iátrico
ENCARTE CIENTÍFICO-CULTURAL DO JORNAL DO CRM-PR
maio a agosto de 2004 - n.° 10

Até quando?

A conversa e o toque são à base da Medicina. Mais do que isso, são sua essência. Mas estamos perdendo essa arte. Em breve, estará em extinção, apesar dos apelos de praxe. Não? Então considere. Faça uma pesquisa, levando a sério a Medicina Baseada em Evidências, e depois de computar criteriosamente todos os trabalhos disponíveis chegará à conclusão que construir uma boa história clínica significa fazer, em média, 80% dos diagnósticos. Some à história o exame físico, e terá mais 10%. Noventa por cento de diagnósticos com conversa e toque, e não é força de expressão, são provas, baseadas em trabalhos bem conduzidos comumente com clínicos gerais ingleses (General Practioners), à disposição de qualquer um que queira ser isento. Os 10% restantes dependem de tecnologia aplicada à prática médica, desde um exame bioquímico simples a uma imagem de alta definição, de última geração, naturalmente! Os procedimentos ditos diagnósticos, invasivos ou não-invasivos, baratos ou dispendiosos, têm certamente sua indicação. Os casos médicos, às vezes, são muito complexos, bastando dizer que, mesmo quando associamos toda a tecnologia disponível e o paciente falece, em um quarto das necropsias ocorre dissociação clínico-patológica. Ocasionalmente, nem mesmo o estudo anátomo-patológico atinge a certeza diagnóstica. O custo desses 10% é alto, mas necessário. E o custo é crescente, porque a tecnologia se aperfeiçoa e se expande. Mais um detalhe: infelizmente um percentual inexato, mas pequeno, desses 90% em que fazemos corretamente o diagnóstico pelo método clínico, têm algum tipo de somatização, e pela característica psicológica de alguns desses pacientes acaba havendo a exigência de exames desnecessários, mesmo o médico sendo experiente e seguro, tal a circunstância de pressão criada pelo paciente, é o exame-placebo, que deve ser restrito, barato e não-iatrogênico, mas inevitável em qualquer sistema de saúde. Até aqui parece tudo claro e não polêmico, se bem administrado. Os exames subsidiários são válidos e devem ser usados em toda a sua plenitude tecnológica com o intuito de superar impasses. Esse advém do raciocínio clínico, e não da sua ausência. Esse o ponto. Cada vez mais se usa o exame complementar e/ou o remédio no lugar da conversa. Ou seja, o seu uso indevido para despachar o paciente. Por quê? Por não se pagar o tempo gasto com a conversa e/ou por má-formação profissional. Quando a anamnese é criteriosamente revelada e se associa a um bom exame físico, construímos a maioria dos diagnósticos de uma maneira simples, eficaz e ainda terapêutica. Ah certo, isso carece de boa formação, experiência e de tempo, como disse? De pleno acordo. Leva uns 10, 12 ou mais anos? Concordo, embora nem eu nem ninguém saiba ao certo a duração, afinal, não há trabalhos disponíveis nesse sentido e os testemunhos pessoais, já o sabemos, não têm validade científica. Além do que falamos de diferentes capacidades individuais, esforços diferenciados e circunstâncias únicas. Mas todos estamos de acordo quanto à necessidade de esforço, disciplina, oportunidade e tempo, correto? E que também devemos ter tempo suficiente para conversar e examinar o paciente, pois não? Para ganhar o que, meu caro? O valor de um corte de cabelo? Ou 10% disso conforme a grife do salão? Nada contra salões, são parte de um processo civilizatório. Nem estamos misturando alhos com bugalhos. O fato é que em todo o mundo, ministérios e secretarias de saúde, sistemas e prestadores de serviços de saúde, estão matando a arte de diagnosticar. E depois se queixam dos custos. E reafirmo, qual o estímulo para que o médico clínico desenvolva cada vez mais sua capacidade de revelar e reparar? A humanidade, e nós médicos, via instituições, temos que resistir à predatória extinção de uma arte difícil e nobre.

O complexo médico-industrial também já se deu conta que entrou na dança. Alguns exames, às vezes essenciais, já há algum tempo são remunerados a menos de seu custo, e outros rodem rápidamente sua margem de lucro. E sabemos que a tecnologia se aperfeiçoa, e se expande, e portanto necessita de mais recursos, e que os governos tendem a ser limitantes nos gastos à saúde, mesmo que estes cresçam vegetativamente.

Nós, médicos, estamos acostumados ao sangue e suor, fazem parte de nossa faina. Lágrimas costumávamos ver na face de pacientes ou de seus familiares. Começam a escorrer em nossos rostos. Na medida em que não conseguimos fazer frente a uma vida simples, mas digna. Sangue, suor e, agora, lágrimas. Não, não, essa expressão não foi cunhada pelo Churchill, apesar de todos pensarem em contrário. Foi pronunciada antes dele pelo nosso Padre Vieira, em um de seus sermões. Referia-se ao Brasil e ao custo em vidas das raças que o formaram; portugueses, negros e índios. Afinal, os portugueses eram a iguaria preferida dos nossos índios, antropófagos em todas as tribos, que os comiam com mandioca assada. Calculam-se em 100 mil, os comidos. Sem par, óbviamente, com os negros e índios massacrados aos milhões, especula-se. Essa tragédia de deleção humana forjou nossa base antropológica. E não se esgotou. A pobreza, a ignorância, a falta de escrúpulos e os podres poderes encarregam-se desse continuísmo antropofágico, só que indireto, à socapa. Nós que somos uma elite, e o somos para manter um padrão rigoroso baseado na ciência e na ética, sempre pertencemos à classe média, e sofríamos o sofrimento inerente à profissão, já duro em si. Agora sofremos com o brutal empobrecimento científico, social e cultural, muito mais difícil de lidar, psicologicamente, do que a pobreza. Trabalhamos cada vez mais, ganhamos cada vez menos. Mais da metade dos nossos têm 3 ou mais empregos, e a renda familiar oh, desse tamanhinho. Essa proletarização restringe a educação continuada, o esforço pelo aperfeiçoamento pessoal e científico, e leva a que cresça a opção por subespecialidades mais rentáveis. Uma defesa, lógicamente, mas que já se saturou. E os clínicos, de todos os tipos, aqueles que não têm nenhuma saída por quaisquer procedimentos, e estão amarrados ao mais poderoso instrumento diagnóstico, sua mente, até quando vão resistir? Até quando haveremos de agüentar os insensatos que teimam em matar o encontro? Ou ainda teremos, porventura, um futuro "estalo do Vieira"? Enquanto isso, observa-se um silêncio ensurdecedor nas hostes responsáveis! ■

Erros Comuns em Nefrologia

» **Indicar** antibióticoterapia em situações de bacteriúria assintomática em mulheres. Só se deve tratar em situações especiais como gravidez e diabetes, por exemplo.

» **Associar** espironolactona com inibidor de ECA em pacientes com disfunção renal. A ocorrência de hiperpotassemia é comum nestas situações.

» **Definir** que não há resposta à corticoterapia em casos de glomeruloesclerose segmentar e focal antes de 16 semanas de tratamento.

» **Prescrever** aminoglicosídeo e não monitorar freqüentemente o nível da creatinina plasmática. Isto em muitos casos determina o aparecimento de insuficiência renal aguda, não detectada de forma adequada.

» **Indicar** infusão de cloreto de sódio ou hipertônico para tratamento de hiponatremia. Na verdade o estado hiponatrêmico indica antes de qualquer coisa que há excesso de água corporal total no organismo.

» **Ao prescrever** diuréticos, não atentar para a possibilidade de hipocalemia. Os níveis de potássio plasmático devem ser verificados em todos os pacientes que fazem uso de diuréticos.

» **Prescrever** diuréticos em demasia, em situações de síndrome nefrótico ou doença hepato-renal. Nesses casos o volume intravascular está diminuído pela própria doença de base, e o diurético pode precipitar ou piorar insuficiência renal pré-existente.

» **Indicar** o uso de antiinflamatório não hormonal em pacientes com disfunção renal de forma indiscriminada. Está provado que estas drogas podem piorar lesão renal já instalada.

» **Prescrever** alopurinol em pacientes com hiperuricemia e insuficiência renal sem evidência alguma de gota úrica ou nefrolitíase por ácido úrico.

» **Indicar** diálise em casos agudos de hiperpotassemia, que podem, antes de qualquer coisa, ser tratados clinicamente.

» **Prescrever** diuréticos a pacientes com depleção do espaço extracelular para estimular a diurese. Antes de qualquer outra coisa, nessas situações, a correção da depleção deve ser a primeira preocupação.

» **Solicitar** diáriamente, na rotina da UTI, dosagem de creatinina em pacientes com insuficiência renal terminal. Nestes casos, a dosagem seriada da creatinina não trás absolutamente nenhuma informação adicional útil.

» **Indicar** cirurgia para correção de ptose renal, mesmo que severa. A ptose, até prova em contrário, não prejudica a função renal, nem predispõe a infecção do trato urinário.

» **Considerar** crise hipertensiva o encontro de hipertensão arterial grave em pacientes assintomático. O diagnótico de crise hipertensiva só se configura quando além da hipertensão, coexiste encefalopatia e/ou aneurisma de aorta e/ou edema pulmonar por insuficiência cardíaca e/ou infarto agudo do miocárdio.

» **Em pacientes** idosos, principalmente mulheres, com baixo peso corporal, não valorizar aumento, mesmo que discreto, da creatinina plasmática. Há situações em que, mesmo pequenos aumentos, podem indicar insuficiência renal mais grave. A realização do clearance de creatinina endógena em urina de 24 horas é fundamental nesses casos.

» **Tratar** hipertensão na gravidez com inibidor de ECA. Não há ainda segurança com relação à saúde do feto em mães que tomam esse tipo de medicação.

» **Definir** e tratar hipertensão arterial em uma única consulta em nível ambulatorial. Hipertensão arterial deve ser diagnosticada com várias medições em ocasiões diferentes. A realização da MAPA pode ser de utilidade quando existe alguma dúvida quanto ao diagnóstico.

» **Tratar** apenas com antibióticos paciente portador de cateter venoso profundo, que apresente febres e calafrios. Invariavelmente, o quadro só é superado com a retirada do cateter.

» **Acreditar** que dor lombar bilateral possa ser de origem renal. Até prova em contrário, isso é impossível. Os dois rins teriam que estar comprometidos ao mesmo tempo por doença que pudesse causar dor.

» **Indicar** infusão de albumina humana para elevar os níveis de albumina plasmática. A única indicação plausível para o uso dessa solução está no manejo do edema de origem hipoprotéica.

Hélio Vida Cassi

Do Caderno Verde

"Ah! Que feliz um coração que escuta
as origens de que é feito!
E que não é nenhuma pedra bruta
Mumificada no peito!"
Cruz e Souza.

Pharmacon designa tanto veneno quanto remédio; é preciso saber usar direito, sobretudo nas cicatrizes invisíveis do eleito.

Antologia I

"Tire o seu sorriso do caminho
que eu quero passar com a minha dor..."

A flor e o espinho, **Nelson Cavaquinho/ Guilherme Brito/ Alcides Caminha.**

Aquilo que foi rosa agora é espinho.
No passaporte do amor
Sempre há lugar para a dor.

Antologia II

"Eu tive orgulho/ e tenho por castigo/
a vida inteira/ pra me arrepender..."

***Castigo,* Dolores Duran.**

Testamento simples de um amor falido,
franzido na memória, na culpa torturado,
e na lição perdido.

"Queixo-me às rosas/ mas que bobagem,
as rosas não falam/ simplesmente as rosas exalam/
o perfume que roubam de ti..."

***As rosas não falam,* Cartola.**

Pistas perfumadas ocultam um rosário
de peregrinações iniciadas e sempre
abortadas.

O autor

O ***autor do encarte Iátrico,*** *Dr. João Manuel Cardoso Martins,* é médico e professor. Comentários críticos, sugestões ou colaborações devem ser enviadas para o endereço eletrônico do Jornal do CRM (jornal@crmpr.org.br).

Um homem sério

Por trás do bigode há um homem sério. A fala baritonada, quase sempre sussurrada, é regida pela mansidão dos gestos. A presença empertigada busca autonomia, com cordialidade. Nosso primeiro encontro permitiu essa leitura e gostei da afabilidade contida. Ao conversar comigo pareceu-me, em face do assunto que discutíamos, um homem dividido entre as pequenas frustrações pessoais na Medicina e as grandes frustrações com o nosso sistema médico, como as de muitos de nós. Nada demais, podemos e devemos evoluir com as desfigurações da realidade. Apesar dessa ambivalência, e do vulcão interior que temperava idéias éticas com o azedume do cotidiano, e talvez por isso tinha uma serenidade esticada, daquelas que podem despejar uma ira santa quanto aos maus modos do fazer médico. Era a busca da norma justa de conduta, do peregrino da moralidade profissional. Portanto, do grande moralista que serve ao aperfeiçoamento da sociedade. Ou seja, do homem certo, para decisões corretas, tendo como princípio a norma justa.

A privação de sua amizade, só conversávamos em reuniões de atividade de classe, deu-me o distanciamento exato para ter isenção em meu ajuizamento, sem o risco da benevolência criada pelos vínculos afetivos. Despojado dessa pieguice posso dizer: Por trás do bigode havia um homem sério. Desses imprescindíveis pela inteireza de caráter e devoção ao dever profissional. Sim, sua luz se apagou. Não seu exemplo de vida, lições de vivência profissional, modos de buscar o equilíbrio, enfim, seu sentido de vida. Vai confrade, seguir outro tempo que é de memória e exemplo. Ficaremos com a lembrança do homem justo e sério chamado Wadir Rúpollo. Requiescat in pace!

iátricas: sobre pérolas

» **Prezada Célia:** Entendo sua aflição. Mas quem somos nós para avaliar a própria produção e/ou divulgação de pérolas e seu desperdício? Temos o direito de bloquear, a quem quer que seja, o livre trânsito de idéias? Principalmente quando há muito sabemos que a maioria das pessoas fala só sobre pessoas e não sobre idéias? E, portanto, não conhece pérolas verdadeiras, só as de imitação? Considere que atuar no livre mercado de idéias é tarefa urgentíssima e também perigosa. Essa maioria não-silênciosa tem uma enorme dificuldade de fazer uma leitura adequada da realidade, buscar o sentido do que as rodeia, por serem impulsivas e imediatistas – tipo: reajo, logo existo —, ipso facto, estão limitadas para fazer uma projeção futura dessa realidade. Não aceitam a realidade como ela é, estão condenadas a não integrar realismo e idealismo. Isso as leva a querer que os outros sejam iguais a si, e que tudo esteja pronto, estático, enquanto a realidade teima em se desdobrar, e muda, e se aprofunda, mesmo que às vezes volte ao estádio inicial. O ser humano é conservador por natureza, principalmente se já ganhou seu quinhão de habilidades e saberes. Tende a alentecer, a cristalizar idéias ou meras informações, a própria idade conspirando a favor do alentecimento. Por isso, quando lemos, temos o dever de estar desarmados, de deixar entrar com cortesia o pensamento alheio, para só depois podermos refutar com o devido rigor caso não estejamos convencidos no confronto com o balizamento prévio. Esse embate intelectual é auto-organizativo, corrige ou reforça idéias ou conceitos anteriores. Devemos, pois, participar desse banquete com o que temos, por mais simples que seja, tendo como única obrigação ser verdadeiro consigo mesmo; isto é, fazendo com amor o prato a ser apresentado à degustação e avaliação de uma corte independente, comensais não influenciados por idéias – sabores – adrede apresentadas, que são os ingredientes do prato. Se não for saboroso, pelo menos alimentará o desgosto, ou seja, fortalecerá o gosto primeiro, a convicção prévia, que a cada um pertence e que fará o uso que lhe aprouver. Igualmente, estaremos ofertando a novas mentes abertas, recém-chegadas ao tal mercado, a prova de iguarias – assim supomos – não conhecidas que podem ou não ser rejeitadas. Como exemplo, é comum que não se goste de caviar à primeira prova. Sempre repetir é preciso. O que é novo ou de gosto diferente requer certo esforço para ser assimilado. Considere: qualquer médico estará sempre mais interessado em burilar habilidades e ter algum conhecimento pertinente à sua prática, e assim deve ser; com o tempo, e o açoite da diversidade patológica e das reações únicas de cada organismo, e da diversidade dos humanos que conhecemos, sentimos a necessidade de ir mais fundo, e as indagações sobre o rumo próprio e profissional tornam-se salientes. Daí a busca por outros temas, opiniões, referências, e também pérolas, que seriam uma forma de sabedoria em cápsulas, limitada, mas que pode ajudar muito o desenvolvimento da reflexão.

Na passagem evangélica que citaste: "pérolas diante dos porcos" (Mt. VII, 6), Cristo usa a metáfora no sentido de que não devemos tratar coisas santas com ímpios e blasfemos. Eu diria que da mesma maneira devemos tratar os problemas de nossa profissão, sem preconceitos e com franqueza, no seio de nossas instituições, para que devidamente depurados não conspurquem o tecido social. E que possam também ser discutidos com simples pérolas isoladas, sem que fiquemos desolados com a perda de algumas. Cabe a cada um selecioná-las, isto é, verificar se verdadeiras ou falsas, e fazer seu próprio colar, e se adornar ou ofertar. Cada um faz seu próprio desígnio. Um abraço de quem aprecia seu fervor ético.

Dietas: verdades e mitos

Os objetivos do tratamento da obesidade são a perda de peso, a manutenção do peso perdido e a melhora da saúde. A perda de peso pode ser obtida com qualquer uma das dietas a seguir, pois mesmo na ausência de atividade física, qualquer dieta que contenha 1400 a 1500 Kcal/dia, independente de sua composição de macronutrientes, resulta nessa perda. A manutenção do peso só será possível se as mudanças na alimentação puderem ser mantidas a longo prazo, idealmente por toda a vida. A dieta hipocalórica balanceada é a única que pode ser mantida a longo prazo e que propicia mudança de hábitos de vida. O tratamento dietético terá mais sucesso se feito em conjunção com aumento da atividade física aliado a um programa de modificação comportamental.

Apesar de não existir controvérsia sobre o fato de que um balanço energético negativo causado pela redução da ingestão alimentar resulte na diminuição de peso corporal, existe muita controvérsia sobre a melhor maneira de se atingir esse objetivo.

A historiadora Americana Hillel Schwartz publicou em 1988 um livro – Never Satisfied: a cultural history of diets fantasies and fats -, no qual refere existirem, nos Estados Unidos, 506 livros que tratam de dietas emagrecedoras. Esses livros são lançados com promessas milagrosas e, apesar de não terem nenhum embasamento cientifico e de serem potencialmente perigosos, geralmente alcançam o topo da lista dos "best sellers", para meses depois darem lugar a um outro livro com as mesmas falsas promessas. Nesse aspecto, a realidade Americana é idêntica à brasileira.

A proliferação dos livros sobre dieta continua de maneira fenomenal. Uma busca no site da Amazon.com usando a palavra-chave "perda de peso" revelou mais de 1300 títulos.

O interesse pelas dietas data de vários séculos. Brillat-Savarin (1755-1826), um juiz apaixonado pelos prazeres da mesa (e do amor), escreveu uma obra fundamental da literatura gastronômica, de sucesso instantâneo e fama duradoura: *A fisiologia do gosto* (Companhia das Letras – 1995). Nos aforismos que abrem *A fisiologia do gosto*, Brillat-Savarin decreta:

1. Os animais se repastam; o homem come; somente o homem de espírito sabe comer.
2. O destino das nações depende da maneira como elas se alimentam.
3. Diz-me o que comes e te direi quem és.
4. O Criador, ao obrigar o homem a comer para viver, o incita pelo apetite, e o recompensa pelo prazer.
5. O prazer da mesa pertence a todas as épocas, todas as condições, todos os países e todos os dias; pode se associar a todos os outros prazeres, e é sempre o último para nos consolar da perda dos demais.
6. A mesa é o único lugar onde jamais nos entediamos durante a primeira hora
7. A descoberta de um novo manjar causa mais felicidade ao gênero humano que a descoberta de uma estrela.
8. Os que se empanturram ou se embriagam não sabem comer nem beber.
9. Uma sobremesa sem queijo é uma bela mulher a quem falta um olho

No capítulo sobre tratamento da obesidade Savarin diz que "Toda cura da obesidade deve começar por estes três preceitos de teoria absoluta: discrição no comer, moderação no sono, exercícios a pé e a cavalo".

Todas as dietas para emagrecimento podem ser alocadas em 4 grupos:

1. Dietas hipocalóricas balanceadas
2. Dietas hipocalóricas não balanceadas
3. Dietas de baixíssimas calorias
4. Jejum

1. DIETAS HIPOCALÓRICAS BALANCEADAS

São dietas constituídas por 30 a 40% de gorduras, 40 a 50% de carboidratos, 15 a 20% de proteínas, quantidade suficiente de vitaminas e sais minerais e aporte hídrico adequado. Objetivam um déficit calórico sem provocar desnutrição. Calcula-se a necessidade calórica do paciente, de acordo com o peso teórico ideal, sexo, idade e atividade física. Sabe-se que para redução de 1Kg de tecido gorduroso, há necessidade de um déficit de aproximadamente 7700 Kcal; se forem retiradas 500 a 1000 Kcal por dia, em uma semana tem-se a diminuição de 0,5 a 1 Kg. Como os objetivos do tratamento da obesidade são a perda de peso, a melhora da saúde e a manutenção do peso alcançado, as dietas hipocalóricas balanceadas são as mais indicadas, pois são nutricionalmente adequadas, adaptam-se ao estilo de vida do paciente e permitem a reeducação alimentar.

2. DIETAS HIPOCALÓRICAS NÃO BALANCEADAS

Estas dietas enfatizam certos grupos de alimentos e proíbem outros. Como o paciente pode consumir grandes quantidades de determinados alimentos, elas são mais fáceis de seguir a curto prazo e são, portanto, mais populares.

2.1. Dietas hipocalóricas não balanceadas pobres em carboidratos (<10%), ricas e gorduras (60 a 70%) e proteínas (25 a 30%).

Há mais de um século, um cirurgião inglês, Dr William Harvey, prescrevia este tipo de dieta. Um de seus pacientes, William Banting, atestou a eficácia da dieta e numa carta aberta à população de Londres propalou os benefícios da mesma (Banting Diet- 1863). Nos últimos 30 anos houve um recrudescimento cíclico desta dieta, sendo as mais famosas: Regime dos Astronautas – Dieta da Força Aérea Americana- 1960, Calorias não Engordam- 1961, Drinking Man's Diet- 1964, Dieta Revolucionaria do Dr Atkins- 1972, Nova dieta Revolucionaria do Dr Atkins- 1992, O poder das Proteínas- 1996, Vida sem Pão- 2000. Nestas dietas é estimulado o uso de grandes quantidades de carnes, ovos, gorduras, queijos, creme de leite, bacon, sendo proibidos cereais, pães, açucares e limitada a ingestão de leite e derivados, frutas e vegetais, não havendo restrição calórica. Apesar disso, são hipocalóricas pelo alto grau de saciedade produzida devido ao tipo de alimentos ingeridos. Os autores defendem que a cetogênese resultante deste tipo de dieta inibe o apetite, mas não existem dados que comprovem esta informação. Tem como efeitos colaterais: cetose, obstipação intestinal, hiperlipidemia, náuseas, hipotensão arterial e balanço negativo de cálcio, sendo deficiente em vitaminas. Geralmente é abandonada por seu efeito nauseante, por ser monótona e pelas alterações emocionais que provoca uma vez que a diminuição da ingestão de carboidratos leva à diminuição da serotonina cerebral.

2.2. Dietas hipocalóricas não balanceadas ricas em proteínas (66%) e gorduras (30%) e pobres em carboidratos (4%).

As representantes mais conhecidas deste tipo de dieta são: Victor Lindlahr Diet-1939, Stillman's Quick Weight Diet-1967, Scarsdale Diet-1977 e a dieta de Elizabeth Taylor que é uma cópia da dieta pioneira de 1939. Estas dietas determinam o tipo de comida a ser ingerida, mas não a quantidade. Estimulam a ingestão de carnes, ovos, peixes, queijos e proíbem frutas, vegetais, pão, cereais, álcool, leite, açúcares. A gordura ingerida é predominantemente saturada, com uma ingestão de colesterol 2 a 3 vezes maior que uma dieta normal. A dieta de Scarsdale foi elaborada para duas semanas, prevendo este efeito colateral, mas os leitores não obedecem este tempo, insuficiente para alcançar ao peso desejado. Além da hipercolesterolemia, apresenta como efeitos colaterais: maior trabalho renal e putrefação intestinal (devido ao excesso de proteína animal), tonturas, hiperuricemia e náuseas. O alto custo, a monotonia e os efeitos colaterais são a razão do abandono.

2.3. Dietas hipocalóricas ricas em carboidratos, pobres em proteínas e gorduras.

Pode-se comer "ad libitum" mas, como os carboidratos saciam o apetite, torna-se difícil ingerir muitas calorias. A Kempner Rice Diet foi desenvolvida em 1949 para tratamento de doenças cardíacas, renais e hipertensão arterial. Sua popularização ocorreu em 1970 pela publicação de uma versão piorada desta dieta, que consistia apenas de arroz, frutas e vegetais. A Zen Macrobiotics- 1966, baseada em crenças espirituais do Zen Budismo, representa um exemplo de volta ao naturalismo. Ohsawa, o criador desta dieta, estabeleceu 10 níveis diferentes para a mesma, sendo os níveis mais altos nutricionalmente deficientes, podendo ocasionar anemia, escorbuto, hipoproteinemia, hipocalcemia. A Pritikin Diet foi idealizada em 1974 no centro de longevidade da Califórnia, sendo indicada para o tratamento de doenças cardiovasculares, artrite, gota, diabete melito e para o tratamento de viciados em drogas.

A Berverly Hills Diet, lançada em 1981 é a pior em termos de nutrição. O cardápio é estabelecido por 6 semanas, consistindo basicamente de frutas. A partir da terceira semana é permitida a ingestão de pequena quantidade de proteínas. A perda de peso ocorre pela desidratação (perde-se 3 a 5 Kg de água rapidamente, devido a não ingestão de sal, associada à diarréia) e pelo baixo teor de proteínas da dieta, que resulta em grande perda de tecido muscular. É uma dieta deficiente em algumas vitaminas, sais minerais e proteínas e pode ocasionar hipopotassemia, cãibras musculares, queda de cabelo, arritmia cardíaca e choque hipovolêmico.

3. DIETAS DE BAIXÍSSIMAS CALORIAS

É um jejum suplementado por proteínas (1,5g de proteína por Kg de peso teórico ideal por dia) naturais (aves, peixes, gado) ou em fórmulas (dieta líquida que utiliza a caseína como fonte protéica principal), limitando a ingestão a 300 a 500 Kcal por dia. Esta dieta não deve ultrapassar 40 dias e deve ser cuidadosamente supervisionada; não requer internação, mas o paciente deve ser avaliado semanalmente. Tem como efeitos colaterais: hipotensão postural, obstipação intestinal, intolerância ao frio, pele seca, queda de cabelos, tontura.

Em 1976, 1,5 milhões de exemplares do livro The Last Chance Diet foram vendidos nos Estados Unidos. A proposta deste livro era de uma dieta de baixíssima caloria feita à base de colágeno e gelatina hidrolisados, com baixo valor biológico e deficiente em aminoácidos essenciais. Esta dieta foi utilizada indiscriminadamente e no ano de sua publicação foi responsável por 58 óbitos devidos a desequilíbrio hidroeletrolítico, deficiência protéica e arritmias cardíacas.

No Brasil, de maneira cíclica, é comercializado por pessoas leigas, um colágeno hidrolisado. O colágeno é uma proteína composta de 3 cadeias de peptídeos, com peso molecular de 95.000. Sintetizado pelos fibroblastos, corresponde de 25 a 30% da proteína corporal sendo o suporte do tecido conectivo e a principal estrutura da pele. O colágeno hidrolisado é obtido a partir da hidrólise de material animal contendo originalmente colágeno como tendões, ossos e pele. Esta decomposição química faz com que o colágeno seja transformado em pequenos peptídeos e aminoácidos sendo que colágeno nativo não é mais detectado nesta preparação. Estes preparados são, de uma maneira desonesta, oferecidos como colágeno de alta atividade e geralmente vêm acompanhados de folhetos que apregoam o jejum suplementado por estas proteínas de baixo valor biológico e deficiente em aminoácidos essenciais. Não vamos reviver os óbitos de 1976 nos Estados Unidos.

4. JEJUM

Fasting to the treatment of obesity-1959, Fasting: the ultimate diet- 1965; sem dúvida o jejum é a maneira mais rápida de se perder peso. Há necessidade de internação hospitalar pelas complicações freqüentemente apresentadas: cetose, hiperuricemia, balanço nitrogenado negativo, hiponatremia, hipotensão ortostática, hipopotassemia, hipoglicemia, neutropenia, alopécia, arritmias cardíacas, podendo sobrevir a morte. Os resultados são satisfatórios somente a curto prazo e este procedimento deve ser utilizado apenas em casos muito especiais, como por exemplo, na síndrome de Pickwick.

Dr. Henrique L. Suplicy

O bom e o mau "foie gras"

Desde a antiguidade conhece-se a aptidão que os pássaros migratórios têm de acumular as reservas de energia nas células do fígado, antes da migração. Esta energia é acumulada como gordura, transformando o vermelho do fígado em amarelo - "foie gras". Há mais de 2 mil anos a humanidade utiliza este processo natural de engorda para fins gastronômicos. Baixos-relevos egípcios representam a engorda do grou, com milho partido em pequenos pedaços. Esta técnica foi utilizada também pelos gregos. Os romanos utilizaram este processo, engordando gansos com figos (*De agri cultura* – Cato - 234-149 AC). A técnica era tão generalizada, que o figo (fícus) originou, etimologicamente, a palavra fígado. Portanto, o "foie gras" não é uma invenção francesa, mas, que foi redescoberta pelos Franceses vários séculos depois.

Em 1762, Jean-Pierre Clause, cozinheiro do governador da Alsácia, Marshall de Contades, preparou um patê com o fígado gorduroso de ganso e em homenagem a seu patrão o chamou de Patê à la Contades. A popularidade deste patê se espalhou rapidamente e a tradição mandava que fosse feito com fígado de gansos engordados na Alsácia. Nascia assim, uma das mais seletas delicias da arte de cozinhar.

Para se obter o "foie gras", durante aproximadamente 21 dias, os gansos são submetidos a uma superalimentação forçada, que vai gerar o acúmulo de gorduras no fígado. A palavra francesa para esta alimentação forçada é "gavage" e consiste em depositar 4 vezes ao dia, por meio de um funil, 500 g de milho ligeiramente cozido no papo do pássaro. Em condições normais, um ganso consegue ingerir, no máximo, 500 g de milho por dia. Por meio desta técnica obtém-se fígados pesando em média 1 Kg, que são processados conforme várias receitas para se obter uma iguaria, que segundo alguns gourmets foi inventada no céu.

Estes patês, não necessariamente devem ser de fígado de ganso. Pode-se fazer excelentes patês com o fígado de outras aves. Mas, nos países de língua francesa, "foie gras" é reservado para o fígado gorduroso de ganso, enquanto que o patê feito com fígado gorduroso de pato é chamado de "foie gras de canard".

No homem, o equivalente do "foie gras" é a esteatose hepática, que ocorre em 60 a 90 % dos indivíduos obesos. Em indivíduos com IMC > 40 Kg/m², um estudo mostrou 2% de fígados normais, 56% de fígados com infiltração gordurosa e 42% com infiltração gordurosa associada à fibrose ou cirrose. Transaminases alteradas e a ecografia revelando esteatose, são evidências a serem utilizadas para convencer o paciente obeso da necessidade de perder peso. Com a redução do peso, existe uma regressão importante dos depósitos de gordura do fígado e normalização das transaminases.

Para uma motivação ainda maior, podemos estabelecer um paralelo com o "foie gras", alertando o paciente que o seu fim pode ser o mesmo do ganso, mas a causa bem menos nobre.

Dr. Henrique L. Suplicy

MEMES

• O divertículo de Zenker manifesta-se por disfagia, gargarejo cervical e, por vezes, tumor na base do pescoço esvaziável manualmente.

• Tosse noturna freqüente, por aspiração de alimento regurgitado, é encontrada no divertículo de Zenker, acalasia e obstrução mecânica.

• O Livedo reticular tem aparência de rede cianótica que clareia à pressão. É funcional, se isolado. Na maioria dos casos se associa ao fenômeno de Raynaud ou está associado a doença de base como lupus, dermatomiosite, artrite reumatóide, ou outras doenças no tecido conjuntivo. É particularmente comum na síndrome antifosfolipídica (SAF) e na síndrome do ateroembolismo.

• Em muitas séries a causa mais comum de Febre de Origem Indeterminada em AIDS é causada por complexo Micobactérium avium.

• As duas causas mais comuns de colangiopatia em aidéticos são: citomegalovírus e criptosporidiose. Dor no quadrante superior direito com aumento da fosfatase alcalina sugere o diagnóstico. A colangeopancreatografia retrógrada endoscópica demonstra comumente estenose de papila.

• Paciente com AIDS que apresente dispnéia e derrame pleural aos raios-x tem pouca probabilidade de ter Pneumocystis carinii, busque outra alternativa.

• Erupções palmoplantares são úteis porque limitam o diagnóstico diferencial em nosso meio a: gonococcemia, eritema polimorfo, sífilis secundária e Sínd. de Reiter (ceratodermia blenorrágica).

• Hipotensão Ortostática pode ser o primeiro sinal de deficiência de volume sangüíneo.

• Taquicardia fora de proporção com a febre sugere o diagnóstico de miocardite aguda.

• Alopecias circunscritas incluem a alopecia areata idiopática, sífilis secundária, lupus eritematoso sistêmico e tricotilomania. Esta é o arrancamento dos próprios cabelos pelo paciente; as placas de alopecia são irregulares, com presença de cabelos em crescimento, pois não podem ser arrancados se não forem suficientemente longos.

• Eritema palmar ocorre em 5 a 10% dos indivíduos normais. Não é tão freqüente na cirrose quanto as arranhas vasculares; os dois achados podem acorrer juntos ou independentemente.

• O binômio hipertensão e hipocalemia deve fazer pensar em hiperaldosteronismo. Estes pacientes não são típicamente hipernatrêmicos devido à reabsorção de sal e água no túbulo contornado distal.

• Se um paciente com diagnóstico de hipotireoidismo tem agravamento dos sintomas depois de iniciada a reposição hormonal não deixe de pensar na possibilidade de D. de Addison associada.

• Ao longo da vida de uma mulher o risco de hipotireoidismo é 10%. Addison é raro, 60 casos por milhão na população geral. No entanto 25% dos addisonianos têm hipotireoidismo concomitante.

• A documentação de bacteremia por Streptococcus sanguis ou mutans deveria fazer pensar imediatamente em Endocardite Infecciosa.

• Uveíte anterior aguda? Nunca deixe de excluir sífilis, mesmo hoje.

Poesia

Não gosto da palavra. Pior só seborréia ou estupro.
No entanto, Quintana, o doce, conseguiu uma façanha,
torná-lo misto de ingenuidade lírica associado ao
fundamento biológico da essência numa única frase,
ouço a voz da natureza. Estão aí os cordões
umbilicais com suas células-tronco. Ah, o umbigo,
evertido ascítico ou recôndito pirsingano, prega
de desejo misterioso que expõe e se oculta,
e é sempre vedete.

O Umbigo

O teu querido umbiguinho,
Doce ninho do meu beijo
Capital do meu desejo,
Em suas dobras misteriosas,
Ouço a voz da natureza
Num eco doce e profundo,
Não só o centro de um corpo,
Também o centro do mundo!

Mario Quintana

Poesia

Angústia

Que obra posso escrever sem tempo?
A sobrevivência me relegou ao olvido
de mim mesmo. Solitário que por ofício
não para de falar, notório que cala.
E a obra introjetada e não metabolizada
intoxica. Irrealizada, purga na vida.

PALAVRAS de Mestre

"Conhecimento e verdade estão longe de ser a mesma coisa,
E geralmente nem se relacionam. O conhecimento habita
Em cabeças repletas de pensamentos de outros homens;
E a sabedoria nas mentes atentas às suas próprias idéias.
O conhecimento se orgulha de ter aprendido tanto,
A sabedoria é humilde por saber tão pouco."

William Cowper, 1795.

Apud Osler, O Médico Moderno, Raul Marino Jr.

EM BUSCA DO TEMPO PERDIDO

O professor mais próximo do doutorando ou do médico-residente certamente já foi argüido sobre qual a fórmula para recuperar o tempo perdido. Ocorre naquele instante vivencial em que a pessoa em formação vislumbra o que deixou para trás de maneira estéril. O "dolce far niente" não proposital, não aproveitado, simplesmente perdido. E dá-lhe angústia. E dá-lhe a intenção do atalho, a obsessão pelo curto-circuito que reporá a mente em ordem, preenchida pelas informações não adquiridas, idéias não encontradas, conceitos não entendidos, enfim, pela lacuna existencial culposa. Como ler os cem livros que não leu? Como resgatar de maneira compacta e rápida os sinais não visibilizados nos pacientes que deixou de ver por displicência, falta de curiosidade momentânea, inexistência de oportunidades, por não ter sido "rato de enfermaria"? E as demonstrações de técnicas cirúrgicas não presenciadas por não ser supostamente da panelinha? O que fazer quando olha o seu recente passado acadêmico com um enorme exergo, aquele espaço numa medalha para pôr data ou inscrição, não preenchido? É melhor deixar descansar em paz as angústias. Como escreveu Eliot no poema famoso: todo tempo é irremediável. Não há como recuperar o tempo. O que há como recuperar é a essência do que ficou no passado. Não os cem livros, mas desses os quatro ou cinco que importam. Não temos como saber tudo, nem mesmo importa saber tudo. Supostamente o último a ler tudo que vigia na sua época foi Pico Della Mirandola, sinônimo de saber sem limites, e esse morreu em 1494. Então importa saber o que nos toca, diria que é até um dever saber a que nos ater. O que preciso saber, que habilidades tenho que ter, para apreender a realidade e nela me situar? De que é composto o meu cotidiano e de que maneira devo interagir com os pacientes de minha prática? Rendemos mais quando temos consciência de como funciona o nosso meio e de como devemos nos inserir nele. Médico, em princípio, deve falar e pensar sobre o que lhe é tangível. Claro que a clareza de propósitos exige conhecimento prévio. Mas a ação no cotidiano é delimitada, de modo que é possível ter uma formação suficientemente abrangente dentro desses limites. Só assim podemos ter vitalidade no trabalho e ânimo para ir além dele. Numa palavra, crescer.

Mas não nos iludamos. A verdadeira busca do tempo perdido está na busca de nós mesmos, na prospecção do autoconhecimento, na ida ao encontro da essência do que somos, enquanto legado e vivência, em montar os fragmentos de nosso passado vivencial, integrá-los como num jogo de montar, ter noção de superfície e profundidade dessa inteireza fragmentada, pois só assim podemos conhecer virtudes e vulnerabilidades do próprio ser, e saber o que se pode e o que não se pode fazer no cotidiano, do que se pode ser responsável ou não, pois só dessa maneira podemos levar o outro em consideração, isto é, tratar de sujeito para sujeito, exercer nossa individualidade com propósito coletivo, evocar o que poderia ser chamado de amor, a busca e a doação do melhor de si no outro.

Jaculatórias VII

Jatos de idéias médicas para refletir e criticar

• Aula também é um dom: precisa-se saber esquecer para poder generalizar.

• Aula não é simples divulgação de informações, é esclarecimento e reflexão. Se também contiver encanto será um acontecimento.

• Uma boa aula leva ao livro, à revista, à apostila, à internet, ao que for. Se desdobra em conseqüência.

• O estar pronto, estar maduro é tudo – "Ripeness is all" de Shakespeare —, em Medicina significa ter noção de seus limites.

• Voar alto é um vôo solitário. Se você é autônomo, independente e auto-suficiente, muitos do que se aproximam também o são. Acostume-se à solidão e ao silêncio.

• Contemplar um quadro, ler um poema, ouvir uma sonata ou observar um paciente, nos remete à questão essencial do Ser. Esse encontro nos permite a experiência da liberdade mútua.

• Não devemos maldizer a complexidade da medicina moderna, ao contrário, devemos louvar a possibilidade de novas aprendizagens. É um privilégio poder ter novas habilidades ou encetar novos conhecimentos.

• A Medicina é tão ampla e profunda que pode funcionar como um tecido conjuntivo que permeia a formação cultural, estética e moral do homem. Basta exercê-la em toda sua amplitude.

• Uma boa prática para sentir o paciente é já ter estado doente e sentido o médico.

• Em ciência, como em qualquer outra atividade, quando criticamos, o que é essencial para a formação e desenvolvimento do aluno ou tutorado, temos que dizer o porquê, usar argumentos lógicos, para não entrarmos na esfera proibida da violência verbal, tão danosa quanto qualquer outra forma de violência. Na clínica a principal forma de iatrogênese, e ainda por cima difícil de aferir, é a verbal. Não humilhar é um marco civilizatório. Não esqueça: aceite argumentação lógica, evite persuasão psicológica.

• Nós, médicos, temos uma profissão extraordinária porque todos os dias podemos a partir de algo ruim transformá-lo em algo bom. Parece piegas mas é a pura verdade. Que outra profissão tem essa característica de transformação?

• Ciência é invenção controlada.

• Descobrir o valor da imaginação é sublime. Expô-la à necessária poda do rigor científico é um diálogo permanente de frustração.

• Um profissional precisa aprender que seu possível sucesso, para ser duradouro, depende de credibilidade; sempre adquirida com esforço, tempo e algum talento.

• Malchegou notou a tempestade rítmica, taquicardia paroxística supra-ventricular, pousou suave e firmemente a mão sobre o pescoço e provocou um milagre para os circunstantes; esse é o poder da imaginação.

• Médico é um artista na delicada arte de discriminar e agrupar sinais e sintomas. É portanto um crítico – significa separar – das expressões corporais.

• Se você tem impulso criador não o desvirtue. Submeta-o à virtude do silêncio e da modéstia, e decante-o com zelo. Talvez algum dia alguém prove e goste. E serão poucos. Se forem muitos, você foi eleito pelo comitê celestial.

• A busca do tempo perdido não é um exercício de recuperação de tempo, é a busca integradora de si mesmo.

• "A saúde é o estado no qual as funções necessárias se cumprem insensívelmente ou com prazer". ***Paul Valery*** (1871-1945)

Valor agregado

O Jardim do Éden revisitado

Os escritos cuneiformes sumerianos alegam que as divindades chamavam o homem de "o povo da cabeça preta", muito antes do dilúvio e muito antes do Gênesis ter sido escrito.

As divindades Elohim (plural de Iaveh) decidiram transformar o "povo da cabeça preta" num lulu (lulu (do sumeriano) = trabalhador primitivo). Assim os Elohim criaram o homem à sua imagem (carne) e semelhança (espírito) fundidos no barro da Terra e colocaram-no num lugar para cuidar: no Jardim do Éden (eden ou edin do acádico = terraço para agricultura). O adão (tornar-se-ia Adão mais tarde) estava pois, cuidando do Paraíso ("pairidaese" do persa: pairi = ao redor; daese = muro; portanto, muro ao redor). Serviam às divindades, nus, e não se envergonhavam. Tentado por uma serpente astuta ("O Paraíso e o Conhecimento estão onde estão as antigas serpentes" – Nietzsche), o homem come do fruto da árvore do Conhecimento do Bem e do Mal e tudo que lhe restou foi a vergonha de estar nu, por isso se cobre com folhas de figueira (não parreira, misconception vigente).

Expulso do Jardim Murado, ganhou com isso sua liberdade e roupas de peles que a divindade lhe deu. De modo inesperado, a divindade põe sentinelas armadas à Leste do Éden para que o homem não voltasse e comesse também do fruto da árvore da vida, neste caso, teria conseguido a longevidade. Os ditos enigmáticos da divindade neste dia: "ele agora é um de nós". Estamos diante do episódio chamado pelos eruditos, A QUEDA DO HOMEM.

Elohim é o plural de Iaveh, o equivalente sumeriano Nefilim (gigantes para o hebraico, ou mais corretamente "aqueles que foram lançados"). A serpente deu ao homem sabedoria, mas a mudança que ocorreu foi a capacidade de procriar. A curiosidade nos leva a especular que o ser criado inicialmente era um híbrido e, como tal, estéril.

A serpente abriu-lhe a possibilidade genética da procriação. Analogia interessante faz Joseph Campbell; na realidade a árvore proibida ficava no centro do paraíso, seu ramo ocidental nos legou a sabedoria (ciência, tecnologia) e seu ramo oriental, a vida eterna (ascetismo, transcendentalismo, renovação). A serpente sumeriana é Enki, a divindade que deu ao homem a agricultura, a roda, o fogo (o equivalente grego é Prometeu, castigado por Zeus pelos presentes à humanidade, e condenado a ter seu fígado devorado por uma ave de rapina durante o dia – regenerava à noite). Enki, divindade sumeriana da sabedoria, NAHASH = serpente e NH_SH = "ele que pode decifrar", "ele que descobre coisas".

A serpente aparece em todas as mitologias antigas, no Egito, na Índia, na China, na América Central é a serpente emplumada Quetzalcoatl, (por que as penas? porque voavam.) Sem muito esforço, a conclusão do Homo Ludens é a de que no "paraíso" nem tudo foi o que parece; havia gigantes, árvores e delícias (para as divindades), escravidão, serpentes, muros, proibições e finalmente castigo (para o lulu).

Evoluímos e fizemos do nosso planeta o verdadeiro paraíso com todos os defeitos que caracterizam a extraordinária humanidade, desde o procônsul, pithecantropus erectus, homo pequinensis, povo da cabeça preta, neandertais, homens de cro-magnon, homo sapiens, homo sapiens sapiens e homo ludens. No entanto tivemos que passar pelo dilúvio, um castigo muito, muito maior, mas essa é uma outra história, outra visita...

Aurélio Marcos Ribeiro

LEITURA RECOMENDADA:

1. Z.Sitchin – pg.163 – A revolta dos Anunnaki
2. S.Noah Kramer – A história começa na Suméria
3. L.W.King – Enuma Elish – The seven tablets of creation – 1902
4. Bíblia – Gn.2-15, 2-25, 3-7, 3-21, 3-22, 3-24
5. Nietzsche – Além do Bem e do Mal
6. Joseph Campbell – As máscaras de Deus – Mitologia Oriental

Fotografia

Momento mágico, "clic" instantâneo que capta desde a tristeza mais profunda até o sorriso mais cativante; flagrante único de uma fração de tempo que pode significar uma lembrança perene.

Ao contrário do retrato de Dorian Gray, da obra de Oscar Wilde, a fotografia tem o poder diabólico de nos manter jovens no papel enquanto envelhecemos de forma inexorável.

É ambígua, pois ao mesmo tempo em que nos diverte, nos alegra, também nos entristece, nos angustia; do mesmo modo que retrata o belo, mostra o horror; da mesma forma que glorifica, destrói.

Tem força muito maior que as imagens que passam pelos nossos olhos, seja no desfile diário de situações e fatos que a vida nos proporciona, seja na tela de um cinema ou de uma televisão.

Viajamos com ela na máquina do tempo, transportando-nos à infância e a épocas que não voltam mais; a lugares inesquecíveis e que talvez nós nunca mais vejamos; e, em companhia do esotérico, conseguimos, por vezes, até sentir o calor das mãos ou o brilho do olhar de quem vivo nas fotos, na verdade ao nosso lado não mais está.

É a essência da vida, é a própria vida, registrada em pedaços de papel ou na tela de um computador.

Peter A. Cruz

Doutor x Doutor

A palavra doutor, além de sinônimo de médico, tem a conotação de um ser de notório saber ou aquele que detém o conhecimento. Em nossas andanças temos identificado dois tipos de doutores. Uns são aqueles que defenderam tese de caráter inédito; em detrimento disso alguns têm soberba, como dizemos coloquialmente "ele tem doutorado". Esses professores titulados são de personalidades e características muito diversas entre si, fazem parte do meio universitário e alguns não necessariamente apresentam notório saber além das fronteiras da tese defendida. Em compensação há outros professores, sem mestrado ou doutorado, que foram talhados na experiência do fazer médico. Fizeram seu mestrado nas enfermarias dos hospitais e o doutorado no consultório. Com esta larga experiência podem ministrar aulas magníficas e ensinamentos perenes. Estão com certeza no nosso imaginário e, como num filme mágico reprisado, nos vêm à mente periódicamente destilando o brilho de sua lucidez. São preparados, cultos e de sensibilidade aguçada. Aos primeiros, nosso respeito e admiração, sua titulação é sem dúvida meritória; aos segundos, doutores sem cátedra, nossa reverência e nosso eterno agradecimento. Ah, que saudades... daqueles que pareciam ter tudo tão claro.

Prof. Dr. Angelo de Paula