

Esta edição é dedicada à natureza perfeita, soberana com suas verdades e mistérios.

ISSN 2237-9762 n° 37

# iátrico



**MORRER**

VIVER NASCER



8

## POR QUE FALAR SOBRE A MORTE?

*É hora de resgatarmos a boa morte aos pacientes*



16

## O CÔNJUGE QUE SE VAI

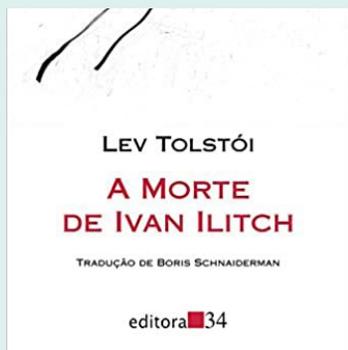
*Os sentimentos ficam mais belos numa união bem estruturada.*



48

## NO ESCURINHO DO CINEMA

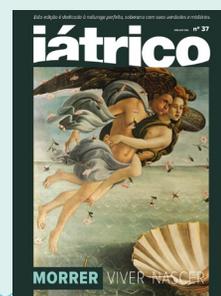
*Seleção de filmes para ver e rever*



54

## LITERATURA E MEDICINA

*A Morte de Ivan Ilitch*



**A CAPA** | O *Nascimento de Vênus* é considerado uma das obras mais preciosas do Renascimento. O italiano Sandro Botticelli, nascido Alessandro di Mariano Vanni Filipepi, tinha 41 anos quando a finalizou, em 1486. A tela tem 172,5cm de altura por 278,5 de comprimento e está em exposição na cidade natal do artista, em Florença. Temos aqui um excerto de sua obra-prima. Nesta parte visualizamos, abraçados, o deus do vento Zephyrus e uma ninfa (Aura ou Bora) assopram em direção à terra em ajuda à protagonista Vênus – ou Afrodite na mitologia grega –, a deusa do amor, da beleza e da sexualidade. Enquanto assopram, ocorre o cair de rosas sob um fundo de céu e mar, desígnios de vida e mistério. Na parte inferior, detalhe da concha a simbolizar fertilidade, prazer e criação, mas que também remete à morte no sentido de renovação das gerações. Inauguramos, assim, o ciclo de nossa trilogia. **i**

# A boa semente que germina

*Morta... serei árvore, serei tronco, serei fronde  
e minhas raízes enlaçadas às pedras de meu  
berço são as cordas que brotam de uma lira.*

CORA CORALINA

## DR. ROBERTO ISSAMU YOSIDA

**D**epois de uma pausa reflexiva, por motivações diversas, reabrimos as páginas da Revista *látrico*, cuja origem remonta ao início dos anos 2000. A perda do grande mentor da publicação impôs hesitação sobre a pertinência de sua continuidade, considerando estilo próprio e a genialidade informativa e provocativa do conteúdo. O apelo insistente vindo de fiéis leitores, não só do mundo médico, conduziu-nos a esse desafio. Afinal, tivemos um bom desbravador, que soube abrir, pavimentar e bem sinalizar estradas rumo ao conhecimento e ao acultramento.

Nossa missão no Conselho de Medicina é o de não medir esforços para criar instrumentos capazes de contribuir para que nossos médicos e futuros médicos possam percorrer caminhos pelos quais, sob a luz da ética e de seus próprios valores, tornar-se-ão pessoas melhores, profissionais melhores, cumprindo, assim, a sua missão hipocrática e, com ela, o alcance das realizações almejadas. A sociedade agradece.

Constituímos um grupo editorial de elevado saber, ao mesmo tempo em que procuramos reagrupar os valorosos colaboradores da primeira jornada e incentivar a aproximação de outros. Valem os ensinamentos presentes desde a primeira edição da revista, respeitando a pluralidade de ideias, valorizando o vivido, o alegrado, o sofrido. Vale o melhor do aprender e do ensinar. Não pretendemos e não conseguiremos que este seja o espaço para leitura fácil e gustativa para nossos anseios e frustrações do dia a dia da labuta. Será, com certeza, local de provocações para o despertar de cada um no ajuntamento de fragmentos de ciência, arte, cultura e costumes.

Ao reverenciar a memória do Prof. João Manuel, que realizou ou inspirou as 36 edições sequenciadas do *látrico*, realçamos o seu legado com o lançamento da trilogia que vai marcar o ano de 2020 e determinar, sob o olhar crítico de nossos leitores, o futuro de nossa revista. A natureza sábia nos mostra o ciclo evolutivo contínuo e, a exemplo das estações do ano, temos paisagens diferentes para o nosso contexto de vida, de como vemos e de como nos veem. Temos aqui o brotar da boa semente, levada ao terreno fértil e bem tratada. Que saibamos colher os frutos e multiplicar o próximo semeio. Sentir e viver o que se lê, uma ideia que não pode morrer! **📌**

*Confira as edições anteriores do látrico no Portal do CRM-PR.*



## IÁTRICO

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Paraná

Edição nº 37 – primeiro quadrimestre de 2020.

**Editor-fundador:** Dr. João Manuel Cardoso Martins (*in memoriam*)

**Coordenador do Conselho Editorial:** Dr. Roberto Issamu Yosida

**Jornalista-editor:** Hernani Vieira (Sindijor 816)

**Jornalistas assistentes:** Bruna Bertoli Diegoli e Nivea Miyakawa

**Assistente de comunicação:** Flavio S. Kuzuoka

**Projeto gráfico e diagramação:** Victória Romano

**Revisão:** Rômulo Cunha

**Ilustrações especiais:** Deisi Casarin

**Impressão:** Impressoart Editora Gráfica

**Tiragem impressa dirigida:** 3 mil exemplares

## COLABORE COM O IÁTRICO

Envie comentários, sugestões ou críticas para que possamos melhorar o conteúdo da revista. Artigos, crônicas, poesias, charges e cartuns serão bem-vindos para submissão à Comissão Editorial para publicação.

Nossa revista tem tiragem impressa limitada. Os exemplares são dirigidos exclusivamente aos que se cadastrarem.

[iatrico@crmpr.org.br](mailto:iatrico@crmpr.org.br)

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br) (publicações)

(41) 3240-4026 / 3240-4066

## CONSELHO EDITORIAL

**Roberto Issamu Yosida** (CRM-PR 10.063)

Presidente do CRM-PR e Coordenador do Conselho Editorial da Revista. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia.

**Wilmar Mendonça Guimarães** (CRM-PR 3.711)

Vice-presidente do CRM-PR. É pediatra e já presidiu o CRM-PR e Sociedade Paranaense de Pediatria.

**Cecília Neves de Vasconcelos** (CRM-PR 19.517)

Conselheira, coordenadora da Câmara da Câmara Técnica de Cuidados Paliativos e gestora do Programa de Educação Médica Continuada do CRM-PR. Especialista em Clínica Médica e Hematologia e Hemoterapia.

**Laura Moeller** (CRM-PR 17.264)

Conselheira do CRM-PR e 1ª gestora do Departamento de Inscrição e Qualificação Profissional (DEIQP). Especialista em Clínica Médica e Reumatologia. Mestre em Medicina Interna.

**José Clemente Linhares** (CRM-PR 10.099)

Conselheiro do CRM-PR e coordenador das Câmaras Técnicas de Mastologia e de Cancerologia. Especialista em Oncologia e Mastologia, mestre em Cirurgia.

**Paulo Roberto Cruz Marquetti** (CRM-PR 5.171)

Especialista em Cardiologia e Medicina Intensiva e Mestre em Cardiologia. Médico intensivista do Hospital de Clínicas/UFPR, professor do Departamento de Clínica Médica e chefe da especialidade de Cardiologia.

**José Eduardo de Siqueira** (CRM-PR 2.732)

Especialista em cardiologia. Professor do Curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná/Campus Londrina. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Bioética e conselheiro do CRM-PR. É membro titular da Academia Paranaense de Medicina.

**Carlos Augusto Sperandio Junior** (CRM-PR 19.295)

Especialista em Clínica Médica, Geriatria e Medicina da Família e Comunidade. Integra a Câmara Técnica de Cuidados Paliativos do CRM-PR.

**Valderílio Feijó Azevedo** (CRM-PR 12.199)

Especialista em Clínica Médica e Reumatologia. Mestre em Medicina Interna e Doutorado em Ciências da Saúde. Professor adjunto da Universidade Federal do Paraná e chefe do Serviço de Reumatologia do HC. Foi diretor da Associação Brasileira de Medicina e Arte (ABMA).

**Isaías Dichi** (CRM-PR 7.529)

Especialista em Clínica Médica. Mestre e doutor em Fisiopatologia em Clínica Médica, é professor da Universidade Estadual de Londrina e revisor ou membro editorial de várias publicações científicas internacionais.

**Renato Mikio Moriya** (CRM-PR 8.254)

Especialista em Pediatria e Medicina do Adolescente. Mestre e doutorando em Ciências da Saúde da UEL. Pesquisador do Núcleo de Estudos sobre Violência e Relações de Gênero (Unesp/Assis).

**Hernani Vieira**

Jornalista integrante do Departamento de Comunicação do CRM-PR. Editor da revista Iátrico.

## COLABORADORES

**Luiz Ernesto Pujol** (CRM-PR 3.856)

Conselheiro e secretário-geral do CRM-PR. Pediatra, ex-presidente do Conselho.

**Fernando Cesar Abib** (CRM-PR 12.231)

Conselheiro e coordenador da Câmara Técnica de Oftalmologia do CRM-PR. Especialista e Doutor em Oftalmologia. Professor Adjunto do Departamento de Anatomia da UFPR. Membro da Academia de Cultura de Curitiba.

**Maurício de Carvalho** (CRM-PR 9.469)

Especialista em Clínica Médica e Nefrologia. Mestre e Doutor em Medicina Interna, professor da UFPR e PUCPR e ex-chefe do Departamento de Clínica Médica da Federal do Paraná.

**Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki** (CRM-PR 7.299)

Especialista em Clínica Médica, Acupuntura e Radiologia e Diagnóstico por Imagem. Mestre em Princípios da Cirurgia. Presidente da Sobrames-PR (Sociedade Brasileira de Médicos Escritores), também integra a Academia Paranaense de medicina como membro titular.

**Guilherme Esmanhoto** (CRM-PR 32.023)

Médico formado pela UFPR (2007-2013) e Diplomata. Trabalha na Embaixada do Brasil na Grécia desde 2019.

**Jaime Luís Lopes Rocha** (CRM-PR 17.227)

Especialista em Clínica Médica e Infectologia. Sócio-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Viagem, membro das Sociedades Europeia e Brasileira de Imunizações e professor de Infectologia da PUCPR.

**Dagoberto Hungria Requião** (CRM-PR 3.019)

Especialista em Psiquiatria. Professor da Disciplina de Psiquiatria da PUCPR, onde foi coordenador do curso de especialização em dependência química. Foi diretor geral do Hospital Psiquiátrico Nossa Senhora da Luz. Membro titular da Academia Paranaense de Medicina.

**Jaqueline Doring Rodrigues** (CRM-PR 35.825)

Especialista em Clínica Médica e Geriatria. Tem especialização em Cuidados Paliativos e integra a Sociedade Brasileira de Médicos Escritores.

**Renato Araújo Bonardi** (CRM-PR 4.976)

Especialista em Coloproctologia. Mestre e Doutor em Medicina/Clínica Cirúrgica. É membro titular da Academia Paranaense de Medicina.

**Ligia Calina Renuncio** (CRM-PR 24.255)

Médica formada em 2004 pela Universidade Federal de Pelotas. Médica militar/Segundo-tenente do Exército Brasileiro.

**Gislayne Castro e Souza de Nieto** (CRM-PR 10.525)

Especialista em Pediatria e Neonatologia. Coordenadora adjunta do Programa de Reanimação e presidente do Departamento Científico de Neonatologia, ambos da Sociedade Paranaense de Pediatria.

**Manoel Eduardo Alves Camargo e Gomes** (OAB-PR)

Professor do Departamento de Direito Público da UFPR, possuindo mestrado, doutorado e pós-doutorado nesta área. Autor de várias obras, incluindo "João em Pessoa".

**Vera Lúcia de Oliveira e Silva** (CRM-PR 6529)

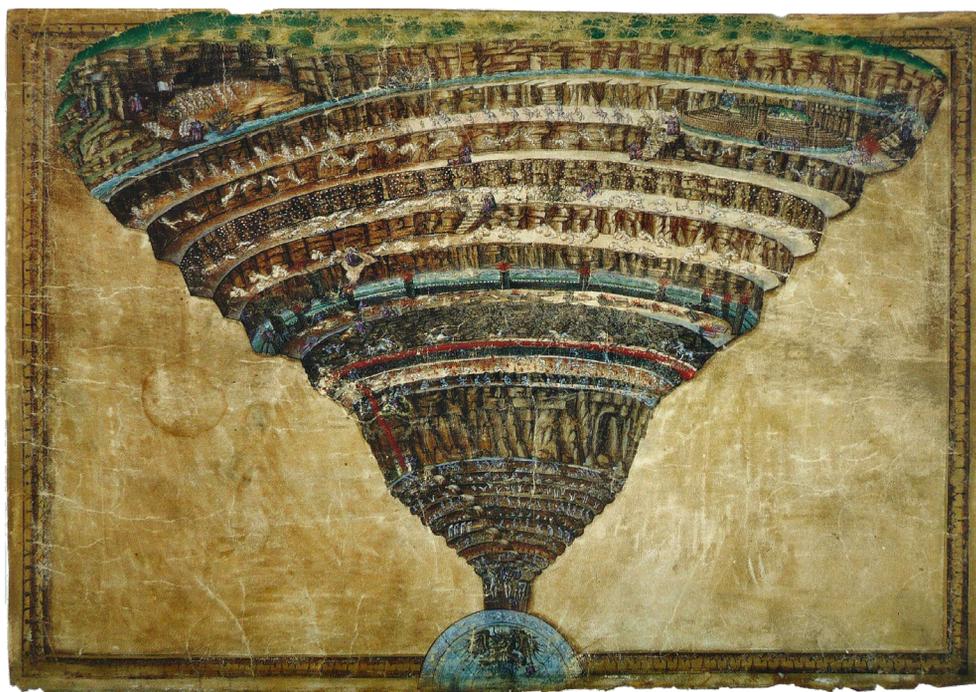
Médica especialista em clínica médica.

**Varlei Antonio Serratto** (CRM-PR 16.900)

Médico especialista em clínica médica e reumatologia.

**Cezar Zillig** (CRM-PR 3636 e CRM-SC 2125)

Médico especialista em neurologia e neurocirurgia.



*A pintura Map of Hell, de Sandro Botticelli, é um dos noventa e dois desenhos existentes que foram originalmente incluídos no manuscrito ilustrado da Divina Comédia de Dante, encomendado por Lorenzo di Pierfrancesco de 'Medici. Ano c. 1485*

## *O renascer de nossa revista em tempos de reflexão*

### DOS EDITORES

**D**ois mil e vinte, o ano zerado. Nem o mais cogitando dos homens teria imaginado quão literal se tornaria esse aposto.

Quando em agosto de 2019 o corpo editorial se reuniu pela primeira vez, estávamos transbordantes de ideias em como resgatar a saudosa face da cultura médica que havia nos entorpecido nesta revista, sob a tutela do mestre João Manuel por anos e anos no início dos 2000.

Escolhemos uma trilogia: nascer, viver e morrer. Traríamos textos, opiniões, poemas, músicas, cinema e tudo o que a Medicina poderia nos sorver ebramente, com o objetivo de nos proporcionar aquela necessária senha para desconexão da ubíqua matrix que hoje chamamos de cotidiano.

Àquele momento não nos era premonitório, mas sim foi por uma questão de logística: inverteríamos a ordem dos volumes, vislumbrando o renascimento proporcionado pela morte. Sempre há mudança entre os vivos frente

ao morrer de alguém. Renascia, assim, nosso **Iátrico**.

A data de lançamento ficou agendada no dia que melhor identificava o projeto: a Páscoa. Nos últimos dias, vínhamos empolgados no projeto gráfico e nas aprovações dos textos até que a História do Mundo mudou. A pandemia trouxe medos. Entre eles o de que não haveria clima para nossa publicação.

Refletimos por alguns dias. O propósito nos ficou claro. Em meio a uma tragédia como esta, a qual a sociedade contemporânea jamais vivera ou sequer imaginara, proporcionar uma reflexão mais atenta sobre finitude e a proximidade com a morte se torna imperativa.

Deixamos aqui nosso mais profundo sentimento frente às centenas de profissionais que sucumbiram ou sofreram as consequências em sua missão. Se a essência do **Iátrico** é exaltar o papel do médico na Medicina enquanto ciência e arte, essa edição se tornou específica para os heróis que dedicaram sua vida ao exercício da arte hipocrática. **❶**

# Seguindo os ensinamentos do mestre

## DOS EDITORES

Nascido como encarte do Jornal do CRM-PR em julho de 2002, a pedido da Diretoria, o ***Íátrico*** foi editado por 34 vezes sob a tutela do memorável Professor Dr. João Manuel Cardoso Martins. As últimas duas edições, de números 35 e 36, com ele já falecido, foram concebidas internamente no Conselho, utilizando-se, inclusive, de material inédito que Dr. João deixara.



Cá estamos nós na missão de revivermos a revista, despidos da pretensão de fazermos igual, mas muito inspirados em seguirmos o molde deixado pelo mestre. O leitor verá uma certa manutenção das seções, algo novo, algo remodelado, enfim e mais importante: estamos de volta com algo!

O Dr. João Manuel foi para muitos o grande poeta da Medicina paranaense. Nascido em Portugal, sua vida médica foi aqui conosco. Forte farol ao nos direcionar ao norte ético, ele nos presenteava com a Medicina que não estava no livro técnico a cada volume do ***Íátrico***. Sua grande bagagem cultural o tornava um reconhecido polímata entre os de seu convívio. Quando ele somou as experiências de sua vida com as de excelente médico e as de talentoso professor, o presente foi nosso: os ***Íátricos*** são marcos da literatura médica brasileira.

O ***Íátrico*** era a melhor bebida para o médico que tinha sede. Ele dizia: “O médico não pode falar só sobre Medicina, tem que ampliar o conhecimento.” Suas jaculatórias, que em um primeiro momento causavam estranheza pela curiosa grafia, foram as precursoras do *microlearning* atual; quanto conhecimento médico geral naquelas poucas linhas! As citações clássicas extraídas de seu Caderno Verde, comentadas por ele, eram uma maneira de entender o alcance de seu raciocínio

perspicaz, mostrando que sempre há como colocar a visão médica nas Artes.

Aristóteles disse que a Arte imita a Natureza. O Dr. João entendeu tudo e foi além: “A Medicina nada mais é do que a vida, assim como a arte é a representação da vida.” Para ele, o bom médico era aquela pessoa que entendia da vida como um todo. E a única maneira de conseguir enxergá-la era bebendo das mais diversas fontes de informação.

E, como médico, ele habilmente dizia que a verdade está acima de tudo, cabendo ao doutor a guarda das informações. O seu “contemplar sem contemplação” era um ícone das salas de aula; o aluno precisava aprender a ver tudo o que era possível de seu paciente, para somente assim poder indicar a melhor terapêutica. Esta, muitas vezes, personificada no próprio médico que, detentor do poder do cargo, conseguia modificar desfechos tanto quanto ou até mais que a terapêutica medicamentosa proposta.

O ***Íátrico*** foi e não foi feito pensando especificamente em homenagear o Dr. João. Homenageamos a ele com esse pequeno texto e – principalmente – com o resgate da ideia. Caro leitor, como ele mesmo disse em várias edições, estamos aqui por você. Deixe-nos ficar sabendo sua opinião! Ela vai nos ajudar a traçar o futuro desta obra em transição. **❶**

# A Entrevista

## DR. LUIZ ERNESTO PUJOL

**A** jornalista com olhos brilhantes de curiosidade, na agilidade e no gestual de seus 25 anos, sentou-se à minha frente e sem qualquer formalidade disse que veio à entrevista para anotar sentimentos e reações de quando tive o diagnóstico de grave doença e breve morte.

Surpreendeu-me não direcionar nada especificamente sobre minha visão da morte; e logo notei que tinha ela as suas próprias ideias.

Admiro a juventude que olha o velho como um igual, sem artificial respeito, mas digno de ser ouvido na possibilidade de transmitir algum conhecimento que só o tempo é capaz de ensinar.

Limitou-se ela a focar questões referentes à minha história e às minhas vivências, pois, segundo seu próprio entendimento, importante é como construímos nossa vida e não como vivenciamos o fim dela.

Como concordei com o seu entendimento, aceitei responder-lhe como se segue:

Se sou feliz? Sempre fui muito feliz! Consegui essa felicidade na maneira de valorizar, acima de tudo, o amor, a honestidade e o reconhecimento.

Fui o autor de minha própria história, com a ajuda de várias pessoas das quais não cito o nome, porque é desnecessário. Elas sabem quem são.

Administrei minhas frustrações e as superei no silêncio e no simples reconhecimento de minhas limitações.

Em meu caminho sempre olhei as flores, o céu e os sorrisos. As pedras do caminho tirei com delicadeza e as

coloquei ao largo, de forma anônima, para que outros não corressem o risco de serem atrapalhados no seu caminhar.

Nunca pedi nada e a ninguém. Recolhi com carinho tudo o que me foi dado espontaneamente e guardei em minha mente e em meu coração.

Compartilhei minha vida, e alguns segredos, apenas com gente do bem.

Falei pouco. Ouvi bastante.

Se de mim, sem palavras, brotasse uma lágrima, quem me amou saberia o motivo.

Erros cometi e muito sofri por aqueles com quem não me redimi.

Arrependimentos? Muitos, mas só do que não fiz.

Dos amigos fiéis tenho grande orgulho. Dos que conviveram comigo, e com ou sem motivos se afastaram, acredito que foi melhor assim.

Política partidária, jamais. Participação pública, sim. Nosso País necessita de projetos efetivos de saneamento básico e de atividades educacionais à população visando aos bons hábitos de vida.

Nunca trabalhei nos meus 45 anos de atividade pediátrica. Só me diverti e aprendi com a vivacidade, pureza e autenticidade das crianças.

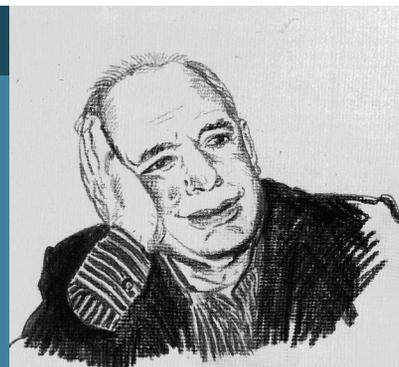
A doença final recebi tranquilo, vendo-a como uma oportunidade de não deixar muitos contratemplos aos que ficarão. A perda da angústia pela espera insegura do momento final me trouxe a serenidade daqueles viajantes que têm tempo suficiente para arrumar suas malas. **❶**

## Palavras de Mestre

DR. JOÃO MANUEL

*“A humildade intelectual ajuda o homem de ciência em todas as ocasiões.”*

*A distância entre a ignorância e a arrogância é quase imperceptível. Para evitar tanto uma quanto a outra, é bom compreender com os equívocos ou erros. Por serem frequentes, podem estar a serviço do aprendizado e da expansão. Na consciência de nossas fraquezas reside nossa força.*





"Dante fugindo das três bestas", em o *Inferno Social*. Integra o conjunto de ilustrações de *A Divina Comédia*, de Dante Alighieri, que William Blake (1757-1827), produziu ao final de sua vida. A obra está na Galeria Nacional de Victoria.

# POR QUE FALAR SOBRE A MORTE?

*É hora de resgatarmos a boa morte aos pacientes.*

**DR. PAULO ROBERTO CRUZ MARQUETTI**

**A**s Diretrizes do MEC para os cursos de Medicina no Brasil orientam que se dê maior ênfase às doenças mais prevalentes ao se ensinar os futuros médicos; paradoxalmente, pouquíssimas horas são disponibilizadas nas grades curriculares para discutir a situação clínica mais prevalente, que acomete 100% da população: a morte. Por que isso acontece?

Sendo assim, então por que não falar sobre a morte?

Para que possamos entender aonde chegamos quanto a isso, é necessário que analisemos a evolução do morrer na história. Podemos então usar a sua divisão em quatro idades distintas, citada por Kellehear (2007), que resumirei a seguir.

Na Idade da Pedra, a vida e a morte eram imprevisíveis; a morte natural e gradual, não causada por fatores externos (quedas ou animais), era vista como uma viagem imaginária a um mundo melhor.

Na Idade Pastoral, tivemos 12.000 anos de agricultura, assentamentos e infecções pelo convívio com animais. O sedentarismo trouxe epidemias. Temos aí o surgimento da BOA MORTE, aquela prevista e que permitia preparação prévia e despedidas da família e da comunidade; em contrapartida, a morte súbita, acometendo jovens, longe da Pátria, ou por violência, suicídio ou incompetência de alguém, passou a ser considerada a MORTE RUIM.

Na Idade das Cidades, surge a morte administrada, com sua gestão compartilhada entre o morrente, a família e a comunidade, mais o médico, o advogado e o padre.

No Século XX, a morte torna-se tabu na sociedade ocidental, com o crescente isolamento do morrente. Nesse contexto, surgem dois novos cenários, a saber:

1. Em 1850, Florence Nightingale definiu que os pacientes mais graves ficassem junto ao posto de enfermagem; em 1923, Walter Dandy criou a primeira UTI no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore, com três leitos para pós-operatórios de neurocirurgia; e, em 1953, surgiu a primeira UTI para ventilação mecânica invasiva no tétano. Nos anos 60, proliferaram as UTIs, com significativa redução da mortalidade após o surgimento desta nova especialidade médica, a Medicina Intensiva.
2. Também nos anos 60, mais precisamente em 1967, Dame Cicely Saunders criou o *St. Christopher's Hospice*, em Londres, a primeira instituição dedicada a oferecer cuidados paliativos aos pacientes com doença avançada e sem perspectivas de cura. Nascia assim a especialidade chamada Medicina Paliativa ou mais amplamente Cuidado Paliativo, visto que engloba também Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e Psicologia, entre outras.

Por que esses dois cenários nos são importantes?

Na Idade Cosmopolita, surge a sociedade conectada, a partir dos anos 60-70, quando a informação é universal e instantaneamente compartilhada.

A morte se torna indigna, vergonhosa e inoportuna, devendo ser oculta; o morrente sofre rejeição social, assistência médica inadequada, ressuscitação inoportuna, além das perdas físicas e cognitivas decorrentes da idade. O aspecto mais duro disso é o esfriamento das relações: o morrente passa à solidão cercado de estranhos.

E onde estamos nós nesse contexto?

Vemos diariamente nos telejornais famílias reclamando que seus idosos estão há vários dias aguardando vagas em UTI. Passou a existir a visão pelas famílias de que, se o

vovô ou a vovó não for para uma UTI, a família não lhe ofereceu o melhor cuidado possível. As UTIs tornam-se “Unidades de Transporte ao Infinito”, muitas vezes por pressão (até ao âmbito do Ministério Público) da família ou do próprio médico assistente, desvirtuando-se assim a sua missão precípua, que é oferecer suas vagas a pacientes com possibilidade de recuperação a uma vida gratificante e que perderão essa chance porque a “sua” vaga de UTI foi cedida a um paciente terminal. Este, por sua vez, não terá melhor prognóstico por lá estar. Apenas morrerá mais lentamente e com maior solidão e sofrimento.

Apesar de 70% dos idosos afirmarem que prefeririam morrer em sua casa, somente 25% o conseguem; os demais morrem em hospitais (45%), asilos (17 a 30%) ou em prontos-socorros (8%).

Sei que este comentário poderá causar estranheza a alguns, mas o meu objetivo é motivar uma reflexão: precisamos parar de segregar os nossos morrentes como se fazia na Idade Média com os leprosos e as vítimas da peste, encaminhando-os aos lazaretos (hospitais criados pela Ordem de São Lázaro) a eles destinados para afastá-los da família e da sociedade. As UTIs não foram criadas para serem os lazaretos modernos.

É hora de resgatarmos a BOA MORTE aos nossos pacientes, na qual eles estejam cercados do carinho dos familiares, segurando a mão dos filhos e netos e ouvindo suas palavras de conforto, em vez de essa passagem ocorrer na fria solidão em meio a estranhos, ouvindo apenas o bip do monitor da UTI, enquanto seu sofrimento e seu morrer são prolongados por medidas distanásicas absolutamente injustificáveis.

Para tal, temos hoje a possibilidade de utilizar o segundo cenário supracitado, solicitando a assistência de especialistas em cuidados paliativos, com formação, competência e humanidade para orientar o morrente e sua família nesse momento tão difícil.

Passada essa fase, restar-nos-á a certeza de termos realmente feito o melhor para o nosso paciente ou ente querido, preservando a sua individualidade e dignidade.

Por tudo o que foi aqui exposto, é que devemos SIM falar sobre a morte. Afinal, ela é a única certeza que temos sobre o nosso futuro. **i**

### Leituras recomendadas:



*Allan Kellehear* – **UMA HISTÓRIA SOCIAL DO MORRER** – Editora UNESP, São Paulo, 2013.

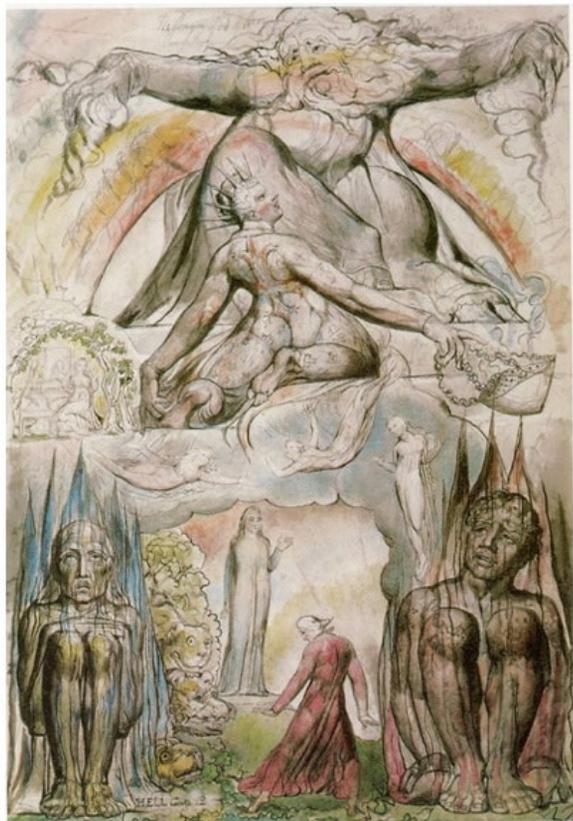
*Ana Claudia Quintana Arantes* – **A MORTE É UM DIA QUE VALE A PENA VIVER** – Casa da Palavra, Rio de Janeiro, 2016.

*Philippe Ariès* – **O HOMEM DIANTE DA MORTE** – Livraria Francisco Alves Editora S/A, São Paulo, 1981.

*Karina Okajima Fukumitsu* – **VIDA, MORTE E LUTO – ATUALIDADES BRASILEIRAS** – Summus Editorial, São Paulo, 2018.

# Reflexões sobre a vida e a morte

**DRA. JAQUELINE DORING RODRIGUES**



"A missão de Virgílio", em *O inferno*, ilustração de *A Divina Comédia*, de Dante Alighieri, que faz parte do acervo de obras de William Blake.

**E**m geral, quando estudamos para sermos profissionais de saúde, não aprendemos como ajudar o paciente e a sua família a passarem por uma experiência de morte, tampouco aprendemos como processar a morte de um paciente, já que ela também nos afeta e nos depara com a nossa finitude. Não se estuda para se preparar para a morte; estuda-se para salvar vidas. Mas, se o nascimento faz parte da vida, a morte também faz.

E o que é a morte? Parmênides, filósofo grego que viveu entre os séculos VI e V a.C., defendia um conceito muito interessante. Ele falava que não existia a morte. Essa negação estava relacionada ao seu conhecimento a respeito das formas de vida, as quais classificava como espírito, matéria e forma. O espírito era considerado imortal. Já a matéria, como dizia Lavoisier, não se perde, e sim se transforma. E a forma? A forma é uma ideia e, como tal, encontra-se no plano das ideias, ou seja, não pode ser destruída. Então, o que morre nessa história? Morre a consciência que estava identificada com a matéria.

Nesse sentido, existe algo que o homem realmente é, e algo que corresponde ao que ele está momentaneamente; ao último, associaríamos o corpo físico. Ao verificarmos as tradições filosóficas, notaremos que se atribui a imortalidade à alma. Assim, se nos identificarmos com aquilo que somos de verdade, relacionado à nossa alma, não há porque termos tanto receio da morte. Isso não significa tratá-la levemente. Respeitá-la é também ter certo temor, ou seja, não a enfrentar de forma ingênua ou complacente. Sobriedade e leveza são consequências da aceitação da morte e, para muitas tradições, o sofrimento e a dor podem ser parte de um processo natural e profundo de purificação.

Então o sofrimento é algo bom? Difícil pensar nisso quando se perde um ente querido ou quando se está diante de uma doença que ameaça sua vida. Não é questão de ser bom ou ruim, mas de compreender o que está para além das enfermidades. Certas experiências, como a doença, podem nos ser cruéis; porém, se desenvolvermos princípios que nos dão as certezas de que o que é essencial nunca será retirado de nós, tornar-se-á mais fácil superar as adversidades. Diante das dores mais fundamentais da vida, somente a sabedoria e o amor podem confortar-nos.

Em virtude disso, considero uma honra estar ao lado do paciente e de sua família no momento de sua "partida" e poder oferecer-lhes os recursos que a medicina nos

proporciona, com discernimento e prudência – e, principalmente, ser um apoio e referência de cuidado até o fim. Talvez estar realmente presente para aliviar um sofrimento seja um dos momentos mais elevados que podemos ter, e, muitas vezes, negligenciamos tal oportunidade pela ausência de consciência da mecanicidade da rotina.

Para estarmos aptos a auxiliar aqueles que estão enfermos, precisamos buscar a compreensão da vida e da morte. E o que dificulta nossa compreensão? Uma das causas é a crença de que nada além do que percebemos por nossos sentidos comuns é real. Nisso também residem nossa ignorância e limitação a respeito de quem somos. Tornamos nossa vida tão atarefada com o materialismo e as paixões que quase eliminamos a importância de olharmos para dentro de nós. Nutrimos um mecanismo de consumo que nos torna cada vez mais ansiosos e depressivos. Perdeu-se a virtuosidade do trabalho e criaram-se estigmas de doença que mais causam medo na população do que estímulo para melhores hábitos. Em um mundo onde o entretenimento e a distração imperam, o silêncio e a quietude causam terror. Por esse motivo, blindamo-nos da dor causada pela poderosa mudança de padrões que constitui entender as causas profundas do homem, da natureza humana.

Ao ajustarmos-nos aos acontecimentos, entendendo os propósitos das leis da vida, ameniza-se o sofrimento, pois nada mais doloroso do que sofrer com algo que consideramos arbitrário. Por esse motivo, exprimir um aprendizado da experiência torna-se mais justo e saudável. Como disse o célebre imperador Marco Aurélio, “devemos ter a morte como conselheira”, ou seja, quando colocamos uma questão diante da morte, sua significância fica clara. Sempre há tempo de oportunizar resolução de conflitos, de liberar-se de culpas, para o perdão e para as reconciliações, mesmo nas últimas horas de vida.

As maiores frustrações das pessoas no fim de suas vidas estão relacionadas aos relacionamentos: gostariam de ter realizado suas escolhas pensando mais em si mesmas do que na vontade alheia, de ter valorizado mais as convivências, de ter tido mais tempo para a família e amigos, de ter expressado mais seus sentimentos e alimentado menos ressentimento, de ter sido mais em detrimento de ter tido mais. No momento histórico em que vivemos, constitui-se um desafio encontrar equilíbrio diante das necessidades que se impõem em nossas vidas. A chave para isso penso estar na simplicidade. Trata-se de simplificar

## A VIDA BEM PREENCHIDA TORNA-SE LONGA.

LEONARDO DA VINCI

nossas vidas, de dar o real peso e medida para as principais questões, de eliminarmos as camadas de confusões, de vivermos coerentemente com nossos princípios e livres dos enganos que consolidam a civilização moderna. O que fizemos na nossa vida faz sermos quem somos quando morremos.

Estamos em um momento em que, obcecados pela juventude, pelo poder, pelo reconhecimento e pelo viver a qualquer custo, tornamo-nos avessos à velhice. Temos verdadeiro temor das doenças. O que isso nos mostra é a urgente necessidade de mudança em nossa atitude em relação à morte e aos que estão morrendo.

Falo sobre a simples escolha da mudança interna, de deixar morrerem os velhos conceitos centrados no aspecto da doença e de fazer nascer um cuidado centrado na pessoa. Falo de conhecimento, de *expertise*, mas também de afeto, de importar-se de verdade. Quem, antes de um doente, vê uma alma faz do seu trabalho uma oração com as mãos e passa a ter a compaixão como pedra angular da ciência. Tão gratificante quanto aliviar um sintoma ou curar uma doença é ver, no fundo dos olhos daquele que fenece, a harmonia instaurada.

As percepções que a morte nos dá sobre a vida são como um tesouro escondido no fundo do mar – que tenhamos tempo para descobri-lo enquanto ainda temos ar. Ao optarmos por sermos virtuosos, estamos conquistando a nossa natureza. Para tanto, não nos cabe romantizar a morte; ela não precisa ser deprimente, tampouco excitante – é tão somente um fato da vida.

Por todos esses aspectos, não há segredo nem receita sobre a melhor forma para lidar com um paciente em fim de vida. Há que, simplesmente, ouvi-lo e estar sensível às suas necessidades, mantendo-nos vulneráveis para absorver os potenciais ensinamentos que podemos apreender. Em alusão à famosa cerimônia egípcia, desejo que, quando a morte chegar, nosso coração possa pesar menos que a pluma de Maat. Por fim, que possamos fazer nossas as palavras do poeta mexicano Amado Nervo: “Vida, nada me deves! Vida, estamos em paz!” 

# Destinos Inimagináveis

DRA. LAURA MOELLER

**E**ventos como a morte de Vamberto fazem eclodir uma efervescência de reflexões: como alguém morre poucos meses após ser anunciado vencedor surpreendente de batalha contra doença que se exibia “incurável e fatal”? Mas, e agora? Acidente doméstico, uma queda com traumatismo craniano grave, foi a notícia dada em meados de dezembro de 2019. Independentemente da causa mortis, e respeitando o luto dessa família, confesso imenso desassossego quanto a fatalidades.

Enquanto médicos e empresas investem ostensivamente na ampliação e no aperfeiçoamento dos recursos tecnológicos e científicos para estender a vida de forma produtiva e com qualidade, deparam-se o tempo todo com a transitoriedade dela e de seus infortúnios. Assim, nesse insano confronto, que envolve as benesses da medicina contemporânea e os fatores que implementam a longevidade, tem-se o nó da realidade, o *memento mori*.

Essa expressão latina significa “lembre-se de que és mortal”, ou ainda, “lembre-se de que irá morrer”. Na arte, é simbolizada pela figura do crânio humano. Em suma, a “caveira” é um lembrete da inevitabilidade da morte. Algo natural e certo que não deve ser temido, mas amadurecido sob o olhar de que a morte será uma sombra companheira inseparável em nossa jornada em vida.

Refletindo: seria justo aquele dia para a morte de Vamberto, depois de tantos outros reconhecidamente mais difíceis e nos quais a

esperança parecia algo que não se deslumbrava? Estamos habituados a ouvir bordões como “era para ser” ou “foi porque alguma força maior quis”. Eles, como tantas outras sentenças do gênero, estão acomodados no substantivo **destino**. Como extraído de dicionários, significa “fim reservado para algo”, “sucessão de fatos na vida do ser humano que ocorrem independentemente de sua vontade” ou, simplesmente, “fatalidade”, ordem natural da qual nada que existe pode escapar.

Seria então o destino dele? Superar um câncer sabidamente terminal e ser levado por causa alheia? Vamos pausar e resgatar alguns fragmentos dessa história. Houve procura ativa pelo tratamento, oportunidade em tempo congruente com o avanço científico; aceitaram-se os riscos: essa opção terapêutica se deu na modalidade de tratamento passivo, que é quando o doente procura e pede para ser tratado como última alternativa, porque não tem mais nenhuma opção. E, ao que se propagou, obteve sucesso inusitado em sua luta de dois anos contra um câncer hematológico grave.

Retomamos então os questionamentos: foi sorte estar naquele momento de sua doença e dos avanços médicos e científicos a ele disponíveis? Foi predestinação que o levou a procurar justamente o que iria curá-lo e estava determinado assim para ser? Foi seu livre-arbítrio que ponderou todos os seus valores e toda a sua história pessoal e junto dos seus para essa opção?



### Vanitas

Na história da arte, é remetida à insignificância da vida terrestre e à vaidade efêmera. Símbolos geralmente incluem caveiras, alusão à inevitabilidade da morte. Também podem ser reproduzidos em frutas apodrecidas, como a decadência pelo envelhecimento; bolhas, fumaça, relógios ou ampulhetas, sinalizando a brevidade da vida; ou flores e borboletas, com o mesmo significado. A arte tem força no gênero *Still-life* (natureza morta), presente sobretudo no norte da Europa e nos Países Baixos nos séculos XVI e XVII, neste, tendo Philippe como o mais afamado retratista da França, a serviço de Luís XVIII e Maria de Médici. O artista teve grande influência do jansenismo depois que sua filha, vítima de paralisia, viu-se curada.

Enfim, também pode se entender azar, fatalidade ou uma escolha ruim o desfecho desfavorável? Ciência e filosofia – não me atrevendo a comentar sobre religião – estudam respostas e postulam teorias, inclusive de maneira quântica. Inúmeras, interessantes, mas nenhuma suficientemente argumentada para acalantar o assombro da fragilidade do tempo, da vulnerabilidade da vida e do sempre desejado momento a mais. Aquela prorrogação que o jornalista Rafael Henzel expôs em seu livro *Viva como se estivesse na partida*. Nele, lançado em 2017, exaltou a importância da vida ao retratar a tragédia aérea da Cha-

pecoense, ocorrida no ano anterior e da qual foi um dos sete sobreviventes entre os 77 ocupantes do voo 2933 da LaMia. Em março de 2019, foi vitimado por infarto fulminante. Tinha só 45 anos. Ali, a outra face da morte.

Não arrisco respostas aos motivos da ausência aos 62 anos de idade do mineiro Vamberto Luiz de Castro. Saúdo com honradez sua luta, generosamente dividida entre tantos outros que podem esperar melhoras, suas conquistas que consagraram os avanços da medicina e da dedicação de seus médicos e familiares.

Permaneço em espanto: *Memento mori*. **❶**

# DA MORTE, O ALIMENTO PARA A VIDA

DR. FERNANDO CESAR ABIB

**E**stima-se que a vida em nosso planeta tenha surgido aproximadamente há 3 bilhões de anos na forma de seres primitivos que desenvolveram habilidades para captar energia solar, segundo estudos publicados na revista *Nature*.

À luz do conhecimento atual, esta vida no planeta Terra se divide em cinco grandes reinos distintos: Reino Monera, representado por bactérias e cianobactérias; Reino Protista, pelas algas e protozoários; Reino Fungi, pelos fungos; Reino Plantae, pelos vegetais; e Reino Animalia, pelos animais. Ocupamos o topo de uma grande cadeia alimentar.

Nesse contexto, para que uma vida exista, mas não somente a humana, desde sua concepção ela deve ser nutrida para o crescimento e desenvolvimento físico, com maturação e reposição dos diferentes tipos de tecidos, órgãos e sistemas que a constituem, além da obtenção de fonte energética para seu metabolismo.

Fica evidente a necessidade de se obter alimentação necessária à subsistência das mais variadas formas de vida, que de maneira axiomática, sem necessidade de comprovação, será retirada a partir das vidas dos cinco reinos existentes na face da Terra.

O desenvolvimento do *Homo sapiens* dotou-o de um sistema digestório com as devidas características para obtenção dos necessários nutrientes para crescimento e manutenção do corpo humano, a partir do disponibilizado em nossa natureza. Os alimentos que servem a tais finalidades são dela retirados, de regiões específicas habitadas pelos integrantes dos cinco reinos já citados, em especial os dos Reinos Plantae e Animalia.

Durante a vida, uma pessoa normal tem em média a necessidade de 2.000 calorias por dia, o que faz com que mais de 35 toneladas de alimento precisem ser ingeridas, sem contar com a necessária água.

Toda essa quantidade de alimentos é encontrada sob a forma de cereais, raízes, tubérculos, frutas e sucos, legumes e verduras, leite e carnes, dentre bovinos, suínos, caprinos, ovinos, aves, peixes e crustáceos, além de óleos e azeites.

Inexoravelmente, da forma como se encontram na natureza, para serem adequados ao preparo para servirem de alimento, eles passarão por um processo denominado de morte, ou seja, em nosso contexto, um verdadeiro sacrifício necessário para a obtenção de matéria-prima da subsistência do ser humano.

Uma pausa para reflexão: toda vida humana sempre

esteve e estará fundamentada na morte! Morte de vidas, representadas pelas espécies animal e vegetal existentes em nosso planeta!

O respeito ao fim da vida – a morte –, imposto pela necessidade dos seres vivos, leva-nos a outra parada reflexiva sobre a forma de praticá-la, comedida e sem excessos, evitando desperdício de vidas animais e vegetais.

Começa com o adequado preparo dos alimentos extraídos desse processo de sacrifício, com respeito à individualidade e às características de cada ser sacrificado, para que não percam suas reais características nutritivas e sabor. Como um dos integrantes do Reino Animalia que somos, tendemos a nos aproximar de experiências que nos propiciam bem-estar ou prazer e nos afastar das que nos causam mal-estar ou desconforto.

A vida na Terra se desenvolveu para também nutrirmos outras vidas. Diariamente, restitui-se à natureza, do que dela nos servimos, quase a mesma quantidade da qual dela nos fartamos, na forma de excretas.

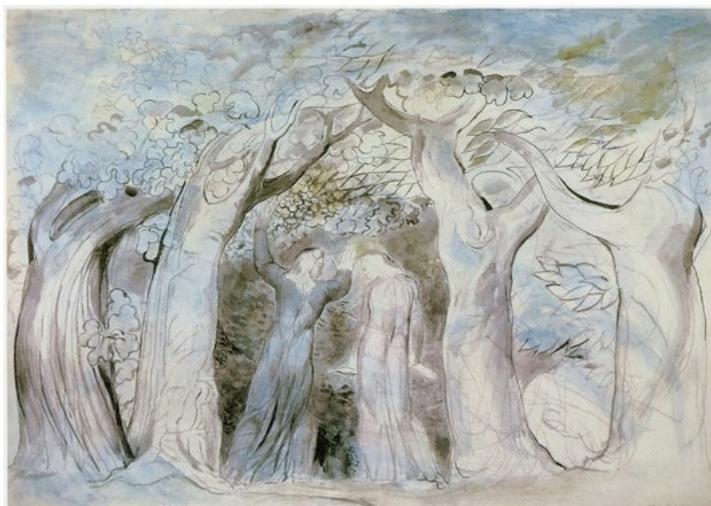
Tal restituição também ocorre pela morte que, em sumária e simplista conceituação, apresenta-se como o desequilíbrio das funções orgânicas até o seu cessar, desde a forma súbita pelo trauma ou insidiosa pela senescência ou por doenças dos mais variados tipos.

Por essa verdadeira limitação que a natureza nos impõe, devolve-se a ela, pela morte, tudo do que fomos formados, ou seja, tudo que retiramos dela por meio de nossa alimentação.

Antoine Laurent Lavoisier, cientista francês, viveu de 1743 a 1794. Por sua pesquisa, concluiu que “em uma reação química feita em recipiente fechado, a soma das massas dos reagentes é igual à soma das massas dos produtos.” Essa conclusão, denominada de “Lei de Conservação da Massa”, ficou mundialmente popularizada como a “Lei de Lavoisier” e pela frase: “Na natureza nada se cria, nada se perde, tudo se transforma.”

O gradual entendimento popular do nada se perder na natureza, e, sim, tudo se transformar, foi pelos séculos arraigando-se à cultura da humanidade desde o final do século XVIII até hoje (2020). Dessa forma, o autor dessas linhas respeitosamente acresce ao texto da referida lei o fator determinante pelo qual ela obteve tamanha conotação e popularidade: a morte. Fica, assim, objetivamente redigida à luz da Vida e da Medicina: “Pela morte na natureza, nada se perde, nada se cria, tudo se transforma.” **❶**

*"Inferno Canto II",  
Dante e Virgílio entram  
no bosque das harpias  
e dos suicídios. Obra  
de William Blake  
ilustrando A Divina  
Comédia, de Dante  
Alighieri.*



## AMOR INTERGERACIONAL

DR. CARLOS AUGUSTO SPERANDIO JUNIOR

**D**efine-se o amor como a afeição profunda a alguém, a ponto de estabelecer um vínculo afetivo intenso, capaz de doações próprias, até mesmo o sacrifício. Ah, o famoso “amor de mãe”. Ter filhos é experiência única, cuida-se deles como sendo a si mesmo. Teria o amor essa mesma intensidade quando necessário para um pai nas fases finais da vida?

A epigenética proporcionou a herança do acúmulo de experiências nas memórias celulares. Assim, todos sabem como cuidar de uma criança, instintivamente. Amar os filhos é tarefa fácil, pois são os frutos da geração anterior semeados em busca da eternidade. Afinal, se os filhos têm filhos, numa visão puramente biológica, os pais jamais morrerão. Eles são a história de uma família, carregando uma esperança para o amanhã.

Ao inverter o sentido da mirada para cima na linhagem, qual prática que a humanidade tem em lidar com octa e nonagenários? Na melhor das hipóteses, algumas famílias orientais longevas tiveram algumas gerações sequenciais de idosos. E só. Vivem-se novos tempos de velhos. A inversão da pirâmide etária mundial tornou a revolução grisalha a onda do momento. E, infelizmente, não se sabe lidar com ela.

Teria o amor preferência pela via descendente? Numa sociedade justa, a reprodução humana é facultativa, pois é uma escolha e está associada à obrigatoriedade do cuidado, pois não há devolução. Uma vez nascidas, as crianças constroem suas histórias com seus pais orgulhosos. Nesse cenário, como não amar incondicionalmente um filho?

Amar os pais na mesma proporção é tarefa difícil. Mesmo em ambientes livres de desigualdade, os conflitos de gerações são esperados, inevitáveis e frequentes. Filhos julgam uma pessoa moldada por sua extensa história de vida, única, sem ter percorrido com os mesmos sapatos os capítulos daquela linha do tempo.

Desafiadora a tarefa da sociedade moderna. Os pais precisam de seus filhos independentemente da vida que compartilharam. A epigenética precisa ser acelerada. A maior prova de amor é aprender a cuidar daqueles que não podem dar nada em troca. Amanhã pode ser tarde demais. **❶**

A MAIOR PROVA DE AMOR  
É APRENDER A CUIDAR  
DAQUELES QUE NÃO  
PODEM DAR NADA EM  
TROCA. AMANHÃ PODE  
SER TARDE DEMAIS.

# O cônjuge que se vai

DR. RENATO ARAÚJO BONARDI



Quando ouvimos, na celebração do casamento, “até que a morte os separe”, parece um chavão, fato muito distante de ocorrer, que naquele momento parece não nos interessar. A união se fez; e começa uma nova vida. Adaptações de ambos os lados, compromissos assumidos inerentes à formação de um lar. Constitui-se uma família, os afazeres nos ocupam de tal forma que não pensamos no passado, mas estamos preocupados com o futuro. Novos planos, grandes realizações, alguns reveses, mas a vida a dois, tudo vai sendo vencido e conquistado, dando-nos uma sensação prazerosa. Não nos damos conta de que essa união, essa cumplicidade, essa dependência, veio crescendo ao longo dos anos que se passaram.

Isso podemos chamar de “amor”. O sucesso do lar, como já se mencionou, supera qualquer adversidade! Essa harmonia se desenvolve a tal ponto que, sem dizermos uma só palavra, sabemos o que o outro pensa ou necessita. Nos momentos a sós, depuramo-nos daquilo que nos incomoda ou preocupa. As soluções dos problemas se fazem no dia a dia da vida conjugal. Mais uma vez isso faz parte do contínuo crescimento do casal.

O tempo vai passando, o físico se abatendo, mas numa união bem estruturada os sentimentos ficam mais belos, a dependência inconteste, a vontade de propiciar ao cônjuge um maior bem-estar se torna cada vez mais acentuado; isso não se refere a coisas materiais, mas ao carinho, ao conforto e à admiração!

Nessa fase, começamos a nos preocupar com a saúde um do outro, começamos a ver que temos mais passado do que futuro, e inexoravelmente nos vem à mente a possível elocução “até que a morte os separe”.

A doença aparece e com ela o desespero calado de que vamos enfrentar o inexorável, pois, por mais que essa verdade dura seja real, não estamos preparados para enfrentá-la. A negação ao fato obstrui o raciocínio lógico. Buscamos ajuda profissional médica, apoio com os amigos e principalmente um conforto divino.

O momento chegou. A dor é indescritível, a aceitação muito confusa. Nessa hora experimentamos uma sensação estranha; toda aquela vida a dois, em que pese tenha durado algumas décadas, vem-nos à mente como um filme muito rápido. E nos damos conta da nossa fragilidade e que não temos nenhum controle sobre o tempo de nossas vidas.

Passamos a viver agora o luto. Eis o que a vida nos reserva: lidar com a vida dentro da nossa casa e a mais consolidada certeza da vida, a nossa própria partida. Ante a realidade dramática da perda de alguém que muito amamos, vemos um desfigurar da vida, que perde o sentido. Várias são as datas marcantes que nos fazem lembrar com saudade o passado. A saudade é o amor que fica. Por maior que seja a nossa dor, a nossa vida ainda não terminou. Se úteis no passado, devemos continuar a pensar dessa forma, pois seria isso que o nosso cônjuge esperaria de nós. A depressão é a pior forma de enfrentarmos o luto. Nós, cristãos, podemos e devemos recorrer à fé, que traz conforto íntimo e salutar.

Amigos, novas atividades, diferentes planos, condições com a situação atual, são importantes para a continuidade da vida. Outras indagações podem surgir, mas devem ser lidadas com maturidade e serenidade. Evitar o desespero! A aceitação é imperiosa para que a vida tenha uma continuidade. ❶

NUMA UNIÃO BEM ESTRUTURADA OS SENTIMENTOS FICAM MAIS BELOS,  
A DEPENDÊNCIA INCONTESTE, A VONTADE DE PROPICIAR AO CÔNJUGE  
UM MAIOR BEM-ESTAR SE TORNA CADA VEZ MAIS ACENTUADO.

# Corações Partidos

DRA. LAURA MOELLER



**Q**uem nunca? No idealizado e almejado amor romântico, quem nunca teve seu coração dilacerado, quebrado em misérias, partido? Sofreu no rompimento, na despedida?

Sob o arrebatamento dessa cultura, há um direcionamento para seguir o modelo: complementar-se por toda a vida com um par único, mágico.

Admira-se com veneração respeitosa os celebradores de bodas de ouro, diamante, ferro, vinho... Casais com seus imaculados cabelos branquinhos, dedos das mãos cheios de nós, pele fina, rugas profundas, vozes tênues, palavras fortes. Reuniões familiares ganham extensão e emoção, com a jornada rememorada com seus adornos nostálgicos: namoro, noivado, casamento, filhos, netos.

Mas é muito mais do que se sabe. Por trás de “naquela época”, “no meu tempo” ou “antigamente”, uma trajetória foi traçada com empenho, disciplina, momentos reentrantes de conflito, dor, doença, incompreensão, incongruências. Há tanto silêncio, desconstrução e drama quanto respeito, solidariedade e consagração. Nada gratuito. Tudo longamente edificado em uma linguagem que somente esse casal construiu e domina: cumplicidade. Não obstante, oportuniza-se entendimento veloz e preciso em olhares, gestos, quietude.

Nesses núcleos, teme-se que, quando do adoecimento severo de

um dos longevos, o outro sucumba de tristeza ou saudade. Não faltam exemplos, não faltam histórias. Quando não há reveses; a citar Carlos Drummond de Andrade, que, já debilitado por infarto, acompanhou a doença da filha Maria Julieta, falecendo 12 dias após ela, vitimado por ataque cardíaco.

O conhecimento popular foi abraçado pela ciência com a descrição da Síndrome de Takotsubo, a cardiomiopatia induzida por estresse, primeiramente descrita no Japão, em 1990. Mesmo após 30 anos do seu reconhecimento, há muito a ser esclarecido. Sabe-se que atinge mais mulheres que homens no mundo ocidental, podendo ser desencadeada por um gatilho emocional, sendo seus sintomas iniciais muito semelhantes aos da síndrome coronariana aguda (falta de ar, dor no peito...). Há descrições sobre o papel do eixo “cérebro-coração” nessa enfermidade.

Alguma semelhança entre a Síndrome do Coração Partido (Takotsubo) com as mortes quase concomitantes daqueles conviveres em metafórica simbiose aproxima a interface entre humanidade e ciência. Ressalva que a linguagem do amor romântico, por si só, é permeada de símbolos de intensa dramaticidade, dor excruciante e violência: *arder* de paixão, *enlouquecer* por alguém, *adoecer* de tanto amor.

Corações doem e são quebrados. Ou partirão, partidos. **❶**

*Amor é fogo que arde sem se ver;  
É ferida que dói e não se sente;  
É um contentamento descontente  
É dor que desatina sem doer;*

*É um não querer mais que bem querer;  
É solitário andar por entre a gente;  
É nunca contentar-se de contente;  
É cuidar que se ganha em se perder;*

*É querer estar preso por vontade;  
É servir a quem vence, o vencedor;  
É ter com quem nos mata, lealdade...*

(LUÍS VAZ DE CAMÕES)





# A MORTE QUE NINGUÉM ESPERA

DRA. GISLAYNE CASTRO E SOUZA DE NIETO

*Como ficam os pais que precisam preparar um funeral em vez de um batizado?*

**T**odos sabemos sobre a finitude da vida! Como já ouvimos falar muitas vezes em provérbios brasileiros: “Para morrer basta estar vivo” ou “a morte chega para todos”! Sim, todos nós vamos morrer um dia, mas ninguém gosta de falar sobre isso, nem sequer pensar no assunto! Se falar sobre a morte gera desconforto e ansiedade, o que dizer quando falamos sobre morte em crianças pequenas, recém-nascidos, que cremos ter todo o tempo do mundo para desfrutar da vida?

A morte em recém-nascidos é o avesso da lógica, como descreveu a psicóloga Elisa Perina, da Unicamp. Isso faz com que essa morte seja a menos aceita e a mais silenciada. É a morte de um sonho e esperanças dos pais, avós e familiares.

No outro lado do sofrimento está o médico. A equipe convive com a iminência da morte – e com o medo de não conseguir salvar uma vida. Ninguém quer que algum bebê morra em seus braços. Como cuidar de um bebê muito grave? Parar de reanimá-lo ou continuar prolongando seu sofrimento? A quem cabe decidir? E como conversar com os pais? Respostas difíceis, apesar de muitos diplomas e de décadas de experiência.

A cada ano, 45 mil brasileiras perdem seus filhos antes que eles completem 365 dias de vida. O que os profissionais de saúde costumam afirmar a essas mães, pais, familiares, com a força das verdades absolutas? Quantas frases ditas sem pensar no intuito de ajudar, na hora de não saber o que dizer. Como ficam os que escutam: “Foi Deus que quis assim”, “foi o melhor para todos”, “vocês são jovens e terão outros filhos”...

Recente relato de Fiona Crack, jornalista da BBC, ao ter vivenciado a morte de sua filha ainda intraútero, faz-nos pensar em pontos para refletirmos sobre a morte neonatal. Como ficam os pais que precisam preparar um funeral em vez de um batizado? Como será o retorno ao trabalho após a morte de um filho ou neto recém-nascido e como enfrentar o silêncio e face de tristeza dos colegas e familiares que não sabem como confortar alguém em tal situação? Como fazer com os presentes e o quarto pronto? E algo muito importante em nossa realidade: como reagir à crueldade das redes sociais, em que nos é apresentada uma vida perfeita e distorcida de todos os amigos virtuais, com filhos lindos e saudáveis em viagens e festas? E perguntas que não querem calar: Por que comigo? Por que mereci tal sorte? O que fiz de errado para merecer esta dor?

Como nós, médicos, podemos ajudar crianças, pais e familiares na situação de fim de vida, mesmo quando acabaram de nascer? A resposta talvez seja mais simples do que pensamos: temos que ajudar a criança a ter qualidade de vida!

Sim, temos que saber que não importa se a criança vai viver minutos, horas, meses; é preciso que se tenha qualidade de vida enquanto se está vivo!

Cuidado paliativo é uma abordagem que aprimora a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam doenças que tenham risco de vida, pela prevenção e alívio do sofrimento, segundo definição da Organização Mundial de Saúde em 2018. Na neonatologia não deve ser diferente.

Conforme a precursora dos cuidados paliativos, Dra. Cicely Saunders, uma mulher visionária que, em 1948, fundou o primeiro Hospice moderno em Londres, o paciente merece e deve ser tratado com cuidados de sua dor global, ou seja, dor física, emocional, espiritual e social.

A famosa expressão “não temos mais nada o que fazer” não deveria ser dita por ninguém, já que sempre há o

que fazer do ponto de vista humano, da qualidade de vida até a morte.

Citarei medidas que podemos fazer em todo local onde cuidamos de recém-nascidos doentes, porque não precisaremos de recursos financeiros ou tecnologia. Tudo o que fará diferença será a equipe de saúde sensibilizada e bem treinada.

Manejo da dor. Medicamentoso e não medicamentoso. Conhecer e saber manejar medicações para alívio do sofrimento e dores é crucial! Entender que uma canção dos pais, o colo, a mão que afaga ou a sucção não nutritiva podem acalmar muitas dores.

Medidas de conforto e suporte à família. Explicar de maneira simples e atenciosa as condições do paciente. Saber que entendemos o sofrimento, as dúvidas, os questionamentos e que estamos apoiando a situação. Somos o suporte! Não somos o que julga, o que limita visitas, o que não tem paciência para falar novamente.

Interação da equipe multidisciplinar. Integralização precoce dos cuidados paliativos. Cuidados paliativos simultâneos e não sequenciais. Todos trabalhando com o mesmo objetivo, que deve ser o de minimizar o sofrimento.

Podemos ter a equipe de médicos, enfermagem, fisioterapia, musicoterapia, psicologia e de capelania com treinamento e educação continuada. Como e o que dizer ou não dizer, usando dramatização e *feedback* de reuniões com as famílias.

Caixa de recordações. Parece ser fúnebre falar em tirar uma foto, segurar um filho durante seus momentos finais ou após cessar seus batimentos cardíacos, mas será muito importante para a concretização do luto poder materializar-se em vínculos e lembranças, poder passar por esses momentos, cada um no tempo e conforme desejarem. A oportunidade de ter uma mecha de cabelos, uma foto, a carteirinha do nascimento com a marca do pezinho, uma cartinha, objetos singelos que os pais podem ter na certeza que aquela criança foi amada, cuidada. E isso com certeza trará consolo.

Apoio ao luto e reuniões posteriores com a família, se assim desejar e permitir. Será uma oportunidade para tirar dúvidas e afastar pensamentos fantasiosos e de culpa que ajudarão no processo de cura emocional.

Então temos um cenário difícil de luta diária, com muitos desafios, mas com esperança de fazer melhor. Podemos sim pensar na morte e em maneiras de minimizar o sofrimento.

Gosto muito da citação dos autores Shooter e Watson, em 2000: “Quando a qualidade da vida do neonato é pobre, a qualidade de seu óbito pode ser mais importante!”

Que nós, médicos, possamos sempre proporcionar qualidade de vida aos nossos pacientes enquanto possível! **!**

# DEATH CAFÉ

DR. CARLOS AUGUSTO SPERANDIO JUNIOR

**E**ra um *death café*. Conforme a sociedade amadurecia, aumentava o número desse tipo de encontro regado a cafeína, que oferecia aos entusiastas e estudiosos a oportunidade de discutir não o óbvio quando morreremos, mas sim o difícil contexto do como morreremos.

Como quase todos dos que eu já havia participado, esse café da morte havia sido organizado e capitaneado pela expertise oncológica. Nele, quase toda a discussão girava sobre o oferecimento de conforto aos que morrem de doença consumptiva grave.

Não os culpava por nada. Lidar com a morte por câncer é uma das missões mais difíceis da profissão médica. Qualquer morte por doença não aguda em paciente não idoso é chocante. Não é natural. Quanto maior o apoio disponível ao paciente que morre e para os familiares que ficam, melhor é a qualidade do evento morte daquele que está partindo.

Minhas respostas não estavam ali, novamente. Mas o café continua bom e, com ele, meu debate com meus botões.

Talvez a obstetrícia, a neonatologia e até mesmo a reprodução humana poderiam brigar para saber qual seria a especialidade que traz à vida, mas não há discussão sobre quem conduz à morte da maneira mais fisiológica ser a

geriatria. E quantas perguntas sem respostas ainda temos nessa condução tão natural!

Começando pela apresentação clínica pouco específica de um paciente com muita idade. Nos corredores dos hospitais universitários, costuma-se dizer que o idoso doente é deveras parecido com um sextanista indeciso sobre qual especialidade seguir: não faz clínica, passa pela radiologia e quase sempre acaba na cirurgia.

A roda de conversa continuava; discutia-se agora Diretivas Antecipadas de Vontade.

Quando abordar a morte no idoso? Muitos envelhecem sem doença grave até muitos e muitos anos de idade. E, tal qual um sopro, morrem subitamente de algo previsível, mas não evitável, como uma queda banal ou um simples resfriado complicado.

Concluo que cabe ao geriatra saber lidar com a morte, pois ela é sua parceira. Saber conduzir o seu paciente idoso elegantemente, ao som de uma música bem tocada, evitando os percalços da caminhada, prevendo-os e contornando-os para a entrega final ao último estágio da vida. “Esse soube aproveitar a vida” é a frase de lápide que tem a participação direta do bom geriatra.

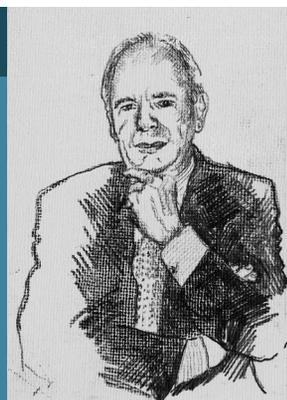
Paguei a conta, agradei o *insight* e saí sem tomar o cafezinho derradeiro. **❶**

## Palavras de Mestre

DR. JOÃO MANUEL

*“Saber ouvir o paciente é um dos primeiros socorros de que necessita”.*

*Procure gerar empatia e confiança. Eis o desafio importante que pode ser conseguido com o ato de saber ouvir um paciente. Raramente o médico poderá chegar perto sem ouvir-lhe as queixas, sejam em relação a doenças, sejam em relação à vida. O médico que sabe ouvir pode orientar e tranquilizar melhor. Ou, de outra maneira: ouvir é a melhor maneira de saber o quê, quando e como falar.*



# Acordar de manhã: uma oportunidade, não um direito

DRA. LIGIA CALINA RENUNCIO

*Urge entendermos que o tempo de que gozamos não nos pertence; é só um empréstimo e vai ser resgatado.*

Uma das melhores colocações a respeito de terminalidade que já ouvi veio de uma médica ginecologista, já avançada em anos, espírita e voluntária num centro de apoio a pacientes com câncer em Floripa. Ela diz que é comum ver os pacientes chegarem ao centro revolvidos com o diagnóstico, alguns em desespero, outros em barganha, pois, agora que descobriram que têm câncer, não querem morrer.

E ela prontamente pergunta: “Por quê? Antes de ter câncer, você não ia morrer? Ia viver para sempre?”

Um diagnóstico, seja ele do que for, é só uma suposição da futura *causa mortis*. Não é um desfecho. Não é uma garantia. Não é uma sentença de nada. A morte é um evento certo nesta vida. Não culpe uma doença se você não se preparou para única coisa óbvia e garantida de que vai precisar passar.

Nosso único compromisso inadiável, inescapável, intransferível, é morrer.

Por isso urge viver – e bem! – antes que ela chegue. Urge entendermos que o tempo de que gozamos não nos pertence; é só um empréstimo e vai ser resgatado. Seja lá qual for a tua crença no após vida, a morte é igual para todos: inesperada, inadiável.

Esteja preparado. Pense nela. Acorde de manhã e ria – “Você não me achou esta noite!” Acordar de manhã é uma oportunidade, não é um direito. Agradeça no almoço: “Mais uma experiência biológica de que eu gozei, bem debaixo do teu nariz”.

Porque cada momento que se vive é uma experiência roubada sob o nariz da Morte. E, antes de se deitar à noite, depois de amar ensandecidamente teu companheiro, pense que esse privilégio ela não pode mais te tomar e avise: “Se você chegar esta noite, vai me encontrar de banho tomado, de barriga cheia, feliz. Amado e satisfeito. Um rei como poucos, sob o firmamento divino”.

Não tem remédio milagroso.

Não tem cirurgia, exame, procedimento.

O único dia da tua vida é hoje. Teu único bem, tua única posse é aquilo que você está fazendo com o teu agora.

Morre bem quem viveu bem.

Então, João das Neves, se morrermos, morreremos.

Mas, antes, vamos viver. Porque a vida é uma ordem.

A vida, apenas, sem mistificação! Como dito por Drummond no poema *Os ombros suportam o mundo*. **i**

*Chega um tempo em que não se diz mais: meu Deus.*

*Tempo de absoluta depuração.*

*Tempo em que não se diz mais: meu amor.*

*Porque o amor resultou inútil.*

*E os olhos não choram.*

*E as mãos tecem apenas o rude trabalho.*

*E o coração está seco.*

*Em vão mulheres batem à porta, não abrirás.*

*Ficaste sozinho, a luz apagou-se,*

*mas na sombra teus olhos resplandecem enormes.*

*És todo certeza, já não sabes sofrer.*

*E nada esperas de teus amigos.*

*Pouco importa venha a velhice, que é a velhice?*

*Teus ombros suportam o mundo*

*e ele não pesa mais que a mão de uma criança.*

*As guerras, as fomes, as discussões dentro dos edifícios*

*provam apenas que a vida prossegue*

*e nem todos se libertaram ainda.*

*Alguns, achando bárbaro o espetáculo,*

*prefeririam (os delicados) morrer.*

*Chegou um tempo em que não adianta morrer.*

*Chegou um tempo em que a vida é uma ordem.*

*A vida apenas, sem mistificação.*

# SUICÍDIO E A MISSÃO DO MÉDICO

DR. DAGOBERTO HUNGRIA REQUIÃO

*Todo paciente com ideação suicida emite sinais de que está em curso um quadro potencialmente mortal.*

Desde a antiguidade, o suicídio é visto como um ato patológico, solitário e inaceitável. Na atualidade, esse ato não tem mais as conotações de fraqueza de caráter, desconsiderações para com a família e egoísmo extremo. Em média, 800 mil pessoas se suicidam por ano no mundo e, no Brasil, 11 mil pessoas tiram sua própria vida. Isso representa aproximadamente uma morte a cada 45 minutos.

Esses dados confirmam as conclusões de que existe hoje uma verdadeira epidemia, no mundo, de morte autoinfligida.

Perante essa triste realidade, cabe à sociedade assumir que a exatidão desses números exige mudanças de atitudes e comportamentos em relação a esse tema.

A compreensão maior da relação depressão-suicídio mostra o quão complexa é essa relação, pois estamos falando de diversos tipos de depressão, cada uma com características próprias que determinam a probabilidade maior ou não de um desfecho suicida.

Fatores determinantes são responsáveis pela maioria dos casos de suicídio, entre eles perda recente de status, figuras parentais, ambiente familiar disfuncional ou não, esquizofrenia, condições clínicas incapacitantes (por exemplo: doenças neoplásicas, HIV, doenças crônicas, abuso de drogas ou síndrome de abstinência) e melhoras de quadros depressivos inibidos após o início da medicação.

Diferentemente do que se pensa, todo paciente com ideação suicida emite sinais de que está em curso um quadro potencialmente mortal. Mudança de comportamento, compra de uma arma “para me defender da violência”, perda de interesse em atividades que fazia com prazer, diminuição do élan vital (elã vital) etc.

Existem estágios no desenvolvimento da intenção suicida, iniciando-se geralmente com a imaginação ou

a contemplação da ideia suicida. Posteriormente, de um plano de como se matar, que pode ser implementado por meio de ensaios realísticos ou imaginários, até, finalmente, culminar em uma ação destrutiva concreta. Não é possível saber se esses elementos levarão inevitavelmente o paciente ao suicídio, pois uma série de variáveis deve ser levada em conta.

O desejo de se matar desencadeia um conflito interno: matar-se ou continuar vivo. Essa ambivalência, que é identificada claramente nos relatos do paciente, é na realidade um conflito entre a força de vida contra a força da morte. A tentativa perante os problemas sociais vividos é acabar com a dor.

O suicídio pode ser um ato em que falham os mecanismos de controle da impulsividade, desencadeado por acontecimentos negativos do dia a dia. Esse descontrole da impulsividade pode ter a duração de alguns minutos ou horas, não perdurando por mais tempo.

O estado cognitivo de quem apresenta comportamento suicida é, geralmente, de constrição. A consciência da pessoa passa a funcionar de forma dicotômica: tudo ou nada. Os pensamentos são constantes sobre o morrer; e não encontram solução ou saída para seus problemas. O pensamento é rígido e dramático: “Não há nada mais para ser feito. A única solução é eu me matar”.

A apresentação do paciente depressivo com tendências suicidas, durante a entrevista médica, geralmente é estar cabisbaixo, embotado afetivamente, humor francamente depressivo, com lentificação do curso do pensamento, que são sempre depreciativos em relação a si mesmo, falando baixo e de forma monótona. Pode estar com comprometimento da memória, eventualmente desorientado e com a autocrítica comprometida.

Na prática clínica atual, independentemente da es-

*“Minos”, era o juiz dos condenados, que residia no círculo do Limbo. Foi retratado por William Blake em sua obra.*



pecialidade, cada médico se defrontará com mais frequência com pacientes potencialmente suicidas. Esse momento, sempre desconfortável e muitas vezes assustador, determina no profissional sentimentos de medo, insegurança e angústia por não saber nem ter a experiência da abordagem. A tendência passa a ser a de estimular o paciente com observações da própria visão do médico sobre a morte e o morrer. Pretensamente, estimular o paciente com frases de efeito, sendo exemplos “o que você sente é muito comum” ou “quem fala em se matar não se mata”.

Os cursos de Medicina nunca superaram a falta de discussão em relação ao tema. Verdadeiro tabu envolve esse assunto. Tanto é que dificilmente encontramos nos currículos médicos matéria específica sobre suicídio, sendo que a abordagem do tema ocupa pouco tempo na carga horária de disciplinas da clínica médica e mesmo na disciplina da Psiquiatria.

Um conhecimento básico sobre o tema, não valorizado no currículo médico, permitiria ao profissional, durante o contato com o paciente, assumir uma postura mais compreensiva, tolerante e serena. Saber como conduzir uma anamnese possibilitará ao paciente a percepção de que finalmente pode conversar com alguém capaz de entendê-lo. Uma ideia errônea, muito mais comum do que se possa pensar, é a de que, se o médico perguntar ao paciente sobre suicídio, estará dando a ele a ideia de se matar.

Portanto, quando o médico, atento aos relatos do pa-

ciente, considerar importante abordá-lo sobre o tema suicídio, terá menos dificuldades em estabelecer um vínculo mais forte e produtivo.

Alguns aspectos devem ser considerados quando da realização de uma anamnese: garantir-lhe a confidencialidade (postura médica indispensável); ser um ouvinte interessado, mais ouvindo do que falando; fazendo perguntas do tipo abertas, permitindo ao paciente respos-

tas mais longas do que monossilábicas; estabelecer sintonia emocional com o relato, seguindo o fluxo das expressões, evitando interrupções durante o relato; e manter-se atento às emoções que vão brotando, sinalizando sua compreensão e jamais dizer que “eu sei o que você está passando”, mas sim dizer que “estou tentando entender seu sofrimento”. O médico deve manter-se focado no relato, sem distrair-se e sem pressa, entendendo as limitações do paciente na relação.

Reforçando a importância do sigilo médico, mesmo garantindo ao

paciente a confidencialidade, as observações percebidas durante o relato do paciente deverão ser discutidas com os familiares. Jamais o médico poderá estabelecer pactos com o paciente. Médico, paciente e familiares decidirão em conjunto as decisões necessárias para uma boa sequência do tratamento.

Ao fim do atendimento, cumprindo normas mínimas de como conduzir uma entrevista complexa como a do possível suicida, o médico terá desempenhado seu verdadeiro papel vocacional. **❶**

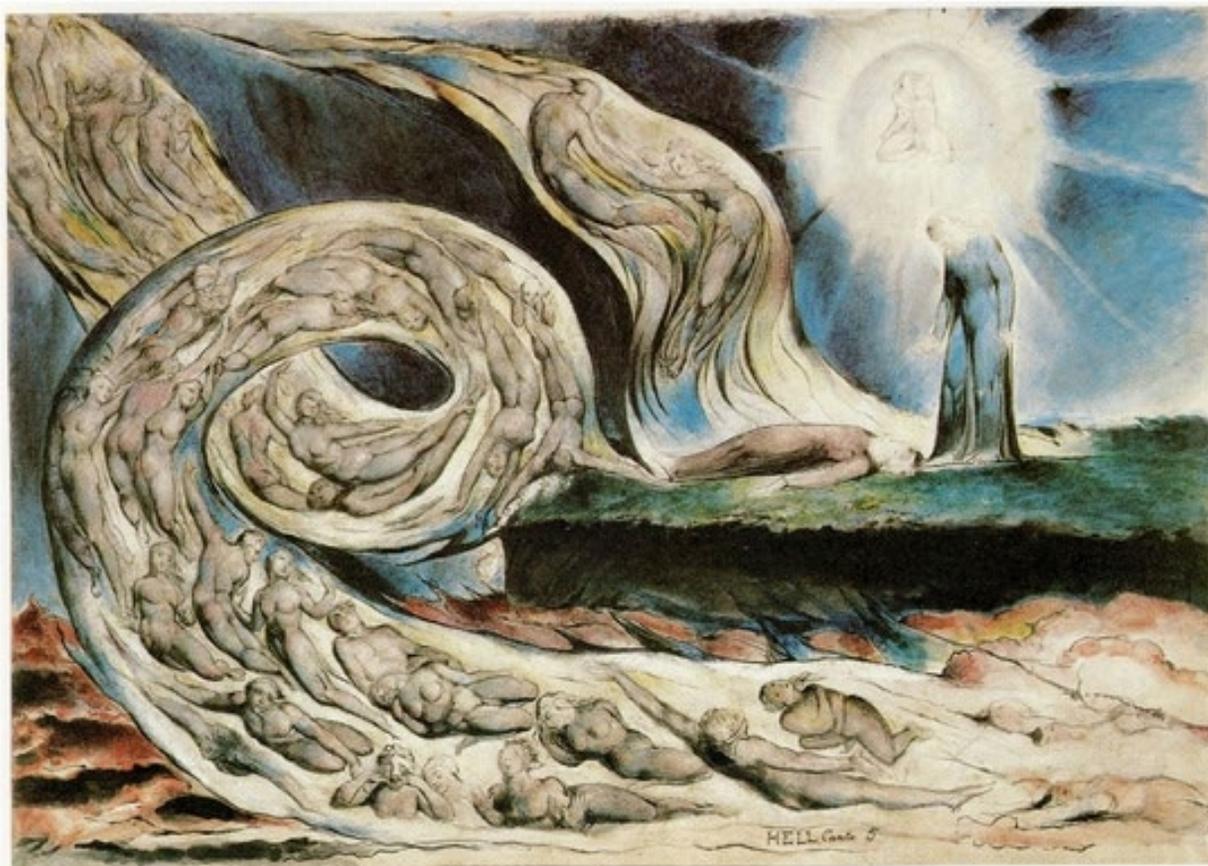
O MÉDICO JAMAIS PODERÁ ESTABELECECTACTOS COM O PACIENTE; DEVE DECIDIR EM CONJUNTO, INCLUSIVE COM FAMILIARES, AS DECISÕES NECESSÁRIAS PARA UMA BOA SEQUÊNCIA DO TRATAMENTO.

# Reflexões sobre *cuidados a pacientes críticos em final de vida*

DR. JOSÉ EDUARDO SIQUEIRA E LEO PESSINI

**A** influência do pragmatismo tecnológico nos cuidados de saúde oferecidos a pacientes criticamente enfermos, sobretudo àqueles na terminalidade da vida, faz a maioria deles encerrar seus dias em unidade de terapia intensiva. Ao ratificarmos nosso alinhamento à corrente de atendimento mais humanizado para essas pessoas, propusemos reflexão bioética sobre a temática em artigo publicado na revista *Bioética*, do CFM.

No trabalho, foi exposta a realidade das UTI's no Brasil, sob o olhar da Resolução CFM 2.156/16, que disciplina o uso e os procedimentos médicos nestes setores. Também contextualizamos a discussão em aspectos relativos ao final da vida, usando para isto uma pesquisa internacional, tendo ao mesmo tempo análise crítica da eutanásia e do suicídio assistido, observando argumentos técnicos e morais apresentados pelo oncologista e bioeticista norte-americano Ezekiel Emanuel, para quem a maneira como a mídia global trata de tais temas subestima a necessária abrangência biopsicossocial e espiritual que se impõe aos cuidados a esse tipo de enfermo.



*"O círculo do luxurioso" ou "O turbilhão dos amantes" (Canto V), do Inferno de Dante retratado na obra de William Blake.*

Questões éticas e técnicas de cuidados críticos oferecidos a pacientes terminais geram acalorados debates acadêmicos e jurídicos no campo da bioética desde seu surgimento nos Estados Unidos, no início dos anos 1970. Esse campo do conhecimento é valioso instrumento para propor mudanças na cultura ocidental, que persiste em considerar a morte como tabu, negando a realidade da finitude da vida.

Percebe-se a importância dessa discussão nos exemplos de profissionais médicos que abraçam com elegância sua finitude, assim como em muitos eventos científicos e cursos da área da saúde que visam dar formação mais humanista aos profissionais sem subestimar a necessária qualificação técnica. Além disso, a literatura relativa a essas questões tem proliferado de maneira significativa. A Associação Médica Mundial, ao longo dos últimos anos, tem lançado vários documentos que alertam os médicos sobre procedimentos desproporcionais na terminalidade

da vida, além de promover conferências pelo mundo visando organizar e revisar sua política em relação à eutanásia e suicídio assistido.

A *New England Journal of Medicine*, uma das mais prestigiosas publicações médicas, publicou em 2016 o corajoso depoimento de Flávia Machado, médica intensivista brasileira, no qual denunciava o caos imperante na área da saúde e, ao mesmo tempo, expressava seu compromisso e otimismo em relação às soluções para esses problemas. Ainda, descreveu o seu dramático dia a dia no atendimento a pacientes em situações críticas em um hospital público da cidade de São Paulo. A publicação online teve grande repercussão e chamou a atenção de profissionais de saúde de todo o mundo. Porém, no Brasil, mereceu tímida abordagem jornalística.

A intensivista expôs o drama do cotidiano: "Começamos outro dia de trabalho, às 7h da manhã, e mais uma vez precisamos decidir quem vai receber uma cama na

UTI. Uma avó de 55 anos com câncer de cólon, um homem idoso com metástases hepáticas ou uma mulher jovem que sofre de dor e que precisa de uma artrodese (cirurgia na coluna) para continuar trabalhando para que possa alimentar sua família?”. As dúvidas continuam: “Devemos escolher ou negar assistência aos pacientes com câncer? Devemos escolher com base na idade? Sobre a qualidade de vida anterior dos pacientes? Ou sobre o impacto social, por exemplo, se um paciente tem quatro filhos para criar? Devemos dar a cama a um paciente que já tivemos que recusar uma vez? Ou talvez devêssemos simplesmente parar de brincar de Deus e entregá-la a quem primeiro pedir?”

O panorama dramático do trabalho da médica revela o sofrimento não somente daqueles que necessitam de cuidados, mas também dos próprios profissionais de saúde. Nesse contexto, a normatização do CFM busca otimizar o fluxo de atendimento diante da carência crônica de leitos de cuidados intensivos em hospitais brasileiros. É de grande valia para os médicos no momento de tomar decisões quanto à admissão ou alta de pacientes em UTI. Para o público leigo, distante desses dilemas médicos, é necessário facilitar a compreensão das orientações éticas e esse é um papel do médico.

Um complicador na definição de critérios para acolhimento em UTI é a internação de pacientes que, embora graves, têm pouca possibilidade de recuperação e mesmo assim recebem cuidados intensivos convencionais. Essa situação caracteriza prática desarrazoada, pois apenas prolonga o processo de morrer e invariavelmente resulta em mais sofrimento para pacientes e familiares. É o que denominamos obstinação terapêutica ou distanásia. Em relação à alta nessas unidades, é comum pacientes estáveis permanecerem internados sem justificativa, apesar de demandarem apenas cuidados semi-intensivos. O CFM orienta o médico intensivista a considerar não somente o diagnóstico, mas também as condições prognósticas de recuperação. Ademais, recomenda condutas amparadas por critérios científicos e éticos para enfrentar o desafio de oferecer o melhor atendimento a pacientes em situação crítica.

Sendo assim, admissões em UTI devem estar fundamentadas em avaliação apurada sobre as chances de recuperação, considerando as melhores práticas clínicas. A norma ética prioriza para internação naquela unidade os pacientes que necessitam de: intervenções de suporte à vida, com alta probabilidade de recuperação e sem limite de procedimento terapêutico; monitoramento intensivo pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, sem limite de conduta terapêutica; procedimentos de suporte à vida, com baixa probabilidade de recuperação ou com limite de recurso terapêutico; e, monitoramento intensivo pelo alto risco de precisarem de intervenção imediata, mas com limite de conduta terapêutica.

Pacientes com doença terminal sem possibilidade de cura são admitidos em caráter excepcional; e essa decisão depende da avaliação do médico intensivista. O clamor das famílias é compreensível, mas ao submeter-se a ele, corre-se o risco de ocupar leitos de forma injusta, privando desse direito pacientes críticos com chances reais de recuperação. Claro que essas decisões devem ser precedidas por diálogo respeitoso e esclarecedor com os familiares.

## EXPERIÊNCIAS

Edgar Morin é enfático ao afirmar que os desenvolvimentos disciplinares das ciências não só trouxeram as vantagens da divisão de trabalho, mas também os inconvenientes da superespecialização, do confinamento e do despedaçamento do saber. Não só produziram o conhecimento e a elucidação, mas também a ignorância e a cegueira. Embora incipiente, a abordagem multidisciplinar introduzida nas faculdades de medicina é bem-vinda,

mesmo que ainda seja insuficiente para tratar os complexos problemas morais das situações de final de vida. Em relação à finitude humana, é imprescindível que haja diálogo entre diferentes áreas do saber, como medicina, psicologia, teologia, enfermagem e tantas outras, pois somente a perspectiva interdisciplinar pode preparar o médico para cuidar do paciente em fase terminal e conduzir de maneira adequada as decisões sobre cuidados paliativos.

A MAIORIA DAS ESCOLAS DE MEDICINA PRÁTICA O “FATIAMENTO” DO CORPO HUMANO EM ÓRGÃOS E SISTEMAS, PREPARANDO OS ESTUDANTES, FUTUROS MÉDICOS, PARA TRATAR DOENÇAS E NÃO PESSOAS.

É oportuno recuperar a experiência do neurocirurgião estadunidense Paul Kalanithi, registrada no livro *“O último sopro de vida”*, que reproduz sua trajetória desde a etapa “Em perfeita saúde eu começo (parte I)” até “Não parar até morrer (parte II)”. Em 167 páginas, o autor expõe seu caminho ao encontro da morte. O epílogo redigido por Lucy, sua viúva, traz o seguinte ensinamento: a decisão de Paul de não desviar o olhar da morte resume uma força que não celebramos o suficiente em nossa cultura avessa à ideia da mortalidade. “Escrever este livro foi uma oportunidade para nos ensinar a encarar a morte com integridade”, resumiu.

Por sua vez, o artigo de Ezekiel Emanuel, publicado na revista *The Medical Journal of Australia*, vem despertando grande interesse do público em geral e acalorados debates nos ambientes acadêmicos. Em síntese, o autor defende que o enfoque sobre finitude da vida deve migrar da eutanásia e do suicídio assistido para o aprimoramento dos cuidados paliativos a serem prestados a pacientes em fase terminal. A respeito do tema, Linda Emanuel publicou em 1998, pela Harvard University Press, o livro *“Regulating how we die”*, no qual figuram colaboradores como Marcia Angell e Edmund Pellegrino.

O capítulo de Pellegrino, *“The false promise of beneficent killing”*, é assertivo em suas conclusões: é uma injustiça oferecer a esses pacientes [em fase terminal da vida] o suicídio assistido ou eutanásia como opções [válidas], enquanto tantas outras possibilidades podem ser fornecidas. No trabalho de Emanuel fica fácil identificar Pellegrino como sua principal inspiração. Segundo o autor, há argumentos que raramente ganham atenção da mídia e que são fundamentais para oferecer amparo ético às decisões médicas sobre pacientes terminais. Utilizando dados de países onde a eutanásia e o suicídio assistido são legalizados, argumenta que o clamor para legalizar a eutanásia [E] e o suicídio assistido [SA] não ajudam a melhorar os cuidados ao final da vida. A E e o SA não resolvem a gestão dos sintomas ou aprimoram a prática dos cuidados paliativos.

A imagem que a maioria das pessoas tem de pacientes se contorcendo em dor insuportável é errada. Também é falaciosa a ideia, muito divulgada pelas mídias, de que provocar morte por dose letal de alguma droga seria forma “digna” de morrer. Para Emanuel, essa conclusão resulta de avaliação precipitada da realidade. Adverte ainda que não existe ato médico isento de risco, pois qualquer procedimento pode ter efeitos adversos.

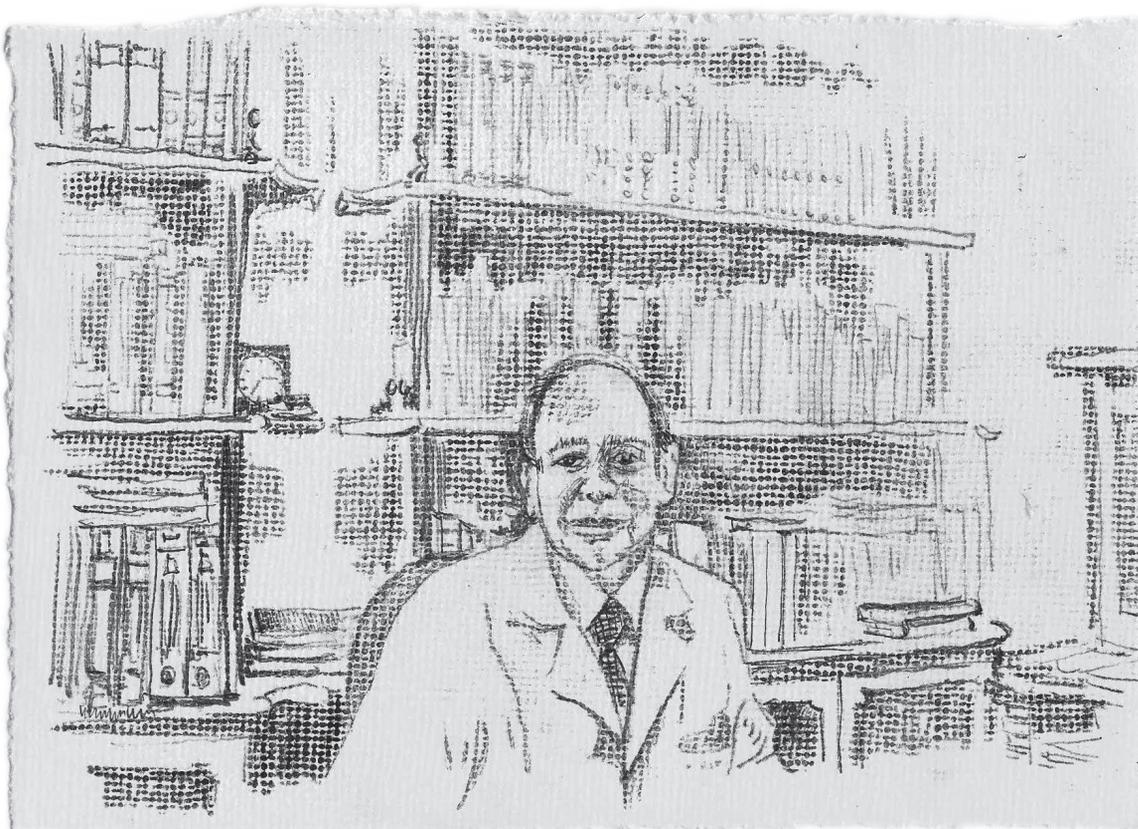
Apesar do tabu em torno da morte, é preciso encará-la com mais naturalidade e poupar pacientes de agonia insensata e prolongada, respeitando seus valores e crenças pessoais para que possam completar ciclos vitais com dignidade. Concordamos com Ezekiel Emanuel quando afirma que ao se levar em conta as evidências ora apresentadas, a legalização da E e do SA surge como alternativa muito menos atraente. Qual seria então a principal motivação para legalizar intervenções que abreviam vidas de uma minoria de enfermos deprimidos e assustados por terem perdido a autonomia? Embora não exista resposta consensual, consideramos imprescindível conduzir o exercício profissional amparado nos mais autênticos propósitos que há milênios orientam a arte médica, expressos no aforismo curar às vezes, aliviar frequentemente e confortar sempre, atribuído a Hipócrates, apesar de não figurar em sua obra maior, o *“Corpus Hippocraticum”*. **❶**

## HOMENAGEM AO BIOETICISTA

Com a publicação deste artigo, reverenciamos a memória do padre e bioeticista Leocir (Leo) Pessini, falecido em 24 de julho de 2019. Defensor da morte digna



em detrimento da distanásia, insistia: “É tão indevido prolongar a vida de maneira inútil quanto encurtá-la. A vida humana, em sua dimensão física, é um bem fundamental, mas não um bem absoluto em si”. Favorável à valorização do cuidado em oposto à busca obstinada pela cura, parafraseava a britânica Cicely Saunders, impulsora do conceito de hospices: “O sofrimento de uma pessoa somente é intolerável quando não há ninguém para cuidar dela”. Vítima de câncer, tinha 64 anos. Doutor em bioética e autor de dezenas de livros e artigos científicos, era referência na área no Brasil e no mundo.



## Tributo ao mestre e ao seu legado

DR. VARLEI ANTONIO SERRATTO

*“Medicina aprende-se com leitura, releitura e prática. Com muita discussão entre os pares e muita observação da cena humana.”*

DR. JM, EM JACULATÓRIAS

**E**u deveria ter uns 13 anos quando comecei a ter sintomas nas mãos que começaram a preocupar minha mãe. Ficavam roxas, geladas, bem cianóticas, mas era algo indolor. Chegava ao ponto de chamar a atenção das pessoas, dos professores, e eu, para não ficar explicando o que era aquilo, escondia-as o tempo todo no bolso, até porque esquentar as mãos melhorava, e muito, os sintomas.

Era preciso saber ao menos o que era aquilo e se tinha algum tratamento. Como de costume na época, ir ao médico era um evento especial. Minha mãe me pediu para eu tomar banho, vestir a melhor roupa (a mais nova possível, como se estivesse indo para a missa de domingo). Imagine o fato para um adolescente que raramente precisava ir ao médico.

Chegamos ao consultório, lembro bem até hoje, era numa casa, muito bonita, bem decorada e iluminada. Sentamos na sala de espera e fiquei ali imaginando como seria o médico. Nesse intervalo de tempo, meu pai contava que o médico era o mesmo que havia cuidado da minha avó quando ela ficou internada no Hospital Santa Casa. Ele o descrevia com admiração, confiança e até com uma certa amizade. Sem dúvida conhecer esse médico seria um evento e certamente uma segurança aos meus pais, pois eles tinham certeza de que ele saberia o que eu tinha nas mãos e como achar uma solução.

Naquela época, uma música em volume bem baixinho predominava na sala de espera.

Existia um cesto de revistas ao lado do sofá para você folhear, como um passar de tempo! Como disse, ir ao médico era um evento e não se poderia ter pressa. Minha família dizia que, se o médico estivesse demorando com algum doente na sala dele, poderia ser um caso muito sério e deveriam ser respeitadas as necessidades do paciente. Perguntei ao meu pai: qual o nome dele? Dr. João Manuel.

Logo veio minha vez. A secretária veio me chamar. Ele nos esperava bem em frente à porta da sua sala. O que mais me chamou a atenção naquele momento foi o jaleco bem branco, parecia um homem calmo e muito receptivo. Sua sala era grande, meio oval. Sua mesa de madeira, grande por sinal, ficava centralizada ao fundo da sala. Nos fundos havia um grande armário com diversos livros, minuciosamente dispostos na prateleira. Sentamos e logo mostrei minhas mãos, esticando meus braços sobre a mesa. Conversa vai, conversa vem. Até falei pouco. Talvez meu pai e ele tenham falado bem mais. Lembro-me bem de que fiquei ali ouvindo, quieto, tentando entender o jogo da coisa.

Veio a hora do exame físico. Fui minuciosamente examinado. Dos pés à cabeça. Ao fim, sentamos novamente à frente da sua mesa e ele foi pegar um livro no grande armário. Abriu o livro em uma página e mostrou-me um nome: Acrocianose. Nunca mais esqueci. Levei para casa uma coisa muito importante: o nome da minha doença. Acalmou a todos.

*“Até mesmo aqueles que não percebem o quanto são meus amigos e o quanto minha vida depende de suas existências...”*

VINICIUS DE MORAES

*“... de como são indispensáveis ao meu equilíbrio vital, porque eles fazem parte do mundo que eu, tremulamente construí e se tornaram alicerces do meu encanto pela vida...”*

**VINICIUS DE MORAES**

Poucos anos depois, minha irmã adoeceu muito gravemente, gerando um grande desespero em minha mãe. Ela não pensou duas vezes em pedir socorro ao Dr. João Manuel. Foi ao consultório dele, sem hora marcada. Ela precisava ouvir o que ele tinha a dizer. Ficou com ele por mais de 1 hora no consultório. Na sala de espera, muitos outros pacientes aguardavam. A palavra do médico foi remédio para minha mãe. Foi para casa mais tranquila e dali por diante pôde lidar melhor com todos os desafios que adviriam com a doença da minha irmã.

Alguns anos depois, eu entrei para a faculdade de Medicina. Não raramente, participávamos de simpósios, congressos e eventos das disciplinas que muito superficialmente tínhamos ideia de seguir. Naquela época eram de suma importância esses eventos para informação adicional e currículo. Muitas vezes, faltava às aulas para frequentar esses eventos e, quando o Dr. João Manuel dava a sua aula, era notável o saber dele, o trato que ele tinha com a palavra e o cuidado com a mensagem transmitida. Muitos dos assuntos tratados eram sobre a relação médico-paciente ou como lidar com pacientes difíceis. Todos saíamos encantados com sua aula. Sempre tentava falar com ele nesses eventos; era difícil, mas, quando conseguia, sempre me perguntava sobre minha família. Sabia o nome de todos.

Ele também ensinava sobre ética médica e a importância do trato humanizado com o paciente. Sem dúvida, muito do que aprendi do modelo de ser médico, se é que ele existe, veio desse convívio. Ele muito influenciou minhas atitudes, minhas palavras e o meu jeito de ser quando estou em frente a um paciente.

Quando o acompanhei no Hospital Santa Casa, prestava muita atenção no “como” fazia as coisas, no trato com o paciente e até como ele media a pressão arterial. Ver o mestre atuando vale mais que qualquer manual que possamos ler. Valorosas memórias!

Confesso que tive nele o fio condutor da minha formação médica, mesmo quando eu não tinha ideia em me tornar um médico. Entrou na minha vida pela confiança de toda a família, pelo respeito que todos tinham por ele e pelo que pude observar como modelo de médico e professor. Cito o que mais aprendi sobre a profissão nessa amizade, fazendo minhas as palavras do mais importante sociólogo do final do século XIX, Max Weber: paixão, senso de responsabilidade e sentido das proporções.

Formei no meu imaginário um modelo de médico baseado nele. No seu jeito, no seu trato com as pessoas que precisavam de ajuda, pelo seu conhecimento e sua incrível cultura. Muitas de suas palavras resolviam para sempre os meus problemas de médico. Muitas vezes ele nem sabia o quanto tinha me ajudado.

*“Saber ouvir o paciente é um dos primeiros socorros de que necessita...”*

**DR. JOÃO MANUEL,  
DO LIVRO JACULATÓRIAS**

Construí o meu “ser” médico baseado numa escolha de amizade e admiração ao Dr. João Manuel Cardoso Martins, que vou levar para o resto da minha vida. Seu falecimento certamente deixou em mim e em muitos que o estimavam um vazio, uma grande saudade. Tenho ainda tantas coisas para perguntar a ele...

Em artigo publicado em 2015, na Revista Boletim de Reumatologia, o Dr. Fernando Neubarth estava certo quando escreveu em homenagem à partida do amigo: “Elas, as estrelas, possuem luz própria, uma luz interior. Não necessitam de foco, de brilho externo e, em geral, fátuo. E, mesmo muito depois de não estarem mais entre nós, permanecem em sua luz. Ora, direis, ouvir estrelas...”

Às vezes me pego pensando como o Mestre lidaria com isso ou aquilo. O que ele provavelmente falaria? Restam-me, hoje, suas obras literárias que me confundem e me iluminam para o dia a dia. Só tenho a agradecer por ter tido a oportunidade de conhecê-lo. Isso fez diferença na minha vida e certamente para tantas outras pessoas que, assim como eu, admiraram-no. A sua estrela continuará a brilhar cada vez mais forte, pois o seu legado jamais será esquecido! 📌

*“A gente não faz amigos, reconhece-os.”*

**VINICIUS DE MORAES**

# Átropos, na mitologia grega, era a moira da morte

DR. GUILHERME ESMANHOTTO

**A**s moiras eram entidades responsáveis pela sucessão de eventos nas vidas dos mortais. “Moiras” têm sua etimologia no grego antigo “μοῖρα”, que significa fatia, parte de uma herança familiar, por exemplo. Essas eram, portanto, as divindades encarregadas de dar a cada indivíduo sua porção de fortunas e desfortúnios ao longo da vida.

Átropos, a mais velha das moiras, carregava sempre consigo sua tesoura, instrumento com o qual cortava o fio da vida tecido por Cloto e medido por Láquesis. Referência à moira decana é encontrada no nome científico da beladona (*atropa belladonna* – da qual se extrai a atropina), pelo caráter tóxico, potencialmente mortal, da planta (curioso notar que “belladonna”, por sua vez, tem origem no seu uso por donzelas medievais, que, conhecendo empiricamente suas propriedades anticolinérgicas, pingavam gotas de extratos de beladona nos olhos para obterem efeito mi-driático estético).

Átropos, por sua vez, tem sua origem etimológica em “a”, prefixo de negação, e “tropos”, movimento (como na palavra do grego moderno para girassol, “ηλιοτρόπιο”, aquilo que se move em direção ao “flios” – ao sol), ou seja, aquela que não pode ser movida, ou demovida.

A fatalidade do destino imposto pelas moiras é recorrentemente ratificada pelos autores clássicos. Heródoto, o pai da História, considerava que nem os deuses poderiam escapar do que ditassem as entidades. Hesíodo, em sua “Teogonia”, alça as moiras ao patamar de filhas de Nyx, uma divindade de primeira geração, duas gerações, portanto, acima de Zeus, o primeiro entre os deuses gregos. Na Ilíada, ainda, a rigidez do que dispõe Átropos é tamanha que nem mesmo Zeus pode evitar que seu favorito, o troiano Sarpedão, seja morto por Pátroclo.

No século quinto antes de Cristo, um médico grego da pequena ilha de Cós coloca em xeque essa noção de incontornabilidade dos desafortunados: “Eis aqui o que há acerca da doença dita sagrada: não me parece ser de for-



ma alguma mais divina nem mais sagrada do que as outras, mas tem a mesma natureza que as outras enfermidades e a mesma origem. Os homens, por causa da inexperiência e da admiração, acreditaram que sua natureza e sua motivação fossem algo divino, porque ela em nada se parece com as outras doenças (...). Se ela vier a ser considerada sagrada por causa de seu caráter admirável, haverá muitas enfermidades sagradas, e não apenas uma; assim, eu mostrarei outras (doenças) em nada menos admiráveis, nem monstruo-

sas, as quais ninguém acredita serem sagradas. As febres cotidianas, terçãs e quartãs, não me parecem ser menos sagradas nem mais engendradas por algum deus do que esta doença, e essas não são admiradas”.

Ele continua, em seu tratado sobre a doença sagrada: “Os primeiros homens a sacralizarem esta enfermidade parecem-me ser os mesmos que agora são magos, purificadores, charlatães e impostores, todos os que se mostram muito pios e plenos de saber. Esses certamente, escusando-se, usam o divino para proteger-se da incapacidade de fazer valer o que ministram, e, para que não se tornem evidentes sabedores de nada, declaram esta afecção sagrada (...). Eles impõem tais coisas tendo em vista o aspecto divino, alegando, como grandes sabedores, outras motivações, a fim de que se o doente se tornar são, a glória e a destreza lhes seja atribuída; mas, se ele morrer, suas justificativas sejam apresentadas de modo seguro, e pretextem que os causadores não são eles, mas os deuses.”

Não há sombra de dúvida de que a abordagem científica de Hipócrates pavimentou o caminho do trabalho sucessivo de gerações, esforço que alçou a medicina a seu patamar atual.

É nesse estado, entretanto, que a mensagem inicial do mito de Átropos talvez se faça mais importante. Afinal, a atual ilusão de domínio da natureza gera facilmente o esquecimento de nossa fragilidade e da inevitabilidade do destino para o qual não há remédio que não seja transcendental. ❶

*N.R. O autor tinha 14 anos de idade quando teve crônica de sua autoria publicada no Iátrico nº 7 (outubro/dezembro de 2003). Medicina e Diplomacia eram sonhos.*

# MORTE E FOGO: O MAGO PAUL KLEE E SUA ESCLERODERMIA

DR. VALDERÍLIO AZEVEDO



*O Peixe Dourado, 1925. Óleo sobre tela.*

*Quanto mais horrível este mundo se torna,  
mais a arte se torna abstrata.*

PAUL KLEE

**P**aul Klee nasceu e cresceu numa família de músicos e tinha nacionalidade alemã por causa do pai. Sua avó ensinou-o desde cedo a trabalhar com lápis e pincel. Ele sempre quis que vários de seus desenhos feitos na infância constassem no catálogo de suas obras. Klee entrou para a escola em 1886, aos sete anos. Com essa idade iniciou também seus estudos de violino. Aos 11 anos seu talento musical já era reconhecido

e dessa forma entrou para a Orquestra da Sociedade de Música, em Berna. Ao mesmo tempo em que praticava seu instrumento predileto, Klee escrevia poesias e desenhava. Na sua juventude elaborou diversas caricaturas e desenhos satíricos, grotescos e surreais. Ele, entretanto, considerava que a composição musical já havia atingido seu apogeu enquanto como pintor julgava que poderia ser mais criador e radical.



*Fotografia de Paul Klee em 20 de fevereiro de 1940.*

Estudou na Academia de Arte de Munique quando jovem e ali começou uma vida boêmia nos cafés, sempre ladeado por mulheres e bebidas. Klee conheceu sua mulher Lily numa sessão musical ocorrida em casa de amigos de seus pais. Ela tocava piano e, ele, violino. Deste relacionamento tiveram um filho chamado Félix, que cultivou uma paixão pelas obras do pai e preservou muito bem a memória artística dele.

De forma muito lenta, estabelecendo contatos com outros artistas, Klee foi se tornando um importante destaque na geração de artistas alemães que tentavam desenvolver novas expressões para a sua arte. Foi membro e cofundador do famoso grupo artístico “Os Quatro Azuis”.

Serviu durante a Primeira Grande Guerra Mundial, pintando aviões. Perdeu vários amigos artistas nessa época, em decorrência da própria guerra. Quando a guerra acabou em 1918, pouco antes do natal, regressou a Munique e lá continuou sua vida como pintor e sua fama cresceu.



*Chave Quebrada, 1938, realizado no período de sua doença.*

Em 1920, Klee tornou-se professor na famosa escola de Artes de Bauhaus. Ele desempenhou a função de professor-mestre de teoria no atelier de encadernação até 1922 e, depois, dirigiu o atelier de pintura gravada em vidro e o de pintura mural.

Klee foi um jovem saudável no início de sua vida adulta. Algumas cartas escritas por ele, em 1933, sugerem a presença do fenômeno de Raynaud, principalmente em suas mãos. Em 1935, queixou-se de fadiga e exaustão, sintomas inespecíficos, mas que estão relacionados à própria esclerodermia. O seu diagnóstico definitivo de esclerodermia foi feito em 1936 e, por recomendação de seu médico, parou de fumar e visitou diversos spas.

A produtividade artística de Paul Klee caiu substancialmente no início de sua doença, tendo produzido em 1936 somente vinte e cinco trabalhos. Mas embora sua saúde tenha se deteriorado progressivamente, nos anos seguintes ele passou por uma renovação artística e produziu 1.253 obras em 1939, um ano antes de sua morte. No final de sua vida, Paul Klee sofreu de várias alterações digestivas. Tinha dificuldade para deglutir alimentos e frequentemente só conseguia ingerir líquidos. Por causa de sua dificuldade para se alimentar, ficava sozinho durante as refeições para não ser observado.

### **VIDA E OBRA**

Klee, apesar da doença, continuou expondo suas obras em seus últimos anos. Em fevereiro de 1940, ano em que faleceu, teve uma grande exibição de seus trabalhos na Kunsthau, de Zürich, onde expôs mais de 200 obras. Em maio daquele internou-se numa casa de repouso em Osrelina-Locarno. Sua falta de ar piorou sensivelmente e em decorrência disso acabou sendo internado no Hospital Sant'Ágnes, em Locarno-Muralto. Seu falecimento por insuficiência respiratória e cardíaca se deu em 29 de junho de 1940.



Centro Paul Klee em Berna, Suíça.

Atualmente, o Centro Paul Klee em Berna, na Suíça, é responsável pela pesquisa e divulgação da vida e da obra do artista. Possui centenas de obras, incluindo desenhos, cadernos ilustrados, pinturas, esculturas e fantoches, além de cartas, rascunhos de cartas, vários documentos oficiais, livros, utensílios do pintor e álbuns de fotografias.

É notório que durante os anos em que sofreu de esclerodermia, Paul Klee adotou um estilo de pintura diferente daquele de sua obra anterior. Essa mudança foi gradual e profunda. Algumas obras caracterizam-se por extrema simplicidade e muita intensidade emotiva. Figuras abstratas foram pintadas com linhas pretas mais grosseiras, algumas parecem até mesmo pinturas primitivas ou realizadas por crianças. Nas suas últimas obras há muita introspecção e desespero: as cores assumiram padrões mais escuros e tristes, diferentes dos padrões mais claros e vivazes de décadas anteriores.

O quadro "Morte e fogo", pintado no ano em que faleceu, parece refletir isso. Muitos autores consideram este quadro uma espécie de auto-réquiem de Paul Klee. Nele, a palavra "Tod" (morte) aparece por duas vezes, uma no rosto da figura e outra à esquerda do fantasmagórico crânio. Porém, há nele elementos de esperança quase que transcendentes, como o sol radiante do canto superior esquerdo.

Paul Klee sempre foi um homem reservado e de pouca fala e, provavelmente por causa disso, parece ter sido tão misterioso para muita gente. Ele era muito autocrítico e um crítico contumaz da sociedade que fazia parte. Foi um grande exemplo como artista e como ser humano, porque apesar de sua doença incapacitante jamais se permitiu desistir de seus sonhos e de sua arte. **f**



*Tod und Feuer (Morte e Fogo), 1940.*

### Referências

1. Partsch S, Klee, 2003, Ed Taschen GmbH
2. Wolf G, Endurel: how Paul Klee's illness influenced his art, *Lancet*, 1999, 353: 1516-1518
3. Varga J, Illness and art: the legacy of Paul Klee, *Current Opinion in Rheumatology*, 2004 Nov; 16(6):714-7
4. Castillo-Ojugas A, the effect of rheumatoid arthritis in the life and work of 3 great painters: Auguste Renoir, Raoul Dufy and Alexis Jawlensky *An R Acad Nac Med (Madri)* 1992; 109(4):673-683
5. Laidlaw J A, Paul Klee, Coleção Grandes Mestres, 2004, São Paulo, Ed. Ática.

# No meio do caminho

DO EDITOR

**E**spantoso que nunca tenham ligado *No meio do caminho*, de Drummond, aos problemas do diagnóstico clínico. O poema, que, quando publicado nos anos 1920, desencadeou torrente de zombarias, causou estranhezas e trouxe dúvidas sobre a sua natureza poética, foi também alvo de louvores e símbolo de arte moderna. Aquela que não diz o que quer dizer, que oculta, mascara, dá luz a múltiplas explicações. Que não é vida transparente, mas embaçado.

Coloca o caminhante em confronto com o obstáculo, esperando que decifre a pedra, problema banal, insólito na sua simplicidade e, ao mesmo tempo, tão enigmático, gerando tantas dúvidas e induzindo a uma reflexão circular que não avança, não esclarece, não ata nem desata. Só desafia.

Também o diagnóstico clínico pode gerar a perplexidade da pedra no meio do caminho. Costuma ser difícil quando contempla variáveis múltiplas, pois o cérebro humano não é preparado para conjugar muitas variáveis simultâneas.

Não é à toa que os grandes mestres do xadrez mundial raramente conseguem vislumbrar sete variações de jogo à frente. O médico tem dificuldades semelhantes. E ainda tem que analisar a sensibilidade e a especificidade dos sintomas e/ou sinais e fazer uma síntese lógica. E há ocasiões, por exemplo, numa febre de origem indeterminada, sem qualquer pista clínica e em que o único dado – a febre – é a pedra, cuja decifração pede conhecimento, sensibi-

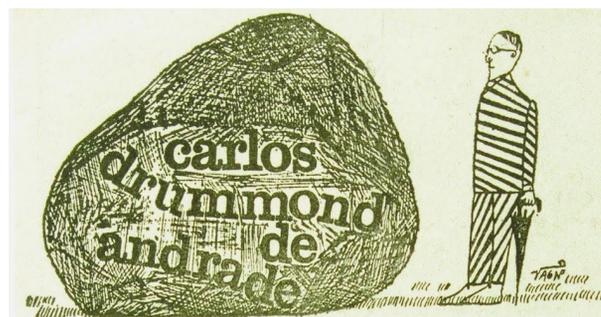
*No meio do caminho tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
No meio do caminho tinha uma pedra.*

*Nunca me esquecerei desse acontecimento  
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.  
Nunca me esquecerei que no meio do caminho  
Tinha uma pedra  
Tinha uma pedra no meio do caminho  
No meio do caminho tinha uma pedra.*

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE  
(31-10-1902/17-08-1987)

lidade e experiência. Humildade para a busca diária de algum novo elemento, atitude e presença forte para apaziguar o paciente e a família. Golpeia, assim, fortemente, a onipotência, presente em algum grau em todos nós. E o que quase sempre tem diagnóstico rápido, instantâneo, com seus sinais de localização, transforma-se em um enigma a consumir dias de pesquisa e reflexão.

Felizmente, ao contrário do poeta, na maioria das vezes superamos o óbice, deciframos e removemos o obstáculo. E reconhecemos como gratificante não o que nos é dado como recompensa financeira (esses “casos” são impagáveis no que há de esforço intelectual e de sofrimento oculto), mas o que sobeja de experiência e gratidão. E aí, “é pau, é pedra, é o fim do caminho; é a promessa de vida em mais um coração”. **❶**



Charge feita por Vagn, publicada no *Jornal do Brasil* em 7 de junho de 1969.

*N.R. Foi um dos principais poetas da segunda geração do Modernismo brasileiro. Na passagem do seu centenário de nascimento, mereceu homenagem do editor do **Iátrico**, que aqui resgatamos.*

# “DASEIN”

DR. CEZAR ZILLIG

Sentadinho ao meu lado está Dino, o cão da casa. Estamos tranquilos no sofá da sala. Topo com o seu olhar “pensativo”, esqueço a leitura e principio a divagar: foi o destino que nos colocou assim, lado a lado, neste momento mágico; um verdadeiro momento “Dasein”, simplesmente ser-no-mundo. Nem eu nem ele pedimos para vir a este dito vale de lágrimas, mas o fato é que aqui estamos. Essa constatação não é tão insólita quanto parece e ocorre volta e meia a qualquer um: “Zum erstaunen bin ich da”, suspirou Goethe em semelhante tipo de abstração. Algo como “é de se admirar que eu aqui esteja.”

E agora? Trata-se de estadia involuntária, afinal não fomos consultados se queríamos ou não participar desta aventura terrena. Porém, que fazer? Cá estamos, eu e Dino, sem saber o que o futuro nos reserva; qual a razão deste teatro todo.

Eu, ao menos tenho consciência de que ambos teremos um fim, Dino nem isso sabe, e é possível que, justamente por não ter ciência de sua finitude, ele leve vantagem sobre mim. Há uma chance de que eu, aos setenta, e ele, aos quatro anos, venhamos ainda a viver aproximadamente o mesmo tanto. E mais: é possível que lá no finalzinho de sua jornada ele se dê melhor que eu. Afinal, hoje, cães têm o benefício da eutanásia, uma confortável maneira de desembarcar deste mundo. Já as pessoas, principalmente aquelas muito apegadas à vida, têm experimentado mortes ignóbeis, agonias arrastadas, pelo uso equivocado da tecnologia médica.

O indivíduo é um caso terminal, sem chance alguma de retornar para uma vida com dignidade, mas dá-lhe tratamento, muitas vezes com hediondos efeitos colaterais, pois seu médico é daqueles que entende ser sua missão “salvar

vidas”, custe o que custar. Custar tanto em termos de dor e sofrimento quanto em consideráveis custos financeiros.

Voltando a nós aqui, eu e o Dino: não nos resta senão irmos trilhando nosso dia a dia, levando nossas vidinhas. Aparentemente, a vida do Dino é menos complicada. Sobretudo, o Dino não tem obrigações, tais como “vencer na vida”. Da minha perspectiva humana, parece que ele não faz nada: não trabalha, não tem deveres outros que ser o cão da casa, latir para estranhos que se aproximem, bater o rabo para demonstrar contentamento etc. Ele vai levando sua existência de “pet”, atento a toda vez que se abre a geladeira, que é de onde vêm bons fragmentos de felicidade representados por fatias de salame ou de queijo ou algum outro petisco qualquer.

Ele – e demais cães – não fazem nada de “importante”. Coisas importantes faço eu e demais pessoas. É o que nós humanos pensamos de nossas obras: tudo o que fazemos é importante! Porém, de uma perspectiva, digamos, “cósmica”, não há diferença alguma entre o que eu e o Dino fazemos; não há diferença alguma entre as metrópoles que construímos e um formigueiro.

Por falar em perspectiva cósmica, cabe outra divagação relacionada à vida: ao que se sabe, em todo este universo infinito não há animais iguais a mim e ao Dino. Todos os demais bilhões de astros da Via Láctea e demais galáxias são estéreis. Ao menos até agora, toda a ciência e tecnologias humanas não foram capazes de constatar vida extraterrestre. Principalmente vida inteligente. Talvez exista, ou tenha existido, algo equivalente, porém muito, muito distante, tanto no espaço quanto no tempo.

Portanto, por ora, a Terra é o único lugar onde se nasce, se vive e se morre! **❶**

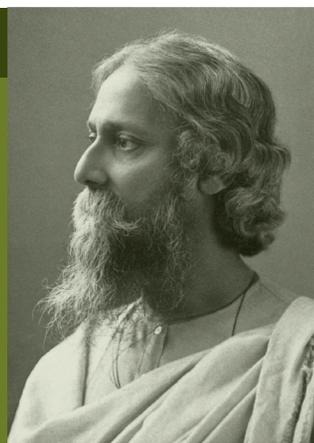
## Do Caderno Verde

RABINDRANATH TAGORE

*“Morrer pertence à vida, assim como nascer. Para andar, primeiro levantamos o pé e, depois, o baixamos ao chão (...). Algum dia saberemos que a morte não pode roubar nada do que nossa alma tiver conquistado, porque suas conquistas se identificam com a própria vida.”*

**RABINDRANATH TAGORE (1861-1941)**

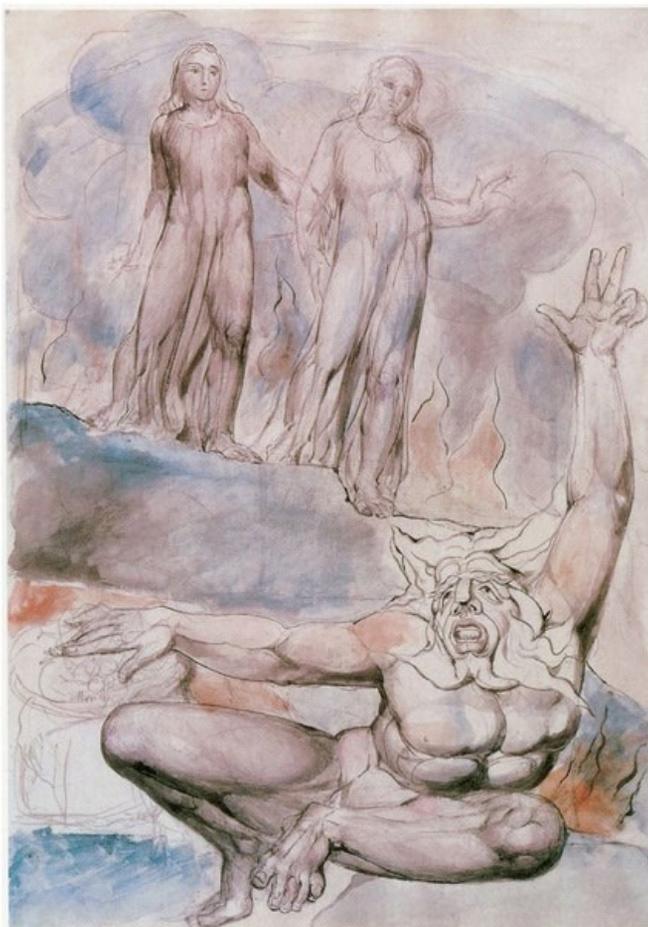
*O poeta indiano, também chamado Gurudev, em sua visão da morte como parte da vida e não como intrusa indesejável. Ele reforça: “Quando a minha voz calar com a morte, meu coração te seguirá falando.”*



# Nascimento, vida, morte... poesia!

## *O poeta inspira, para expirar poesia...*

DR. SÉRGIO AUGUSTO DE MUNHOZ PITAKI



"Plutão", na mitologia grega o deus dos mortos. A pintura sobre óleo integra o acervo da obra inacabada de Blake para ilustrar "A Divina Comédia".

Entre os temas prediletos dos poetas, a flor, o amor e a dor preencheram versos e versos durante o Romantismo. Os poetas simbolistas, pré-modernistas e modernistas ocuparam-se em trazer o "Nascimento, Vida e Morte" para um plano poético de forma intensa como o "Poeta do Desterro", João da Cruz e Souza, e o "Poeta da Morte", o "Poeta de Pau D'Arco", o parai-bano Augusto dos Anjos.

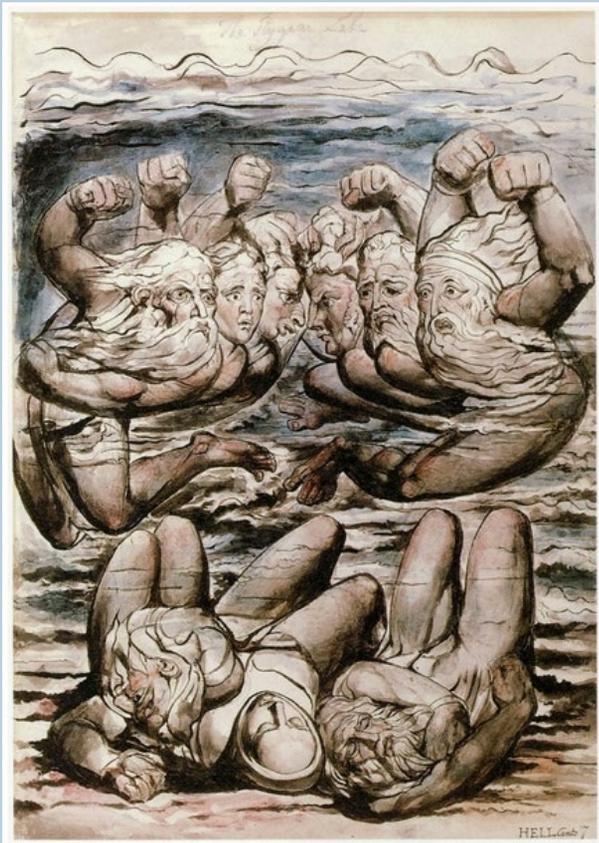
Não foram somente os astros e estrelas que povoaram a imaginação e a sensibilidade destes originalíssimos poetas. A vida em si mesma foi o alvo de suas penas. Muitos poetas da língua portuguesa poderiam ser explorados em suas obras e mostrados como exemplo. Pessoalmente, penso que seria uma falha grave, deixar de citar nesse momento nosso querido Vinicius de Moraes, com seu soneto de profunda beleza chamado "Poética":

*De manhã escureço  
De dia tarde  
De tarde anoiteço  
De noite ardo.*

*A oeste a morte  
Contra quem vivo  
Do sul cativo  
O este é meu norte.*

*Outros que contem  
Passo por passo:  
Eu morro ontem*

*Nasço amanhã  
Ando onde há espaço:  
– Meu tempo é quando.*



"O lago Stygian e os pecadores em luta irritada"  
(Inferno, canto VII).

## MÚSICA DA MORTE

João da Cruz e Souza  
(1861 – 1898)

A música da Morte, a nebulosa,  
Estranha, imensa música sombria,  
Passa a tremer pela minh'alma e fria  
Gela, fica a tremer, maravilhosa...

Onda nervosa e atroz, onda nervosa,  
Letes sinistro e torvo da agonia,  
Recresce a lancinante sinfonia,  
Sobe, numa volúpia dolorosa...

Sobe, recresce, tumultuando e amarga,  
Tremenda, absurda, imponderada e larga,  
De pavores e trevas alucina...

E alucinando e em trevas delirando,  
Como um ópio letal, vertiginando,  
Os meus nervos, letárgica, fascina...

## VERSOS ÍNTIMOS

Augusto dos Anjos  
(1884 – 1914)

Vês! Ninguém assistiu ao formidável  
Enterro de tua última quimera.  
Somente a ingratidão – esta pantera –  
Foi tua companheira inseparável!

Acostuma-te à lama que te espera!  
O Homem, que, nesta terra miserável,  
Mora, entre feras, sente inevitável  
Necessidade de também ser fera.

Toma um fósforo. Acende teu cigarro!  
O beijo, amigo, é a véspera do escarro,  
A mão que afaga é a mesma que apedreja.

Se a alguém causa inda pena a tua chaga,  
Apedreja essa mão vil que te afaga,  
Escarra nessa boca que te beija!

## MORTE

Sérgio Augusto de Munhoz Pitaki

"A morte é caritativa e o morto está tranquilo.  
Ah! Contra as dores não há outro asilo!"  
(Guerra e Paz, L. Tolstoi)

De algum lugar, em viagem desconhecida  
Vem acalmar os "áís" mais fortes,  
As dores mais pungentes,  
Mas vem sempre no seu tempo...!

Pelas entranhas, num sopro lento  
Ainda mergulhada nos corpos quentes,  
Deixa os pulmões sem finos cortes,  
Fica a pobre carcaça entristecida!

Embalados os sonhos, a vida escapada,  
O sopro contábil em nenhuma farmácia,  
Ramalhetes cheirosos, uma fita amarrada!

Chega vitoriosa com o vento Norte,  
Galgando os degraus com audácia...  
Mostra-se a bela e desconhecida Morte!

# CU CHI, A LENDA

DRA. VERA LUCIA DE OLIVEIRA E SILVA

**D**os horrores da guerra já se disse e já se mostrou tudo – e ainda não se mostrou nada, já que o Simbólico e o Imaginário não dão conta de cobrir o Real: sempre sobra um resto inassimilável e indizível. Então, sempre se pode tentar acrescentar algo.

A visita à lendária Cu Chi começa com a exibição de um documentário filmado na época. As imagens são autênticas, mas, como em todo filme, foram editadas com um cálculo. No caso, dar conta de um propósito ideológico, apresentando a versão vietnamita do mito de David e Golias. Entretanto, mesmo sem desprezar o grão de verdade que o mito (e o seu uso) comporta, e mesmo levando em conta a intenção nítida de propaganda patriótica, as imagens registradas pelo cineasta testemunham uma realidade indiscutível.

Quero falar dessa realidade, como eu a apreendo a partir do filme – em seguida tornada ainda mais concreta, quando, depois de se ver a película, pode-se caminhar agachado por dentro de segmentos dos túneis e visitar espaços de moradia e trabalho.

Cu Chi foi uma base militar vietcom (abreviatura para “vietnamita comunista”) localizada a noroeste de Saigon. Sua localização era conhecida. Entretanto, mesmo tendo sido bombardeada a ponto da área ter se convertido em um verdadeiro “triângulo de ferro”, sobreviveu por um tempo impensável. Por uma razão muito simples: não ficava na superfície e sim debaixo da terra, num complexo de túneis com sistema de ventilação (medem 200 km se somados) que conectavam entre si salas de reunião, dormitórios, refeitórios, cozinhas, poços de água potável, sistema de esgoto, trincheiras e oficinas.

Milhares de jovens guerrilheiros viviam ali: cozinhavam (um sistema inteligente de chaminés dispersava a fumaça do fogão de lenha rente ao chão, numa área extensa do bosque, de modo que não se denunciava a presença humana); comiam (conseguiram manter roças de mandioca e amendoim, mas também recebiam alimentos doados pela população pró Ho Chi Minh e que chegavam de toda parte); dormiam; faziam amor e tinham filhos; médicos operavam e faziam partos. Cada qual com a sua função. Na sua “hora de expediente”, cada um se dirigia a uma trincheira ou a uma tarefa ou missão e realizava o seu trabalho. Se guerreiros, recebiam condecorações segundo o seu desempenho: Palavras! Títulos! “Combatente Excelente Ma-

tador de Yankees”; “Combatente Excelente Destruidor de Tanques”; “Combatente Excelente Destruidor de Aviões”...

Títulos, resistência, sobrevivência: estes eram seus prêmios.

Nas oficinas, os resíduos de metal provenientes das bombas e os explosivos não detonados, recolhidos na superfície, eram reciclados e convertidos em novos artefatos para armar os guerrilheiros (aos quais também não faltava armamento regular). Ali também se faziam, com lanças de ferro ou de bambu, armadilhas tradicionais de caça, agora destinadas a capturar um inimigo, sem matá-lo, colocando-o em grande sofrimento, mas apto a gritar e pedir socorro, para atrair um grande número de companheiros: a armadilha visava trazer os demais para o massacre. Quando conseguiam atrair também um helicóptero para o resgate, o sucesso era total. Os vietnamitas, pequenos por natureza, pelo emagrecimento e por doenças tropicais, surgiam do nada, saindo do solo pela abertura de pequenos dutos camuflados, e desapareciam, como que por encanto, pelo mesmos buracos. Eram invencíveis, porque invisíveis.

Eram resistentes, persistentes, perseverantes, tinosos e determinados, mas também inteligentes, criativos, capazes de fazer e executar planejamento estratégico e montar uma logística perfeita para o abastecimento de armas, vestuário, alimentos e medicamentos – e colocavam tudo isso em jogo numa operação que acabou por se converter em mais um dos muitos modos de se usar a vida. Mesmo enquanto chovia fogo do céu, a comunidade seguia sua rotina, seus afazeres e seu descanso, seus trabalhos e seu lazer, seus projetos e suas esperanças de um futuro melhor, um dia, talvez.

Muita coisa no filme me leva a essa leitura. Mas a cena mais emblemática é a de uma menina que, dentro da trincheira, cuspiendo fogo contra o inimigo, num dado momento de júbilo dá palmadinhas entusiásticas no cabo do seu fuzil, como quem celebra um feito de seu animal de estimação. Tudo se passa como se ela estivesse se divertindo num “game”. A cena dura segundos, mas viverá na minha memória enquanto eu viver.

Para mim esse é o grande ensinamento de Cu Chi: a vida não se detém e, nos confins do horror, mesmo a custos de banalizar o mal, encontra o seu caminho – e segue. **❶**

# O QUE DEVEMOS APRENDER COM AS EPIDEMIAS: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

DR. JAIME LUIS LOPES ROCHA

**A** emergência de novas doenças transmissíveis, bem como a reemergência das velhas doenças que “haviam desaparecido” está sempre em alta na mídia moderna. Este fato é mais percebido quando há rápida expansão ou elevada morbimortalidade. Com a atual epidemia do novo Coronavírus (2019-nCoV) não é diferente, mas talvez devamos refletir os números e a história desta e de outras epidemias além da irracionalidade do medo que a mídia pode gerar nas pessoas.

Se focássemos esta matéria apenas no contexto das epidemias, que são caracterizadas pelo surgimento de qualquer doença transmissível nova, ou pelo aumento no número de casos, ou expansão para áreas não afetadas habitualmente, já teríamos assunto para diversas páginas. Entretanto, não poderíamos fazer comparações com as grandes endemias, que são doenças infecciosas localizadas em uma região limitada e com frequência estável, assim como não abordaríamos doenças ou situações de elevada mortalidade, porém não infecciosas.

O medo das doenças infecciosas não é exatamente uma novidade. O isolamento de leprosos está muito bem descrito nos textos do Velho Testamento em versos bíblicos. Mesmo antes de Cristo já existem relatos da quase total destruição de Atenas no século quarto a.C pela Peste. Entretanto, os melhores relatos e também os mais assustadores são da Peste Negra (1348 a 1720), que contabilizam a morte de dois terços da população das cidades afetadas e de quase toda Europa. A imagem que vem à mente são corpos empilhados e apodrecendo nas ruas enquanto aguardam as “carroças da morte”.

Neste contexto, encontra-se pela primeira vez em 1377 o termo Trentina, que foi o isolamento das pessoas a bordo de navios antes de desembarcarem na Itália, com a finalidade de evitar a introdução e propagação da Peste. De trinta se passou a quarenta e o termo quarentena foi difundido. Porém, as políticas aplicadas para se deter e segregar os sujeitos suspeitos de carrear doenças foram as mais variadas e confusas, perpetuando até o século 19 por

ocasião das epidemias de cólera. Estas políticas imprecisas, assim como a ocultação de dados, foram os principais motivos que levaram muitas autoridades ao descrédito.

No presente, o problema talvez seja o excesso de dados sem a devida discussão. O atual surto que estamos enfrentando é causado por um novo Coronavírus (2019-nCoV), que se trata de mais um vírus RNA de origem animal, portanto uma zoonose. Os vírus RNA são mutantes por natureza e associados com diferentes epidemias e pandemias (ex: Ebola, Sarampo, vírus associados com resfriados etc). Somente os Coronavírus já foram associados a duas outras epidemias de grande relevância. Apesar de descritos desde a década de 60, estavam até 2003 associados somente com resfriado comum. A primeira epidemia detectada e de grande relevância foi associada com o SARS-CoV em 2003, com surgimento na Ásia e 10% de letalidade (Síndrome Respiratória Aguda Severa associada com Coronavírus). A segunda epidemia foi associada com o MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio), que surgiu na Arábia Saudita em 2012, a partir de dromedários, com letalidade de 35%.

A epidemia atual já contabilizava em meados de fevereiro, segundo a OMS, mais de 40 mil casos confirmados e passando de 1 mil óbitos. As melhores estimativas contabilizam uma letalidade de 2 a 3%. Importante neste momento destacar o fato de os casos assintomáticos ou pouco sintomáticos não serem diagnosticados, o que dificulta muito as análises de futuro.

Este surto fez o termo quarentena ganhar uma nova dimensão. Toda uma cidade com milhões de pessoas foi fechada. Obviamente, antes do decreto final do fechamento da cidade em quarentena, Wuhan já havia registrado o sumiço de milhões de pessoas. Ainda não há relatos concretos da real efetividade desta medida, mas se pode perceber que é difícil segurar o vento.

Uma pausa em Coronavírus para algumas comparações se faz necessária. Desde 2014 já foram contabilizados mais de 25.000 casos de Ebola, com mais de 11 mil



*"Inferno, Canto XVIII", de Sandro Boticelli, desenho de 1480 e que se encontra no Staatliche Museen, em Berlim, Alemanha.*

óbitos. Devido ao aumento de casos no Congo, em 17 de julho de 2019, a OMS declarou estado de emergência internacional de saúde pública, o que não recebeu grande repercussão mundial e a maioria das pessoas sequer teve notícia. Somente nos primeiros dias de 2020 já tínhamos 12 casos confirmados. Alguém poderia contestar que isso está contido em apenas um país e a transmissão não é respiratória ou gotículas. Se esse argumento serve para acalmar alguns indivíduos, estes mesmos deveriam estar alarmados com mais de 13.500 casos de Sarampo, com 15 óbitos em 2019 no Brasil, com a maioria dos casos em São Paulo e Paraná. Se o número de óbitos não chama atenção, basta destacar que no mundo houve 142.000 óbitos por Sarampo em 2018. Isso dentro de uma doença que poderia estar erradicada do planeta, assim como ocorreu com a varíola, com o uso de vacinas. Ainda dentro das doenças respiratórias, os relatos oficiais falam de mais de 10 milhões de casos de tuberculose no mundo em 2017, com mais de 1,6 milhão de óbitos, sem falar no crescimento das formas de tuberculose que são resistentes a basicamente todos os tratamentos disponíveis.

Ainda dentro do grupo das infecciosas, vale lembrar que o Brasil registrou 14 óbitos por Febre Amarela de um

total de 82 casos ocorridos em 2019. Por último, neste mesmo grupo, a malária afeta mais de 250 milhões de pessoas por ano no mundo e mata mais de 860 mil destas pessoas, todos os anos.

Já que iniciamos este paralelo com outras doenças, cabem mais alguns números assustadores que não recebem o mesmo destaque que as novas epidemias. O Brasil tem mais de 10 mil suicídios por ano e o mundo contabiliza uma morte a cada 40 segundos pelo mesmo mal. Em nosso país, somente nos primeiros nove meses de 2019, houve mais de 30.000 mortes violentas e mais de 37.000 mortes no trânsito. Não cabe aqui discutir que cerca da metade dos homicídios permanece com seu caso em aberto após dois anos.

O futuro da atual epidemia é muito difícil prever, mas alguns pontos são certos: o Coronavírus é um dos patógenos emergentes e haverá novos surtos no futuro, tanto dos já descritos quanto de novas variantes. Apesar da evolução fantástica da medicina, vacinas e tratamentos não brotam do chão. É muito difícil conter o medo individual com dados populacionais.

As epidemias sempre foram, são e sempre serão motivo de discussões científicas, políticas e humanas. **❶**



"Morte e Vida", pintura a óleo sobre tela do pintor simbolista austríaco Gustav Klimt (1862-1918). Concluída em 1916, a obra está no Leopold Museum, em Viena.

## A VIDA E A MORTE DE GUSTAV KLIMT

DRA. CECÍLIA VASCONCELOS

**A** obra *A Vida e a Morte*, medalha de ouro na Exposição Internacional de Arte de Roma, em 1911, retrata os dois extremos: a vida e a morte.

A vida, à direita, adquire corpo robusto de formato oval, feito com cores quentes e vibrantes, expondo os sentimentos de conforto, alegria e movimento. Exibe também faces adormecidas, pois não sentem a presença da companheira de lado, que as observa. O que se percebe é que na maior parte da vida não sente a presença da morte.

Já a morte, à esquerda, é simbolizada por um esguio esqueleto, trajando túnica azul com cruzes de diversos formatos e tamanhos. O cetro vermelho em suas mãos revela seu domínio perante à vida. Sua feição é de paciente e observadora, como em prontidão.

Observa-se intensa relação entre as saliências dos corpos Vida e Morte. Suas curvas desenhavam um encaixe perfeito. União sublime. **❶**

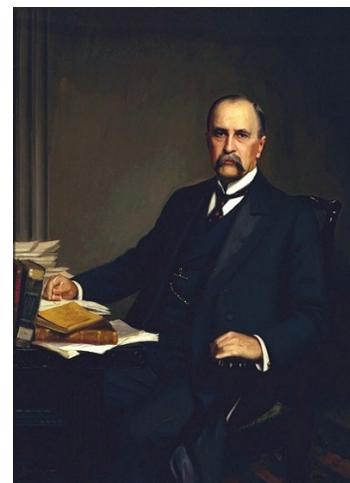
# Aequanimitas – Sir William Osler

DR. PAULO MARQUETTI

A palavra latina “aequanimitas”, ou equanimidade, resume toda a filosofia de Sir William Osler, os princípios que sempre pregou; seu lema da imperturbabilidade, do fleugma e da impassibilidade; o trazer os nervos sob o perfeito domínio, com firmeza da mão, da mente, do espírito, calma e infinita paciência; um “não vos deixeis irritar”, nem por injúrias, mantendo uma igualdade inabalável de ânimo, tanto na desgraça como na prosperidade; uma serenidade de espírito, um raciocínio calmo, moderação; equidade e imparcialidade no julgar; retidão. Um não esmorecer ante a adversidade nem esperar muito das pessoas com as quais lidamos. “Pela paciência resgatareis as vossas almas”. Esse era um dos grandes lemas de Osler. Essa era sua filosofia da equanimidade.

Osler apresentou a palestra “Aequanimitas” como discurso de despedida na Universidade da Pennsylvania, em 1º de maio de 1889, e posteriormente a publicou com outras palestras no livro *Aequanimitas*, em 1904.

Suas ideias sobre o que é ser médico enquadram-se muito bem com as ideias e a medicina praticadas pelo Dr. João Manuel Cardoso Martins, sendo este o motivo pelo qual aqui as transcrevemos. ❶



## Palavras de Mestre

*O poeta é um lutador. Esgrime as palavras, ora acertando-as, ora desperdiçando-as, porque nunca aprende a escrever. Está sempre aprendendo, sempre buscando as palavras e as formas certas, para que possam tocar mentes. Espantá-las com a diversidade humana. Era o que pensava João Cabral e que Drummond colocou tão bem em seu poema O lutador: “Lutar com palavras/ É a luta mais vã./ Entanto lutamos/ mal rompe a manhã.”*

*Tudo posto, um médico não alargará seus horizontes sem música, literatura e poesia, pois são as aptidões gerais que ajudam a desenvolver competências particulares ou especializadas. É o encontro da cultura científica com a cultura das humanidades, o amálgama do pensamento organizado. Pronto, está feito o grande encontro da arte e da ciência, nascedouro único para o desenvolvimento e acabamento em mentes bem organizadas, bem-feitas, rigorosas, onde só cabem provas, as dos cientistas. Também estes grandes aprendizes e lutadores. Os que tentam saber o que não sabem, pois o conhecimento brota do fascínio do assombro. Poético, não? Pois é, meu caro leitor, não podemos ser livres no rigor da ciência, que nos enquadra em seus preceitos de maneira severa. Ser, é ser livre. Mas isso só se completa no encontro da ciência com a arte, com a música e a literatura. Na aliança da poesia com a biologia.*



# GUIA DE BORDO

DR. PAULO MARQUETTI

**A**nte a proposta de sugerir uma Trilha Sonora para esta viagem no *lâtrico*, creio ser conveniente começar apresentando alguns esclarecimentos.

Sou contra as listas de 10 melhores, 1.000 lugares, 100 livros, as melhores músicas etc. Listas são sempre pessoais, parciais, incompletas e injustas, e tenho certeza de que tão logo esta lista tenha sido publicada não faltarão sugestões como “Você poderia ter incluído a música X, do compositor Y, é a melhor de todas!” ou críticas como “Não gostei da sua lista, é muito mórbida!”

A essas ou outras críticas que certamente virão antecipadamente peço desculpas e lhes dou toda a razão.

Minha missão foi compilar músicas que tivessem alguma relação com o tema central deste *lâtrico*, selecionando diferentes enfoques sobre ele, de modo que instigás-

semos os leitores a refletirem sobre a profundidade das abordagens; certamente algumas já foram ouvidas como música de elevador ou de loja, sem que lhes tivesse sido dada a merecida atenção.

Não incluí árias de óperas, por um motivo simples: em quase todas as óperas alguém morre. A escolha de algumas para esta lista certamente seria injusta para com as excluídas. Talvez pensemos nisso para outras edições.

Tomo a liberdade de acrescentar um pequeno comentário sobre o contexto de cada música com relação à morte, de modo a termos uma visão superficial, “*envol d’oiseau*”, como certamente diria o nosso ilustre Professor e amigo Dr. Hélio Germiniani, que espero os motive a analisarem com carinho cada música escolhida.

Desejamos a todos uma ótima viagem!

## TRILHA SONORA

### TEIXEIRINHA

*A Morte Não Marca Hora* (1984)

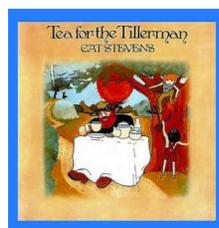
Vitor Mateus Teixeira gravou essa música em 1984, um ano antes de morrer, aos 57 anos. Ela parece-me oportuna para iniciar esta lista por nos lembrar da imprevisibilidade da morte, ao mesmo tempo em que descreve como ele deseja ser velado, antecipando o que hoje chamamos de canatanásia, que é preparar a despedida como o morrente deseja que ela seja.



### SOKO

*We Might be Dead by Tomorrow* (2012)

Stephanie Sokolinski aqui nos lembra de não deixarmos de curtir um relacionamento, deixando-o para depois, pois poderá não haver um depois.



### CAT STEVENS

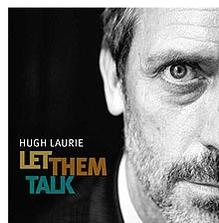
*But I Might Die Tonight* (1970)

Lembra-nos de que nos deixamos levar pelas pressões do trabalho e das cobranças sobre como devemos nos comportar, esquecendo-nos de que podemos não estar vivos amanhã.

### HUGH LAURIE E IRMA THOMAS

*John Henry* (2011)

Nesse clássico do blues, John Henry, um trabalhador na construção de ferrovias na Virginia do Oeste, sofre morte súbita no trabalho perfurando rochas. A música cita o pressentimento na infância de que ele morreria na ferrovia, a sua morte por excesso de trabalho, o velório e o luto da sua esposa. É um exemplo da “morte ruim”.





ENTRE NESTA VIAGEM COM O DIÁRIO DE BORDO.  
TRILHA SONORA DO IÁTRICO NO SPOTIFY:

<http://tiny.cc/iatrico37>



### KATE BUSH

*Army Dreamers* (1980)

A morte de jovens na guerra é vista em toda a sua crueza por uma mãe que vai receber seu filho no aeroporto, entregue pelo B.F.P.O. (correio do exército britânico) em um caixão metálico, e leva um ramallete de flores roxas para enfeitar o herói da mamãe. Extremamente pungente, tanto quanto verdadeira. Mais uma “morte ruim”.



### PEARL JAM

*Last Kiss* (1999)

Outra “morte ruim”, com um acidente em que o narrador não conseguiu controlar seu carro, matando a namorada, e decide que vai se comportar bem para poder encontrá-la no céu. Dispensa maiores explicações.



### TITãs

*Flores* (1989)

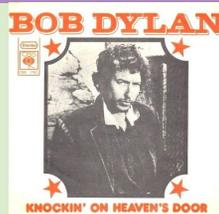
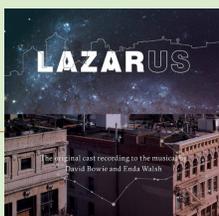
O suicídio, outra “morte ruim”, é aqui retratado sob a visão do suicida contemplando seu velório. Poesia concreta no melhor estilo da banda.



### DAVID BOWIE

*Lazarus* (2016)

A despedida formal de Bowie, lançada poucos dias antes de sua morte. É a transição nesta lista para a “boa morte”, em que o morrente se prepara psicologicamente para a sua chegada. Nem por isso é menos triste.



### BOB DYLAN

*Knockin' On Heaven's Door* (1973)

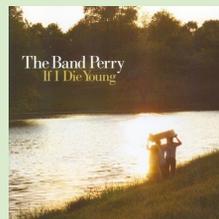
Muito conhecida, essa balada merece ser reouvida com atenção. Dylan refere-se a um policial baleado em serviço que morre nos braços da mãe pedindo para ela guardar seu distintivo, pois não vai mais precisar dele. Mais uma “morte ruim”.



### CONCRETE BLONDE

*Tomorrow, Wendy* (1990)

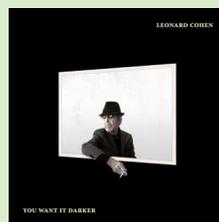
Aqui temos menção a duas “mortes ruins”, a de J.F.Kennedy e a de Wendy, uma jovem que está morrendo de AIDS.



### THE BAND PERRY

*If I Die Young* (2010)

Uma jovem descreve, caso morra jovem, como quer ser vestida, como será sua despedida e como espera que seja seu contato com Deus. Ainda uma morte considerada ruim, pela sua precocidade, mas com o seu pedido da preparação da despedida, mais adequada às “boas mortes”, em que se tem tempo para preparar o morrente e sua família.



### LEONARD COHEN

*Leaving the Table* (2016)

Lançada duas semanas antes da morte de Cohen, aos 82 anos, ele afirma: “Estou deixando a mesa, estou fora do jogo; já não reconheço as pessoas na sua moldura.” Mostra como ele estava preparado para receber a morte. O álbum todo, *You Want It Darker*, segue esse contexto.



**EVANESCENCE**

*Secret Door* (2016)

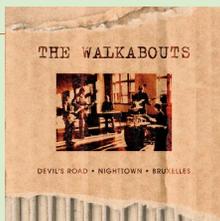
A despedida do morrente é retratada com extrema poesia, e Amy Lee o faz com perfeição, deixando-nos a frase “All life lives on if we’ve ever loved it.” Mais uma “boa morte”.



**THE WALKABOUTS**

*Forever Gone* (1997)

O homem volta do enterro da amada oscilando entre a dor da perda e a sensação de culpa, o que nos sugere um provável assassinato. Balada ao estilo shakespeariano, reporta-nos à inexorabilidade da morte.



**SINÉAD O’CONNOR**

*I’m Stretched on Your Grave* (2012)

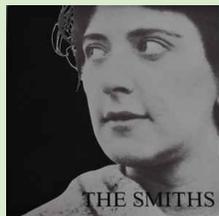
Nessa gravação ao vivo e a capella, a interpretação emocionada reflete o quanto o luto pode ser pesado. A metáfora de ficar deitada sobre a sepultura do(a) amado(a) até morrer, provavelmente de hipotermia, serve perfeitamente ao estado depressivo decorrente da perda, que pode ser extremamente grave.



**FRANCISCO ALVES E MÁRIO REIS**

*Fita Amarela* (1930)

Na penúltima música da nossa trilha, proponho lembrar essa marchinha carnavalesca em que o morrente dá orientações sobre como quer que seja o seu velório e despedida, tudo em alto astral. Isso – a escolha de como será o velório e a despedida pelo morrente – é o que hoje chamamos de canatanásia. Chega de baixo astral na nossa viagem...



**THE SMITHS**

*Girlfriend In A Coma* (1987)

O pressentimento da morte da amada, com a sensação de impotência e o desejo de vê-la pela última vez. Pungência ao estilo Morrissey.



**BOB DYLAN**

*See That My Grave Is Kept Clean* (1962)

Nesse blues clássico, em seu primeiro álbum, Mr. Dylan nos apresenta os desejos do morrente quanto aos cuidados com sua sepultura. Mantém-se aqui os preceitos da “boa morte”, com a gestão do morrer e dos cuidados após a morte pela família e amigos.



**TORI AMOS – Graveyard** (1996)

A imagem é a da mulher enlutada que vai ao cemitério cantar um acalanto para o seu amado dormir. Delicadeza e morbidez...



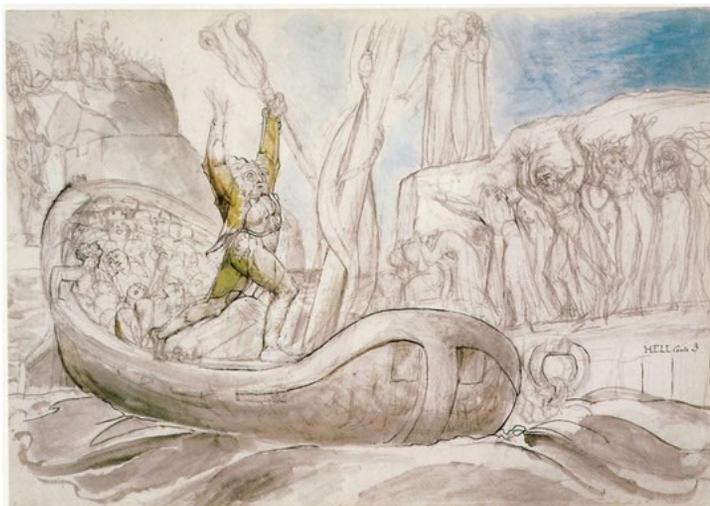
**BOB DYLAN**

*Death Is Not The End* (1988)

Existe algo após a morte? Ou ela é o fim de tudo? Independentemente da crença que se tenha – e respeitamos todas –, o nosso poeta maior do rock mostra aqui porque mereceu o Prêmio Nobel de Literatura em 2016. Nada melhor para encerrar esta viagem.

Espero que tenham gostado! 📍

*"Caronte e as almas condenadas", da obra de William Blake que ilustra A Divina Comédia, de Dante Alighieri.*



# Medicina, arte e ciência

**DR. CARLOS AUGUSTO SPERANDIO JUNIOR**

A faculdade forma médicos especializados em anatomia, fisiologia, fisiopatologia, farmacologia e os treina para atender pacientes. Em outras palavras, após um funil de seleção árdua, um pós-adolescente é submetido ao ensinamento sistemático de estruturas, funcionamento de processos, reconhecimento de disfunções, técnicas de tratamento convencional e é colocado para praticar tudo isso com pessoas reais. Pronto, está aí o médico.

Para aqueles recém-formados – após os seis anos do estudo convencional que sentem que precisam ir além – existe o caminho da especialização. Que nada mais é do que mais do mesmo: na maioria das vezes aprofunda-se com prática supervisionada. É o clássico “diagnóstico-tratamento”. É isso, faz aquilo.

Com o passar dos anos, os médicos que abraçaram a Ciência Médica como Arte se cansam. Cada paciente tem uma história única que a mesmice não dá conta. Chega um momento em que é necessário ajustar forçosamente as apresentações clínicas nas moldagens inflexíveis aprendidas. Quebrou-se o encanto ou estaria o encanto começando?

Surge o desejo de mais. As pessoas são mais que manifestações clínicas. O interesse é por elas, e não só pelas suas queixas. O médico, agora, procura por respostas que a Escola não foi capaz de lhe dar. Dúvidas aparecem como escotomas cintilantes: como usar da Arte sem negligenciar a Ciência? Como ser ético sem deixar de aproveitar o conhecimento trivial que lhe fora ensinado?

Buscas necessárias se iniciam por todas as áreas do conhecimento. A religião traz grande lição. Amor acima

de tudo. Aos poucos se faz claro que sem amor nada existe. Nem na Medicina, nem na Vida. Os melhores resultados acompanham os doutores mais amorosos. Medicina é sim ao mesmo tempo sacerdócio e profissão, não sendo jamais vedada remuneração à altura da complexidade em que é oferecida. Os médicos há muito têm função de destaque na sociedade humana.

A filosofia traz questionamentos. Força a necessária revisão da Arte. O que não aparece no nosso campo de visão? O que tem além? Em qual ciência devo agora me apoiar sem deixar o obscurantismo comandar minhas propostas? Há de ser ético acima de tudo.

E o que dizer das ciências médicas hoje consideradas não tradicionais? Como os últimos 100 anos de Medicina podem simplesmente ter colocado as Artes seculares às margens dos processos? Numa época em que não se enxergava além do olho nu, usavam-se de modo mais acurado os demais sentidos, tal como os portadores de cegueira habilmente fazem. Seriam, à luz da clara-evidência atual, apenas algumas folhas de jornal velho?

Existiriam energias que ainda não são mensuráveis? Quem de nós nunca se deparou com situações em que não havia explicação para a melhora de determinado paciente que outra além da simples presença do médico? O médico sendo (a mais importante) ferramenta terapêutica!

Ser Médico é experiência que toda pessoa deveria viver. As lições aprendidas em cada contato com o outro são um verdadeiro “efeito borboleta”. Não há profissão mais íntima do ser humano. Para tanto, é preciso praticá-la como um. **❶**

## Seleção de filmes para ver e rever

### CORINGA (2019)

**POR QUE VER:** ganhou um festival europeu de renome (Urso de Ouro, em Veneza), apesar de ser americano (fato raro); perfeita caracterização do loser; principais referências são filmes consagrados de Scorsese (*Taxi Driver*, 1976; *O Rei da Comédia*, 1983), passando por *V de Vingança* (2006), de James McTeigue, e pelo seriado *La Casa de Papel* (2017); perfeita sincronia entre o enredo e as letras das belas músicas da trilha sonora, também premiada com o Oscar de 2020.



**DIRETOR E ATORES:** A obra mais conhecida do diretor Todd Philips é a divertida trilogia *Se Beber, Não Case* (2009, 2011, 2013), o que não permitiria imaginar tamanha evolução. O filme conta com magnífica atuação de Joaquim Phoenix, um dos melhores atores de sua geração, repletas de nuances e que viria confirmar seu favoritismo ao Oscar de melhor ator em 2020, e com pequeno grande papel de Robert de Niro, que disputa com Marlon Brando a primazia de ser o maior ator de cinema de todos os tempos, na pele do animador de auditório de TV que tem grande audiência graças à espetacularização midiática da desgraça alheia.

**NÃO PERCA DE VISTA:** a crítica aos sistemas de saúde não universais e suas possíveis consequências, e *last but not least*, a pergunta essencial sobre a maldade do personagem: intrínseca? Circunstancial? Ortega Y Gassetiana? (Eu sou eu e minhas circunstâncias, e, se não a salvo, não me salvo eu).

### PARASITA (2019)



**POR QUE VER:** filme sul-coreano, Vencedor da Palma de Ouro em Cannes e que levou Oscar como melhor diretor, melhor filme, melhor filme estrangeiro e melhor roteiro original. Por meio de duas famílias, retrata a desigualdade social em um país extremamente desenvolvido. Temática, portanto, atual e relevante. A primeira parte, que trata da infiltração da família pobre, pode ser vista como uma ligeira comédia de costumes, mas à medida que o filme se desenvolve o tom muda completamente.

**DIRETOR E ATORES:** Bong Joon-ho realizou bons, mas um tanto superestimados, filmes (*Expresso do Amanhã*, 2013; *Okja*, 2017). Esse talvez seja o seu melhor, mas, no geral, as suas boas intenções ainda são superiores às suas realizações.

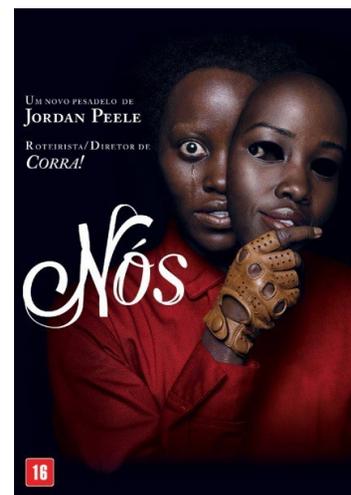
**NÃO PERCA DE VISTA:** o retrato estereotipado, mas que não deixa de ser fiel, em muitos casos, da família rica; a cena do aniversário da criança da família rica é um resumo de como as pessoas do andar de cima costumam enxergar seus semelhantes do andar de baixo.

## US (2019)

**POR QUE VER:** o duplo no cinema já rendeu alguns belos filmes (*O Médico e o Monstro*, 1941, de Victor Fleming; *Os Gêmeos: Mórbita Semelhança*, 1988, de David Cronenberg; *A Outra Face*, 1997, de John Woo), porém, como filme que trata de graves questões sociais, no gênero terror, com certeza é a primeira vez. Um filme único e de imensa originalidade tanto na forma quanto no conteúdo.

**DIRETOR E ATORES:** Sempre contando histórias com forte componente racial e após ter realizado o também inusitado *Corra*, Jordan Peele se inscreve aqui no pequeno panteão dos criadores (Welles, Hitchcock, Chaplin etc.). Exagero? O tempo dirá. A musa Lupita Nyong'o tem papel arrebatador e outros destaques vão para Elisabeth Moss (dos seriados *Contos da Aia* e *Mad Man*) e para a pequena Shahadi Wright Joseph.

**NÃO PERCA DE VISTA:** o sutil título do filme, que pode ser interpretado como Nós, mas também remete às letras iniciais dos Estados Unidos da América; o terror produzindo um grande filme como poucos no gênero (*Deixe-me Entrar*, 2010, de Matt Reeves; *O Iluminado*, 1980, de Stanley Kubrick).



## FORD VERSUS FERRARI (2019)



**POR QUE VER:** tinha tudo para ser mais um filme sobre corrida de carros e com um título pra lá de desinteressante. Ledo engano. Um grande filme, emocionante nos dois sentidos, de ação e de sentimentos e baseado em fatos reais. Mostra de maneira subliminar a figura do capitalista selvagem (Henry Ford II, seguindo a trilha do pai filonazista) versus a do pequeno empreendedor americano que age por idealismo, lembrando os filmes do grande Frank Capra.

**DIRETOR E ATORES:** James Mangold já dirigiu bons dramas (*Garota Interrompida*, 1999; *Johnny e June*, 2005) e um excelente western (*Os Indomáveis*, 2007). Matt Damon cumpre bem o seu papel de ex-piloto e atual vendedor e construtor de carros, mas o destaque vai mais uma vez para Christian Bale, excelente ator desde criança (*Império do Sol*, 1987), que faz o piloto desajustado que concorre na Le Mans pela Ford competindo com a invencível Ferrari.

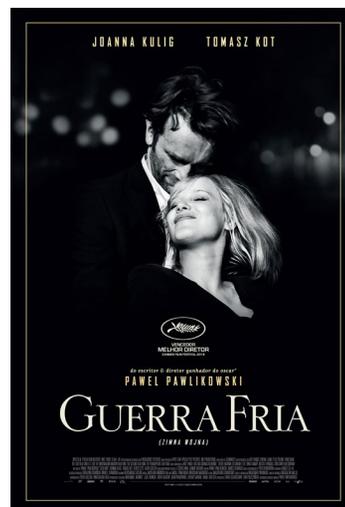
**NÃO PERCA DE VISTA:** as provas de amizade a que são submetidos os dois personagens principais do filme, que remete ao pensamento de Max Weber sobre a ética da convocação e a ética da circunstância, mostrados aqui de maneira leve e pragmática, e que já havia sido objeto de estudo do autor em *Os Indomáveis*; o padrão de comportamento e aparência exigidos para uma atividade tida como glamurosa como piloto de carros de corrida; o fim do filme, com o sempre bem-vindo resumo do que aconteceu posteriormente na corrida de Le Mans e o destino dos principais protagonistas. Segure as lágrimas, se conseguir.

## GUERRA FRIA (2018)

**POR QUE VER:** ganhador de 35 prêmios em 106 indicações, esta obra-prima polonesa sobre os encontros e desencontros amorosos de um casal de artistas (ela, cantora; ele, compositor e maestro) às voltas com um sistema de governo (comunista) que exige arte engajada.

**DIRETOR E ATORES:** Pawel Pawlikowski, após o belo *Ida* (2013), consegue excelentes desempenhos do par central, contrapondo a beleza esfuziante de Joanna Kulig à timidez melancólica de Tomasz Kot. Seguindo a forte tradição política do cinema polonês, Pawel Pawlikowski bebe na mesma fonte dos outros grandes diretores do país: Roman Polanski e, especialmente, Andrzej Wajda.

**NÃO PERCA DE VISTA:** a sutil crítica aos regimes autoritários que impedem o desenvolvimento de uma arte sem rótulos; o início do filme, quando o maestro visita o interior da Polônia em busca de sons nativos que possam ajudá-lo na composição de suas músicas contemporâneas; filmado em esplêndido preto e branco, o filme remete a outro clássico do amor impossível (*Casablanca*).



## A MULA (2018)



**POR QUE VER:** um filme de Clint, se não for excelente, pelo menos é sempre muito acima da média. A história do idoso falido que precisa dar um presente para a neta e se impor como *winner* perante a ex-mulher, família e sociedade, e por conta disso aceita ser mensageiro (mula) de grandes cargas de droga. É uma pequena grande obra.

**DIRETOR E ATORES:** Clint Eastwood é o caso clássico de diretor que superou os seus mestres (Sérgio Leoni e Don Siegel). Ator de *spaghetti westerns* ou protagonizando *Dirty Harry*, representando quase sempre o mesmo tipo de herói calado, armado e perigoso é um case no mundo cinematográfico. A partir de *Bird* (1988), biografia de Charles Parker apresentada em Cannes, foi reconhecido como autor na meca dos *auteurs*, apesar de já ter demonstrado toda a sua técnica no excelente western *Cavaleiro Solitário* (1985). A partir de então, filmes como *Os Imperdoáveis* (1992), *As Pontes de Madison* (1995), *Sobre Meninos e Lobos* (2003), *As Cartas de Iwo Jima* (2006), *Gran Torino* (2008), e muitos outros, tornaram-no um dos maiores diretores do cinema contemporâneo. A sua evolução como ator não foi diferente, de seu semblante impassível dos primeiros filmes se transformou também em grande ator. O filme ainda se dá ao luxo de contar no elenco com Bradley Cooper, Dianne Wiest, Andy Garcia, Laurence Fishburne, Michel Peña e com Alison Eastwood, a sua bela filha.

**NÃO PERCA DE VISTA:** o modo evidente como Clint se diverte dirigindo e atuando no filme; a maneira como Clint conta a história, tornando a plateia cúmplice do simpático anti-herói para que ele não seja pego ou punido; nas incursões sexuais do velho Earl com beldades de 60 anos a menos que ele, quando o politicamente incorreto perde terreno para o surreal.

## CAFARNAUM (2018)

**POR QUE VER:** ganhador de 33 prêmios em 37 indicações, este belíssimo filme libanês bebe na fonte do neorealismo para mostrar a trajetória de Zain pelas ruas de Beirute após se insurgir contra o matrimônio de sua irmã de 12 anos, obrigada a se casar pelos seus pais com um homem adulto, dono do apartamento onde moram.

**DIRETOR E ATORES:** Nadine Labaki, após dois filmes de temática mais regional (*Carmelo*, 2007; *E Agora, Aonde Vamos?*, 2011), realiza uma obra universal de grande sensibilidade e enorme valor ético. O ator Zain Al Rafeea, refugiado sírio de 14 anos descoberto nas ruas de Beirute, entrega uma performance perfeita, digna dos melhores desempenhos de um ator de sua idade.

**NÃO PERCA DE VISTA:** o imperativo categórico de Kant (o princípio que determina que devemos sempre agir de modo que nossas ações sempre fossem apropriadas para toda a humanidade), perpassa todo o filme; as ruas de Beirute, onde o garoto torna-se esperto o suficiente para se cuidar dos mal-intencionados que aparecem no seu caminho; ele é cuidado pela refugiada africana e cuida do filho dela; o diálogo final no tribunal, onde os pais são julgados, especialmente nas palavras de Zain sobre o que ele mais gostaria que os pais fizessem, ou melhor, não fizessem.



FILME CULT

## PHOENIX (2014)

**POR QUE VER:** uma sobrevivente de campo de concentração com rosto desfigurado e reconstruído busca seu idolatrado marido nos escombros de Berlim após a Segunda Guerra Mundial. Ecos de *O Terceiro Homem*, de Carol Reed (1949), na temática da busca da mulher pelo amante perdido e na importância da música tema para o filme, no primeiro na cítara de Anton Karas e aqui na envolvente *Speak Low* (*Speak low when you speak, love / Our summer day withers away too soon, too soon...*)

**DIRETOR E ATORES:** Christian Petzold se destaca na direção e no roteiro com a diva Nina Hoss em interpretação soberba.

**NÃO PERCA DE VISTA:** o título do filme (a boate homônima da cidade americana, mas também a ave que renasce das cinzas); os excepcionais filmes em que a vingança da mulher é *um prato que se come frio* (*Esposamante*, 1977, de Marco Vicario; *Dogville*, 2003, de Lars von Trier; *Kill Bill 1*, 2013, e *Kill Bill 2*, 2014, ambos de Quentin Tarantino); um dos finais mais apoteóticos do cinema..

Agradeço aos meus amigos José Luiz Cardoso e Guacira Mysen pela indicação de Phoenix. **i**



*"A punição de Jacopo Rusticucci e seus companheiros" (Canto XVI), da sequência de obras de Blake para ilustrar A Divina Comédia.*

## Diagnóstico: *entre a arte e a ciência*

DR. MANOEL EDUARDO ALVES CAMARGO E GOMES

Como dizia meu saudoso amigo João Manuel, “médico vive de diagnóstico. Sem um bom diagnóstico, nunca haverá um bom tratamento. Sem diagnóstico você não faz nada pelo paciente.”

Na didática desse extraordinário médico, “para diagnosticar, você faz um raciocínio muito complexo com sinais e sintomas, onde você valoriza umas coisas, não valoriza outras, dá mais peso a umas do que a outras, até chegar à concretude.” Para ele, “fazer um diagnóstico, formular as hipóteses, chegar a uma conclusão e decodificar uma poesia é um processo muito semelhante.”

O que motivaria um reconhecido mestre em diagnóstico, com obstinado apego pela ciência, ao final de sua longa experiência em clínica médica, considerar o processo de decodificação poética semelhante ao processo de formulação diagnóstica?

Para responder, é importante contextualizar que essa opinião foi formulada no âmbito de uma longa entrevista, publicada pelo CRM-PR em 2016, em resposta a um conjunto de provocações sobre os limites da ciência e a incorreção de toda pretensão científica de certeza.

Nessa longa entrevista, ao ser indagado se a fala do paciente seria útil na construção da hipótese diagnóstica, João Manuel respondeu: “A fala do paciente é imprescindível na fundamentação do diagnóstico. Eu consigo fazer diagnóstico pela fala do paciente em pelo menos 80% dos casos; só pela fala. Os 10% restantes ficam por conta de exame físico, e os outros 10% de exames complementares. Então, a palavra é líder, ela é fundamental para o diagnóstico e é por isso que a preservo tanto.”

Ao ser indagado se teria um conselho que fosse fundamental para se fazer um bom diagnóstico, ele respondeu: “Eu acho que o fundamental é você aprender a pensar os dados que a medicina te dá (...). Os livros de medicina dão informação; eles não ensinam a raciocinar. É um ou outro só que ajuda a raciocinar. Então, eu sempre busquei fontes que me ajudassem a raciocinar. Vou dar um exemplo: eu sempre tive um carinho muito grande pelas discussões anatomoclínicas do *New England Journal of Medicine*, porque ali tem o relato do caso do paciente. Aí vão os médicos e colocam os dados que acharam nesse paciente, do radiologista etc. Há um relator que vai tentar fazer o diagnóstico. E, por fim, entra o patologista, que fez a necropsia do paciente e vai dizer se aquilo é verdadeiro ou não. E, surpreendentemente, em pelo menos 25% dos casos, o relator está errado, mesmo quando estuda profundamente um caso. Claro que são casos complexos, mas é o tipo da situação que ajuda você a raciocinar.”

Esses pequenos excertos dessa longa entrevista são suficientes para desconstruir a falsa impressão de que o processo diagnóstico deve se limitar à aplicação do conhecimento técnico-científico à realidade. Um processo que se daria no campo das certezas e das objetividades.

Ao dar maior importância à palavra do que ao exame clínico e aos exames complementares, João Manuel transporta o processo diagnóstico ao complexo campo das subjetividades e das incertezas. Um campo onde a produção da fala depende de determinações conscientes e inconscientes do paciente e do próprio médico, uma vez que a fala nasce no âmbito de uma relação que, por si só, reproduz e amplia as variáveis subjetivas.

Mas não é só: ele nos orienta no sentido de que o trato que devemos dar à palavra deve ser semelhante ao processo de decodificação poética. Não basta simplesmente ouvir o paciente, é necessário ativar um processo de interpretação. Aqui, é preciso reconhecer, com Fernando Pessoa, “que nunca é o que se vê quando se abre a janela”, assim como nunca o que é, é só que se ouve. O processo de interpretação implica o destemor de avançar para além

da fala, considerando, inclusive, os não ditos, os silêncios que se interpõem no discurso.

Esse ir além da fala deve considerar, ainda, o que nós, juristas, chamamos de “contrafenomenalidade”, ou seja, a possibilidade de uma contradição entre o aparente e o real. Assim, cabe não apenas buscar o fundamento, mas também ter em conta a possibilidade de que a narrativa pode encerrar afirmações que constituem uma oposição ao real: a mencionada dor de cabeça pode não ser dor de cabeça.

Quando o João Manuel afirmou que fazer diagnóstico é valorizar umas coisas e não valorizar outras, dar mais peso a umas do que a outras, ele nos convidou a encarar o processo diagnóstico como um processo de escavação em busca da base causal do sintoma reclamado. Trata-se de uma perspectiva na qual a ciência escava sempre mais profundamente, movendo-se de um estrato da realidade para o próximo, desvelando em cada estrato um ou mais elementos causais que virão a constituir a hipótese diagnóstica. Como diz o filósofo da epistemologia da profundidade R. Baskar, “a ciência está verticalmente em movimento em um mundo horizontalmente em movimento.”

Trata-se de conceber o processo diagnóstico como um processo que, partindo do audível e do visível, apresentado pelo cliente por ocasião da consulta, utilizando as ferramentas dadas pelo conhecimento técnico e científico, emprega a razão e a experiência para atravessar a superfície da aparência e encontrar os elementos causais subjacentes que constituíram a base ou o fundamento do diagnóstico.

Como visto, um processo complexo, que parte do aparente – considerando objetividades e subjetividades, visibilidades e invisibilidades, falas e silêncios, razão e experiência – para construir hipóteses diagnósticas que indiquem sua presença no real, ainda que nele elas não estejam visíveis.

Ao tratar da interpretação das leis, como advogado, sempre tenho em mente o exemplo dado por M. Ponty de que uma tela com um risco ao meio, exposta no Louvre, nunca é apenas uma tela com um risco. É sempre muito mais, no caso, um horizonte artisticamente representado. Do risco, vemos o horizonte; o horizonte está no risco. Daí o João Manuel dizer que na fala encontra os elementos para 80% de seus diagnósticos. Para tanto, não basta apenas conhecimento científico e técnica.

Como disse ao concluir a mencionada entrevista: “Claro que os livros me ajudaram muito, mas a vida me ensinou muito mais.”

Pois é, o diagnóstico tem como objeto a vida. **❶**



# A MORTE DE IVAN ILITCH

DR. MAURÍCIO DE CARVALHO

**S**em necessidade de spoilers. Em 1886, quando Lev Tolstói escreve a magistral *A morte de Ivan Ilitch*, percebe-se claramente do que vai se tratar. A novela expressa o tema da morte e o sentido da vidana trajetória do personagem principal, o juiz Ivan, que vive um momento de estagnação profissional e de desencanto familiar.

Tolstói consegue, em poucas páginas, retratar a morte em seus vários aspectos, como analisado a seguir. Antes, porém, uma observação: em meu ponto de vista, este texto é um daqueles de leitura obrigatória a todo médico. Um clássico!

**A morte como estorvo.** “Aí está, morreu; e eu não – pensou ou sentiu cada um. Quanto aos conhecidos mais próximos, os assim chamados amigos de Ivan Ilitch, pensaram então involuntariamente também que precisavam, agora, cumprir umas obrigações, muito cacetes, ir às exéquias, e também fazer uma visita de pêsames à viúva.”

**O isolamento.** “Por meio daquela mesma decência a que ele servira a vida inteira, todos os circunstantes rebaixavam o ato terrível, horroroso da sua morte, ele via bem, ao nível de um acaso desagradável, quase uma inconveniência; via que ninguém haveria de compadecer-se dele.”

**A ausência do afeto.** “Querida mais que tudo, por mais que se envergonhasse de confessá-lo, que alguém se apiedasse dele como de uma criança doente. Querida ser acarinhado, beijado, que chorassem sobre ele, como se costuma acarinhar e consolar crianças.”

**A incerteza do diagnóstico e a real necessidade do doente.** “O doutor dizia: isto e mais aquilo indicam que o senhor tem no seu interior isto e mais aquilo; mas se isto não se confirmar pela pesquisa disto e de mais aquilo,

teremos que supor no senhor isto e mais aquilo. Somente uma questão tinha importância para Ivan Ilitch: a sua condição apresentava perigo? Mas o doutor não dava importância a esta questão inconveniente. Do seu ponto de vista, ela era ociosa e não merecia exame.”

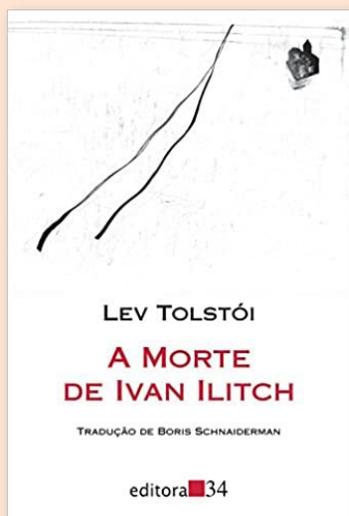
**A esperança: o sobrenatural reforçando o secular.** “Depois que veio o sacerdote e confessou-o, ele amoleceu, acreditou sentir-se aliviado a respeito de suas dúvidas e, portanto, de seus sofrimentos. Invadiu-o uma esperança passageira. De novo começou a pensar no ceco e na possibilidade de curar-se. Comungou com lágrimas nos olhos.”

**O verdadeiro cuidar (paliar), nas atitudes de seu humilde servo.** “E por isso Ivan Ilitch sentia-se bem unicamente na presença de Guerássim. Sentia-se bem quando Guerássim segurava-lhe os pés, às vezes noites a fio, e recusava-se a ir dormir.”

**A reconciliação final.** “E a morte? Onde está? Procurou o seu habitual medo da morte e não o encontrou. Onde ela está? Que morte? Não havia nenhum medo, porque também a morte não existia. Em lugar da morte, havia luz. – Então é isto! – disse de repente em voz alta. – Que alegria!”

Para nós, médicos, o que mais em particular nos diz essa obra literária em 2020?

A dúvida diagnóstica ainda está presente em nosso dia a dia, mesmo com todo o avanço tecnológico observado desde o século XIX. Aqui, a maioria dos ensaios propõe o diagnóstico de câncer (alguns arriscam o pâncreas como culpado) como o mais provável para Ivan Ilitch. Porém, o mais importante é não esquecermos de William Osler,



### DA BIBLIOTECA PESSOAL, SOBRE O MESMO TEMA:

- Ana Claudia Quintana Arantes  
A morte é um dia que vale a pena viver.
- AtulGawande – Mortais.
- Dráuzio Varella – O médico doente: a experiência de um médico como paciente.
- Joan Didion – O ano do pensamento mágico.
- José Saramago – As intermitências da morte.
- Paul Kalanithi – O último sopro de vida.

quando afirma que “o bom médico trata as doenças, mas o grande médico trata o paciente.”

Ficam bem determinados os vários estágios do luto pelos quais passou o personagem, em consonância com a descrição da psiquiatra Elisabeth Kübler-Ross, descritos em seu livro *Sobre a Morte e o Morrer*, de 1969: negação, raiva, negociação, depressão e aceitação.

Poucas circunstâncias são mais angustiantes para o médico do que o diagnóstico de uma doença incurável. E os passos seguintes, o manejo do prognóstico sombrio e da proximidade da morte, são aspectos que só recentemente vieram a ser tratados com a devida importância. A palição em casos similares ao de Ivan Ilitch envolve controle adequado da dor, preservação da dignidade do paciente e manutenção do convívio familiar e social.

Finalmente, a novela de Lev Tolstói, apesar do título, não deixa de ser uma reflexão sobre a vida. Segundo João Pereira Coutinho, colunista da Folha de São Paulo, “é de vida e não de morte que Tolstói nos fala.” **i**

### O QUE DIRIA SHAKESPEARE:

*“Os covardes morrem muitas vezes antes de sua verdadeira morte; os valentes provam a morte só uma vez.”*

JÚLIO CESAR

*“Tolo seria viver quando viver é um tormento. Temos, além disso, uma prescrição para morrer quando a morte é nosso médico.”*

OTHELO

*“O resto é silêncio. (Morre.)”*

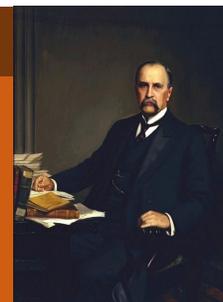
HAMLET

## Aforismos

WILLIAM OSLER

*“O primeiro degrau para o sucesso em qualquer trabalho é o interesse por ele.”*

*O ato importante é retirar de cada caso uma lição para sua educação. O valor da experiência não está em ver muito, mas em enxergar com sabedoria.*



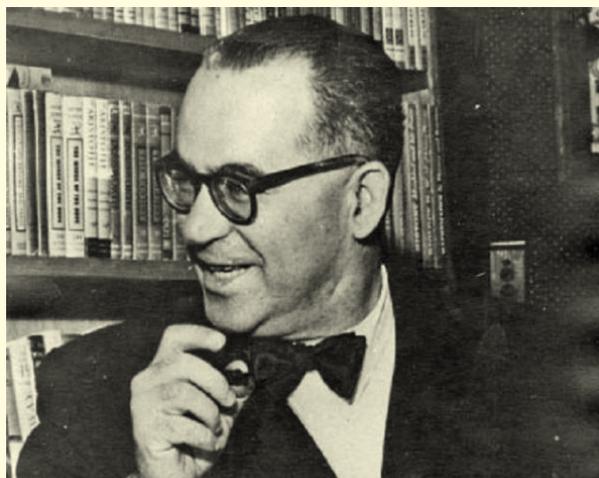
# Formas diferentes de dizer adeus: *Rosa e Manuel, Joões ímpares em seus ofícios*

DOS EDITORES

**J**oão Guimarães Rosa, formado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, considerado um dos maiores escritores brasileiros de todos os tempos, registrou na análise de seu legado: “Como médico conheci o valor místico do sofrimento; como rebelde, o valor da consciência; como soldado, o valor da proximidade da morte; como diplomata, o valor de consertar o que os políticos estragam.”

Eleito por unanimidade para Academia Brasileira de Letras, em 1963, adiou por quatro anos a posse, sentindo-se despreparado para “enfrentar” a emoção. Quando finalmente decidiu assumir a cadeira, disse, em tom premonitório: “A gente morre é para provar que viveu.” Faleceu três dias depois em seu apartamento, no Rio de Janeiro, aos 59 anos, vitimado por infarto. Naquele dia, preferiu não cumprir o ritual dominical de acompanhar a esposa à missa.

Nascido em Cordisburgo, Minas Gerais, em 27 de junho de 1908, já na infância exibia a sua genialidade, começando a dominar outros idiomas além do pátrio. Ingressou no curso médico aos 16 anos e, logo após se formar, entrou no serviço público e ganhou a patente de oficial médico. Aprovado em concurso para o Itamaraty, passou alguns anos como diplomata na Europa e na América Latina. Como cônsul-adjunto do Brasil em Hamburgo, na Alemanha, durante a Segunda Guerra Mundial, casou-se com Aracy de Carvalho, funcionária do Itamaraty, que seria reconhecida depois como heroína por ter contribuído para que muitos judeus fugissem da morte rumo ao Brasil.



João Guimarães Rosa - foto: Acervo JGR/USP

Guimarães Rosa era autor de *Magma*, *Sagarana* e *Com o Vaqueiro Mariano*, que já exaltavam o seu talento, quando, em 1956, lançou *Corpo de Baile: Noites do Sertão* e *Grande Sertão: Veredas*, esta sua obra mais marcante. Já tinha se candidatado uma vez para a Academia Brasileira de Letras e até sido indicado para o Prêmio Nobel de Literatura quando foi eleito para ocupar a cadeira nº 2, que tem como patrono Álvares de Azevedo. Quatro anos depois, com novas obras publicadas (*Primeiras Estórias*, *Campo Geral* e *Tutameia – Terceiras Estórias*), ele se viu encorajado a tomar posse. Seu discurso, que pode ser recuperado em sites de buscas, atesta sua cultura e domínio linguístico. E também, para alguns místicos, a mensagem de despedida.

## DESPEDIDAS



### JOÃO MANUEL

“A morte, como ela se apresenta à gente, é uma das maiores invenções que existe. Por um motivo simples: como você não sabe quando vai morrer, deixa de fazer mil besteiras, pois, se se soubesse quando iria morrer, seria um desastre. Iria acelerar um monte de coisas, de prazeres a poder, que não dariam certo. Então, eu acho que a morte está muito bem colocada como está.

Eu prezo a morte no sentido da boa morte, aquela que vem e leva a pessoa sem sofrimento, calmamente, sem maiores traumas. Tenho medo do sofrimento doloroso e da limitação que possa ocorrer por doenças e de doenças prolongadas que não levam a nada. Então, eu gostaria de ter uma boa morte. Essa é a minha profissão, sou amigo da morte; quer dizer, nem amigo e nem inimigo.

Eu diria o seguinte: estou pedindo prorrogação. E se estou pedindo prorrogação é porque acho a vida interessante. Mas se não tenho essa prorrogação, tenho de me resignar. Assim aceito. A morte não é uma contradição para quem escolhe a medicina. Quando fiz minha escolha, a morte não entrava nisso. Entrava a biologia. A morte não fazia parte.”

Por que a menção ao ilustre escritor no tema desta edição? No mínimo, para asseverar que sempre é possível fazer mais do que os limites em que somos exigidos, que há um universo infinito de criatividade a ser descoberto, exercido e partilhado. Não há que pensar em comparativos. Afinal, somos ímpares, e nossa arte se manifesta pelo lustre da conjugação do que falamos e do que fazemos. Como ensinado, devemos continuar usando a diplomacia na boa relação com os pacientes e no convívio pacífico e unido da classe médica para que gestos políticos construam e não desconstruam.

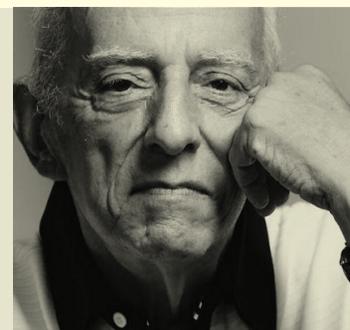
O médico e professor João Manuel Cardoso Martins, nosso mentor da revista *látrico*, não era supersticioso como Guimarães Rosa, mas era singular na destreza da linguagem e poesia e também faleceu no ápice do seu potencial literário. Houve semelhanças até em suas datas do nascer e do partir. João Manuel era de 26 de junho; Guimarães, do dia 27 do mesmo mês. O romancista-diplomata faleceu em 19 de novembro de 1967; João, vindo de Portugal ainda criança, tinha 67 anos quando faleceu, em 18 de novembro de 2014. Consciente de sua doença, em suas últimas palavras expressou-se conformado à morte: “É isso que se apresenta e estou resignado a isso; não que eu queira. É assim o jogo. Vai terminar aos 45 minutos do segundo tempo? Acabou!”

No amanhecer de humanidades lançadas por ambos em suas vivências, hão de brilhar esperança, consciência e maturidade. **❶**

### RUBEM ALVES

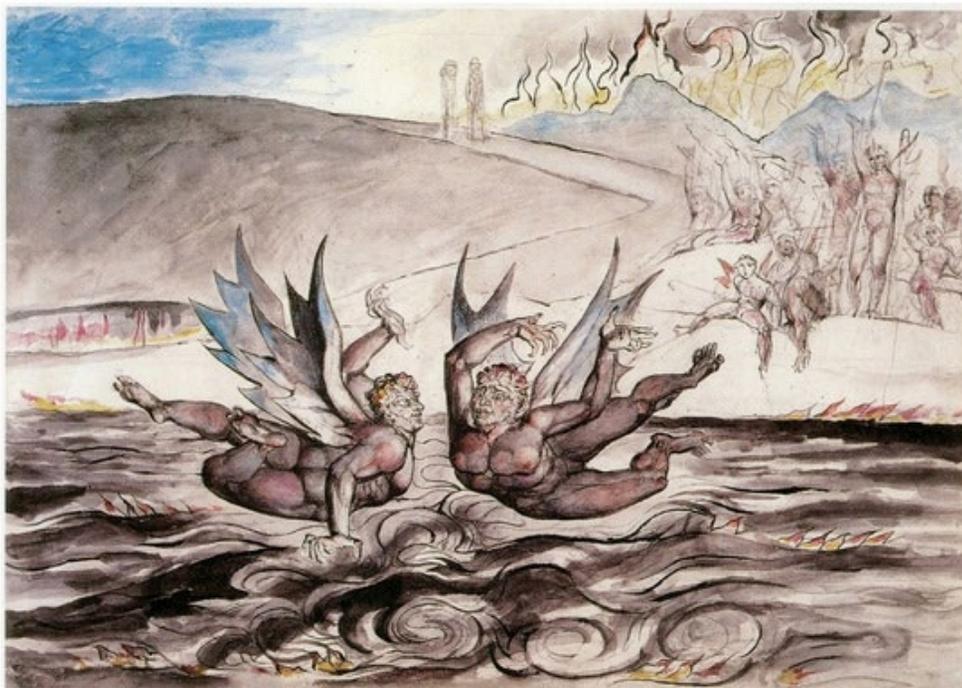
“A vida começa com uma chegada. Termina com uma despedida. A chegada faz parte da vida. A despedida faz parte da vida. Como o dia, que começa com a madrugada e termina com o sol que se põe. A madrugada é alegre, luzes e cores que chegam. O sol que se põe é triste, orgasmo final de luzes e cores que se vão. Madrugada e crepúsculo, alegria e tristeza, chegada e despedida: tudo é parte da vida, tudo precisa ser cuidado. A gente prepara, com carinho e alegria, a chegada de quem a gente ama. É preciso preparar também, com carinho e tristeza, a despedida de quem a gente ama.

Sabem que os opostos não são inimigos: são irmãos. Noite e dia, silêncio e música, repouso e movimento, riso e choro, calor e frio, sol e chuva, abraço e separação, chegada e partida: são os opostos pulsantes que dão vida à vida. Vida e Morte não são inimigas. São irmãs. Chegada e despedida... Sem a frase que a encerra a canção não existiria. Sem a Morte a Vida também não existiria, pois a vida é, precisamente, uma permanente despedida...”



# Considerações atuais sobre a guerra e a morte

DRA. VERA LÚCIA DE OLIVEIRA E SILVA



"Luta entre demônios 1". Obra de William Blake integrante do acervo de ilustrações de *A Divina Comédia*.

## 1915

A Primeira Guerra Mundial, que começara fazia meses – e ainda se estenderia por mais três longos e mortíferos anos –, já mostrava sua face de horror. Impossível que os pensadores de então não estivessem, perplexos, colocando-se a pergunta: Por quê? Impossível, também, que considerações sobre a guerra não viessem juntas com pensamentos sobre os demais cavaleiros do Apocalipse. Aliás, a guerra é um cavaleiro que nunca anda sozinho: sempre traz consigo os outros três – a Fome, a Peste e, como corolário, a Morte (pelo menos era assim; agora, com a bomba nuclear, Guerra e Morte podem muito bem prescindir da Fome e da Peste).

Naquele cenário, Freud escreveu algumas importantes considerações atuais sobre a guerra e a morte. O que dizia, então, naquela atualidade, o pai da psicanálise? Seu pensamento permanece atual?

Antes de mais nada, convido a refletir se a psicanálise pode ter algo a dizer sobre a guerra e a morte, lembrando que ela só pode dizer o que escuta: ela só diz o que o sofredor humano informa, quando fala do seu sofrimento. Como um dos modos de produção de saber (ao lado da Magia, da Religião e da Ciência), permite construir elaborações sobre si mesmo – trata-se, portanto, de um modo de produção de saber sobre o particular de uma vida huma-

namente vivida. Em outras palavras, o saber da psicanálise é um saber clínico que deve ser elaborado um por um.

Ademais, a psicanálise tem uma ambição e um alcance muito limitados: oferecer a quem sofre um portal que permita passar da miséria neurótica para a infelicidade comum, em que é possível amar e trabalhar. Se tal passagem, pela redução do estresse, pode retardar a morte e prolongar a vida, é pura especulação, por mais que possa parecer razoável. Há uma certeza, entretanto: a qualidade da vida é melhor na infelicidade comum.

Dados esses limites, poderia da psicanálise advir um saber genérico, aplicável ao conjunto da humanidade? Nas suas considerações sobre a guerra e a morte, parece-me que Freud foi por aí. Entretanto, mesmo a psicanálise não tendo o que dizer sobre a Morte como conceito genérico, quanto a essa incidência inexorável do Real na vida humana, pode, sim, fazer-se relatora de qual é o pensamento dos homens – tomando os analisantes como representantes legítimos do Homo sapiens – acerca da morte: a sua própria e a dos demais.

Feitas as devidas ressalvas, vamos ao que Freud publicou em 1915:

Ele começa articulando que nossa decepção diante da guerra provém da perda de uma ilusão, da queda de um ideal. Qualquer um que estude as grandes guerras fica atônito diante da barbárie exibida por cidadãos procedentes de grandes civilizações, tão logo se vejam sob o significativo “soldado”, e se pergunta: “Como é possível que, sob as boas maneiras e o bom comportamento de homens e mulheres exemplares, esteja escondida tanta monstruosidade?”

Ocorre que as ilusões nos gratificam, porque evitam o desprazer e permitem gozar de satisfações. Então, quando se despedaçam no encontro com o Real, somos responsáveis pela decepção que sofremos, por termos escolhido, antes, o caminho fácil da ilusão: a de que somos feitos de puro amor e o impulso destrutivo não nos pertence.

Ora, o que a psicanálise escuta dizerem os analisantes não permite sustentar tal ideal. Ao contrário, o que o homem que fala de si confessa, sem exceção, é que se vê

tomado por impulsos primitivos – de amor e de ódio – que se fusionam para gerar a vida mental e seus desdobramentos práticos. Os impulsos agressivos nos habitam. É melhor não tomar distância dessa verdade.

Freud prossegue dizendo que os impulsos primitivos percorrem um longo caminho evolucionário para mostrarem sua eficiência no homem adulto. São inibidos, dirigidos a outros fins, mesclam-se, mudam de objeto e até se voltam contra a própria pessoa ou se transformam no seu contrário. Assim, egoísmo pode tornar-se compaixão; e crueldade, altruísmo. Essa concorrência (no sentido de que “correm juntos”) de impulsos opostos leva à condição que é praticamente a regra no funcionamento mental: à ambivalência dos sentimentos. Graças à ambivalência é possível encontrar amor e ódio numa mesma pessoa e, inclusive, em direção a um mesmo outro. Qualquer que seja a transformação dos instintos, entretanto, o novo não substitui o velho – que permanece indestrutível, disponível para, em determinadas condições, eclodir com toda a violência. A guerra parece oferecer o cenário perfeito para tal eclosão.

Infelizmente, a psicanálise não deixa abrigo para ninguém. Não adianta pensar que essas conclusões só se aplicam a doentes que vão falar com analistas. Não. Sobram evidências na interpretação dos sonhos, na psicopatologia da vida cotidiana e na produção de chistes, que o mesmo se passa com os que se consideram normais.

Sendo então, os impulsos destrutivos, um componente necessário à vida e indissociável da alma humana, admitilo é o melhor que se pode fazer: não só nos exclui de qualquer desonra, como também nos coloca em uma posição mais favorável – advertidos, podemos recusar as manifestações desses impulsos que nossa formação ética recusa. Sempre alerta, entretanto, pois há limites poderosíssimos: um deles, de natureza individual, o fato de que nossa razão não é uma potência independente e costuma se submeter à vida sentimental; outro deles, de ordem social, a regular dissolução de todas as conquistas éticas no seio da massa. A guerra é uma condição que torna permeáveis esses limites.

## 1932

**E**m 1932, Einstein escreveu uma carta a Sigmund Freud perguntando-lhe o porquê da guerra. Freud fez a ressalva de que só poderia esboçar como se apresenta à consideração analítica o problema de se prevenir a guerra e respondeu com um texto extenso e profundo, publicado no ano seguinte e reimpresso várias vezes desde então. Em sua resposta a Einstein, Freud retoma o que já havia escrito em 1915, nas suas considerações, e avança.

Inicialmente, comunica reflexões relativas ao estado de direito, uma construção social para fazer frente à força bruta, que se aperfeiçoa ao longo da história à custa de revoluções e/ou de evolução: o desenvolvimento cultural dos membros da coletividade. Deságua numa concordância com o próprio Einstein, afirmando sua crença de que só será possível impedir as guerras, seguramente, se os homens concordarem em estabelecer um poder central, com duas condicionantes obrigatórias: que seja criada tal instância superior; e que se lhe confira poder suficiente. Freud confessa que, então, considerava precárias as esperanças de que tal coisa viesse a suceder. Aludia à Liga das Nações, então recém-criada. Mesmo reconhecendo sua fragilidade, saudava a iniciativa como um ensaio poucas vezes empreendido na História da Humanidade e talvez jamais tentado em semelhante escala. Tal instância poderia, se pudesse, promover a superação da violência pela cessão de poderes locais a uma unidade mais ampla, mantida por vínculos entre seus membros.

Admitindo que uma comunidade humana só se mantém unida por um de dois fatores – a violência ou a identificação de seus membros a um ideário –, Freud lança a aposta de que o fator de união que poderia levar a um governo central (sempre lembrando que governar é um dos impossíveis freudianos) seria constituído de ideias dotadas do poder de traduzir importantes interesses comuns a todos os indivíduos.

Unir, agregar, congregar, estabelecer comunidades cada vez maiores – eis aí a função essencial de uma das forças instintivas primitivas, a Pulsão de Vida. Um governo central, por ficção que seja, é uma proposta solidária à pulsão de vida.

No segundo ponto de sua carta, Freud aborda outra proposição de Einstein: seu assombro pelo fato de que seja tão fácil entusiasmar os homens para a guerra e sua suspeita de que um instinto de ódio e destruição opere dentro deles.

Freud não poderia concordar mais plenamente. Volta a reapresentar o que já adiantara em suas considerações em 1915: a dualidade pulsional – Amor e Ódio, Eros e Thanatos; volta a comentar que as duas pulsões são impres-

cindíveis. De sua ação conjunta e antagônica surgem as manifestações da vida, mas avança uma novidade: a de que o instinto de destruição opera em todo ser vivo, ocasionando a tendência de levá-lo à sua desintegração, de reduzir a vida ao estado de matéria inanimada. Com essa elaboração, arrancada da clínica, a dualidade pulsional vai ganhar sua mais bem acabada versão nas palavras de Freud: Pulsão de Vida e Pulsão de Morte.

Tornando breve uma extensa e complexa elaboração, o que Freud conclui acerca da vigência da pulsão de morte e da possibilidade de se atuar contra a guerra: as tendências agressivas humanas podem ser desviadas de seus fins, ao ponto de que não necessitem encontrar sua expressão na guerra. Tradução: a pulsão de morte pode ser desviada para produções culturais que proporcionem satisfação integral ao sujeito, sobrando-lhe um resíduo, talvez inofensivo, seja para ser dirigido para os (di)semelhantes, seja para ser recolhido na forma de autodestruição. Sublimação é o nome técnico desse destino pulsional.

Freud prossegue, dirigindo-se a Einstein (e a nós): "Tudo o que estabeleça vínculo afetivos entre os homens atua contra a guerra. Estes vínculos podem ser de dois tipos: o amor (uma de nossas tendências instintivas); e as identificações. As identificações se constroem em torno a ideias em comum, ideias dotadas do poder de traduzir importantes interesses comuns a todos os indivíduos."

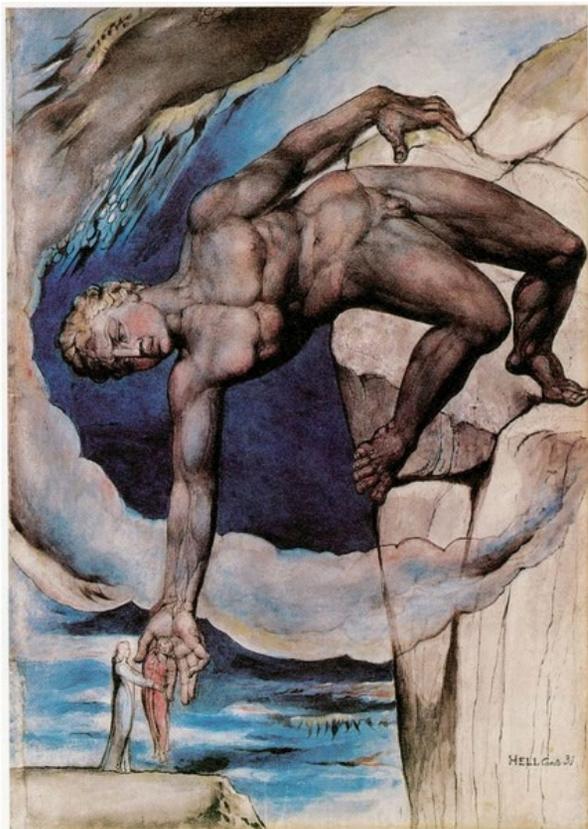
O terceiro ponto da carta de Freud é para mim controverso. Ele diz que vai responder à seguinte pergunta de Einstein: "Por que – você e eu – nos indignamos tanto com a guerra? Por que não a aceitamos como mais uma das muitas dolorosas misérias da vida?" E responde que somos pacifistas (os que o somos) por razões orgânicas. E alude à hipótese, que ele mesmo considera estranha, de que a evolução cultural traz consigo modificações orgânicas (em que pese a falta de evidência científica – pelo menos que eu conheça – de que o pacifismo esteja inscrito nos genes, quando penso na fonte orgânica das pulsões, de onde emanam as exigências de satisfação, tendo a concordar com Freud). Assim, seríamos pacifistas àqueles que não podemos, organicamente, não o ser.

Nessa hipótese, aos que já se tornaram pacifistas só restaria esperar que a evolução seguisse seu longo caminho e eliminasse os belicistas por inadequados à sobrevivência? Não. Freud vislumbra um atalho: a atitude cultural (tudo o que opera a favor da cultura trabalha contra a guerra) e o bem fundado temor da guerra futura podem levar à paz em um prazo mais curto.

## 2018

**Y**oval Noah Harari, em *21 lições para o século 21*, elenca três problemas urgentes para a humanidade contemporânea: a crise ecológica iminente; a ameaça crescente representada pelas armas de destruição em massa e pela guerra nuclear; e o surgimento de novas tecnologias disruptivas, no sentido de que invadem o espaço e o tempo com questões éticas anteriormente impensáveis. Dentro da crise ecológica, ele situa fatos que já não podem ser negados: o aquecimento global, com a elevação do nível dos oceanos; a constante redução no suprimento de alimento; e as migrações em massa.

Ele oferece 21 lições que ambicionam, tão somente, despertar a nossa perplexidade – esse instante de ver que pode desencadear um tempo de compreender, necessário a qualquer momento de concluir. Ele convoca a todos a que nos deixemos tomar por tal perplexidade, porque considera que sejam problemas que dizem respeito a todos e a todos envolverão em seus efeitos.



"Anteo coloca Dante e Virgilio no último círculo do inferno", numa das obras de Blake para ilustrar *A Divina Comédia*.

Deixo a dica para quem interessar possa – o livro é muito bom –, mas aqui vou recortar apenas o que ele põe na mesa quanto à guerra. No capítulo 11, o autor adota um subtítulo provocativo – *Nunca subestime a estupidez humana* – e desdobra que, embora a bomba nuclear tenha transformado qualquer vitória em uma guerra mundial em suicídio coletivo, nem por isso estamos salvos. Nos parágrafos sob o título *A marcha da insensatez*, ele vai dizer que, mesmo que guerras bem-sucedidas sejam impossíveis no século XXI (e ele explica o que seria uma guerra bem-sucedida), isso não nos dá uma garantia absoluta de paz. Não devemos jamais subestimar a estupidez humana. Tanto no nível pessoal quanto no coletivo, os humanos são propensos a se engajar em atividades autodestrutivas.

Outro historiador contemporâneo, Ian Kershaw, corrobora esse entendimento no seu livro *Dez decisões que mudaram o mundo* (2007) ao descrever o processo decisório que levou o Japão a declarar guerra aos Estados Unidos, demonstrando que se tratou de um verdadeiro haraquiri nacional (dizem que o termo correto é *seppuku*).

Como já disse, a agenda tríplice apresentada por Harari clama por respostas práticas e imediatas. Ele considera que tanto a compreensão dos três grandes problemas como o encaminhamento de eventuais soluções (não há garantia de que existam) passam por um consenso: o entendimento de que somos uma só civilização e de que problemas globais exigem cooperação global. Ele considera que o caminho nessa direção vê-se perigosamente ameaçado pela política isolacionista dos Estados Unidos e pelo estremecimento da União Europeia pelo Brexit, fatores que funcionam como redutores da esperança.

Eu escuto, nas elaborações intelectuais dos pensadores contemporâneos, ecos dos assentamentos publicados por Freud em 1915 e 1932 – daí concluo por sua atualidade e justifico o chamado à reflexão que aqui faço.

*Haikai*

DRA. VERA LÚCIA

*A gentil sem-hora*

*- lhe digo "olá!" todo dia -*

*vai levar-me embora*

## VOLTANDO A 1915: CONSIDERAÇÕES SOBRE A MORTE

**A**s considerações de Freud em 1915 dividiam-se em duas partes: nossa decepção diante da guerra; nossa atitude diante da morte. Quero, agora, tomar o segundo ponto.

Novamente lembrando que os assentamentos freudianos são extraídos de uma clínica da escuta, tudo leva a crer que o ser humano não acredita na sua própria morte e, para todos os efeitos, revela que, no seu inconsciente, está convencido de sua imortalidade.

Quanto à morte de nossos semelhantes, nossa atitude fica bem descrita simplesmente percorrendo-se o texto freudiano:

O homem civilizado evita cuidadosamente falar de semelhante possibilidade quando aquele que de morrer se trata esteja presente. Somente as crianças rompem esta interdição e chegam a extrair consequências da morte do outro: “Mãe, quando você morrer vou fazer isto e aquilo”. Adultos civilizados só consideram a possibilidade da morte do outro quando são médicos, ou advogados, para quem esta é uma consideração pertinente. A interdição torna-se ainda mais pesada quando a morte em questão nos resulta em benefícios.

Toda essa delicadeza em nada afasta ou retarda a morte, mas, quando ela chega, sempre nos sentimos profundamente comovidos e como que frustrados em nossas esperanças. Acentuamos sempre a causa da morte, elevando-a à categoria de uma consequência de determinados eventos, retirando-lhe o caráter de um simples fato da vida. A morte de muitos, ao mesmo tempo, parece-nos sempre algo espantoso. E diante do morto adotamos uma atitude singular: sentimos uma admiração, como a devida a alguém que realizou algo muito difícil; o eximimos de toda crítica; e achamos justificado que a oração fúnebre e a inscrição sepulcral sejam de honra e elogio. As demonstrações de consideração pelo morto – que não as necessita para nada – estão acima de qualquer verdade e até mesmo acima daquelas dedicadas aos vivos.

O texto segue com tamanha precisão e clareza que me é difícil não prosseguir, traduzindo-o parágrafo a parágrafo. Contenho-me, certa de que não é nem o caso, nem o lugar, e limito-me a apresentar um resumo, tão precário quanto intrigante, deixando a leitura do texto integral ao sabor do interesse que possa despertar.

A psicanálise colhe evidências convincentes de que carregamos dentro de nós o homem primitivo que fundou nossa espécie (relembro aos racistas de plantão que primitivo não quer dizer primário). Esse homem – e nós, por extensão – não crê na sua própria morte e se considera

imortal; quanto à morte de seus inimigos ou desconhecidos, experimenta satisfação ou indiferença (quem não conhece o jubiloso dito popular “Morreu, morreu – antes ele do que eu”?); no que se refere à morte de pessoas queridas, experimenta sentimentos ambivalentes, nascidos do amor e do ódio.

Freud isola o papel fundamental que a morte dos entes queridos pode ter desempenhado na evolução humana – fundamental, porque teria fundado a própria psicologia do humano. Diante da perda inegável do ser falecido – alvo, a um só tempo, de impulsos amorosos e agressivos – e diante da impossibilidade de admitir a própria morte, o homem primitivo teve que se haver com um problema gravíssimo, que o arrastava à reflexão, à articulação de ideias, à elaboração de pensamentos.

Desde esse ponto de partida, pode ter sido erguida nossa própria consciência moral – com frutos tanto para o bem como para o mal (a miséria neurótica) –, assim como o assombroso edifício de todas as religiões.

Qualquer que seja a posição que cada um adote diante das conclusões freudianas, uma coisa é certa: a Morte, com a sua realidade esmagadora, seguramente despertou representações mentais que, na evolução humana, assentaram um marco civilizatório.

Para Nietzsche, a morte é a única verdade: uma ferida trágica que torna a experiência da vida grandiosa.

No que se refere a cada um de nós, vale lembrar que ter em conta a verdade faz a vida mais suportável: se ter em mente a realidade da guerra pode promover a paz, ter em conta a finitude da vida pode incrementar seu valor.

Ou como me disse um paciente: quando se a considera, o que a morte faz é acender os candelabros da vida. **❶**



*"A cobra que morde Vanni Fucci".  
Do conjunto de ilustrações de Blake sobre a obra de Dante Alighieri.*

## UMA CRIATURA

Machado de Assis  
(1839 – 1908)

*Sei de uma criatura antiga e formidável,  
Que a si mesma devora os membros e  
[as entranhas,  
Com a sofreguidão da fome insaciável.*

*Habita juntamente os vales e as montanhas;  
E no mar, que se rasga, à maneira de abismo,  
Espreguiça-se toda em convulsões estranhas.*

*Traz impresso na fronte o obscuro despotismo;  
Cada olhar que despede, acerbo e mavioso,  
Parece uma expansão de amor e de egoísmo.*

*Friamente contempla o desespero e o gozo,  
Gosta do colibri, como gosta do verme,  
E cinge ao coração o belo e o monstruoso.*

*Para ela o chagal é, como a rola, inerme;  
E caminha na terra imperturbável, como  
Pelo vasto areal um vasto paquiderme.*

*Na árvore que rebenta o seu primeiro gomo  
Vem a folha, que lento e lento se desdobra,  
Depois a flor, depois o suspirado pomo.*

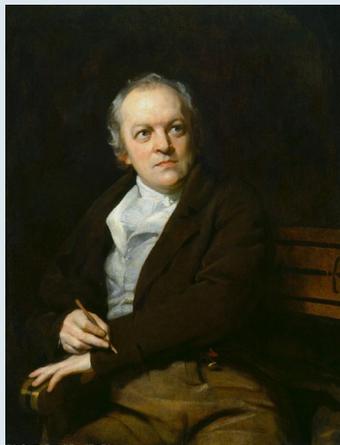
*Pois essa criatura está em toda a obra:  
Cresta o seio da flor e corrompe-lhe o fruto;  
E é nesse destruir que as forças dobra.*

*Ama de igual amor o poluto e o impoluto;  
Começa e recomeça uma perpétua lida;  
E sorrindo obedece ao divino estatuto.  
Tu dirás que é a Morte; eu direi que é a vida.*

N.R. Poesia selecionada pela Dra. Vera  
Lúcia para associar ao seu artigo.

## WILLIAM BLAKE

Quem é?



Parte das imagens que ilustram esta edição da revista é de autoria do inglês William Blake (1757-1827), gênio artístico que deu vida a poesias, pinturas e gravuras e hoje se constitui em referência no mundo das artes. O visionário apocalíptico, ou dissidente cultural, não teve sua obra reconhecida enquanto vivo e morreu na pobreza, mas deixando traços marcantes para o Romantismo que viria logo depois. Para John Ruskin, Blake tinha estilo “doente e selvagem”, mas mente “brilhante e arguta”.

*Não há religião natural e Todas as religiões são uma só*, textos em prosa publicadas em 1788, expressam a sua recusa ao autoritarismo. Em 1790, publicou a prosa mais conhecida, *O casamento do céu e do inferno*, em que formula posições religiosa e política revolucionárias para época, com a negação da realidade da matéria, da punição eterna e da autoridade. Entendia, ainda, que o mal que os seres humanos infligem aos animais, relegando-os à comida, tem consequências negativas para o mundo e a vida em sociedade. “Toda comida sadia é apanhada sem rede ou armadilha”, decreta.

*Augúrios da Inocência*, poema de 132 linhas e que somente seria publicado 35 anos depois de sua morte, explora o paradoxo da inocência, do mal e da corrupção, com o autor acentuando como mais nociva a violação das leis espirituais do que a moral. O abre poético já é revelador: “Ver um mundo num grão de areia/E um céu numa flor do campo/Capturar o infinito na palma da mão/E a eternidade numa hora...”

Esta obra inspirou Rubem Alves ao escrever *Um céu numa flor silvestre*, coletânea de crônicas com 408 páginas. Exalta quantas formas de belezas estão presentes no nosso dia a dia e que passam despercebidas ou que podem ser observadas com olhares diferentes. O escritor brasileiro (1933-2014), mais que convidar para um passeio pelas artes, pela natureza e pela poesia, insiste que essa viagem exige um olhar transformador.

# PAEJA DO CERRADO

(ou Arroz de p... rica)



**T**ive um primeiro contato com esta receita em um reality show na televisão e achei interessante e apetitosa. Calhou que fui convidado para uma atividade filantrópica chamada Risoto Solidário, em benefício de várias instituições, entre elas aquela em que trabalho.

Não tive dúvidas; como é um prato goiano dos tempos dos tropeiros, chamei uma médica amiga, que é de Goiás, para opinar junto com outras vítimas de minhas experiências culinárias. Foi um sucesso!

No dia do evento, mais de 1.200 pessoas, com 65 risoteiros, cada um usando quatro quilos de arroz. Pensem só? Como não podia utilizar o nome verdadeiro por conter palavras pouco adequadas, passei a chamá-lo de “paeja do cerrado”, até porque tanto na sua origem (ambas foram criadas em prostíbulos) como pela forma como são feitos, guardam muitas semelhanças.

Vale a pena experimentar! Vale a pena ler a história de sua origem! **i**

## INGREDIENTES

(serve 8 pessoas)

- 1/2 quilo de arroz
- 2 colheres de chá de cúrcuma
- 800 g de frango cortado em cubos
- 100 g de bacon em cubos
- 100 g de costelinha defumada e desfiada
- 100 g de linguiça calabresa fatiada em rodelas médias ou cubos
- 200 g de linguiça fresca, retirada do invólucro
- 200 g de carne de sol demolhada em cubos pequenos
- 3 colheres de azeite de oliva
- 2 espigas de milho cozidas e soltas da espiga
- 30 g de alho picado
- 200 g de cebola picada
- 100 g de tomate picado
- 50 g de pimentão picado
- 50 g de ervilha fresca
- 200 g de palmito picado
- 1 xícara de pequi picado
- cheiro verde e sal a gosto

## A História

LAURENICE NOLEO ALVES



Mãos à obra no V Risoto Solidário. Dr. Linhares e a esposa Margareth Zandoná Linhares.

### MODO DE FAZER

1. Tempere o frango com sal e pimenta. Dê preferência à pimenta fresca, sem semente, para dar um gosto mais acentuado.  
Refogue o frango com o alho e óleo na panela. Reserve.
2. Agora, frite o bacon até ficar crocante. Reserve.
3. No óleo do bacon, frite a linguiça fresca e reserve.
4. Frite rapidamente a carne de sol e a calabresa e reserve também.
5. Acrescente mais óleo se precisar na panela e refogue a cebola até ficar transparente. Adicione o milho e refogue por 1 minuto. Adicione o pimentão e refogue mais um pouco. Adicione o tomate e refogue por mais 2 minutos.
6. Adicione o arroz e refogue o arroz nesta mistura e frite de 1 a 2 minutos, sem deixar pegar muito no fundo da panela. Acrescente as carnes mexa um pouco e adicione aproximadamente 2 litros de água.
7. Suba ferver e depois baixe o fogo para terminar de cozinhar. Quando o arroz estiver quase pronto, acrescente a ervilha fresca, o palmito o cheiro verde e decore com o bacon bem fritinho por cima.

Contava João Bênnio, jornalista, poeta e contador de causos, que antigamente, tempo do Brasil Colônia, quando Goiás ainda tinha suas economias sustentadas na extração do ouro, muitas donas de bordéis montaram suas casas e exploravam todas as suas habilidades para atrair às suas casas a maior clientela de homens ricos – moradores ou que chegassem à cidade.

Assim, na antiga Vila Boa, capital da Província de Goyaz, as donas dos bordéis, para chamar a atenção dos ricos “coronéis” e dos tropeiros que chegavam de viagem, em completo “jejum”, depois de meses nas estradas, em lombos de burros, recomendavam às suas moças que não economizassem nos vestidos coloridos, batons e perfumes.

Uma delas, no afã de conquistar ricos pretendentes para as suas “afilhadas”, muito esperta, passou também ordens a sua cozinheira para caprichar nas panelas. E, para certificar-se da qualidade das receitas, chegou na cozinha e chamou sua cozinheira:

- Maria do Socorro, me acuda!
- Sim, patroa!
- O que você está preparando pra esta noite?
- Uma galinhada e uma maria-isabel, patroa!
- É pouco. Isso é de p... pobre! Misture essas duas panelas e ponha mais, ponha tudo que tem aí na nossa despensa. Além do frango da galinhada e da carne de sol da maria isabel, temos aí linguiça?
- Tem sim, Senhora!
- Tem lombinho de porco?
- Tem sim, Senhora!
- Tem costeletas de porco?
- Tem!
- Tem bacon?
- Tem, também.
- Huuuummmm! Então prepare e bote um bocado de cada nessa panela de arroz com galinha e carne de sol... Mas ainda é pouco. Quero mais!!! Na nossa despensa tem azeitonas, tem?
- Tem sim, patroa.
- Então bote também!
- Tem uva-passa?
- Tem.
- Então bote também!
- Tem palmito?
- Sim.
- Pois bote!
- Tem ervilhas, tem?
- Tem sim, Senhora.
- Pois então ponha um bom bocado também. E o que tem mais? Bote tudo de bom que tivermos nessa panelada, minha filha, porque aqui é arroz de p... rica. E, quanto mais ingredientes, mais rica é a p...! Ká! Ká! Ká! Ká! Ká!

Pronto! Estava criado um dos mais exóticos e irreverentes pratos da culinária típica de Goiás: o Arroz de P... Rica! E os tropeiros trataram de contar, por todos os caminhos por onde passavam, a história do arroz das “meninas” ricas de Goiás.

# Um novo olhar sobre cuidados paliativos

DR. CARLOS AUGUSTO SPERANDIO JUNIOR

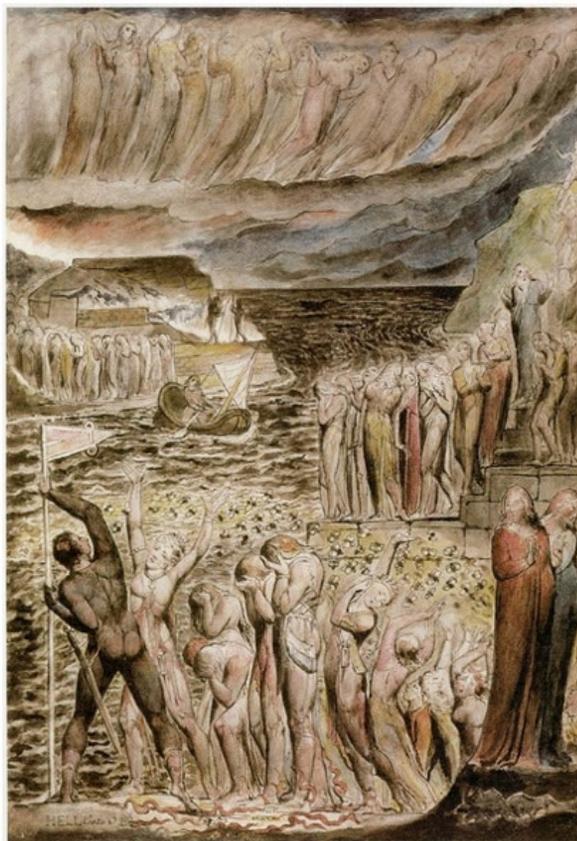
Os cuidados paliativos (CP) se consolidaram como uma das áreas de maior atenção da medicina neste século. São eles os cuidados integrais do chamado processo de morte. Iniciam no exato momento do diagnóstico de uma doença potencialmente fatal e acompanham intimamente o paciente e seus familiares até a fase do luto. Contam com uma equipe multidisciplinar assistente, que utiliza o amor como a necessária ponte entre a apatia obrigatória da ciência e a arte necessária de sermos (ainda!) totalmente humanos.

A morte no momento certo é parte da vida, e não derrota da Medicina. Ortotanásia é o termo que se aprende na faculdade. O que não se ensina é a dificuldade em praticá-la! Por aprisionamentos, desconforto e também medo, o médico e as famílias preterem o assunto. Enquanto dentro dos hospitais ainda se vive a era da distanásia, do “ninguém morre no meu plantão”, nas famílias a morte é algo a ser evitado a qualquer custo.

As sociedades necessitam evoluir no conhecimento coletivo. É inevitável. A médica vem fazendo sua parte: em 2009, o Conselho Federal de Medicina incluiu, em seu novo Código de Ética Médica, os CP como princípio fundamental e, em 2010, a Medicina Paliativa foi reconhecida como área de atuação médica pelo CFM e pela Associação Médica Brasileira (AMB).

O CRM-PR, por meio de sua Câmara Técnica, promove palestras mensais com autoridades no assunto, que ficam disponíveis online no site do Conselho. A civil iniciou recentemente uma ainda superficial discussão sobre o tema. Começam a existir alguns projetos de leis municipais e estaduais. No entanto, ainda há pouco debate amplo com a sociedade. Enquanto os cidadãos não compreenderem os reais ganhos com os CP, haverá muito preconceito e mito associados ao tema.

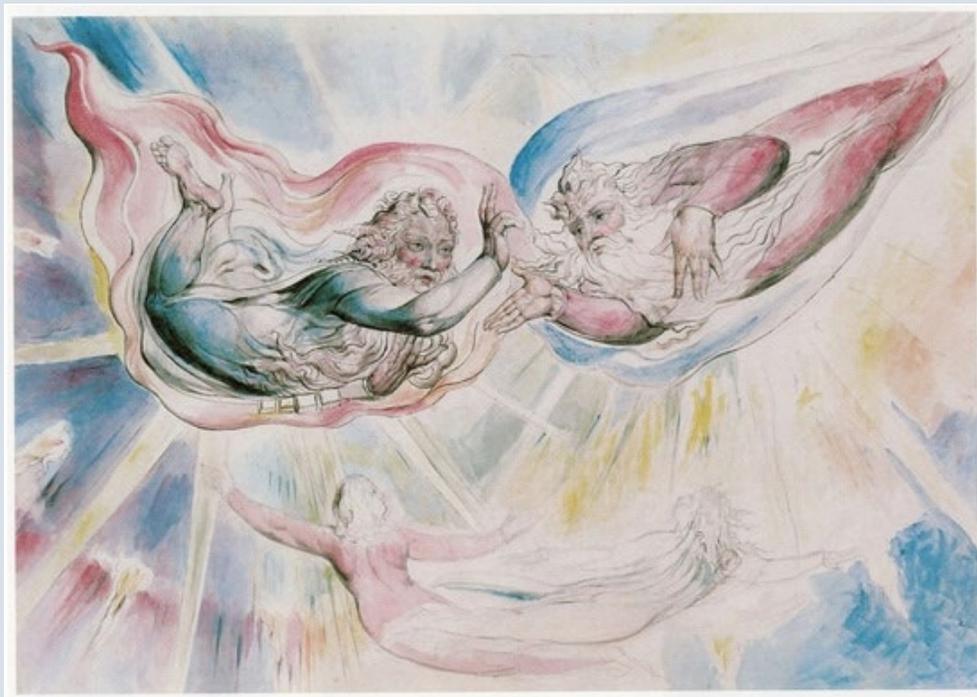
Grande parte dos recursos da saúde é utilizada nos últimos dias de vida dos pacientes. A maioria emprega recursos tecnológicos e medicamentosos onerosos em pacientes sem prognóstico. “Não há informação que me autorize suspender o tratamento, mesmo que esse seja fútil”, dizem intensivistas e emergencistas pelo Brasil



"O vestíbulo do inferno e as almas reunidas". Obra de William Blake ilustrando A Divina Comédia, de Dante Alighieri.

afora. Tornar as Diretivas Antecipadas de Vontade algo universal traria menos sofrimento e mais inteligência na gestão dos recursos.

A morte continua sendo tabu. Os médicos que a vivem, com o perdão do trocadilho, precisam acabar com o preconceito e aprender não só a falar sobre ela, mas também, principalmente, amar ser médico dessa parte da vida. Preferencialmente no diagnóstico, mas lembrando que nunca será tarde minimizar o sofrimento causado pela morte tanto de quem morre quanto de quem fica. O amor dignifica a morte e atenua o sofrimento. **❶**



*"São Pedro e Santiago com Dante e Beatrice", na leitura de William Blake sobre passagem de A Divina Comédia.*

# Memos em Hemato

DRA. CECILIA VASCONCELOS

- ❶ Linfocitose absoluta maior que 5.000 por mais de seis meses; pense em LLC.
- ❷ Anemia megaloblástica causada por deficiência de vitamina B12 pode ser tratada por via oral, em altas doses; o mecanismo de absorção é a difusão.
- ❸ Anemias com VCM acima de 110, até que se prove o contrário, têm como etiologia deficiência de vitamina B12 ou ácido fólico.
- ❹ A eritropoetina em altas doses (40.000u/semana) pode reduzir a necessidade transfusional em algumas síndromes mielodisplásicas.
- ❺ Indicação de hemotransfusão extrapola somente os níveis de hemoglobina; considere sempre a capacidade funcional.
- ❻ A melhor hora do dia para a absorção do ferro oral é a hora que melhor o paciente se adapta à ingesta. Garanta que a medicação seja ingerida.
- ❼ TAP discretamente alargado nem sempre é contraindicação absoluta na tromboprofilaxia química; considere caso a caso.
- ❽ Eventos trombóticos em idosos são alarmes para neoplasias.
- ❾ Eosinofilia persistente em quadros de delirium hipoativo sem causa definida; não se esqueça de pensar em insuficiência adrenal.
- ❿ Anemias com VCM acima de 100 e hemograma com diminuição de mais uma série (leucopenia ou plaquetopenia); pense em mielodisplasias.



**CRM-PR**

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO PARANÁ

[www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)