transmitindo ensinamento técnico não tem vivencia para fazer uma complementação humanitária, sociológica, psicológica ou qualquer outra. É o mesmo problema, o tempo que eu estava em Londrina – que eu fui professor em Londrina. Sendo professor na época tinha uma coisa ótima – o aluno via o paciente supervisionado por docente, mas toda semana havia uma reunião com o psiquiatra para os alunos discutirem com o psiquiatra duas coisas: o impacto da doença sobre o doente, a família do doente e também o impacto do doente sobre o aluno, porque os alunos realmente a maior parte fica quase que abandonada. Então, hoje percebemos que a garotada de 20 anos não tem muitas vezes um preparo psicológico para atender casos gravíssimos, principalmente com a morte de crianças, então, isso aqui para alguns estudantes é uma marca profunda, que eles não entendem muito bem como lidar, então, deveria ter uma assistência psicológica muito mais intensa do que é feita na maioria das escolas de hoje e realmente isso está sendo criticado em todos os lugares e muitos professores acham que fazem melhor fazendo pesquisa e não ensinando realmente. Mas o fundamental eu acho que é a pesquisa deveria ser um pressuposto para o ensino, não como está sendo feito atualmente, o professor deveria estar permanentemente ao lado do aluno.*

Sendo assim, Dr. Nelson Morone acredita que: *Deveríamos fazer todo o esforço para abordar unindo as duas formas: entrosamento perfeito do médico com o doente e seus problemas e a posição na sociedade e o uso da parte técnica bem feita, aí seria o ideal, a tendência é o mundo que vai dizer, a tendência sofre o impacto de múltiplas coisas”. E dá um exemplo: “...Veja que coisa curiosa. Há vinte, trinta anos atrás, a radiologia e a*

*dermatologia eram especialidades desprezadas. Não havia ninguém que queria fazer dermatologia. Hoje são especialidades, principalmente dermatologia – o número de candidatos por vaga, porque é vocação? Não, porque é uma especialidade mais rentável atualmente, então, sempre vai haver a ligação do interesse financeiro, econômico com a especialidade, com a atividade profissional, mas a gente deveria ter algumas formas de contornar, por exemplo, todas essas medicinas, mesmo de grupo, mesmo o Estado remunera muito melhor o exame do que a consulta, então, isso é um absurdo. Então, a consulta deveria ser privilégio sobre tudo, mas ninguém pensa na consulta. Pensa realmente em investir na parte técnica, isso é uma bola de neve. O doente hoje acha que foi mal atendido se não for submetido a vários exames, então, tomografia computadorizada, então, é um negócio – fez uma tomografia, vai fazer uma tomografia está bem o hospital, isso é um absurdo.*

E acrescenta uma caracterização (tipificação) dos médicos construída, de acordo com suas relevâncias, no contexto que tende a atuação desses profissionais e comenta: *Um dos problemas é imaginar que os médicos sejam um grupo muito homogêneo, mas não é. O médico é extremamente heterogêneo em tudo, tanto na formação, nas concepções, no preparo, em tudo. Eu vou só dizer uma coisa que é comum – cada doente se adapta melhor a um tipo de médico, então, há doentes que precisam de um médico ditatorial, o que é um médico ditatorial? Está aqui esse remédio que você tem que tomar -e você toma, porque eu estou mandando, eu sei mais que você e o que é melhor para você, então, para alguns doentes estes médicos são fundamentais. Há outro médico que eu acho que é realmente o ideal. É realmente discutir com o doente, mostrar as várias possibilidades e fazer em conjunto com uma opção por um tratamento. E a última que é o médico ‘bonzinho’ em termos, por exemplo, o doente fala: ‘Doutor, o senhor não acha que seria melhor o exame do colesterol’. Ah! Vamos fazer.*

*acha que seria melhor uma vitamina para eu tomar. Não é melhor um remédio para eu dormir melhor. Faz muito da vontade do doente sem muita necessidade. Por aí, você vê como é difícil você tentar enquadrar cada um deles, pois cada doente precisa de um tipo desse de médico. Então, se você consultar aqui os nossos doentes, você vai ver para alguns o doutor ou a doutora é um diabo, para outros ele é um santo, aí, nós temos que conviver com tudo isso.*

Para o cardiologista Dr. Nabil Ghorayeb, que também atua como especialista em medicina do esporte vivenciando situações diárias com seus pacientes, bem como através de suas publicações sempre com o intuito de “*promoção da boa saúde*”, implicando as mudanças de estilo de vida, faz algumas observações pertinentes nesta questão. Seu discurso aponta diferentes percepções em relação à tendência atual na medicina, ao ensino teórico-prático e enfatiza: *No currículo escolar na universidade ainda não tem esse tipo de abordagem, isso é sempre extracurricular. Eu tenho feito muitas conferências em faculdades, a gente percebe que existe uma ânsia em conhecer o assunto e nada é oferecido do tipo, não existe nada que se fala sobre atividade física ou sobre como fazê-la. Em relação à alimentação existe nas clínicas de cardiologia quando se fala em dislipidemia, se fala sobre mudanças de hábitos alimentares, mas não se enfatiza tanto o uso de nutricionistas em parcerias com os médicos, ainda é muito precária, a maior parte além de não ter não indicam nem onde tenha para se fazer uma reeducação alimentar, por exemplo. E é básico, é mais barato para o paciente, é mais fácil para ele e se você enfatizar que existe uma troca que ele vai economizar dinheiro para ter saúde que ele procura sem precisar fazer nada de mais apenas algumas mudanças na alimentação, esse tipo de informação já está conhecida pelo clínico, mas ainda não é implantada. Eles às vezes dentro de um serviço que tem nutricionista como é o hospital universitário pouca gente manda para a nutricionista para fazer uma*

*correção de lipídeos, por exemplo, prefere passar remédio que é mais fácil, isso é uma abordagem que tem que ser insistida nos congressos. Como existe uma influencia muito grande dos laboratórios, a indução à prescrição é maior do que a indução à mudança de hábitos, é mais fácil porque é só prescrever e acabou. Você não tem outra responsabilidade quanto a mandar na nutricionista, mandar fazer uma reeducação alimentar, dá trabalho e tem que ir e voltar, mais aqui como norma eu uso isso e quem trabalha comigo tem que usar esse tipo de abordagem.*

Do seu ponto de vista e com base nas experiências vivenciadas Dr. Nabil Ghorayeb, explica que na universidade ainda não está sistematizada essa metodologia de atuação dos médicos, nas disciplinas discutindo essa temática das mudanças de estilo de vida de suma importância na formação e na prática dos futuros profissionais e afirma: *Não existe essa disciplina do jeito que ela deveria ter, por exemplo, dentro da cardiologia, falar sobre mudança de estilo de vida não existe e sobre atividade física sequer existe orientação para atletas dentro da universidade. Hoje a grande moda que tem aí é atividade física esportiva, pouca gente entende do assunto. Eu não sei nem que disciplina daria isso. Deveria ser a cardiologia uma das mais interessadas, mas pelo visto, com o curto espaço do curso ele acabam deixando para uma aula final em algum canto que ninguém vai, se tiver.*

Mas ele mesmo declara em tom crítico: *É uma tendência do mundo inteiro, só que aqui ainda não... Ela está pegando, as pessoas estão mais... A gente percebe que mudaram realmente, elas estão fazendo mais atividade física, sabem o que faz mal e o que faz bem, as pessoas conhecem, só que elas não estão sendo abordadas de uma maneira um pouco mais agressiva para que elas implantem aquelas mudanças, elas ainda vão deixando as coisas para ver o que acontecem, até o primeiro evento, aí, elas*

*começam a pensar em mudanças, antes do primeiro evento é complicado”. Não, ela está sendo ah... Nos últimos oito anos, dez anos começaram a aparecer com mais força, porque se notou que pode mudar as coisas apenas com estilo de vida diferentes dá para corrigir muita coisa, fator de risco, só que existe o componente laboratório que é muito forte para poder, vamos dizer, assim ele não está interessado em explicar estilo de vida, ele só vende remédio, então, a indução para vender remédio /e muito maior do que a indução para a mudança só de estilo de vida”.*

Por outro lado e encaminhando-nos para um encerramento francamente positivo desta parte da pesquisa que indagou do novo papel do médico como "portador social" de mudanças no estilo de vida das pessoas, transcrevo a fala do ginecologista Dr. Edmund Baracat, que elabora um discurso otimista e surpreendente em relação a essa tendência atual da medicina:

*Sem dúvida, eu acho que apesar da evolução tecnológica que atinge não só a medicina, mas atinge a medicina, a enfermagem, outras profissões não médicas, não da área da saúde, a evolução tecnológica hoje é uma realidade, ainda mais com essa globalização, tudo isso, todos os avanços que se tem hoje, isso interfere nas profissões, também na medicina e também na ginecologia, na área da saúde da mulher, mas eu acho que não dá para você evoluir tecnologicamente mas esquecer desses princípios, vamos dizer, dessas medidas de orientações gerais que vão desde hábitos alimentares, atividade física, comportamento, mudança de estilo de vida. Por exemplo, sedentarismo, hoje é contra indicado em qualquer eventualidade, em qualquer especialidade, então, tem que ter mudanças de orientações nutricionais, dietéticas, de estilo de vida, incluindo atividade física, comportamento sexual, ninguém vai coibir nada, não podemos coibir, mas acho que podemos orientar para que se possa evoluir e viver melhor. Acho*

*que esse é o certo.*

*A evolução tecnológica, eu acho que não exclui essas medidas, vamos dizer, “simples” entre aspas, porque elas não são simples, elas parecem simplistas, mas muito importantes. Na área da saúde da mulher, ela tem sido muito explorada essa tendência, não essa tendência, mas essas medidas que incluem orientação alimentar, nutricional, estilo de vida, mudança de comportamento e atividade física, têm sido muito utilizadas como orientação visando melhorar a saúde da mulher, incrementar a saúde da mulher. Eu citei várias eventualidades no decorrer da evolução axiológica da mulher, desde a adolescência, período reprodutivo e pós-menopausa...*

*Prossegue o Dr. Edmundo Baracat: Pelo menos, dentro das faculdades que eu conheço nesta área de ginecologia, essa postura tem sido muito explorada e nós estamos deixando de ter uma postura predominantemente medicamentosa – “medicalizada”, não medicamentosa – “medicalizada”, e usando também as outras políticas na atenção à saúde, é o que acabamos de falar. Sem dúvida, por isso que hoje existe dentro da estrutura curricular uma participação que é por sistemas, que ela não é compartimentalizada, então, você tem vários especialistas permeando um determinado tema. Muito importante dentro da formação geral que preconizam as diretrizes curriculares do MEC.*

*Por fim, cito o Dr. Alfredo Halpern dizendo o seguinte: Absolutamente sim, sem a qual (orientação) cho que nós não vamos conseguir nossos objetivo que é, por exemplo, debelar essa epidemia de obesidade e tratar desses pacientes.*

*É partindo das observações feitas pelos próprios médicos em seus relatos, cabe enfatizar em primeiro lugar que falar de uma*

tendência em curso implica não desconsiderar que essa tendência se encontra apoiada e estimulada pelas diretrizes do ensino médico estabelecidas pelo MEC (Inciso I – Art. 5). Trata-se, portanto, de uma tendência de desenvolvimento do campo médico que hoje já conta com o apoio e o incentivo de uma política pública federal, preocupada em formar médicos conscientes em promover estilos de vida saudáveis. É importante saber que já se acha inscrita na letra e no espírito das diretrizes do Ministério da Educação relativas ao ensino da prática médica a valorização explícita da temática deste estudo.

Mas, é preciso lembrar que a universidade pressupõe conhecimento universal e os ensinamentos e as discussões do saber podem apresentar abordagens diferentes, dependendo do estágio que o aluno do curso médico se encontra, por exemplo. O aluno de graduação geralmente recebe as informações como verdade absoluta. À medida que avança para uma pós-graduação pode perceber que não é tão verdade assim. É função da universidade fomentar a discussão. Neste caso, partimos do pressuposto de que não existe verdade absoluta. Quer dizer, existe a discussão dos achados que estão implicados.

Seja como for, o ponto de partida para que a prática dos médicos se concretize nas desejáveis (cientificamente) mudanças de estilo de vida de seus pacientes está localizado na universidade, tudo tem início ali. Mas não depende só do conhecimento da literatura, dos dados das pesquisas e dos experimentos científicos que atualizam as orientações que são utilizadas pelo médico, e sim, também, em grande medida a discussão. Parece que o que hoje se busca na universidade e dela se espera é formar o médico que pensa e que saiba discutir as inúmeras possibilidades e as melhores alternativas com seus pacientes. Porque sempre existe margem para se completar ou até para

contradizer uma orientação.

Dessa forma, a introdução na formação educacional do profissional de medicina desta noção orientadora da metodologia de atuação do médico tendo em vista o objetivo grande (ou pensado grande) de “*promoção da boa saúde*” — o que pode sem dúvida alguma resultar em orientações de mudança de estilo de vida — é apontada por alguns dos entrevistados como um referencial estratégico, decisivo quando se trata de algumas disciplinas obrigatórias do ensino médico, e que pode contribuir decisivamente para melhor formação do futuro médico. É para onde aponta o argumento de alguns docentes entrevistados para este estudo quando, por exemplo, se referem à importância de uma disciplina como a Psicologia Médica, que ensina como se estabelecer uma boa relação médico-paciente, sendo que a boa qualidade dessa relação pode facilitar ainda mais a inculcação sedutora de formas saudáveis de estilo de vida. A internalização desse objetivo, sempre mais baseada em conhecimento técnico-científico comprovado, pode com efeito otimizar a relação prática dos médicos com seus pacientes, buscando estabelecer um acompanhamento mais atento ao conjunto de sua vida com algumas das orientações direcionadas definitivamente para as mudanças de estilo de vida consideradas necessárias ou importantíssimas para a seqüência do tratamento e a manutenção de uma "boa saúde".

Vale a pena aqui deixar registrado que, em termos do conteúdo das disciplinas específicas de cada área médica contemplada na seleção dos entrevistados para este estudo, foi possível notar que são médicos bastante atualizados com recentes publicações que já apontam não só o tratamento, mas trazem indicações editadas com todos os itens voltados para estimular, orientar e até mesmo impor

mudanças de estilo de vida.

Isso nos remete para as respostas dos médicos frente às indagações quanto aos rumos tendenciais da prática médica atual: o que aqui se constatou foi que os entrevistados são unânimes ao referir a utilização crescente da contribuição conjunta das várias especialidades e qualificações profissionais na área da saúde. E o caso, por exemplo, da nutrição e suas contribuições inovadoras para o preparo das dietas tão citadas pelos médicos, sejam eles cardiologistas, nefrologistas, hepatologistas, endocrinologistas etc. Constatação geral entre os entrevistados, reconhecimento compartilhado por todos: a figura da nutricionista é um elemento indispensável na busca eficaz de uma "boa saúde".

Pesquisas mencionadas nas entrevistas mostram movimentos simultâneos confluindo na valorização estratégica do regime alimentar; a despeito da diversidade de formas e estilos de vida, cada vez mais a prática médica procura ensinar sobre o consumo alimentar e outras atividades de consumo associadas com a busca do viver com prazer. Ou seja, mesmo quando se coíbem certos gostos e prazeres habituais, não se abre mão desta idéia-força: viver com prazer, inclusive comendo isto e não aquilo ou qualquer outra coisa. Fica claro, então, que todas essas iniciativas não são somente da ciência médica, seja ela biológica, fisiológica, patológica etc. São muito diversos os campos do saber que hoje se encontram envolvidos nessa preocupação com um estilo de vida saudável, configurando-se aí um traço mais geral disto que a sociologia tem chamado de "cultura de consumo" (cf. Featherstone, 1995). Desse modo, a impressão que tivemos é que também os médicos que foram abordados nesta pesquisa, também eles

acabam priorizando medidas e condutas voltadas para isto que bem se poderia chamar de “*consumo de saúde*”.

Quer introjetando mediante a consulta médica as orientações necessárias para a adesão às mudanças de estilo de vida. Quer estimulando a implantação desse tipo de interesse pelo auto-cuidado. Quer fazendo uso também da intervenção interdisciplinar, a qual fundamenta de alguma forma essa metodologia de atuação. Ou seja, será que a medicina também não tem lá os seus “*modismos*”? Talvez seja essa uma outra tendência atual, à qual devemos estar atentos a fim de não turvar com a suspeita de “modismo” essa importante *guinada axiológica* na prática médica, que se concretiza no reconhecimento acrescido do *valor* do estilo de vida para melhor se viver e gozar a própria vida.

## Capítulo 9

### Áreas de especialização mais preocupadas com o estilo de vida

Antes da conclusão, é preciso dar ainda um último passo, trazendo à baila observações sociológicas um pouco mais detalhadas e focalizadas, a fim de se delinear melhor, no espectro geral das especialidades médicas, quais são aquelas que se mostram mais envolvidas na mudança de estilo de vida dos pacientes.

Sabemos que a medicina está estreitamente ligada ao conjunto da cultura. A organização social contemporânea, as condições da sociedade de consumo, os ritmos de trabalho, a poluição e todas as perturbações da ecologia são responsáveis por um grande número de doenças. Podemos até dizer que os meios da medicina não fazem senão compensar as doenças ocasionadas por uma sociedade em constante transformação.

Segundo J. Clavreul (1993) “... A medicina, graças a Hipócrates, saiu das receitas mais ou menos satisfatórias reclamadas às vezes pelos doentes. Ela estabelece a saúde como um *dever* que se impõe a todo cidadão. O doente está aí apenas como informante sobre

o estado de um corpo enfraquecido. Ele é presumivelmente cooperador com o médico na medida em que pode se identificar com os ideais propostos pela medicina. É certo que esse discurso, particularmente convincente e potente quando se trata da medicina, não poderia ser recolocado em causa se a própria noção de liberdade não se achasse hoje em questão”.

Com isso, percebemos que o discurso médico não se dirige ao doente, mas ao futuro homem são – mesmo que para isso seja necessário certas interdições para determinados doentes ( cardíacos, epiléticos...).

E com o intuito de prevenir às doenças, surge um fato preocupante devido às novas necessidades impostas pela multiplicação de exames de todo tipo, sendo necessário a participação paralela dos médicos especialistas que trazem cada vez mais sua contribuição.

Para conhecer e compreender melhor a tendência em curso na atuação dos médicos como portadores da “*promoção da boa saúde*” implicando modificação de estilo de vida e considerando as influências das inovações tecnológicas, é necessário mostrar as especialidades que na opinião dos médicos participantes estão mais preocupadas com esta questão.

Devemos lembrar que para esta pesquisa foram envolvidos médicos que atuam na área clínica e as especialidades apontadas fazem parte deste contexto. Os médicos contextualizam suas escolhas em relação à temática investigada, levando em consideração sua visão de mundo, sua formação, saberes e valores vivenciados no exercício profissional.

É importante ressaltar que temos as especialidades básicas como: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, pneumologia, nefrologia, infectologia, psiquiatria, ginecologia, reumatologia, gastroenterologia compondo a abordagem específica deste estudo na área clínica e os médicos participantes são definidos como especialistas clínicos.

A seguir apresento fragmentos dos discursos que expressam as especialidades que estão mais preocupadas com o estilo de vida, iniciando de forma surpreendente com a fala da Dra. Cheng Suh Chiou que apesar de atuar como nefrologista, encontra-se como Chefe da Equipe de Clínica Médica: *“... Eu acho que são os clínicos. O clínico geral vê todas as doenças e praticamente acaba interferindo nas doenças modernas. Hoje em dia, diabetes, pressão alta, cardiopatia, tudo isso tem a ver na verdade a sua causa com a má utilização do estilo de vida – muito stress, come errado, sedentarismo, tudo isso”*.

Podemos verificar na seqüência resultados concordantes entre alguns especialistas. E o que evidencia o cardiologista e especialista em medicina do esporte, Dr. Nabil Ghorayeb com percepções inovadoras, embora afirmativas: *“... A cardiologia basicamente. A cardiologia, sem dúvida, agora a endocrinologia também evidentemente e talvez na esteira disso está começando a aparecer os pediatras com crianças obesas. Isso tem sido (como tem a mídia falando muito disso), isso tem trazido, vamos dizer, assim os pais estão um pouco mais alertados. A gente tem tido muito mais adolescentes com problemas de colesterol do que antigamente. E é por hábitos de vida errados, então, os pais já estão trazendo os seus gordinhos que antes nem vinham ao médico. Eu tenho recebido no meu consultório mais crianças hoje do que antigamente. Mas, crianças que são gordas que vão fazer exercícios na academia e que precisam de uma avaliação médica antes”*.

De acordo com o pneumologista, Dr. Nelson Morone que fala em tom crítico: *“... A cardiologia é fundamental. A infectologia e a endocrinologia – essas são fundamentais. A pneumologia. A gastroclínica com os problemas está se preocupando mais com a questão alimentar. Evidentemente, a psiquiatria tem que ser fundamental. E tem muitos psiquiatras que são mais psiquiatras que os médicos, então, muitos psiquiatras estão muito longe da realidade sem dúvida nenhuma. O psiquiatra raramente vai colocar o estetoscópio no coração de um paciente, mas isso acontece mesmo – o tempo passa e o médico fica mais especialista do que médico. Outro detalhe: os médicos podem ter culpa, mas o Estado tem muita culpa. Não proporciona reciclagem adequada para todos os funcionários, principalmente os que trabalham na saúde. Eles se preocupam muito com algumas rotinas, mas não realmente com o aprendizado constante do profissional que está atuando.... Eles podem marcar um a reunião para discutir – ter uma aula de Tuberculose às duas horas, mas isso não resolve absolutamente nada, precisa ser constante. Que eu saiba o Estado nunca se preocupa com isso. Se o Estado atuasse de maneira intensa, qualquer médico que fosse e em qualquer especialidade deveria estar bem treinado para atuar em uma parada cardiorespiratória, mas não está e mais – se o médico tiver que fazer o curso de ACLS, ele tem que pagar – sei lá... 500 ou 1000 reais para ficar o final de semana e isso aí deveria ser o Estado que deveria estar promovendo a reciclagem no período de trabalho, coisa que ninguém pensa. Todo mundo pensa que o trabalho é só atender o doente e esquece que atender o doente com conhecimento é muito mais rentável para todo mundo, isso é utópico, entende.*

E por falar em psiquiatria, Dra. Anaí B. Amorim faz suas considerações: *“...Eu acho que a psiquiatria, pelo menos, o que eu percebo no grande contingente dos psiquiatras procura ter essa preocupação. Acho que outras disciplinas como a endocrinologia, a cardiologia, talvez algumas especialidades mais ligadas diretamente com o enfoque do corpo como a medicina estética, aí a gente vai ter diversas especialidades compondo essa medicina estética como dermatologia, os próprios endocrinologistas, cirurgiões plásticos, mas me parece que deveria ser uma preocupação das especialidades em geral. Por exemplo, o*

*pneumologista... se a gente lembrar que o médico deve ter uma preocupação com os aspectos até ecológicos, o pneumologista, o alergistas – ele vai ter que atuar em coisas muito específicas até como é construída a casa do paciente para que não ocorra um processo respiratório ou um processo alérgico que vai alterar a saúde dessa pessoa. Então, há disciplinas onde isso aparece mais obviamente. E outras em que isso aparece menos obviamente, mas deveria ser uma preocupação de um modo geral.*

É exatamente nesta perspectiva, o depoimento do dermatologista D. José Roberto Amorim que diz: *“... É difícil responder isso quanto às outras especialidades. Mas todas as especialidade de certa forma, num grau menor ou num grau maior alteram o ritmo de vida, o hábito de vida de uma determinada pessoa. A cardiologia – se o paciente é um esportista e ele tem uma cardiopatia, ele não vai mais poder fazer alguns esportes se ele teve um enfarto. Se o paciente fuma muito e sente prazer nisso e se ele desenvolver uma doença pulmonar, ele não vai mais poder fuma, então, todas as especialidades – pneumologia, cardiologia, reumatologia e na dermatologia vai depender da enfermidade que o paciente tem. Todas as especialidades médicas. Ou melhor os médicos de uma forma geral, eles alteram o ritmo de vida do paciente num grau menor ou maior. Ele procura o máximo possível não alterar o ritmo de vida, nem a qualidade de vida do paciente, mas o que vai ser melhor para ele. O médico não cura a doença de ninguém. Ele orienta o doente a conviver melhor com a sua doença. Ele dá as orientações... Olha! Você vai conviver melhor com a sua doença de você fizer isso, isso, isso ou para você viver melhor, você tem que fazer isso, isso, isso e se o doente vai fazer ou não, aí, depende, mas de certa forma ele muda sim.*

Mas, o infectologista, Dr. Nelson Ribeiro Filho comenta a questão, de forma interessante, relativa e ressalta: *“... Acho que tem a ver muito mais com o profissional do que com as especialidades. Onde a especialidade a gente, às vezes, coloca isso como sendo as pessoas de uma mesma especialidade pensar assim, de uma mesma forma, assim... Mas eu vejo, dermatologistas que tem pensamentos e comportamentos completamente diferente*

*de outros dermatologistas. A mesma coisa em relação aos cirurgiões plásticos. Então, não sei se a especialidade em si é que determina essa preocupação. Com certeza, acho que os clínicos - têm um pouco mais... não sei se preocupação, mas mais enfoque pelo menos nas questões de comportamento. Alguns mais do que outros, mas acho que tem mais de enfoque do que os cirurgiões de uma forma geral. Mas acredito que entre clínicos e cirurgiões tem muita gente que tem preocupação desse tipo também. Na medicina tem várias especialidades hoje, então, a dermatologia, a cardiologia, a endocrinologia, a cirurgia plástica, por conta dessas questões mais estéticas mesmo, mas existem sub-especialidades da medicina, a medicina esportiva, a fisioterapia, essas especialidades – os nutrólogos. Tem várias sub-especialidades da medicina que tem preocupações com relação a hábitos, não só alimentares, mas hábitos de vida mesmo em como a pessoa deve mudar o seu estilo para ter mais e melhor vida, melhor qualidade de vida”.*

Para Dr. Walter C. R. Gallo esclarece: “... Além da reumatologia que a gente vive, você tem a cardiologia, a pneumologia, a endocrinologia, nefrologia e de uma forma geral essas especialidades mexem bastante com o estilo de vida, mesmo a gastroenterologia. Se o cidadão for obeso, ele vai ter mais refluxo e enfim, o equilíbrio do homem, não sei se como já se dizia antigamente biopsicossocial é necessário que ele tenha uma mudança do estilo de vida atual que se faz cada vez tudo mais informatizado, mais automatizado, atualmente de sedentarismo e ninguém mais sai da cadeira de preferência, mesmo o lazer que seria o cinema, o teatro, já tem acesso via internet em casa, então, pelo menos alguma coisa tem que ser feito, então, eu acho que a gente tem que intervir, eu acho que basicamente é essas - se associando a dermatologia não se expor essencialmente ao sol por causa do câncer de pele e assim sucessivamente. A gente sente uma resistência muito grande do paciente a esta mudança de estilo de vida. Resistência essa que vai sendo quebrada, quando ele vai sentindo, quando a gente convence o paciente obeso e sedentário com artrose ou artrite frequentar o ambulatório e realizar exercícios orientados por um professor de educação física - orientados por fisioterapeutas. Eles inicialmente têm uma inércia muito grande, uma resistência muito grande para sair disso. Quando eles conseguem sentir as melhoras no tratamento, na melhora da qualidade de vida e no padrão de vida, a gente em

*reumatologia usa inclusive questionário em cima disso e o próprio paciente avalia o quanto ele acha que melhorou com a medicação e com as mudanças sugeridas. Ele começa a perceber que ele está usando ou menos remédio ou está tendo menos dor, menos inchaço em articulações e melhor qualidade de vida, portanto, reduz os níveis matinais que ele tem pela manhã, ele já levanta mais leve da cama, vai se sentindo melhor, ele acaba achando que vale a pena. Comparando com a endocrinologia que cuida do obeso, quando o doente procura o profissional, ele vai achando que vai achar aquela pílula mágica que uma vez tomada, de preferência em dose única sem efeitos colaterais resolvesse toda a vida dele, que ele pudesse comer tudo que ele gosta, ficar parado e emagrecer, o que é impossível, impraticável, então, essa resistência do paciente tem - muito a ver com isso. Ele queria alguma coisa mágica que resolvesse o problema dele, qualquer coisa que não existe, portanto, você tem que trabalhar esse fato, conscientizar como o paciente já tem uma certa idade, às vezes, você precisa chamar alguém da família, orientar esta pessoa mais jovem, mais aberta que já ouviu alguma outra coisa em alguma outra área da medicina e está mais aberta – é que vai pressionar o paciente que ficou contra o determinado. Você vai estar vendo o paciente como um todo. Ele não é uma articulação, ele não é um coração, não é um pulmão. Ele é um todo e se ele como um todo estiver mais harmônico, mais organizado, menos exposto às coisas ruins, ele vai ter uma qualidade de vida melhor e a incidência das doenças acontecerá porque ele está mais ou menos predisposto a ter alguma coisa geneticamente, mas a evolução será melhor, então, a gente tenta programar. Veja que há maior número de médicos na academia, por exemplo, ou fazendo algum tipo de atividade física, dado que o médico era de certa forma mais - sedentário antigamente. Pensando o médico usufruindo também do fator saúde, até ele passa a fazer uma atividade física, passa a perder peso, passa a tomar cuidado com certos tipos de alimentos. Isto visto como saúde. Como eu trabalho em hospitais públicos existe essa facilidade no consultório, a gente tenta formar a opinião do doente, como eu já havia dito antes tendo a melhora, ele vai aceitando. Agora, ao nível de outras entidades, a gente não tem muita vivência no momento, estou meio afastado de convênios e hospitais particulares, há bastante tempo, mas a gente quer crer que sim, pelo menos, é o que a gente passa para os nossos residentes, que a gente ensina é que seja feito, espero que estejam fazendo”.*

E apontando a gastroenterologia, Dra. Wanda R. Caly diz o seguinte: “... *Eu acho que, sem dúvida nenhuma, a cardiologia é que está bastante preocupada, acho que por tudo isso, a endocrinologia por conta das doenças metabólicas, dislipidemias, acho que estilo de vida em termos de endocrinologia e cardiologia - tenho a impressão que tem se mostrado a frente, porque a gente vê os pacientes preocupados – a senhora pediu o meu colesterol ou estou diabético ou não estou - acho que são as disciplinas que se preocupam mais em fazer hoje em dia essas coisas básicas, além da ginecologia, na verdade, a prevenção em termos de preventivos. Eu acho básicas as campanhas que tem tudo em torno da saúde feminina, acho isso fundamental. Eu vejo assim, estilo de vida dentro da gastroenterologia, porque eu não atuo mais há anos na clínica médica em geral, mas nos residentes que passam com a gente nós procuramos mostrar esse tipo de coisa, mudança de estilo de vida, importância dentro da nossa área e daquelas que nos relacionam por conta de uma doença que tem uma vertente em comum. Agora, eu tenho uma impressão que todas as cadeiras certamente vem aprendendo com isso, porque acho que em todas as disciplinas tem doenças que requer uma mudança de estilo de vida de uma forma ou de outra, então, eu tenho impressão que sim. Eu acho até pelo esclarecimento maior que cada doença tem tido nos dias atuais, é claro que o que se aprendia antigamente não é o que a gente tem de informação hoje. Hoje está bem melhor certamente, eu acho que as mudanças vão sendo também embasadas no conhecimento dos médicos recém-formados, acho que isso vai ser uma tendência, acho que nós estamos aquém, mas eu acredito que todo mundo esteja passando um pouco disso, eu acredito que sim e que vai melhorar”.*

Assim, é necessário salientar a visão do nefrologista, Dr. Leonel Fernandes que aponta a medicina preventiva e exemplifica: “... *Medicina Preventiva. Hoje em dia, a maioria das cadeiras da medicina vem chamando atenção, porque a maioria dos livros já está constando isso, já está lá... Olha! Quase tudo tem que mudar estilo de vida. A parte da cirurgia, neoplasia de intestino, olha, dieta rica em fibra, em verdura e frutas diminui a incidência de neoplasia de intestino. Orienta seus doentes a mudar o estilo de vida. O diabético na*

*endocrinologia, olha! Mudar o estilo de vida. Síndrome Metabólica, mudar o estilo de vida. Hipertensão arterial na área de cardiologia, de nefrologia, de clínica geral – hipertensão – mudar o estilo de vida com atividade física, dieta mais balanceada, rica em potássio. Uma das substância implicadas na redução da pressão é potássio, baixar ingestão de sal – mudar o estilo de vida, atividade física regular, regular. E fora medicina preventiva, todas as cadeiras - acho que estão envolvidas, mas como eu te falei não estão envolvidas como deveriam, porque o importante na universidade eu acho – posso estar enganado – não estou vivendo no meio acadêmico, mas acho – eu pelo menos estou falando da minha época, eu via os professores mais voltados... Olha! Eu tenho que formar o cara, eu tenho que ensinar o que é diabetes, eu tenho que ensinar o que é insuficiência cardíaca, eu tenho que ensinar a fisiologia do mecanismo da respiração, explicar a fisiologia da doença pulmonar, então, é mais interessado em formar o indivíduo e essa parte de prevenção de mudança de estilo de vida era pouco frisada, pelo menos, na minha época e se tirar a medicina preventiva, as outras cadeiras se falava, falava de alguma patologia assim isolada, pelo menos era a que a gente mais sabia era diabetes, dislipidemia, neoplasia de bexiga, neoplasia de intestino. Cigarro também falava muito, mas mudar o estilo de vida assim... Oh! Você tem que pegar teu paciente que fuma e mandar ele parar de fumar – tem neoplasia de bexiga, olha! O câncer de bexiga está relacionado com o fumo. Então, propor a mudança de estilo de vida mais localizado, mais setorial: é no tabagismo, no alcoolismo, a gordura, o sal, assim vamos mudar o estilo de vida de uma maneira global, vai fazer academia, vai fazer DO IN, vai fazer um monte de coisas – relaxamento, ioga, isso tudo era falado. Hoje em dia a gente sabe e até o doente já conhece técnicas de relaxamento como ter aulas de relaxamento ajuda muito no controle da doença, na prevenção da doença – isso não era falado não, então, como eu vou falar que na universidade vem falando isso, vem ensinando isso. Eu não sei hoje, mas no meu tempo era muito pouco, só relacionava a patologia mesmo, olha! Se o cara tem bronquite – não pode fumar. Tem diabetes – não come açúcar. Tem pressão alta – não come sal. Tem doença no fígado – não bebe álcool.*

E com foco na saúde da mulher, Dr. Edmund Baracat

considera que o ginecologista é o clínico geral da mulher e enfatiza suas considerações: *“... Acho que a ginecologia e a obstetrícia, a pediatria, a cardiologia, a pneumologia, acho que todas tem enfoque. Eu não estaria muito a vontade para falar das outras, mas acho que hoje existe uma tendência de preocupar com esta parte do estilo de vida, de mudança comportamental, de orientação dietética, nutricional. Eu vejo, na minha área, a pediatria tem um enfoque importante, a endocrinologia com o aumento da obesidade no mundo. Isso está passando para o Brasil, porque a gente acaba copiando vícios de outros países. A cardiologia, a pneumologia, gastroenterologia com os problemas digestivos que muitos estão ligados com a alimentação, ortopedia, reumatologia com as osteoporoses que interessa endocrinologia, reumatologia, ginecologia. A minha especialidade é clínica-cirúrgica. Ginecologia é clínica e cirúrgica. Cardiologia é clínica e cirúrgica, endocrinologia é clínica, mas o cirurgião cardíaco já recebe o paciente drenado, encaminhado para ele com um problema que ele precisa resolver, então, não dá para dizer se é clínica ou não. O cirurgião cardíaco se ele recebesse as pessoas para fazer uma prevenção, ele iria dar esse enfoque também, veja, entendeu? Não sei se... Mas, é que é o cardiologista que vê assim. Como ginecologista vê a mulher, é o “clínico geral” da mulher, então, ele tem as clientes, as mulheres nos procuram porque olha! “Estou como uma dor aqui”, aí, a gente examina, vê, olha seu problema é clínico, é cardiológico, é renal, mas é o clínico da mulher, apesar de ser uma especialidade cirúrgica ginecologia, eu sou, nós somos os clínicos da mulher”.*

Em resumo Dr. Alfredo Halpern diz: *“... Eu acho que clínica-médica, cardiologia e endocrinologia”.*

Entre as especialidades apontadas pelos médicos clínicos deste estudo, temos aquelas que lidam com as doenças onde podemos constatar o distúrbio metabólico e que por esse motivo podem estar mais preocupadas com as mudanças de estilo de vida.

Por exemplo, o paciente que apresenta um distúrbio no metabolismo dos glicídios. Pode se tornar um diabético e até ganhar peso, portanto, é fundamental o paciente modificar o seu estilo de vida.

No caso da hipertensão que tem ligação com a dislipidemia que é o distúrbio dos lipídeos, o paciente pode desenvolver complicações mais graves. Então, é necessário mudar o estilo de vida. Pelo menos, o discurso dos especialistas clínicos apontam no sentido de corrigir as alterações presentes no funcionamento do organismo.

Hoje, a cardiologia, a endocrinologia, pneumologia, infectologia, dermatologia, psiquiatria, ginecologia, nefrologia, reumatologia, gastroenterologia, estão entre as especialidades que são apontadas pelos profissionais da área da clínica médica que lidam com as mudanças de estilo de vida - sempre com propostas que nos dê qualidade de vida e longevidade.

Neste sentido, temos que por uma necessidade de saúde, o especialista clínico tenta modificar o estilo de vida, embora seja relativo pensar nos substituintes que podem melhorar a qualidade de vida.

Por exemplo, o paciente que apresenta intolerância ao glúten. A indústria lança produtos específicos para que o paciente possa preparar as dietas sem o glúten, evitando problemas intestinais. Isso facilita as mudanças de estilo de vida deste paciente.

Percebemos também observações em relação às doenças que não tem muito destas interdições para os pacientes.

Notamos que o foco da questão em debate muda relativamente neste caso a posição ocupada pelo médico, ou seja, como justificar para os seus pacientes que as mudanças de estilo de vida não são obrigatoriamente “por uma necessidade de saúde?”

Será que os especialistas clínicos conseguem estabelecer na prática para além de tratar as doenças, mas evitar que a saúde se deteriore, num âmbito que os coloca como “portadores” socialmente autorizados das mudanças de estilo de vida para obter como resultante melhora da qualidade de vida e conseqüentemente longevidade?

Pode ser que sim. Pode ser que não. Pode ser que outros questionamentos considerem o modo de vida dos indivíduos, dos hábitos socialmente aceitos e enraizados na cultura de um grupo.

Mas, em princípio é difícil perceber através do discurso dos especialistas clínicos, se o indivíduo consegue estabelecer formas mais adequadas de alimentação, de cuidados com o corpo: higiene, exercícios, lazer e trabalho só porque pretende viver muito mais e melhor, sem levar em consideração algumas alterações que podem afetar a saúde, implicando diretamente o funcionamento do organismo.

Nesta pesquisa constatamos que geralmente o indivíduo recorre ao médico, porque tem uma queixa e está apresentando uma alteração no organismo que o incomoda de alguma forma.

Do ponto de vista dos clínicos em questão, o indivíduo ainda não consegue perceber mudanças de estilo de vida na sua totalidade. Quer dizer, o indivíduo poderia ter adquirido desde criança, no bojo da

família, as formas de vida saudáveis e hábitos adequados, mas temos que levar em consideração implicações que estão inseridas no contexto social e cultural.

Ou seja, temos uma sociedade em constante transformação com predomínio de uma cultura de consumo que influencia os indivíduos em todos os sentidos, principalmente em se tratando de qualidade de vida de uma maneira geral.

E isto afeta também as expectativas independentes da condição de estar doente ou não, e sem falar nas inúmeras formas de prevenção hoje tão valorizadas. Percebe-se que ainda para os médicos clínicos, o assunto apresenta uma complexidade de fatores para que seja abordado em suas consultas. Nestes termos, é preciso pensar no fator “idade”. Por exemplo, a abordagem para os jovens com 20 anos.

Para os médicos, de um modo geral, não adianta falar muito em termos de mudanças de estilo de vida para um jovem de 20 anos. Isso não vislumbra um jovem de 20 anos. Talvez quando chegar aos 50 anos sinta necessidade de tomar alguns cuidados. Geralmente, quando um jovem tem 20 anos pode até considerar um indivíduo de 35 anos idoso. E o idoso é que precisa ter cuidados com a vida.

Então, de um modo geral, isso é difícil de controlar, ou seja, quanto mais jovem é o indivíduo, mais complicado para incorporar esta idéia de mudança de estilo de vida. Por isso que alguns médicos apontam questões que envolvem a educação, a família, o contexto social, a cultura, etc, quando se pensa nas mudanças de estilo de vida e

adesão em seus tratamentos.

Para ilustrar melhor esta questão que envolve a faixa etária, podemos citar os países árabes, talvez os mais enraizados em sua cultura. Não é comum encontrar os jovens árabes comendo McDonald's. Parece que ainda preservam as tradições, bem diferente da nossa sociedade ocidental.

Portanto, os especialistas clínicos deste estudo apontam ser mais compreendidos em termos de mudança de estilo de vida, quando se trata basicamente de uma alteração funcional do organismo e que por uma necessidade de saúde existe facilidade de adesão às suas orientações. Veja a questão dos indivíduos acometidos pela doença celíaca, por exemplo.

Devido às deficiências em relação ao metabolismo de determinados tipos de alimentos, é mais fácil para o celíaco aderir a uma mudança de alimentação, mas nem sempre este fato é compreendido como mudança de estilo de vida. Neste caso, é possível mudar imediatamente a dieta.

Isso acontece num japonês, espanhol, paquistanês, afegão, porque todos eles têm a doença “celíaca”, no caso. E por se tratar de uma doença crônica, o médico consegue mudar a dieta, porque o indivíduo está doente, então, por uma necessidade de saúde adere com facilidade. Mas, o problema é pensar nas mudanças de estilo de vida no conjunto.

Exemplificando é como falar assim. Posso fazer ioga porque

cura. Alguns praticantes estão convictos que o japonês faz aqueles movimentos e isso favorece as articulações. Mas, devemos lembrar que a ioga está enraizada na cultura milenar e faz parte do modo de vida dos japoneses.

Do mesmo modo, acontece no país muçulmano. O médico orienta uma determinada dieta. O paciente adere às orientações, mas continua rezando em direção a Meca, porque isso faz parte do seu estilo de vida e acabou-se.

Se o muçumano tem hábito de jantar às 8:00 horas e o médico pede para ele jantar às 7:00 horas, com certeza, ele continua jantando às 8:00 horas. Porque faz parte da vida dele. E pode fazer jejum também, independente se médico não orientar o jejum, mas porque talvez seja saudável na sua cultura.

Por isso que na medicina – tudo é relativo. Ou seja, o indivíduo pode ter uma doença X e outro também ter a mesma doença. O médico não pode tratar seus pacientes da mesma maneira. É preciso respeitar as características de cada um. Isso é valorizar o paciente, por isso que estilo de vida é relativo.

Por exemplo, alguns pacientes e nutricionistas utilizam a dieta da pirâmide, considerada com grande aceitação por uma parcela da população, mas sem uma orientação médica prévia adequada.

Em alguns casos, o médico pode deparar com o paciente falando que ao preparar uma dieta, por exemplo, resolveu eliminar o pão

porque faz mal.

Do ponto de vista médico, o consumo de pão é relativo. Temos que o pão alimentou e fez a nossa humanidade crescer por milênios e ainda continua fazendo, mas neste caso, o paciente deve evitar o consumo, devido a uma alteração no metabolismo específico do seu organismo e não porque o pão faz mal.

Então, parece que o discurso médico tem que considerar as inúmeras variáveis em torno da cultura de seus pacientes. É relativo. Quer dizer, o médico não pode ter a pretensão de chegar para um povo que vive por milhares e milhares de anos de um determinado modo e dizer que está errado. Senão, como teriam sobrevivido?

Mas, se a expectativa de vida dele é de 78 anos, isso inclusive no meio da sociedade é muito pouco. Então, para o médico é necessário respeitar o indivíduo mostrando o que pode fazer, quais as possibilidades e dar todas as alternativas.

O indivíduo determina o que vai fazer, embora a regra o médico dá de forma adaptável às condições do seu paciente. É relativo. Percebe-se que é relativo, pois todas as decisões devem ser tomadas em conjunto na relação médico-paciente. E todas as responsabilidades do tratamento devem ser transferidas para os pacientes.

A decisão tem que ser conjunta sempre para tudo, não é só para as mudanças de estilo de vida, mas para tomar um remédio, para fazer um exame, etc. Afinal, o médico acaba interferindo na vida do seu

paciente, que pode ir assimilando aos poucos as orientações e também ir compreendendo que esse profissional está lidando com a sua saúde, é o que mostra o discurso dos médicos participantes deste estudo.

## Considerações finais

Usar o termo *lifestyle* em plena era da cultura de consumo significa enfatizar individualidade, auto-expressão, uma consciência de si estilizada na compreensão do que seja o viver na sociedade contemporânea.

A insistente preocupação com o “estilo de vida” verificada entre os sujeitos pesquisados já é por si só um projeto, projeto assumido no plano reflexivo, de "estilização da vida". Isso sugere que a atuação do médico dirigida nesse sentido, sobretudo através da consulta, dá um impulso significativo, em muitos casos decisivo, para transformar o autopolicimento dos gostos em uma conduta de vida moderna porque saudável. Pode ser que o médico também manifeste aí, nessa vontade de individualização cientificamente dirigida, seu próprio modo de conduzir seu processo pessoal de individualização desde logo revestido de um senso inevitavelmente higienista de estilo, enquanto atua como agente competente socialmente autorizado a transmitir (é um "portador") orientações precisas destinadas a compor formas saudáveis de vida.

Minha pesquisa constatou (em São Paulo) que no exercício da sua prática diária o médico está ativamente empenhado na

promoção da "boa saúde", e saúde *boa* quer dizer saúde *integral*. Para alcançar esse fim ele *sabe* que é necessário investigar e periodicamente supervisionar o "estilo de vida" de seus pacientes, com o interesse de neles despertar a vontade de "cuidar da saúde", orientando-os quanto às condutas adequadas e alertando-os quanto às vantagens e os riscos de se explorar plenamente as opções de vida nos tempos atuais.

Quer dizer, o atendimento na consulta médica, momento em que se estabelece a relação médico-paciente, tem entre outros o objetivo fundamental de fazer com que o indivíduo se torne consciente de que ele tem só uma vida para viver, e que precisa se esforçar muito para desfrutar, vivenciar e prolongar "esta" vida.

Essa nova postura dos médicos apresenta afinidades evidentes com uma tendência que vai se tornando hegemônica na sociedade capitalista contemporânea: o consumo de saúde. Com efeito, é cada vez maior o número de consumidores que procuram produtos alimentícios diferenciados (*diet*, *light*, os integrais, os "naturais"...) tendo em vista formas de viver mais saudáveis. Tudo se passa, com efeito, como se os indivíduos mergulhados nesse contexto de alto consumo induzido estivessem sendo impulsionados por um movimento supra-individual que se pode chamar consumo de saúde — uma espécie de "corrente sociológica" que prescreve ao mesmo tempo o prazer de viver e o controle do prazer, e exige modificações às vezes drásticas no ritmo de vida, nos hábitos alimentares, nas horas de sono, exercícios físicos, estresse, ansiedade, enfim: uma "boa saúde". Algumas orientações médicas sugerem, por exemplo, que o paciente tente comer com prazer, mastigar bem, tirar aquela ansiedade que faz o indivíduo comer depressa e mal. Observa-se também um interesse em valorizar cidades com parques e áreas de lazer, o que fomenta a prática de exercícios

físicos e, conseqüentemente, aumenta a qualidade de vida.

À primeira vista, parece que a ordenação da vida depende apenas de escolhas, já que o aumento em quantidade e diversidade de uma ampla gama de produtos é muitas vezes visto como um fator que vem possibilitando maiores oportunidades de escolha. E, como tudo na medicina, assim como na vida íntima dos médicos, parece relativo, eles também argumentam em favor da aceitação tolerante e igualitária dos diferentes estilos de vida e do reconhecimento do direito dos indivíduos de desfrutarem dos prazeres como bem desejarem.

Verdade seja dita: para os médicos aqui entrevistados, é necessário respeitar o indivíduo, mostrando-lhe com clareza o que ele pode fazer, quais as possibilidades reais e as conseqüências previsíveis, sempre indicando a ele todas as alternativas. É o indivíduo que determina o que vai fazer, mas é o médico quem detém a qualificação profissional para mostrar a ele quais são, no momento, as alternativas *saudáveis*. Parece contraditório, mas é assim que funciona. Cabe pois à sociologia continuar indagando se a crescente preocupação médica com os estilos de vida não estaria refletindo antes de tudo predisposições de exercício do "poder pelo saber" de uma fração de classe específica, que tem interesse em legitimar sua constelação particular de gostos como se fossem "os" gostos do social.

A principal conclusão sociológica desta dissertação baseada em entrevistas com médicos da cidade de São Paulo é modesta: em jargão sociológico weberiano, os médicos atualmente podem muito bem ser considerados como "portadores sociais" de uma proposta normativa de mudança de estilo de vida — mais especificamente: mudança dos estilos de vida "não saudáveis" — e de quebra, no bojo dessa cadeia de transmissão, eles se alinham com outros tantos "portadores"

contemporâneos do uso mesmo da expressão "estilo de vida". Acabam sendo, dessa maneira, difusores da generalização do seu uso lingüístico na atualidade.

## Bibliografia

- BOURDIEU, P. Esboço de uma teoria da prática. In: ORTIZ, R. (org.), Pierre Bourdieu. São Paulo, Ática, 1994.
- BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. In: ORTIZ, R. (org.), Pierre Bourdieu. São Paulo, Ática, 1994.
- CALFAS, K. J. The Relationship Between Physical Activity and Psychological Well-Being of Youth. In: Rippe, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.
- CHAPIN, L. The Internet, CD-ROMs, and Other Electronic Resources in Medicine, Health Education, and Health Promotion. In: Rippe, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.
- CONCONE, M. H. V. B. Os sentidos da saúde: uma abordagem despretensiosa. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H. de A. (orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- DONAHUE, E.C. and KANTOR, G.R. Skin Care. Dermatology. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.
- DWYER, J. T. Healthy People 2010: Nutrition Objectives for the Nation as It Reaches the Third Millennium. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle*

*Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.

EATON, C. B. Lifestyle - Oriented Family Practice. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.

FEATHERSTONE, M. *Cultura de consumo e pós-modernismo*. São Paulo, Studio Nobel, 1995.

FREEDSON, P. S. Pediatric Fitness. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

FIELDING, J.E. The Future of Health Promotion. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

FOREYT, J. P. and POSTON, W. S. C. Obesity and Weight Management. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

FOTHERINGHAM, M.J. and OWEN, N. Applying Psychological Theories to Promote Healthy Lifestyles. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. *História da loucura*. São Paulo, Perspectiva, 1987.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade III. O cuidado de si*. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

GLANZ, K. Nutrition Intervention: Behavioral and Educational Considerations. In: Rippe, J. M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

GIDDENS, A. *As conseqüências da modernidade*. São Paulo, Unesp, 1991.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975.

GOLDBERG, R. J. and YARZEBSKI, J. L. Coronary Heart Disease: Epidemiology, Risk Factors, and Temporal Trends. In: RIPPE, J.M.

(org.), *Lifestyle Management and Prevention of Cardiovascular Disease*. Malden, Blackwell Science, 1999.

HEYKA, R. J. Lifestyle Management and Prevention of Hipertension. In: RIPPE, J.M.(org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

HETTLER, B. Physician Directed Medical Self-Care: Implications for Medical Practice. Preventive Medicine. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

HOWZE, E.H. Promoting Strategic Alliances to Increase Physical Activity. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

JAFFE, R. Female Athlete Triad: Clinical Evaluation and Treatment. In: RIPPE, J.M.(org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

JAMESON, F. Pós-modernismo e sociedade de consumo. *Novos Estudos Cebrap*, (12). 1985.

JEOR, S. ST., ASHLEY, J. M. and SCHRAGE, J.P. Dietary Management of the Obese Patient. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

KRISTELLER, J. L. Managing Smoking as a Risk Factor in Cardiac Disease: An Educational, Behavioral, and Pharmacologic Perspective. In: RIPPE, J. M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

LACAZ, F. A. de C. Qualidade de vida no trabalho e saúde do trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H. de A. (orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.

LINN, W. S. and GONG, Jr. H. Air Pollution, Exercise, Nutrition, and Health. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

LOMBARD, T. N. and LOMBARD, D. N. Exercise Management of the Obese Patient. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

- MATULONIS, U. A. Breast Cancer: Modifiable Lifestyle Risk Factors. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- MAZZEO, R.S. Exercise, Aging, and Immunity. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- METTLER, M. and KEMPER, D. W. The Patient and Self-Care: Implications for Medical Practice. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- MONTAIN, S.J. Environmental Stress. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- MONTEIRO, S. Perspectivas sócio-históricas na saúde: concepções sobre prevenção. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H. de A. (orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- MOORE, B. and LAQUATRA, I. Communicating the Message About Sound Nutrition and Other Healthy Lifestyle Practices: Challenges and Opportunities. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- NUNES, E.D. Ciências sociais em saúde: um panorama geral. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H. de A. (orgs.), *O clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- O'CONNOR, P. J. and SMITH, J. C. Physical Activity and Eating Disorders. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- REXRODE, K. M. and MANSON, J.E. Women's Health. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden. Blackwell Science, 1999.
- RICCIOTTI, H. A. Obstetrics and Gynecology. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.
- RIES, A. L. Pulmonary Rehabilitation. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

- RIPPE, J. M. *Lifestyle Medicine*, Malden, Blackwell Science, 1999.
- RIPPE, J. M., O'BRIEN, D. and TAYLOR, K. *Lifestyle Strategies for Risk Factor Reduction and Treatment of Coronary Artery Disease: An Overview*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- ROWLAND, T. W. Pediatric Preventive Medicine: A Window of Opportunity. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- SATO, L. Qualidade de Vida, 1999. (Mimeo)
- SIMMEL, G. A metrópole e a vida mental. In: VELHO, O. G. (org.), *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.
- SIMMEL, G. *The Philosophy of Money*. Londres. Routledge & Kegan Paul, 1978.
- SMITH, A. Injury Prevention. Sports Medicine and Orthopedics. In: RIPPE, J.M.(org.), *Lifestyle Medicine*. Malden. Blackwell Science, 1999.
- SKINNER, J.S. Exercise Prescription for Apparently Healthy Individuals and for Special Populations. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- SOBEL, E. *Lifestyle*. Nova York. Academic Press. 1982.
- TRINE, M. R. Physical Activity and Quality of Life. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden. Blackwell Science, 1999.
- THOMPSON, B. Community Approaches to Reduce the Risks of Cardiovascular Disease. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.
- VALLA, V.V. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde. In: GOLDENBERG, P. MARSIGLIA, R.M.G. e GOMES, M.H. de A. (orgs.), *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- WENGER, N. K. Contemporary Cardiac Rehabilitation: The Next

Millennium. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, 1999.

WICKHAM, R. and SCHMITT, L. and SNYDLER-MACKLER, L. Scientific Basis for the Use of Modalities in Sports Medicine. In: RIPPE, J.M. (org.), *Lifestyle Medicine*. Malden, Blackwell Science, 1999.

Maria do Carmo Júnia de Melo Nogueira  
e-mail: [junianogueira@hotmail.com](mailto:junianogueira@hotmail.com)