iátrico
ENCARTE CIENTÍFICO-CULTURAL DO JORNAL DO CRM-PR
JAN/MAR - 2006
Esta edição é dedicada à razão e fé, dualismo a organizar
N.° 16

Falsos Remédios

Responda sem pestanejar: se acometido por doença terminal e dolorosa, como você, meu caro colega, se comportaria? Seria estóico? Resistiria à sereia das panacéias miraculosas? A minha experiência (oh, pomposidade!) diz que não podemos nos atrever a responder previamente. Fragilizados física e mentalmente regredimos, nos tornamos suscetíveis a toda sorte de tentativas "terapêuticas". Já vi humanos de todas as estirpes nessa senda; a maioria, porém, sucumbe à poção milagrosa...

Por isso, há um capítulo com o título acima no livro de ensaios de Richard Dawkins, O Capelão do Diabo, que recomendo, em que exalta a coragem física e, sobretudo, intelectual de John Diamond, figura pública inglesa, escrevendo sobre sua luta contra o câncer, que o haveria de levar. Mais do que coragem física uma postura intelectual inquebrantável. No momento em que a medicina científica, ortodoxa, nada mais tinha a oferecer e, talvez, até desse de ombros à situação. É nesse estádio que entram em ação os abutres das terapias "alternativas" ou "complementares", em seu vôo rasante para vender esperança. Questão de mercado. Transcrevo um trecho a respeito da voracidade financeira dos charlatões, com grifos meus: "Você já tentou cartilagem de lula (*poderia ser de tubarão, no nosso caso*)? A medicina oficial não a reconhece, é claro, mas minha tia continua viva graças à cartilagem de lula dois anos depois de seu oncologista ter lhe dado apenas seis meses de vida (*bem, já que você pensou, ela também estava fazendo radioterapia*). E há também esse terapeuta maravilhoso (?) que pratica a imposição das mãos, com resultados surpreendentes. Ao que parece, é tudo uma questão de sintonização de nossas energias holísticas (*ou será que o termo é holográficas?*) às freqüências naturais das vibrações cósmicas orgânicas (*o que será que são as tais vibrações orgânicas?*). Você não tem nada a perder, de modo que valeria a pena tentar. Cada período de tratamento custa 500 libras, o que parece caro, mas de que vale o dinheiro quando a sua vida está em risco?"

Como vêem os produtos são os mais estapafúrdios, surgindo dos olhares cobiçosos de espertalhões, tendo um exército de crédulos a lhes dar guarida. E a credulidade é pandêmica. Sim, sincera. Os chamados sonhadores tolos.

Mas voltemos a Diamond que recebeu esse tipo de sugestões e sua tenaz luta pela medicina científica. Ele a definia como um conjunto de práticas que se submetem ao suplício dos testes. Já a medicina alternativa, como um conjunto de práticas que não podem ser testadas, se recusam a ser testadas ou são invariavelmente reprovadas nos testes.

Se por meio de ensaios adequados, digamos um duplo-cego, uma técnica terapêutica demonstrar suas propriedades curativas, afastar-se-á da zona cinzenta intermediária e, conseqüentemente, deixará de ser alternativa. Mas Diamond ainda se fazia uma pergunta: não seria arrogância exigir que o método de testagem seja sempre o método científico? Não seria justo que se usasse testes "alternativos"? O problema, ele mesmo respondia, é que não existem testes de avaliação alternativa. Então o resumo é: ou o remédio funciona ou não funciona, e só em condições rigorosas de avaliação é que se pode revelar sua eficácia. Quantos medicamentos da medicina científica já não foram abandonados pela simples e boa razão de não passarem nos testes? A maioria. Simplesmente não chegam ao mercado. E os alternativos? Continuam por aí. Subsistem pela crença das pessoas e pelos testemunhos pessoais, que ciência não são. Nunca vi nenhum medicamento alternativo controlar Artrite Reumatóide, padrão contínuo. Mas com muita freqüência vejo nessa mesma enfermidade prescreverem além das drogas alternativas, o mesmo profissional formular composições que contêm corticóides e antiinflamatórios não-esteróides em conjunto. Lógico, senão seriam abandonados imediatamente. É a chamada "camuflagem natural".

Sei que é muito difícil, em estádios terminais, resistir à sereia miraculosa. Daí o grande exemplo de Diamond que lutou bravamente até o fim pela racionalidade de algo que subverte todas as razões. Se vocês se lembram do final do filme Invasões Bárbaras discutia esse delicado problema trazendo uma solução polêmica mas obrigando o espectador a refletir sobre o assunto.

Em certas situações, não ter mais um herdeiro talvez seja a melhor saída. Para isso, cautela e resignação podem ser melhores remédios. Com consolo religioso – se existir —, familiar e de amigos. Não estariam à prova de falsidade, mas seriam acessíveis, em conta, e sem falsas esperanças. E não haveria a necessidade de lutar até ao fim, como J. Diamond, contra o sofrimento de uma doença terrível e contra os que tentavam enganá-lo. Seu exemplo foi edificante.

Razão e Fé

À exceção dos agentes do sobrenatural – padres, pastores, diáconos etc. – ninguém vive tanto e tão intensamente o dilema de razão e fé quanto os médicos. E nada mais desconfortável. Por isso, a maioria prefere a dubiedade, não se posicionar claramente, fugir à questão, e continuar na gangorra, ora com a razão, ora com a fé. Portanto, convém a pergunta: é possível ser cientista e acreditar em Deus ao mesmo tempo? É possível ter um pé lá e outro cá? Decididamente sim, desde que saibamos separá-las. A fé e a razão podem coexistir muito bem em uma pessoa, mas tem que se ter clareza de propósitos.

Ciência e religião são coisas diferentes que podem estar associadas ou não. É preciso que se entenda que a ciência é uma espécie de religião libertada e ampliada. Libertada, porque não professa dogmas; e ampliada, porque ilimitada na busca de explicações e provas. A idéia de um ser supremo colocando ordem no caos, ou seja, dando uma feição lógica a todas as coisas, é sempre atraente, haja vista a ligação do humano com a divindade. Mesmo os que não se ligam a nenhuma religião em particular, ou que até mesmo as criticam enquanto instituições, e rejeitam qualquer forma de fundamentalismo, têm um sentido de religiosidade. Esta, ajuda a preencher lacunas existenciais, a resolver pontos obscuros, a preencher a suspeita de que não estamos sós no universo, mas em nada contribui para a ciência. Religiosos ou agnósticos – é incomum encontrar ateus —, ou se acredita em Deus, como uma opção de escolha, e com isso se tenta explicar os "gaps" filosóficos que permeiam nossa existência, ou se tenta um caminho diferente, isto é, começa-se a se perguntar, se não haveria uma explicação alternativa sem a interferência do criador. Há bons cientistas em ambos os lados. Mas, como conseguem superar essa dicotomia ou até transitar em ambas? Noutras palavras, onde a intersecção? Fácil. Se tenho um problema que necessite uma abordagem racional, não devo recorrer à fé. Se ele está além da verificação e demonstração pela razão, posso buscar um sentido de sabedoria que transcenda a natureza física das coisas. É esta a melhor maneira de conciliar razão e fé. Exemplo: podemos saber porque uma pessoa morreu. Isso é ciência. Agora, qual o significado da morte? Isso já é transcendente, e a filosofia ou a religião podem ajudar. Mas mesmo estas não deveriam impor dogmas, e sim despertar no usuário das mesmas o gosto pela busca do sentido da vida e dos valores humanos. Essa a maior virtude.

Passemos a outra questão prática. Digamos que o caro leitor, médico, seja católico, e é sabido que um dos dogmas da igreja é a não utilização de métodos contraceptivos artificiais. Digamos, agora, que um casal pretenda planejar sua família e devem escolher o método, natural ou artificial, que lhes seja mais pertinente. Qual a posição do médico? Deve respeitar e orientar. Para que fique claro, método é meio, e o meio deve ser empregado da maneira mais ajustada aos bons fins que se deseja alcançar. A religião não deve impedir o melhor meio. Outro exemplo: o importante em relação à AIDS é evitar o contágio. Muito bem, se o melhor meio for o uso do preservativo, o mesmo deve ser indicado. Ah, mas a pessoa leva uma vida promíscua? Pelo menos estamos evitando um mal maior, a contaminação de "inocentes". A própria igreja, para ficar no exemplo católico, dá mais valor à orientação evangélica de viver a verdade que ao valor dos dogmas. Chama isso de "hierarquia das verdades". Portanto, nada de ficar amofinado entre isto ou aquilo. É simplesmente uma decisão a ser tomada sobre os bons fins.

Há, no entanto, mais um problema. Acima escrevi que era fácil superar a dicotomia razão e fé, bastando para tanto ter sempre uma abordagem racional dos problemas e quando ficassem fora do escopo de verificação e demonstração utilizássemos então a sabedoria transcendente. A questão é que a maioria das pessoas ilustradas não têm formação científica, portanto, usam a priori o caminho da crença, e freqüentemente do preconceito, para avaliar um problema. Isso distorce sua análise desde o princípio. Ou então outros, por má-fé, manipulam ou exploram o sentimento religioso das pessoas. Deve-se exigir, quando tratamos de problemas relativos à fé, que haja mais responsabilidade, convicção e solidariedade nas questões humanas. E, nós médicos, também podemos contribuir para uma religião de melhor qualidade, apresentando métodos e provas que justifiquem os bons fins.

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).

Do Caderno Verde

"O pensamento não deve jamais submeter-se nem a um dogma, nem a um partido, nem a uma paixão, nem a um interesse, nem a uma idéia preconcebida, nem ao que seja, senão aos fatos mesmos, porque para ele, submeter-se, significaria deixar de existir".

Henri Poincaré (1854-1912)

O pensamento deve ter a pureza poética da intuição, o fulgor da percepção, o rigor da lógica e passar pelo crivo do confronto de seus opostos em busca da síntese precisa.

Ademais, ainda necessita da retórica convincente daqueles que o depuraram.

Isto é ciência e arte médica indissociadas.

Diálogos (Im) Pertinentes

Na rádio CBN, Armando Nogueira, amigo pessoal de Nelson Rodrigues, comentava com Carlos A. Sardenberg a importância do cronista para o futebol. Nelson pouco via à distância. Por isso, e por sua verve, recriava sempre os jogos assistidos e não vistos no Maracanã. Ao qual comparecia como qualquer religioso fiel a seu templo, mas, como pouco enxergava, recriava os lances à sua maneira. Pior para os fatos, os que inventava eram mais interessantes. Daí haver personagens lucíferas como o Sobrenatural de Almeida, sempre que algo estranho ocorresse. Contra o seu Fluminense, naturalmente.

Na época da ditadura, anti-comunista ferrenho, referia-se às freiras de mini-saia, aos padres de passeata, e por aí vai. Embora tendo muitas histórias deliciosas e pessoais do amigo Nelson, Nogueira preferiu contar um diálogo que certa feita lhe relatou o amigo comum Otto Lara Resende.

Saíam, Otto e Nelson, por volta da meia-noite de um bar de jornalistas, quando Otto perguntou:

— Nelson, tendo você tantos desafetos jovens, não te preocupa que algum saia do escuro de uma dessas esquinas e te dê um tiro mortal?

— Otto, sou apenas um ex-covarde.

Em seguida, pensativo, Nelson pergunta a Otto:

— Otto, se eu morrer você escreve sobre mim?

— Claro, amigo, vê lá se não vou escrever sobre ti!

— E você vai falar bem?

— Evidente que sim!

— Otto, então exagera, exagera!

Moral: Amizade é presença e lealdade. E, às vezes, luzes mais fortes.

Ciência e Religião

Nas proximidades da comemoração do Natal, como de hábito, vários periódicos estampam matérias de capa com temas religiosos. No final de 2005 chamaram a atenção matérias de capa com a eterna discussão entre religião e ciência, principalmente aquelas em que a ciência tenta explicar a existência de Deus e aspectos da religiosidade do ser humano ("A ciência encontra Deus" – Isto É de 18/12/05 e "Deus existe?" –Superinteressante de dezembro de 2005).

Essas manchetes lembraram-me que, tendo sido criado numa família religiosa, protestante, um livro que estava em voga no meio familiar durante minha adolescência era "... e a Bíblia tinha razão", de Werner Keller, relatando como achados científicos e arqueológicos recentes explicavam fenômenos bíblicos, como por que o Mar Vermelho se abriu em dois, se o maná que caía do céu era um fungo, ou se a estrela de Belém era o cometa Halley ou uma simples conjunção de planetas. Quando fui amadurecendo vi que muito das páginas da Bíblia era simbólico, e que a tentativa de explicar eventos religiosos por métodos científicos não tinha muito fundamento. Talvez esse tipo de literatura ainda exista devido ao fato de que ciência e religião possuem uma relação conturbada há muito tempo, e que isto seria uma tentativa, por parte da ciência pelo menos, de uma aproximação.

No século XXI, porém, este relacionamento está longe de ser amistoso. Dois conflitos marcaram o ano de 2005. Um, o boicote que 534 neurocientistas fizeram à apresentação do Dalai Lama na reunião da Academia Americana de Neurociências, onde o religioso iria fazer uma palestra sobre a meditação como um campo aberto para pesquisas sobre a função cerebral. O outro ponto de embate, que chegou até às páginas do *New England Journal of Medicine* (6/10/05, pg. 1437), a acalorada discussão sobre o ensino do "*designer* inteligente" versus a teoria da evolução de Darwin nas escolas americanas.

Qual seria a relação ideal entre ciência e religião? Elas seriam compatíveis? Seria possível viver plenamente a experiência de cada uma, com um mínimo de conflitos? Uma resposta simplista é impossível, e provavelmente cada um pode encontrar a sua, após uma jornada pessoal.

Como em todas as jornadas, um guia é sempre útil. Para mim, este tomou a forma de "Pilares do Tempo", livro do já falecido paleontólogo americano Stephen Jay Gould (ed. Rocco, 2002). Gould, do Museu de História Natural de Nova Iorque, foi um dos maiores divulgadores da ciência da evolução natural em todo o mundo (junto com Richard Dawkins) e poderia ser considerado pelo menos suspeito para falar de questões de religião. No começo do livro, revela que é agnóstico e mesmo pertencendo a uma família judaica, não recebeu educação religiosa formal. Porém, a aproximação delicada e respeitosa em relação à religião, associada ao seu conhecimento científico ímpar, deleita-nos com uma análise saborosa do assunto.

Gould é um mestre nos trocadilhos, e na tradução perde-se um pouco do impacto destes, começando pelo título original do livro, "Rocks of Ages", que vem da frase "*Science is about the ages of rocks, and religion is about the rocks of ages*", que poderia ser traduzido livremente que a ciência é sobre a idade das rochas, e a religião sobre as rochas (pilares) do tempo. Este é um bom resumo das idéias de Gould, também presente em "*Science is about how the heaven goes, and religion is about how to go to heaven*". (Ciência é sobre como estão os céus, e religião sobre como ir para o céu).

A defesa de Gould resgata um termo incomum no inglês, mas familiar na nossa língua: Magistério – não com a idéia da ciência de lecionar, mas como uma designação genérica para um campo do conhecimento, um domínio, com suas ferramentas próprias de pesquisa. Gould aponta, como tese principal, que ciência e religião são primariamente "magistérios" diferentes, que não necessitam e não devem se sobrepor, embora possam se completar. Ele chama este conceito de NOMA (*Non Overlapping MAgisteria* – magistérios sem superposição).

A ciência, com seus métodos e teorias, tenta explicar - e tem sido muito competente nisso - o mundo natural; a religião, seja qual for, lida com valores, com propósitos e principalmente, com significado.

O livro mostra que nos momentos em que o princípio do NOMA é quebrado, existe maior crise entre os magistérios, com conseqüências insignificantes ou catastróficas. Exemplos simples, como o de São Tomé, que quis ver para crer (usou um método científico em uma questão religiosa – violou o NOMA!), pontuam o livro, que traz também uma análise da relação da Igreja Católica com a teoria da evolução natural (mais aberta do que se possa imaginar) e da questão do ensino do criacionismo nos EUA.

Os dois domínios existem na mesma pessoa, são igualmente importantes, mas independentes. Gould, porém, não diz que o diálogo entre os dois não deve acontecer. Este pode e deve existir, pois o centro dos dois magistérios é o homem. É plenamente possível que uma pessoa racional possa usufruir de uma experiência religiosa, ou de uma herança espiritual, sem abandonar as teorias e os saberes científicos. Assim também um religioso pode acreditar na ciência, utilizar suas ferramentas e mesmo ser um cientista, como Mendel, que chegou a abade de seu monastério mantendo sua pesquisa fundamental em hereditariedade.

Para viver plenamente não é necessário achar que a ciência deve procurar por Deus, ou que o dedo de um *designer* inteligente esteja ao redor de tudo que nos cerca. As buscas material e espiritual são paralelas e independentes. Os magistérios, citados por Gould, fornecem-nos ferramentas diferentes, para propósitos diferentes, para que duas verdades sejam encontradas.

Dr. Eduardo S. Paiva - PR

Para iluminar a política

O século das Luzes, também conhecido como período da Ilustração ou, simplesmente, Iluminismo, teve o sentido de propagar a *Razão* como guia da crítica a todos os campos da experiência humana e combatia a tradição enquanto necessidade de enfrentamento das forças que mantinham viva as superstições e preconceitos. O apogeu da Ilustração pode se dizer, é a deflagração da Revolução Francesa, em 1789, e seus representantes mais famosos são: François-Marie Arouet, o Voltaire (1694-1778), considerado o príncipe do Iluminismo; e Jean-Jaques Rousseau (1712-1778) entronizado no panteão daquela revolução por representar os anseios de uma época.

Um dos embates desses pensadores rivais e que influenciou toda a Europa, diz respeito ao posicionamento da *Razão* e da *Fé* nos comentários que Voltaire, revoltado contra Deus e, Rousseau, em defesa da *Fé*, fizeram sobre o *Desastre de Lisboa.* No dia 1º.de novembro de 1755, a luxuosa cidade de Lisboa, então a quarta maior cidade européia, foi devastada por forte abalo sísmico e um *tsunami* nunca visto, seguido por vários incêndios, nos lugares ainda secos, provocados por velas acesas naquele dia de veneração a Todos os Santos. O *Desastre de Lisboa*, ou *Terremoto de Lisboa,* como ficou conhecido a maior catástrofe do continente europeu, dizimou dezenas de milhares pessoas, destrói a terça parte da cidade e a metade das edificações, em especial o Rossio consumido pelas chamas do incêndio, região central então reconstruída e hoje conhecida como *Baixa Pombalina*. Alguns setores do clero difundiam no povo a idéia de que o acontecido fora castigo divino pela impiedade dos governantes e reclamavam purificação por meio de arrependimento, penitência e auto-de-fé.

O pensamento filosófico predominante desta época era da tradição racionalista, que contornara o dilema da *Fé* frente à *Razão* atribuindo racionalidade à perfeição e justeza da Providência divina. Em especial, a filosofia de Leibniz (*Ensaios de Teodicéia*, 1710), divulgador do método cartesiano e criador do *otimismo filosófico*. Discorria que no poder de Deus há uma infinidade de universos possíveis, mas, como apenas um único pode existir, a Providência escolhera a melhor combinação possível para a vida de todos. Desse modo, é impossível fazê-lo melhor do que é; este é *o melhor dos mundos possíveis*; todo mal leva ao bem do todo. A filosofia de Leibniz tem o enfoque newtoniano: o mundo tem leis; tudo que é, é certo.

Entretanto, para Voltaire (*Poema sobre o Desastre de Lisboa*, março de 1756) o sofrimento dos portugueses contradizia a bondade e o poder divinos. Voltaire manifesta sua revolta pela morte e mutilação de tantos inocentes e rechaça, com ironia e contumácia, a pregação supersticiosa dos padres e a concepção do *otimismo filosófico*. Diz Voltaire: deve soar estranho aos que presenciaram o desastre de Lisboa o lema do otimismo filosófico, "tudo é bem". Se for assim, qual o significado da tragédia? Voltaire cita Epicuro, no célebre dilema grego, se Deus quer algo e não pode fazer, não é Deus; se pode e não quer, não é bom; se quer e pode tudo, única possibilidade compatível com a divindade, qual é a origem de todos os males?

Em posicionamento oposto, Rousseau (*Carta a Voltaire sobre a Providência*, agosto de 1756) critica o poema e afirma que Deus nada tinha com o assunto. Retirar a *Fé* é dar menos conforto e esperança, só aumenta a desgraça. Deve-se procurar a fonte do mal exclusivamente no homem livre, aperfeiçoado, portanto corrompido. A questão não é saber porque o homem não é feliz, mas porque ele existe. Na carta, o filósofo genebrino acrescenta que até a maior parte dos males físicos também é obra do homem e não houvesse ele ajuntado em Lisboa as "vinte mil casas de seis a sete andares, e que se os habitantes desta grande cidade estivessem espalhados mais igualmente e mais levemente alojados, o estrago teria sido menor, e talvez, nulo".

O debate Voltaire/Rousseau sobre o *Desastre* serviu também para iluminar a política do seu tempo. Percebe-se ali o dilema da contemplação pela *Fé* e da ação pela *Razão*. Havia obstáculos poderosos para a luta pela justiça, como a aristocracia e os jesuítas que viviam à margem da autoridade do Estado. A ação política de um homem, Sebastião de Carvalho, abre caminho para a igualdade social, (re)constrói Lisboa como a mais moderna cidade da Europa, os primeiros prédios com estudos sismológicos, as primeiras largas avenidas com estudos de urbanismo. Carvalho, futuro Marques de Pombal, é tido como reformador extraordinário e um dos déspotas esclarecidos das Luzes. Compreendera a profundidade das críticas dos filósofos e fez de Portugal o primeiro estado secular da Europa, como ambicionava o Iluminismo.

Para iluminar a política de nosso tempo, a primeira encíclica do Papa Bento XVI, *Deus caritas est*, sinaliza pela *Razão* aos homens de *Fé* que podem e devem participar da luta pela justiça, ainda que isto não signifique tomar nas mãos a batalha política nem colocar-se no lugar do Estado. A mensagem de Joseph Ratzinger, admitida como ação política, pode revolucionar a História. Será este o século do Iluminismo guiado pela *Fé*? *Habemus Papam!*

A outra opção é o "tudo é bem" do melhor dos mundos possíveis. Como se o sistema político escolhido para nós fosse o melhor e a única solução. Assim, permanecemos nas crenças reiteradas, agora por setores da mídia como fazia o clero lisboeta de outrora difundindo no povo a idéia de que nossas mazelas são castigos pela má escolha dos governantes. Nesta opção, só nos resta o arrependimento do voto e a penitência de ouvir de novo, na próxima eleição, o discurso dos mesmos candidatos.

Denis Rosa - PR

Palavras de Mestre I

"Sê humildemente sábio."
anjo Rafael a Adão e Eva

Palavras de Mestre II

"Doente gosta mesmo é de prosa."
Pedro Nova

MEMES

• Paciente com hematúria depois de infecção de vias aéreas superiores deve ter glomerulonefrite pós-estreptocócica ou nefropatia por IgA (Berger). Sabe-se que a hematúria é glomerular pelo exame microscópico da urina: presença de cilindros hemáticos ou eritrócitos dismórficos.

• Na mediastinite aguda mais da metade dos pacientes têm enfisema subcutâneo ou pneumomediastino.

• Paciente esplenectomizado (trauma, doença auto-imune etc.) que esteja séptico deve ser sempre considerada causa pneumocócica. A hipoglicemia pode ser chave diagnóstica. Não esqueça de vacinar – vacina antipneumocócica – o esplenectomizado.

• Paciente imunecomprometido que apresenta eosinofilia, dor abdominal difusa, infiltrados pulmonares e bacteremia por gram-negativo pode ter a síndrome de superinfecção por estrongilóides.

• Não esqueça que pacientes com pequena massa muscular podem ter insuficiência renal com níveis normais de creatinina.

• Proteinúria intermitente é comumente associada a causa benigna.

• Neoplasia prévia e edema facial? Pense em síndrome da veia cava superior.

• Criança febril com coriza aguda e sem erupção examine com atenção a cavidade oral. No sarampo as manchas de Koplik aparecem 2 dias antes da erupção cutânea. Parecem grãos de sal grosso sobre a mucosa. É um sinal patognomônico. E por falar em enantema, quer um exantema patognomônico? Pápulas de Gottron na dermatomiosite.

• E já que falamos em sinais com especificidade: a mioritmia oculomastigatória é um sinal incomum mas específico da doença de Whipple.

• Possível metatástase em adrenal? Busque a origem nos pulmões, mamas ou pele (melanoma).

• A questão principal em face de um nódulo de tireóide é se o mesmo é maligno. Há três principais grupos de risco: pacientes abaixo dos 30 e acima dos 60; crianças; e os que têm história prévia de irradiação na cabeça e pescoço.

• Episódios noturnos e/ou matinais de ereção significam integridade das vias neurológicas e circulatórias envolvidas na ereção, e é provável que a causa do transtorno eretivo seja psicogênica. A exceção fica por conta de certas neuropatias sensitivas.

Jaculatórias

Jatos de idéias médicas para refletir e criticar

• Ter existido foi um milagre. Ter sido médico uma graça. Ter se expressado, esforço e necessidade. Antes, muita observação obsequiosa. Depois, a busca do brilho do real no bazar do mundo. Que é opaco, muito opaco.

• Se você necessita demonstrar conhecimento amiúde, desista; ou não é tão bom quanto pensa, ou é inseguro.

• O melhor aproveitamento que se extrai do estudo é durante a pesquisa que se faz para entender e encontrar soluções para nossos pacientes.

• A partir de certa idade, variável com a genética e o estilo de vida, ser aprovado simplesmente, sem mérito, em um exame de saúde, está de bom tamanho. É ilusão pensar que a qualidade de vida aos 60 possa ser igual à dos 30. Um pouco de resignação faz bem. Só há uma função que não deve piorar, a cognitiva. Se notar alguma redução, use-a. De todas as maneiras: do exercício físico à fisioterapia neuronal (é, existe!).

• Hexâmetro, é assim chamado o verso grego ou latino, também dito alexandrino, que tem doze sílabas, com acento na sexta. Pois bem, Quintiliano nos legou um hexâmetro técnico que encerra o que, em Retórica, se chama circunstância: a pessoa, o fato, o lugar, os meios, os motivos, o modo e o tempo. Ou seja, sintetizou a divisão da Retórica. É muito usado por jornalistas que, com as respostas a estas perguntas circunstanciais, pretendem esgotar um assunto. Igualmente útil em criminologia. E lógico, em Medicina. Em latim: quis (qüis); quid (qüid); ubi (ubi); quibus auxiliis (qüibus auxsílis); cur (cur); quomodo (qüómodo); quando (quando). Entre parênteses a pronuncia. Tradução: quem?; o quê?; onde?; por que meios?; por quê?; como?; quando? O estudante diligente e disciplinado pode usá-lo com proveito durante sua formação.

• Palavras de Maluco (para quem acha que nunca têm nada a dizer): "O futuro do mundo reside hoje, fundamentalmente, em duas coisas: Eletrônica e Psiquiatria". Raimundo Arruda Sobrinho, sem-teto e livre-pensador. Mais livre do que pensador, mas atado à doença mental.

• Qualidade toma tempo. Se ocorre num átimo é genialidade, que está fora do tempo.

• Entender um fato científico ou adquirir uma habilidade técnica é apropriar-se.

• "As idéias se propagam como vírus". R. Dawkins.

• "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". Guimarães Rosa.

• Não se aprende Medicina, se aprende a medicinar, na observação clínica aliada ao estudo e à prática, projeto que envolve a vida inteira.

O Fenômeno Iatrogênico Social "Ler/Dort"

A sigla LER foi introduzida no Brasil a partir do inglês RSI (Repetitive Strain Injury) e deveria albergar lesões decorrentes de esforços de repetição, como o próprio nome condiz. No entanto, a maioria dos indivíduos envolvidos nesse cenário não possui uma evidência de lesão tecidual e, na maioria das vezes, a sobrecarga biomecânica envolvida não é a repetitividade. Por tais razões, foi instituído o acrônimo DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), pois envolve sintomatologia que não está, necessariamente, relacionada a lesão tecidual e, além disso, abarca situações decorrentes de outros tipos de sobrecargas biomecânicas como, por exemplo, sobrecarga estática (contração isométrica de musculatura para manutenção de postura por períodos prolongados), excesso de força empregada para a realização das tarefas, uso de instrumentos que transmitam excesso de vibração, entre outros fatores biomecânicos.

O cenário é ocupacional, no entanto, de maneira curiosa, não estão envolvidos os atletas, músicos, dançarinos entre outros, mas exclusivamente trabalhadores da indústria e do comércio, particularmente bancários, auxiliares de linha de produção, entre outras funções de grandes empresas. São sempre trabalhadores em desvantagem social dentro de nossa sociedade; não há envolvimento de trabalhadores autônomos. Fato este que deve eliciar reflexões.

Assim sendo, estamos vivenciando um exuberante fenômeno iatrogênico social, intitulado LER/DORT, com diversos profissionais envolvidos, representando distintos interesses dentro da sociedade e inconscientes das conseqüências médicas, sociais e econômicas deste fenômeno. Juízes, advogados e até sindicalistas, aventuram-se em interpretar uma complexa e difícil informação médica; muitas vezes, essa informação é oriunda de laudos médicos e exames complementares elaborados sem qualquer preparo e rigor científico. Uma substancial proporção desses indivíduos rotulados, com simplismo e impropriedade, como portadores de LER/DORT está envolvida em litígio trabalhista, alegando incapacidade laborativa e requisitando acordos, indenizações ou algum tipo de benefício. Muitos são os trabalhadores afastados por longos períodos (anos), referindo ter realizado diversos tipos de tratamentos, e continuar piorando de seus respectivos quadros clínicos. Conseqüentemente, um gigantesco número de dias perdidos de trabalho, ocasionando queda significativa da produtividade e desarranjo estrutural nas empresas, gastos com investigações diagnósticas, tratamentos e compensações financeiras, além de sobrecarga na instituição previdenciária. Não existe uma visão adequada, nem mesmo sobre o título deste fenômeno. Muitos são os indivíduos, entre eles médicos, que consideram, sem qualquer embasamento científico, LER/DORT como doença genuína, *lato sensu*, quando, na realidade, representam um grupo heterogêneo de distúrbios musculoesquelético relacionados ao trabalho.

Sem dúvida, quem sofre o maior impacto é toda a sociedade. Diversos são os motivos para a atual epidemia de diagnósticos de LER/DORT no Brasil, entre eles:

Insatisfação com o Trabalho e com a Vida

Insatisfação com a empresa, em diversos níveis, seja com o tipo de função, com o gerenciamento, com a falta de reconhecimento, com o salário ou com o ambiente tenso, tem contribuído, e muito, para este cenário. A insatisfação com a vida, envolvendo o ambiente familiar, social ou recreativo, também contribui para os aspectos psico-sociais, tão importantes quanto os aspectos ocupacionais.

Tensão Social

O descontentamento com a atual situação social e econômica do país é unânime, e com completa razão de existir, entre os trabalhadores brasileiros. O alto índice de desemprego, os baixos salários e a falta de perspectiva, têm colaborado, no mínimo, para um estresse psicológico.

Despreparo de Médicos

Neste momento lembro-me do velho aforismo do francês Claude Bernard: *"Quem não sabe o que procura, não entende o que encontra"*. Muitos médicos têm apresentado conduta viciosa em termos de classificar o paciente como portador de LER/DORT, unicamente pelo fato deste indivíduo encontrar-se no contexto ocupacional, sem levar em consideração todo o leque de diagnóstico diferencial. Antes disso, cumpre lembrar que muitos nem mesmo são pacientes desses médicos, mas o procuram numa única oportunidade, objetivando adquirir um atestado, onde seja alegada a relação causal entre o trabalho desempenhado numa determinada empresa e o diagnóstico efetuado no consultório. Muitas dessas relações são litigiosas, distanciando-se, e muito, de um verdadeiro relacionamento médico-paciente. Além disso, muitos quadros de dores musculares têm sido erroneamente interpretados como processos inflamatórios, particularmente tendíneos. Um exemplo típico é o portador de síndrome da fibromialgia, que apresenta dor em diversos segmentos do corpo, a qual vem sendo mal diagnosticada como múltiplos sítios de tendinites por "LER/DORT". As situações de confusão diagnóstica são inúmeras e elas têm conduzido a equivocadas estratégias terapêuticas, minimizando as chances de recuperação de muitos pacientes. Foram criados muitos jargões médicos, e também mitos, quanto ao prognóstico dos trabalhadores com "LER/DORT". Alguns colegas têm afirmado que tal "enfermidade" não tem cura, interferindo nas convicções de seus pacientes, ou melhor, pseudo-pacientes !

Enquanto o tempo médio de afastamento do trabalho de um operário americano com LER/DORT é de 32 dias, aqui no Brasil existe um contingente imenso de operários afastados por vários anos. Seguramente, esses indivíduos estão sendo mal orientados, com planos terapêuticos inadequados ou não vêm realizando qualquer forma de tratamento. Outra situação comum, ocasionada por profissionais despreparados, envolve o erro de interpretação da sintomatologia; sem qualquer base científica esses médicos têm atribuído os sintomas a tal fictícia doença "LER", *lato sensu*, que teria surgido com o advento da era industrial. Mesmo sem existir em toda a literatura mundial quaisquer critérios diagnósticos, esses colegas têm feito uso indiscriminado deste rótulo. Alguns chegam até pressagiar que tal fictícia doença irá evoluir para uma condição intratável. Saliente-se que o CID M65 (antigo CID 727.0/2), que corresponde a "sinovite e tenossinovite", nunca foi tão utilizado como nos últimos anos. Uma superestimativa de diagnósticos de tenossinovites inespecíficas (sem elucidação do tendão afetado)

▸▸▸

dos membros superiores, tem sido evidenciado, de maneira assustadora, nos relatórios médicos e laudos periciais. Este diagnóstico tem sido empregado até em tendões desprovidos de bainha sinovial !

Exames Complementares Mal Elaborados

Aqui se constata um fator crucial para tal iatrogenia social. Muitos são os médicos que deixaram a propedêutica médica de lado, a qual é soberana, frente a qualquer exame que, como o próprio nome condiz, serve apenas para "complementar" o raciocínio clínico. Esses colegas têm transferido a responsabilidade final do diagnóstico para os exames complementares ! Os métodos de imagem mal elaborados também têm concorrido para a má formulação diagnóstica. Os exames operador-dependentes, como a ultra-sonografia e a eletro-neuromiografia, merecem destaque especial. São exames que dependem da capacidade técnica, da ética e da experiência do operador, além de terem resultados totalmente manipuláveis. Esses dois exames têm sido muito usados e exibido uma abundância de resultados falso-positivos.

Outros exames, como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, fornecem resultados que são comumente evidenciados em indivíduos assintomáticos, como por exemplo, na coluna vertebral onde 30 a 40% dos indivíduos assintomáticos possuem tomografia computadorizada sugerindo abaulamento/protusão discal; e onde 25 a 50% dos indivíduos assintomáticos possuem ressonância magnética sugerindo abaulamento/protusão discal. Tais abaulamento/protusão discal têm sido erronea e freqüentemente interpretados como hérnia de disco. Muitas tomografias e ressonâncias bem realizadas fornecem resultados que são esperados para uma determinada faixa etária, significando apenas alterações degenerativas e, em outras situações, detectam alterações seqüelares, sem qualquer significado ou relevância clínica. Entidade comum nesse contexto é a síndrome do túnel do carpo, que tem sido supervalorizada nos exames de eletroneuromiografia. O operador deveria se ater apenas a prescrição dos achados eletrofisiológicos e não se aventurar a diagnosticar uma síndrome, que possui sinais e sintomas característicos. Fictícias radiculopatias são outros achados extremamente comuns nos resultados de eletroneuromiografias mal executadas. A ultra-sonografia é outro exame onde o operador deveria se ater apenas aos achados descritivos, além de conhecer muito bem a técnica e a anatomia topográfica. Não é sensato o radiologista efetuar um diagnóstico em tal exame, muito menos alegar nexo de causalidade, conforme tem se observado em inúmeras situações. Muitos são os exames subsidiários executados sem preparo técnico. Análises laboratoriais freqüentemente obtidas como "normais" ou "negativas" acabam por ocultar ou retardar o diagnóstico de uma eventual doença a ser considerada no diagnóstico diferencial nas LER/DORT.

Qualidade e Aderência do Tratamento

Geralmente, a falta de melhora dos pacientes tem sido diretamente relacionada a erros diagnósticos ou na formulação de planos terapêuticos. Outra razão para a ineficácia na recuperação dos pacientes é a falta de aderência ao tratamento, no entanto, não podemos esquecer o poder de reparo inerente do organismo, em particular, do sistema musculoesquelético em questão.

Influência da Ação de Sindicatos

Os sindicatos têm agido com uma convicção fixa de que seus respectivos trabalhadores estão se tornando gravemente enfermos por atividades no trabalho. E, pior ainda, estão considerando que muitos desses trabalhadores estão inválidos e irrecuperáveis. Regiões onde os sindicatos são mais influentes ou ativos têm apresentado uma maior prevalência quanto ao número de trabalhadores afastados e de processos judiciais.

Ações Políticas

Médicos ligados às centrais sindicais têm sido tendenciosos em diagnosticar "LER/DORT", em diversas situações de dor ou desconforto, ambos não relacionados ao trabalho. Inúmeros impressos (folhetos, cartazes, panfletos, livretos, etc) têm sido distribuídos por centrais sindicais, com informações distorcidas sobre o tema, terminando por influenciar negativamente as crenças e as condutas de muitos indivíduos.

Influência da Mídia

Alguns veículos de comunicação, geralmente bem intencionados, vêm sustentando os mitos sobre a fictícia doença "LER". Certas vezes, chegam até sugerir tratamentos alternativos, sem qualquer confirmação científica. Ambas as situações devem-se, geralmente, ao descuido na busca das fontes fornecedoras de tais informações.

Predisposição Ética e Moral dos Indivíduos

Aqueles com pouca (ou total falta de) ética e com poucos princípios morais têm tentado, com bastante freqüência, um aproveitamento das circunstâncias. A quantidade de oportunistas no nosso país requerendo compensações financeiras é bem maior do que a citada na literatura de outros países.

Oportunismo de Advogados

Uma proporção dos profissionais de Direito tem tentado lucros ilícitos, fazendo uso das mais variadas argumentações. Muitos dos casos de litígio trabalhista terminam numa disputa de astúcias entre advogados, deixando de lado a interpretação dos fundamentos médicos envolvidos. Em muitos casos de perícia os exames subsidiários fraudulentos têm sido mais valorizados do que os argumentos clínicos!

Interesses pela Compensação Financeira ou Aposentadoria

As grandes somas de dinheiro atualmente requeridas para as indenizações têm atraído muitos oportunistas, sem qualquer enfermidade, ou indivíduos com doenças de caráter benigno e que não causam invalidez. A avaliação da incapacidade parece não ocupar qualquer espaço nos trabalhos judiciais. Conseqüentemente, muitos indivíduos jovens e profissionalmente ativos têm buscado aposentadorias precoces.

Sistema Trabalhista Permissivo

O sistema trabalhista brasileiro é bastante permissivo aos oportunistas, que não têm absolutamente nada a perder num eventual processo judicial. A grande maioria dos indivíduos diagnosticados como portadores de LER / DORT e comprometidos com disputas litigiosas não tem mostrado evidência de doenças específicas ou de moléstias incapacitantes. Deve ser considerada também a questão da gratuidade nos processos, lançando modelo para alguns peritos atuarem de maneira tendenciosa.

Ressalte-se aqui que todas as considerações sobre a magnitude deste fenômeno são totalmente neutras e imparciais, e pretendem um melhor entendimento do problema, visando apenas contribuir para a sua resolução.

Nadando contra esta corrente, desde 1987, quando tal fenômeno teve surgimento no nosso país, constantemente me lembro de que ***"destruir o absurdo é tarefa tão inglória quanto demonstrar o óbvio !"***

Dr. Milton Helfenstein – São Paulo

Encontro marcado: na supe

Resistir a mais de um encontro. Há quem diga que esse teste é pouco superado por quem nos parece, à primeira entrevista, informado, inteligente e articulado. Isto é, a maioria das pessoas começa a se repetir e fica um gosto de já visto. Resolvemos correr o risco por que não é o caso do nosso entrevistado. Na edição nº 4 do Iátrico destilou surpresas e reflexões. Tanto que os leitores pediram bis. E mais uma vez comprovamos sua capacidade de provocação e acurácia. Nosso objetivo, o médico e os costumes. E o motivo, ano passado. Que foi marcado por alguns malas com alça forradas por conteúdo atípico e por cuecas recipiendárias – só um palavrão para dar conta de tal estoque – de pecúnia duvidosa. E outras "cositas mas". Ano também da ascenção do metrossexualismo. Mas quem é verdadeiramente um metrossexual? Esse híbrido de metropolitano e sexual que nos parece meio indiferenciado? E a pergunta fatal: será que o médico pode sê-lo?

Ao refletir sobre os costumes castigados pelos oportunistas de plantão e não pelos moralistas de ofício, aqueles que sempre existiram numa sociedade enfermiça e que, à maneira cirúrgica, sempre aparam os excessos e cutucam a indevida intromissão na liberdade individual, nos lembramos de nosso atento crítico de práticas gerais e sua espuma flutuante, a moda. Que mais uma vez não se fez de rogado e, com verve e vaidade, não deixou questão sem fala oportuna. Como um grande boxeur, aquele estilista que com ganchos e cruzados vai minando o adversário até o direto fatal que prostra o contendor na lona, também foi cansando os entrevistadores até submetê-los (epa!). No caso, por pontos. Aqui o resultado da luta. E o vencedor, Dr. Fernando Faro.

Iátrico – O que é metrossexualismo?

F. Faro – O metrossexualismo nada tem de novo. É o antigo almofadinha repaginado. É o sujeito vaidoso, um tanto sensível, que tem dinheiro para consumir roupas e cosméticos mais caros, e que, às vezes, tem um senso estético um pouco duvidoso e extravagante, capaz de capacitá-lo a criar tendências. Quer um famoso? O Beckham. Embora esse tenha uma vantagem extra, é lindo! (opa!).

Iátrico – Desculpe-nos, mas isso tem cheiro de bracholice!

F. Faro – Não, não. São usualmente heterossexuais, ocasionalmente não muito devotados. São aqueles que sabem e fazem tudo superficialmente parecendo refinados. Como regra, há um mero verniz sóciocultural.

Iátrico – Dá para diagnosticar com facilidade?

F. Faro – Às vezes não por que há variantes. Uns, fazem o gênero ultramoderno casual; outros, o urbanóide alinhado; há os tipo safári, rústicos; ocasionalmente também os modelitos boêmio/intelectual; ora, uma plêiade (gostaram?). Todos cheirando bem, de origem duvidosa, made in nome esquisito.

Iátrico – Não estaria vergastando em demasia a estética masculina?

F. Faro – Olheaqui, os excessos devem ser aparados. Nada contra os gregos antigos, metrossexuais originais e seus maiores apregoadores. Foram os primeiros a se preocupar com a aparência do homem. Penso, feito a mulher de César – e já estou mudando para os romanos — , que não basta ser, precisa parecer. Parecer limpo e ajeitado é necessário. Agora a vaidade, vira e mexe, mostra sua cara. O metrossexual não é um narcísico compulsivo, doentio, é apenas um mutante comportamental, inserido na sociedade de consumo, e que quer ser apreciado pelos modos e aparência relevantes. Quer ser atraente.

Iátrico –É um peru?

F. Faro – Com freqüência. Aliás, a propósito, a peruíce é temperamental. Nasce com o individuo. É mais fácil de ser objetivada na mulher por que esta nasce para o ornamento. Nada de errado nisso. Quando perua, o é desde tenra idade, e é irreversível. Já viu alguma perua deixar de sê-lo? Eu nunca! Portanto, o bom peru é um metrossexual excessivo. Não aparável.

Iátrico – E o que é ser übersexual?

F. Faro – Se o termo metrossexual já tem sua dificuldade de permanecer no coloquialismo e ser dicionarizado, imagine übersexual (über, do alemão, significa acima). Prefixos alemães nunca se deram bem em nosso idioma. Pense em algum, difícil, não? Pois bem, übersexual seria o metrossexual mais bem definido sexualmente, não tem lado feminino, não. É machão. Não faz concessões a brinquinhos e quetais. Tem mais do que verniz intelectual, é mais substancioso. Atraente, consome com critério e convicção, não é escravo de grife. É saudável, faz exercícios, e está mais para George Clooney do que para o David Beckham. Que, por boa orientação, não abre a boca. Nesse sentido, o médico atraente, saudável e bem informado, está mais para über do que para metro.

Iátrico – Ia perguntar isso, o médico pode ser metrossexual?

F. Faro – Nada contra, desde que discreto. A principal característica do próprio é o uso explícito da aparência física. Ora, todo o médico deve ter, se possível, boa aparência, estar limpo e ser educado. É uma referência social. Mas no médico não é aparência física que deve predominar; e sim, a competência e a discrição.

Iátrico – Mas fazer sobrancelha, aparar os pêlos da orelha ou do nariz, tem alguma coisa a ver com higiene?

F. Faro – Não. Só com estética. E a vaidade é humana, inextricável. Aliás, também na maioria das espécies (ao pronunciar espécies vimo-lo fazer certo muxoxo...).

Iátrico – Se o metrossexualismo não é um transtorno de personalidade, está à distância do narcisismo, então é um estilo de comportamento que veio para ficar?

F. Faro – O homem moderno não tem mais pudor à estética, basta ver as clínicas de embelezamento e os salões unisexy. Invadir a cosmética simultaneamente à mulher é uma questão de tempo.

Iátrico – Então o termo veio para ficar!

F. Faro – Não sei, não. Mas acredito que como hoje não se fala mais dândi, esses termos também serão substituídos no futuro. Moda é isso, movediça. Na língua dizemos que é nomeação por certo prazo, *nomeação a termo*. Ao contrário da *nomeação efetiva*, que é estável.

Iátrico – Então cá entre nós, quer dizer que aquele sujeito torneado, de roupa justa e idade incerta não é mais o que "saiu do armário"?

F. Faro – Pois é, mudam-se os tempos, mudam-se os costumes. O dândi, aquele que se esmerava na aparência, virou metrossexual. A mídia adora uma variação. Enfim, é o embelezado no físico e no vestuário, sem ser patológico.

Iátrico – O uso de implementos eletrônicos faz parte?

F. Faro – Todo metro tem suas recepções e emissões instantâneas. O problema desse uso é que raramente é sério, para resolver problemas. Quase sempre é para desdobrar abobrinhas. Mesmo para solução de problemas há que se ter cautela: a vida privada não pode ser ocupada por deveres externos. Trabalho e tempo livre não se misturam.

erfície dos costumes

Iátrico – Mas hoje em dia se exige que o médico esteja permanentemente conectado!

F. Faro – Depende de sua atividade e de suas responsabilidades. Na maioria das vezes depende só de onipotência ou insegurança. Como era antes? E era pior? Essas coisas geram muita acomodação, cara e irrealista. O que é que uma menina de 11 anos que está na escola tem que usar celular? Telefone não é para namorar ou resolver inseguranças, que não as resolve, é para *solução de problemas*, sublinha aí.

Iátrico – De fato, há uma falta de educação tremenda no uso desses aparelhos. Estar no teatro, no cinema, e ouvir uma musiquinha horrível ao teu lado, a pessoa atender e ainda falar alto, às vezes até discutir, haja saco!

F. Faro – Vou contar-lhes um episódio. Estava ministrando aula quando o celular de uma menina tocou. Ela atendeu, e eu parei. Quando acabou, falei: Fulana, ponha-se no meu lugar, você gostaria de ver sua aula interrompida? E o respeito por seus colegas? Corou, e nada falou. Ao término da aula, um colega dela se aproximou e me falou baixinho: — Professor, todos os professores atendem celular durante suas (deles) aulas. É mole! Quem deveria dar o exemplo não dá.

Iátrico – E correio eletrônico?

F. Faro – Tem dias que me demoro 2 horas dando retorno a pacientes, por telefone. Se não urgente, sabem que vou ligar. Às vezes acontece de ligar e, depois de ouvir, digo: — Por favor, a senhora pegue papel e lápis ou caneta para anotar uma orientação. Cadê o papel e a caneta? Depois de minutos – não estou brincando, é usual – volta com o papel e a caneta que não escreve (risos). Nova espera. Se isso ocorre ao telefone, imagine no correio eletrônico. Firma tem que ter. E lá está uma pessoa para dar resposta ou atendimento imediato. Faz parte do negócio. Agora, o médico não pode terceirizar. Ele tem que responder. E há a questão do sigilo. E há a questão seguinte: quando se oferece esse tipo de serviço, se gracioso não importa, as pessoas querem respostas imediatas, senão ficam frustradas. Então há que se pensar bem antes de oferecê-lo. Cada vez mais as pessoas se tornam escravas e não

▸▸▸

percebem. Temos que nos ater àquilo que é mais prático e eficaz.

Iátrico – Ficar sozinho é preciso?

F. Faro – Para o médico ter períodos solitários é uma necessidade. Imagine que o cara trabalha o dia inteiro, ouve mil queixas, sempre obsequioso e atento, formula atitudes e receitas, muitos casos o deixaram perplexo, chega em caso cansado necessitando uns minutos de pausa para elaborar melhor certos episódios do dia, e a mulher – pode ser o contrário – vem sem mais nem menos, torrar os países baixos com parvoíces. Não dá! Espera um pouco, vê se o cara tá receptivo, e aí emenda o papo. Sensibilidade é tudo! Boas afinidades eletivas podem ser colocadas a perder por simples falta de tato. Se repetidas à náusea fazem desmoronar um relacionamento.

Iátrico – Mas o momento solitário é necessário não apenas para revigorar o relacionamento.

F. Faro – Claro está, e dou exemplo. Se você tiver que escrever um artigo científico, é possível fazê-lo no meio da balbúrdia cotidiana? Não. Há coisas para as quais nem o telefone pode tocar (risos).

Iátrico – No suplemento gostamos de ir ao encontro da filosofia científica. Qual a coisa mais importante para o estudante de medicina?

F. Faro – Primeiro, observar os professores; depois, os pacientes. E quando se domina parte da técnica e do conhecimento, continuar observando o mundo.

Iátrico – Qual o conselho que daria aos jovens médicos?

F. Faro – Medicina se faz com a tradição e o novo, essencialmente biotecnologia. Mas tanto a tradição quanto o novo devem ser filtrados pela experiência. Cresçam com a experiência. A realidade é fragmentada. Sua mente deve costurar esses fragmentos. Medicina não é o que é sem essa inteireza. Não é fácil. É quase como temperar o impulso do jovem com o conservadorismo do velho.

Iátrico – O médico sabe separar o público do privado?

F. Faro – Nem sempre. Principalmente nos países subdesenvolvidos essa distinção nem sempre é clara. Não se consegue entender que há regras diferentes entre família, organizações e Estado. Temos que aprender a lidar com situações múltiplas e diferenciadas. Veja o caso das palavras, matam ou salvam em situações diferentes. Isto é, a verdade que é sempre um valor, às vezes deve ser omitida. A psique humana é complexa, tem que haver sempre uma educação pessoal a respeito. E a realidade é muito mais complexa. Entender-se e compreender a realidade cria uma harmonia essencial para se viver bem e deixar os outros viver. Esse é o papel da cultura.

Iátrico – Há fórmula para o sucesso?

F. Faro – Claro que não. Mas há uma fórmula famosa que talvez valha a pena mencionar: A = X + Y + Z, onde A é sucesso, X é trabalho, Y é lazer e Z é boca fechada. Há quem diga que é uma boa fórmula para o médico.

Iátrico – Há pouco falávamos de modismos, a medicina baseada em evidências (MBE) seria um?

F. Faro – De modo algum. É uma grande ferramenta para interpretar criticamente a inundação que sofremos de informações médicas, a maioria, desprovida de valor ou de aplicabilidade prática. É um instrumento que diz respeito à ciência médica.

Iátrico – Um modo de filtrar inutilidades.

F. Faro – É mais do que isso. É também uma atitude do médico em face da ciência. Um modo de depurar o conhecimento. Serve à caracterização da existência de provas e sua qualidade.

Iátrico – Mas virou uma doutrina.

F. Faro – Aí é que está o perigo. A tomada de decisões em Medicina envolve um equilíbrio necessário entre o cientifico e as habilidades. Essa atitude é referida como arte médica. Esse equilíbrio depende também da circunstância vivida. O médico precisa conhecer a melhor evidência – às vezes, simplesmente não existe —, mas nem sempre pode ou deve aplicá-la, porque depende das circunstâncias específicas em que se encontra um paciente e do estádio evolutivo de sua doença, nem sempre de fácil determinação. Vocês conhecem o famoso aforismo de Voltaire, "o melhor é inimigo do bom"?, pois é, quando usamos algo bom devemos também criticá-lo, para continuar seu aperfeiçoamento. Ademais, nada é tudo. Carece criticar para usar melhor. Criticar significa separar, selecionar o que há de melhor.

Iátrico – A evidência filtrada pela experiência.

F. Faro – Isso. Aplicar uma evidência ou adaptá-la sempre depende da circunstância do paciente. A circunstância, às vezes, torna a evidência desnecessária, inócua ou até iatrogênica. Isso torna mais relevante e imprescindível o ajuizamento do médico. Noutras palavras, deve seguir ordenamentos científicos sem perder autonomia de decisão. A circunstância o impõe. É a ciência recebendo o aval do bom senso.

Iátrico – O médico é conservador?

F. Faro – O ser humano tende a ser conservador, principalmente quando já dispões de algum equipamento, habilidade, conhecimento ou reserva. Note, até a perua é conservadora no seu feitio excessivo. Nunca deixará de sê-lo. O que deveria haver era um certo grau de porosidade que permitisse reformulações. Revoluções dão em nada. Só é persistente o que é lento e reformulável. A MBE não é nova, é uma tendência que vem crescendo na medida em que a ciência médica oferece mais provas para a prática cotidiana. Tanto está equivocado aquele que é apegado à sua maneira de exercer a atividade profissional, que não quer saber do novo, mesmo que seja uma boa ferramenta; quanto àquele que, em tendo absorvido a nova ferramenta, a aceita com divindade, como bezerro de ouro, sendo um radical do método. Equilíbrio entre o que é novo e o que permanece válido do passado é que é necessário. Tudo que se torna dogmático deixa de evoluir.

Iátrico – O senhor é conservador?

F. Faro – Conservador por fora e libertário por dentro. Não se brinca com a prática médica. Temos que usar o que está estabelecido e só improvisar quando a demanda o exige.

Iátrico – Para finalizar um lugar-comum. Qual a sua atual frase favorita?

F. Faro – Parece programa de mulher (risos). Mas adoro um chavão do Horácio: "De nariz limpo". Fica pomposo em latim: emunctae naris. Indica pessoa consciente, que sabe o que quer. São tão poucos que aspiram à clareza e convicção... claro, mesmo errando durante o caminho. Mas fazendo o caminho, entende! Também aprecio aquela agostiniana: errar é humano, perseverar no erro é diabólico. Quer dizer, ele perdoa, mas não deixa de combater o pecado.

Meu caro Fernando, no mínimo cansamos os leitores. Quem sabe até breve, não é mesmo!

P.S. A propósito dos costumes: A Folha de S. Paulo de 12/02/06 estampou um tim-tim do presidente Lula com o presidente de Botswana, Festus Mogal. Um tomava champagne (Lula), o outro um tinto. Não havia nenhuma referência na legenda. Mas ambos deram uma demonstração explícita dos costumes que vivemos. Ambos não sabiam pegar nos copos. Ninguém quer que sejam experts, poucos o são. Mas os costumes exigem um mínimo de civilidade. Triste, muito triste. Principalmente para quem usa há tanto tempo os copos.

História da Medicina

Convidamos os leitores do Iátrico a visitar um novo sítio (site) sobre História da Medicina, a cargo do Dr. Elvio A. Tuoto, paranaense: historyofmedicine.blogspot.com

iátricas

Prezada Rita,

Memes são fragmentos de informação. No jornalismo, usar palavras ou frases que ainda não foram usadas regularmente, ou não estão dicionarizadas, é um barato. Principalmente se se encaixarem bem no contexto da coluna ou da seção.

Meme foi criado por Richard Dawkins em analogia a gene, em seu livro O gene Egoísta (1976). É como se fossem unidades auto-replicantes, capazes de passar de uma mente para outra. Como é um fragmento, pode ser uma idéia científica, uma informação, uma frase poética. O importante é que seja contaminante, que infecte outras mentes. Agora, também há os maus memes, que só fazem supurar mentes irreparáveis. O termo está dicionarizado no Oxford. O objetivo dos memes, ou de quaisquer fragmentos, é educativo. Suscitar discussões racionais e, se possível, inteligentes. Portanto, quaisquer de nossos fragmentos também são memes.

.....

Prezado Luiz,

Escrever um texto e vê-lo amputado de uma frase que o faz perder o sentido é soda, meu irmão. Quem escreve regularmente acostuma-se a não ligar para erros gráficos e quetais. Mas quando as subtrações eliminam ou deformam o nexo lógico é um dó, só. Pelo que me enviaste, o nobre Monteiro Lobato deve ter sofrido muitas dessas exéreses ou, mais amiúde, ligeiras punções: "Não sei de que artifícios maravilhosos valem-se os erros gráficos para se camuflarem tão perfeitamente dentro do texto, quando de sua revisão, e de que milagres valem-se eles mesmos para aparecerem tão flagrantemente, quando de sua publicação". Velho Monteiro de tantas histórias, até tu!

.....

Prezado Gilberto,

"Se só 3% dos alunos da rede pública exibem um nível de aprendizado considerado adequado" isso é um tumor que invade 97% da economia orgânica, ou seja, afeta qualquer possibilidade de entendimento do que se escreve para a maioria. E seria ilógico acharmos que não afeta os supostos letrados, as elites, como a classe médica. Porque passa a haver um nivelamento por baixo em todas as publicações. Perdem-se as referências culturais. Tudo passa a ter que ser explicado em detalhes. Todos passam a ser filhos dos epígonos, sem conhecerem os verdadeiros pais da cultura, isto é, seus alicerces. Dou exemplo: Shakespeare escreveu sua obra com 24.000 palavras. Que esperar do entendimento de sua obra se quase ninguém conhece o vocabulário utilizado? O exemplo não serve? Tá bem. George Simenon, um autor magistral de romances policiais, atraente pelas tramas reconhecíveis e considerado fácil – usou em torno de 2.000 palavras apenas —, foi considerado difícil por jovens universitários aos quais emprestei alguns de seus livros. Está ficando difícil. Quase ninguém mais lê originais e sim autores que facilitam os originais mediante explicações cada vez mais extensas de suas obras. Há pouca autonomia literária. E não sou nenhum purista. Acho que um livro como o Código Da Vinci pode atrair o gosto por leituras mais densas, apesar de seu delírio fantasista. Pelo menos tais leituras podem gerar a esperança de que seus leitores possam refletir sobre coisas menos prosaicas. E passem a livros que os ensinem a pensar melhor e a organizar de maneira mais apurada seu pensamento. Isto é, que possam se tornar mais lógicos e organizados em relação a si próprios ou no entendimento da realidade. Continue suas "leituras elevadas".

.....

Prezada Carolina,

Há muito pensamos em ter uma seção sobre atualização diagnóstica e terapêutica. Chegamos a convidar alguns colegas. Para que funcionasse, em tempos de atualização instantânea, o colega teria que ter uma obrigação com grande gasto de tempo. Colegas preparados não faltam. O que falta é a disponibilidade de tempo, porque seria um trabalho voluntário e de muita responsabilidade. Chegamos a sugerir a um colega que coordenasse um grupo de especialistas, cada um responsável por sua área. A idéia não prosperou por que, ao contrário do que imagina a população, estão todos na sua faina diária sem sobras que pudessem ser graciosas. Quem sabe não aparece um acadêmico aposentado e ainda com muita disposição para tal tarefa? Idéias não faltam, só trabalho não remunerado. Estou esperando alguém estável na vida que queira assumir a empreitada.

.....

Prezado Francisco,

Que bom o Iátrico suscitar comentários, discussões e reflexões no teu ambiente acadêmico de trabalho. É o que almeja sem de leve pretender ser arauto da verdade. Na verdade, o intuito é estar na interface da arte e da ciência de modo a conectar o binômio, a estabelecer um liame. Pelo menos, enquanto a medicina continuar sendo mais arte do que ciência. Todos desejamos que se torne mais ciência do que arte, é para lá que caminhamos, porque é onde melhor reproduzimos condutas diagnósticas e terapêuticas, assemelhadas e eficazes globalmente. Haveremos de alcançar, em todas as especialidades, o ponto em que arte será exercida principalmente para tornar a ciência amiga do paciente. Esse será o objetivo maior da medicina neste século recém-nascido. Século que já carrega um admirável mundo novo de próteses, marcapassos, implantes, transplantes, cirurgia robótica, e olha com avidez a possibilidade crescente de terapia gênica. Essa interface é essencial hoje, imagine em um mundo que, com esses avanços, trará cada vez mais dilemas éticos, sociais, religiosos, econômicos-financeiros e outros advindos dessa complexidade. Mas, como deverá ser exercida? Com inteligência sem intelligentsia. Claro que sabes o significado, como alguns não o sabem me explico. A intelligentsia é a politização da inteligência colocada a serviço das ideologias, tanto as de esquerda quanto as de direita. Essa inteligência organizada e engessada no estreito sistema que tudo pretende explicar, não dá lugar ao livre exame, à liberdade dialética da sístole e da diástole, isto é, ao livre fluxo do pensamento em busca de soluções mais criativas e eficazes, sem desprezar o estabelecido. Só esse tipo de liberdade aponta para o fator humano em toda a sua integridade.

O Iátrico é editado assim. Plural, livre de quaisquer preconceitos, caleidoscópio, explorando a inteligência e a diversidade por mais árduas que às vezes pareçam. E, já que mencionaste, também com a leveza de um ensaio-crônica (ouso dizer) como o do Prof. Acir. É isso que faz o suplemento surpreender. Obrigado também por dares a importância que deste à edição sobre docência médica. Como também és intensivista, dá uma olhada no poema Sinais da edição nº 4.

.....

Prezado Rogério,

Neste mundo globalizado e cada vez mais competitivo, ser dispensado ou dispensar é cada vez mais rotineiro. E amargo. Há que se ter muita resiliência. Agora, se a autoridade submetia, não era uma boa chefia. Pessoalmente, prefiro a autoridade consentida, a que congrega, motiva. Talvez por horror ao arbítrio.

.....

Prezado Orley,

Que bom você dar o ar de tua graça. Compartilhar um período de faculdade é algo definitivo, mesmo que a vida torne a ausência processo irreversível. Como diz a revista popular recordar é viver, é o que tentei fazer em Pátios. Um alerta para que os atuais universitários não deixem esse tempo escorrer por suas mãos, façam desses anos um tempo marcante, incorporável. Não simplesmente um tempo gostoso pelos poucos compromissos ou muitos prazeres, mas algo que fará parte de seu suporte vivencial. Não um "carpe diem", "seize the day", aproveite o dia, que repetimos mecanicamente como se fosse suficiente para dar significado ao vivido ou por viver. Mas como um período híbrido de tristezas e alegrias suficientemente intenso e refletido para nos dar histórias para contar, depois de filtradas pela sabedoria da caminhada. Afinal, só não erra quem não faz. E só não evolui quem não extrai as devidas lições. Como na saudade: só não a sente quem não viveu...

Saudades do amigo e obrigado pela mensagem. Que a vida te seja sempre leve e promissora. E evocativa.

Antologia

"A ciência em si"

Se toda coincidência
Tende a que se entenda
E toda lenda
Quer chegar aqui

A ciência não se aprende
A ciência apreende
A ciência em si

Se toda estrela cadente
Cai pra fazer sentido
E todo mito
Quer ter carne aqui

A ciência não se ensina
A ciência insemina
A ciência em si

Se o que se pode ver, ouvir, pegar, medir, pesar
Do avião a jato ao jaboti
Desperta o que ainda não, não se pôde pensar
Do sono eterno ao eterno devir
Como a órbita da terra abraça o vácuo devagar
Para alcançar o que já estava aqui
Se a crença quer se materializar
Tanto quanto a experiência quer se abstrair

A ciência não avança
A ciência alcança
A ciência em si.

Gilberto Gil/ Arnaldo Antunes

Repugno

Não sei que gosto pode, num cigarro,
sentir o homem. Entendo-o desumano
e abomino com asco esse gusano
que proporciona o câncer e o pigarro.

Coisa nojenta que origina escarro,
ilusão de milhares, desengano
de tantos; traz perigo e grande dano,
enche os pulmões de pus e de catarro.

Prática secular conserva e ensina,
constantemente fica em lábios túmidos;
suja os dentes, segrega a nicotina.

Seu fedor entontece. Em locais fúmidos,
gera e espalha o mau cheiro de latrina
deixando muitos com os olhos úmidos.

Benedito Pereira da Costa (DF)

Radiografando a Poesia

Ao leitor comum, entusiasta do lirismo, o soneto acima pode parecer chocante. Ao médico que o lê, porém, ele projeta uma verdade inquestionável: o tabaco devora sua presa sob o mito do prazer. Por isso impõe-se atualmente um enfoque drástico, com palavras ásperas, ritmo e cadência nos moldes da verve de Augusto dos Anjos.

Não se trata de antipoesia. Sob o manto diáfano do sonho e do saber manejar a palavra, os poetas sempre foram arautos dos novos tempos. Eles preconizam a evolução da humanidade e o aprimoramento do espírito, expressando sentimentos alternados de alegria e dor.

É verdade que antes o poema era um mistério a ser decodificado pelo leitor. Era voz comum ser imprescindível ao poeta perder o senso, apresentar certa enfermidade para criar. Um sadomasoquismo que ceifou preciosas vidas daqueles que tinham os pés aqui e os olhos alhures.

Embora já considerada criação da cultura, a poesia deveria apresentar sua mensagem insinuada, neste verdadeiro encontro entre uma ansiedade incontida e uma técnica intocável. Quanto ao tema, tinham mais aceitação o épico, o fabulístico, o amor platônico e a paixão sensual. Exceções só confirmavam a regra.

O verso moderno, por sua vez precisa soar e criar, ainda que ferindo ouvidos com a dramaticidade das palavras ou desmistificando tabus com a irreverência dos versos. A mensagem é escancarada, assumida, não raro vivenciada a priori, pois poesia pode dizer mais e melhor que a prosa, economizando palavras e recorrendo à estética da composição, sobejam os temas, avultam pormenores, assomam ousadias.

O tabaco, por exemplo, usufrui de uma época em que, considerado mal menor em vista do invulgar retorno econômico-financeiro aos países que o exploravam, exercia poder de persuasão e fascínio, projetava verdade universal de prazer total e alívio imediato às tensões cotidianas. Uma pitada adequada de mistério e de malícia e pronto, estava assegurada a sedução, sucesso de um filme, projeção de um ator, conquista amorosa. Não é então de pasmar que poetas e escritores tenham sido propagadores e vítimas dessa falácia, mal acreditando que o tabaco se limitava a minar as forças do próprio usuário.

Robert Burton o descreve como excelentíssimo e divino, remédio soberano para todas as doenças, capaz de ir além de todas as panacéias, embora o abuso pudesse levar à ruína do corpo e da alma... Molière e Corneille desafiavam a ciência: "Digam o que quiserem Aristóteles e a filosofia, nada se iguala ao tabaco, paixão das pessoas de bem, e quem o despreza não é digno de viver!" Até um hino ao tabaco surgiu da lavra de Júlio Diniz: "Meu canto é da América/ país do tabaco/ perante o qual Baco/ seu cetro partiu./ A Europa, Ásia e África/ e a terra hoje toda/ este herói da moda/ de fumo cobriu!"

Felizmente essa idolatria ao bezerro de ouro (tabaco) vem sendo desmistificada à medida que o conhecimento científico sobre sua ação mortífera evolui. Poupando vidas, o meio-ambiente, pulmão universal. O mutirão de bombeiros – com relevo a comunidade da saúde —, que já contou com Ghandi e Linus Pauling, está determinado a implantar o bem estar no mundo. Se ontem a baforada de Bogart nas telas de Casablanca chegou a seduzir Ingrid Bergman a ponto de faze-la abrir mão da militância política pela resistência e optar pelo amor, hoje uma tragada tabagista pode ser a gota d'água para afastar parceiros.

São tempos em que o impulso pela vida qualitativa sobrepuja o fugaz prazer. Loas portanto sejam dadas ao poeta criador do Repugno em sua salutar veemência.

Alzeli Bassetti - PR,
tradutora, escritora e acadêmica da APL.

A Si

A arte e a ciência nascem do mesmo veio, a inquietude que leva à necessidade de se expressar a si mesmo.

O artista e o cientista partem da mesma estação em direções opostas, percorrem caminhos diferentes; uns usando intuição e imaginação, outros, indo além, verificando e reproduzindo. Todos fazendo de percepção, inspiração e criatividade, o ponto final de sua concretude. Igual ou díspar, sempre suada na tentativa do novo, eleito ou não. Uns, com subjetividade e abstração ao encontro da obra; outros, com o método da ordenação lógica, da prova e da amostra. Todos construindo uma realidade de sonho e explicação, de símbolos, palavras e matéria. Término da estação desembarque.

"A ciência em si" é um libelo para juntar arte e ciência, filosofia e técnica. Ambas buscam a sabedoria do mundo. Enquanto a arte filosófica questiona, avalia, qualifica; a ciência calcula, mede, quantifica. Uma não tem serventia imediata, na aparência; a outra se pretende útil, sempre. Ambas se completam no improviso e na ousadia. Mas é a arte médica que dá sentido à tecnologia. A torna amiga.

Poesia I

Ao contrário do que sugeriu Millôr, e como contraponto a seu decálogo, publicamos o If de Rudyard Kipling. Nasceu em Bombaim, 1865, e morreu em Londres, 1936. Viveu a maior parte do tempo em Londres. Mas foi cidadão do mundo, morou na África do Sul, Austrália e América. Reproduzimos o ***Se***, na tradução de Guilherme de Almeida, por ser mundialmente famoso, e um dos motivos da fama do autor. Foi o primeiro inglês a ganhar o Prêmio Nobel de Literatura (1907).

Se

Se és capaz de manter a tua calma quando
Todo o mundo ao redor já a perdeu e te culpa;
De crer em ti quando estão todos duvidando,
E para esses no entanto achar uma desculpa;
Se és capaz de esperar sem te desesperares,
Ou, enganado, não mentir ao mentiroso,
Ou, sendo odiado sempre ao ódio te esquivares,
E não parecer bom demais, nem pretensioso;

Se és capaz de pensar – sem que a isso só te atires;
De sonhar – sem fazer dos sonhos teus senhores;
Se encontrando a desgraça e o triunfo conseguires
Tratar da mesma forma a esses dois impostores;
Se és capaz de sofrer a dor de ver mudadas
Em armadilhas as verdades que disseste,
E as coisas, por que deste a vida, estraçalhadas,
E refazê-las com o bem pouco que te reste;

Se és capaz de arriscar numa única parada
Tudo quanto ganhaste em toda tua vida,
E perder e, ao perder, sem nunca dizer nada,
Resignado, tornar ao ponto de partida;
De forçar coração, nervos, músculos, tudo
A dar seja o que for que neles ainda existe,
E a persistir assim quando, exaustos, contudo
Resta vontade em ti que ainda ordena: Persiste!;

Se és capaz de, entre a plebe, não te corromperes
E, entre reis, não perder a naturalidade,
E de amigos, quer bons, quer maus, te defenderes,
Se a todos podes ser de alguma utilidade,
E se és capaz de dar, segundo por segundo,
Ao minuto fatal todo o valor e brilho,
Tua é a terra com tudo que existe no mundo
E o que é mais – tu serás um homem, ó meu filho!

Por que Millôr faz uso irônico do "Se"? "Já leu? Não leia. Nunca ouviu falar? Não ouça". Por que sabe-o inatingível, não humano. O homem é, quando muito, um ser a caminho da perfeição, portanto, não perfeito. O que evoca o poema? A idealização de um modelo baseado na serenidade e no equilíbrio, na resignação e na convicção, na verdade e no sonho sem escravatura, na resiliência e na regulação do orgulho, na restauração de todos os prejuízos, nem que seja pelo perdão. Nada mais irrealista, embora com os melhores propósitos, daí o apreço das gentes pelo mesmo. O If de Kipling é conservador, cristão, porque tem no perdão e na resignação sua grande força. Isso o transforma em reza. O perdão, introduzido pelo cristianismo, foi uma revolução sob o ponto de vista religioso e pessoal. Isto é, se opôs ao olho por olho, dente por dente. Não mais a vingança, o sacrifício de algo ou alguém, e sim a busca de uma consciência moral autônoma, tendo que nos sujeitar ao indulto e não à desforra, ou à reparação consentida, quando possível. Isso melhorou muito a convivência humana, difícil por natureza, na medida em que houve urgência em controlar os desejos, principalmente os mais primários, necessidade fundada num ajuste à realidade plural, complexa, conflituosa – convivência é conflito —, em que se concita o compromisso. Daí também a exigência de edificar o homem sem arestas, polido, perfeito e, portanto, inumano. Inumano por que bom demais e ingênuo em demasia. É então de se perguntar: no mundo atual temos direito a ser ingênuos a respeito de crenças, ética e de nossos valores fundamentais? Temos direito à pureza que aliena? A globalização trouxe em seu bojo a livre circulação de idéias, em princípio algo bom. Pressupunha-se que a ingenuidade, uma forma de alienação, estaria com os dias contados. Nada mais ilusório. A simples circulação de idéias nada modifica se não houver pessoas com um mínimo de formação para absorvê-las, discutí-las, assimilá-las, e com isso trazer mais luzes aos modificáveis. Que, por sua vez, farão parte da cadeia de alterações que darão mais sentido ao ser. Esse vir-a-ser que é lento, de digestão difícil e demorada, mas que aperfeiçoa a inserção da pessoa nesse mundo de complexidades.

If é tolo por que pressupõe um homem evoluído, inteiro, que estamos longe de alcançar. Na melhor das hipóteses estamos a caminho. Para que se esclareça: virtudes e vícios têm a mesma origem. São siamesas. O que Kipling quer no poema é que abandonemos de supetão os vícios e nos tornemos puros. Algo impossível, esquizóide. Vale, portanto, a epígrafe de Graham Greene. a inocência é uma forma de alienação. Quer dizer, o inocente, o puro, ingênuo, está tão por fora do mundo quanto o alienado, o doido. Apenas com focos diferentes: um olha para fora e nada compreende, o outro olha para dentro e nada organiza.

Só há uma saída para as virtudes, o lento desabrochar. (a única coisa que corre solta e rápida é a tecnologia; e o besteirol)

A reprimenda de Millôr é para que não aceitemos a primeira versão, e sim a revisada. A revisada por uma mente crítica, reflexiva, não suscetível a formas elegantes mas pueris. Que não sejamos miméticos, e sim proféticos. Antevidentes como ele é. Embora isso já seja também outro estrato, outro patamar, no qual ele próprio está situado, e por isso é o que é. A maioria das gentes permanece no limbo, esforçando-se para ter clareza e ser claridade. Amém.

Os estudantes de medicina do Paraná
e a Grande Guerra (1940/45)

Precisamos inicialmente deixar bem esclarecido que não há pretensão de fazer uma análise política ou sociológica do acerto do Brasil em declarar guerra ao Reich. Não só a nossa idade, mas principalmente a neutralidade que a maioria dos estudantes adotavam, não participando ativamente do movimento político brasileiro, eram óbices aceitáveis para uma atitude neutralista.

Quando o Exército iniciou a convocação dos reservistas para constituir os seus batalhões de guerra, completando o seu diminuto efetivo, apareceram para todos nós dois problemas emocionalmente muito graves, que nos deixaram – e às nossas famílias – extremamente angustiados. O principal era a possibilidade não tão remota que fossemos deslocados para o "front" da guerra, na Itália, como já estava começando a fazer-se. O outro era a repercussão disso para o nosso curso de Medicina.

Em fevereiro de 1943 estávamos em férias em nossa residência familiar, em Campo do Tenente. Diariamente esperávamos a chegada do trem que, de Curitiba, dirigia-se até Rio Negro e que trazia os jornais do dia. Aí se encontrava a relação diária dos novos convocados. Minha mãe esperava ansiosa a minha volta e, como meu sorriso era visto a distância, ficava despreocupada quanto à convocação. Mas numa terrível quarta-feira a notícia já era diferente e o nosso nome era o primeiro da lista dos novos convocados. A notícia adicional é que teríamos cinco dias de prazo para a apresentação no quartel do 20.º RI, em Curitiba. Foram momentos sofridos e com tensão aumentada pela minha mãe, que não sabia nem como arrumar a minha mala de viagem, na expectativa que tudo seria diferente.

Sentimos o ambiente desfavorável já na apresentação no quartel do Bacacheri. O sargento que nos atendeu, com sorriso irônico, falou: "Vamos ver como agora se comportarão, já que foram tão entusiasmados nos comícios pedindo a declaração de guerra. Eram os estudantes os culpados pelo País entrar em beligerância. Naquele momento, o meu íntimo queria mesmo era desertar...

O Quartel General determinou que os estudantes de Medicina fossem todos incorporados na 5.ª Formação Sanitária, órgão do Exército capaz de dar cobertura aos transporte e tratamento dos feridos em combate. Ficamos instalados no prédio do Lyceu Rio Branco, no Batel, mas logo depois a 5.ª Formação se mudou para o prédio da antiga Sociedade Handwerker, tomada dos alemães já no início da guerra, e que se localizava na Rua Carlos de Carvalho, esquina da Visconde do Rio Branco.

Em poucos dias éramos um contingente de 40 a 50 estudantes de Medicina, do 3.º a 6.º ano. No último ano estavam o Agostinho Loyola, padrão de honestidade, e Bartolomeu Bartolomei - mais tarde seria um importante ortopedista em São Paulo -, que era o mais deslocado daquele emaranhado, já que havia me confessado que só tinha feito na vida estudar Medicina (era "rato de Biblioteca") e incapaz de tomar qualquer medida defensiva. O Agostinho logo se introduziu no serviço burocrático do quartel, nunca fez exercícios de marcha e não deu serviço, pois era datilógrafo o dia todo.

Os soldados dessa unidade eram divididos em enfermeiros e padioleiros. Todos os estudantes de Medicina foram destacados para a função de padioleiros e os demais recrutas, geralmente semi-analfabetos, eram os enfermeiros...

O comandante da unidade era o capitão Doyle, carioca ligado à alta sociedade do Rio. Desprezava o Paraná e ficou o mais longe possível dos estudantes. O vice-comandante era o capitão João César de Oliveira, baixinho, gordo, mal-educado, sempre de mau humor, ameaçava os estudantes, ironizava os nossos conhecimentos médicos, mas teve dificuldade para nos ensinar qualquer coisa. Não suportava que lhe fizessem perguntas de ordem científica... Quis se aproveitar espertamente de fornecer as instruções, nos mandando prepará-las adredemente e criticar as apresentações. Nós estudantes, espertamente, nos defendíamos dizendo que nosso curso não compreendia nenhuma disciplina ligada à guerra e os nossos livros eram somente de Clínica e Cirurgia.

Os sargentos, que eram muitos, nos odiavam e demoraram dois, três meses, para nos dar alguma consideração e respeito. Os cabos, menos numerosos, logo se integraram e procuravam logo nos auxiliar nas atividades, pois sempre estavam pedindo amostra grátis de medicamentos.

A Unidade permitiu que ficássemos no quartel somente das 7 às 18h, mas não na qualidade de desarranchados (para pagar um solto mensal 1/3 maior). Os exercícios eram quotidianos, dentro do quartel, na rua e, duas vezes por semana, no campo, com deslocamentos não muito longos, mas onde eram simuladas as sangrentas batalhas e aprendíamos a carregar as padiolas. Se um de nós fosse "ferido", morria logo pela incompetência do enfermeiro...

Ninguém levava a sério as batalhas e se algum se esforçasse era motivo de chacota dos colegas. Em todas as atividades era notória a falta de boa vontade dos estudantes. Cada três, quatro dias, entravamos em serviço, "guardávamos" o quartel durante 24h e aí éramos obrigados a comer e dormir ali mesmo.

O ano letivo da faculdade iniciou em março e não tivemos nenhuma oportunidade de comparecer a qualquer aula ou atividade de ensino. Tínhamos somente a garantia de um exame de época especial no fim de ano e se fossemos reprovados faríamos 2.ª época em fevereiro.

O lado bom das manhãs ficou por conta dos treinos e jogos de basquete, pois existia uma notável quadra dentro do edifício. Logo formamos um quinteto: o Weniger, o Sperandio, Ervino Kompatscher, o Acrisio e eu. Com poucos treinamentos ficamos aptos a dar "surras" memoráveis no time dos oficiais. Enganamos tanto que a Unidade nos inscreveu para disputar a Olimpíada Militar, em agosto. Mas, logo no primeiro jogo fomos eliminados pelo Corpo de Bombeiros, ficando a impressão aos oficiais que entregamos o jogo...

Depois de três anos de convocação saiu um edital para concurso de cabo. Nenhum dos estudantes quis se habilitar e, quando falei que o faria, fui motivo de zombaria. Mas estava predominada a minha esperteza sobre os demais. Era uma época difícil da minha vida econômica e vislumbrei a possibilidade de auferir algo mais e me equilibrar. Como fui aprovado em 1.º lugar, o vice-comandante premiou-me como chefe da Enfermaria, me desarranchando e saindo da escala de exercícios e de serviços noturnos. Nada a fazer na enfermaria e podia estudar à vontade. Raramente entrava um soldado pedindo comprimido para dor de cabeça ou azia. A farmácia tinha somente aspirina e bicarbonato de sódio. Ficava alegre ao observar pela janela meus colegas desfilando e fazendo exercícios com um sorriso debochado.

A tropa era disciplinada e mesmo que, diariamente, meia dúzia fugisse da concentração, escondendo-se no porão escuro e fétido, jogando palitos, ninguém sofreu qualquer castigo por isso. O único ato de indisciplina, geral, era andar paisano, nos horários fora da atividade do quartel. Eu mesmo fui surpreendido pelo nosso comandante em plena Rua XV e fui agraciado com penalidade de três dias de cadeia. Fiquei junto a dois mulatos que tinham tirado licença e não se reapresentado a tempo. Ouvi boas histórias e, na manhã do segundo dia, veio um praça às 10h me buscar para o jogo de basquete com os oficiais. Mandei dizer

▶▶▶

que preso não jogava. Logo depois voltava o praça com o recado que, se não jogasse, ficaria mais 15 dias preso. Fui rapidamente.

Duas passagens ficaram gravadas indelevelmente em minha memória. A primeira foi quando, o sargento Barbozinha (sempre de mau humor ulceroso) em uma aula pediu ao Orlando, um Catarina do 3.º ano encabulado, triste e depressivo, que descrevesse o que era o fuzil. A resposta foi rápida e em voz alta: É uma arma antiquada, que não serve mais para a guerra e somente para os desfiles militares; é composta de sete partes, das quais lembro de três, o cano e o cabo. Com essa resposta, risada geral e aplausos dos colegas, mas o Orlando saiu direto pra cadeia. Foi muito difícil acalmarmos o Barbozinha, contando que a mãe do Orlando estava mal e para morrer (como de fato ocorreu, 20 anos depois...) e aquilo era motivo de sua depressão.

A outra passagem foi quando toda a tropa fez um deslocamento a pé até Campo Largo, onde iríamos acampar por três dias. Durante a longa marcha e com a ordem de "à vontade", pequenos grupos foram se destacando do pelotão e ficando, de fato, muito à vontade. Foi quando passou um fordinho 29, sem capota, guiado por um "turco" conhecido por vários estudantes. Parou e convidou vários para subir no carro, argumentando que ia devagar, acompanhando o pelotão à distância. Mas, lá pelas tantas, o safado engrenou uma marcha rápida e o carro ultrapassou a tropa, para espanto dos oficiais na cabeça do pelotão. Dentro do carro estavam o Zake Sabbag, o Sperandio e de pé, por ser muito gordo, o Metry Bacila, abraçando o seu fuzil. Recebidos com salva de palmas pelos colegas e ódio dos oficiais, logo receberam a sentença: serviço todos os dias no acampamento.

E como terminou nossa aventura de guerra? Em dezembro o governo soltou um decreto permitindo que os alunos do curso superior poderiam se desligar do Exército se entrassem no CPOR. Foi o que fizemos. Nos exames de época especial passamos somente em número de 15. Os demais tiveram de fazer 2.ª época, o que deslustrou seus currículos. Acentue-se que como a Universidade e o Diretório Nilo Cairo nada fizeram para amenizar as nossas dificuldades, os professores se recusaram a diminuir a carga de pontos de exames. Na avaliação geral ficou nítido para todos nós que a convocação para o Exército nos trouxe um prejuízo no ensino médico e pouco aproveitamento nos conhecimentos das táticas de guerra e habilidades para tratamento dos feridos. Não conhecemos nenhuma metralhadora ou canhão e tivemos a certeza que o fuzil era um componente valioso para as paradas de Sete de Setembro.

Numa pequena comemoração de despedida do quartel, ao homenagearmos o sargento Marcos, que se tornou grande amigo de todos, ouvimos a sua impressão final de nosso conjunto: Esta foi a turma mais lenta do Exército para rastejar e a mais rápida para se dissolver à ordem de "fora de forma" (término da instrução).

Dr. Acir Rachid - PR

Terá a aspirina auxiliado o comunismo?

Em alguns dos mais antigos textos médicos encontram-se referências ao uso da casca da árvore salgueiro (*Salix alba*) no combate à febre e à dor. Elas aparecem nos velhos escritos da medicina sumeriana, assíria, tibetana e chinesa, nos papiros egípcios e nos livros de Hipócrates. Na Europa outros vegetais foram utilizados para obter substâncias ativas similares às da casca da *Salix*.

Em 1763 Edmund Stone, clérigo e botânico de Oxford, ao mastigar a casca de salgueiro notou a semelhança de seu gosto amargo com o casca da quina, fonte largamente usada para fabricar o quinino, então o mais difundido antitérmico. Estava redescoberta a salicina, isto é, a substância ativa da casca do salgueiro.

O bloqueio naval do continente durante as guerras napoleônicas cortou o fornecimento de quinino, aguçando o interesse pelo uso da casca do salgueiro no combate à febre.. Henri Leroux, farmacêutico francês, isolou a forma cristalina da salicina, e logo após químicos franceses e suíços a refinaram no ácido salicílico possibilitando seu de uso oficinal. Embora o francês Charles Gerhardt tivesse sintetizado o ácido acetilsalicílico em 1853, o cenário real do surgimento da aspirina foi o laboratório Bayer, em Wupertal, nos últimos anos da década de 1890.

A Bayer havia se originado em 1863, como uma fábrica de corantes que devido à queda de seus negócios procurou uma área mais lucrativa. Não existia, até então, uma grande indústria de remédios e a Bayer trouxe os métodos gerenciais próprios de uma organização comercial competitiva, com suas patentes, nomes de fantasia, propaganda maciça na imprensa leiga e marketing profissional eficiente. Junte-se a isto a circunstância de "cair do céu" uma droga milagrosa, e estavam criadas as condições para um grande sucesso comercial. Foi o que ocorreu.

Procurando um produto menos tóxico do que o ácido salicílico os químicos da Bayer conjugaram a ele um grupo acetil, originado a ácido acetilsalisílico .O nome comercial patenteado em 6 de março de 1899, *Aspirina*, foi derivado de Spirea, gênero a que pertence a ulmária, planta comum na Alemanha e da qual também se pode extrair o ácido salicílico(a + spir + in).

A história da síntese da aspirina é envolvida por uma grande controvérsia. O laboratório atribui a Felix Hoffmann o processo de síntese e assim registra em seus anais, sem citar o nome de Arthur Eichengrünn. Eichengrünn foi um destacado químico que trabalhava no laboratório Bayer quando se realizou a síntese da aspirina . Mais tarde ele deixou a Bayer e criou sua própria indústria. Foi, nesta época, vítima da política antissemíta e terminou por ter seu estabelecimento confiscado. Encarcerado no campo de Theresienstadt foi libertado em 1945. Em 1949, no mesmo ano de sua morte, Eichengrünn publicou artigo no qual afirma que as pesquisas de Hoffmann, das quais resultou o ácido acetilsalicílico, foram feitas por sua iniciativa e sob sua orientação. O nome *aspirin* também teria sido sua criação.

A questão não foi resolvida em definitivo, e talvez nem mesmo venha a sê-lo, mas, segundo alguns peritos, documentos dos arquivos da Bayer, confirmariam a versão de Eichengrünn. O sucesso da aspirina ultrapassou o de qualquer medicamento até então posto no mercado.

Mais uma vez, as circunstâncias favoreceram sucesso da aspirina: nas últimas décadas do século XIX a Medicina ocidental passava pela moda da febre, considerada o fator mais deletério em muitas afecções, encarada como uma doença em si, e não como sintoma. Os medicamentos antipiréticos eram, então, importantíssimo capítulo da *materia medica*. Por isso, tiveram papel primordial no tratamento durante a pandemia de gripe de 1918.

Nessa mesma época, a aspirina teria jogado um papel inesperado na queda do Império Russo. Alexei, filho do czar Nicolau II, era hemofílico, sujeito a graves crises de hemorragias, dores articulares e febre. A tzarina Alexandra, desesperada pela ineficácia do tratamento médico tradicional, apegou-se à esperança na terapêutica alternativa do taumaturgo siberiano Grigory Rasputin. O jovem príncipe, por certo, recebia aspirina, receitada sempre pelos médicos da época, ignorantes dos malefícios da aspirina nos hemofílicos. Rasputin imediatamente suspendeu toda medicação e a retirada da aspirina teria melhorado o quadro hematológico.

Rasputin, era uma sinistra figura que já gozava de influência junto à tzarina e passou a ter um papel cada vez maior nas intrigas da corte imperial. Cercado de uma pecha de devassidão, despertava ódio, repulsa e temor no povo.

O movimento revolucionário bolchevista acabou tendo sua aceitação popular aumentada pela ascensão do monge siberiano, mais e mais influente ante a tzarina Alexandra, em conseqüência da casual, mas oportuna suspensão da aspirina no tratamento do jovem herdeiro do trono.

Desse modo, a milagrosa aspirina teve um efeito colateral histórico inesperado:aumentando o prestígio de Rasputin favoreceu a ascensão do bolchevismo na Rússia.

Dr. Iseu Affonso da Costa-PR

> Claramente o mais prático dos sóis,
> O sol de um comprimido de aspirina
> João Cabral de Melo Neto

A EXPROPRIAÇÃO DA SAÚDE - NÊMESIS DA MEDICINA

Até que ponto as instituições contemporâneas, que deveriam ser geradoras de saúde, são o principal obstáculo a ela? Como nossa saúde, autonomia e vida deixaram de nos pertencer, tornando-se reféns da "empresa médica"? Esta "contra-produtividade paradoxal", associada à perda de direitos individuais, foi caracterizada de forma inovadora, em 1975 por Ivan Illich em "A Expropriação da Saúde -– Nêmesis da Medicina". Uma denúncia fundamentada por aproximadamente 300 citações científicas nos rodapés do livro, das conseqüências da hipertrofia da medicina, que resulta em três níveis de iatrogênese (doença causada pelo médico): clínica, social, estrutural.

Questionador, Illich põe em dúvida os méritos dos avanços da medicina ao afirmar que a morbidade não foi alterada mais pelos médicos atuais, do que pelos sacerdotes e exorcistas. Independente da ação profissional e dos cuidados médicos, 88 epidemias continuam indo e vindo, diarréia e infecções de vias aéreas superiores ainda são as principais causas de mortalidade nos países pobres. Os indicadores favoráveis de morbi-mortalidade devem-se a fatores não médicos, como melhorias na qualidade de vida, alimentação, habitação, saneamento, trabalho, coesão social, cultura etc.

Iatrogênese clínica, o primeiro dos três níveis, é representada pelos danos nocivos aos pacientes submetidos a tratamentos que são inefetivos, tóxicos e muitas vezes incorretos. Uma pesquisa do Departamento de Saúde Pública Americano demonstrou que 7% dos pacientes internados sofrem injúrias. Os hospitais universitários são os mais patogênicos: 20% dos hospitalizados contraem doença iatrogênica, desses, um em cada 30 evolui para êxito letal. Além disso, as infecções mais temidas por gemes multirresistentes, são adquiridas dentro do hospital

Iatrogênese Social é fruto da dominação destrutiva sobre a sociedade e medicalização da vida. São diversos os processos relacionados a este tipo de iatrogênese, dentre eles: *dependência, "etiquetagem", eliminação do "status" de saúde*. A *dependência* do indivíduo é representada pela incapacidade de adaptar-–se ao meio social e perda do poder e vontade de ser auto-suficiente, outorgando esse direito aos profissionais da saúde. A *"etiquetagem" iatrogénica* decorre da medicalização das faixas etárias e categorias sociais, de forma que o leigo encara como natural que as pessoas necessitem de cuidados médicos simplesmente porque são recém-nascidas, crianças, adolescentes, adultas ou velhas. Como se não bastasse, além da medicalização por idade, também é possível enquadrar as fases do desenvolvimento humano. As mulheres são um bom exemplo, pois ao se afirmarem socialmente no século XIX, adquiriram um corpo médico exclusivo (os ginecologistas), submetendo-se a intervenções profissionais pelo simples motivo de estarem na adolescência., período fértil, grávidas, aleitando ou climatério. Uma outra forma de iatrogênese social é a eliminação *do "status" de saúde,* onde qualquer desvio dos padrões de normalidade é definido como doença e necessita de terapêutica. A saúde deixou de ser uma propriedade natural de cada homem, para tornar-se um sonho inacessível. Mas há limites! Até mesmo aqueles que não estão doentes, mas "exibem" probabilidade que uma tal morbidade apareça, devem se submeter a intervenção médica para o bem de sua saúde futura, ou seja, não é preciso estar doente para ser paciente. A pior face desse absurdo é que as pessoas julgam-se socialmente privilegiadas pelo "direito" de ser rotuladas como doentes, submeter-–se a exames, internações e intervenções diagnóstico-terapêuticas.

Porém, dentre todos os tipos de iatrogênese destaca-se como a mais deletéria a Iatrogênese Estrutural, que transforma experiências essenciais da vida de cada ser humano (como a dor, as doenças e a morte), em obstáculos ao bem-estar e obrigam cada um a consumir a instituição médica, a qual vende a idéia de que estar bem significa eliminar a dor, corrigir todas as anomalias, "curar" doenças e lutar contra a morte. A redução do sofrimento é acompanhada pelo aumento da dependência, o que subtrai do homem a capacidade em assumir a responsabilidade por sua transformação; É preferível fugir à dor a qualquer preço, do que lutar contra ela, mesmo que isso signifique abdicar da liberdade e consciência.

Enfim, de forma polêmica e invectiva, Illich retrata o fracasso do nosso sistema de saúde, representado pela falência adminstrativo-burocrática das instituições e exacerbada pelo progressivo grau de dependência das pessoas, que cada vez mais necessitam ser cuidadas. Mesmo após trinta anos da publicação de Nêmesis da Medicina os problemas por ele explicitados persistem mais atuais do que nunca, pois nesse período multiplicaram-se de forma geométrica o número de doenças, diagnósticos, consensos e tratamentos... ou seja, a *etiquetagem* dos indivíduos. Além disso, a "extinção" do médico da família, que conhecia intimamente cada um de seus pacientes, colaborou para o afastamento dos profissionais de saúde de seus agora denominados "clientes", que são tratados segundo diretrizes e não mais segundo necessidades individuais. No mundo moderno em que a onda de globalização suscita a desumanização, esta é uma leitura obrigatória a todos os profissionais de saúde, uma vez que amplia seus horizontes e permite discernir que o ser humano não morre quando o eletrocardiograma está sem sinal, mas quando o coração pára de pulsar.

Dr. Rafael Borsoi - PR

A Medicina da Pessoa

Danilo Perestrello

A obra inicia-se com o autor fundamentando filosófica e cientificamente sua posição, abandonando o modelo científico-natural da psicanálise corrente para acercar-se do pensamento fenomenológico-existencial.

A tese central do livro é que a abordagem do paciente em termos psicológicos isolados é infrutífera e que a distinção entre doentes "funcionais" e "orgânicos", além de artificial, não contribui para a compreensão dos problemas da prática clínica. Ressalta a importância da visibilização do doente de um modo integral, valorizando a história da pessoa.

A Medicina da Pessoa focaliza a relação transpessoal intrínseca ao que o autor denomina "configuração médico-paciente". O autor nos mostra a importância do apreço pelo doente e a necessidade de ouvir com o objetivo do diagnóstico do doente e não apenas da doença, o que, segundo o autor, é fundamental para o êxito terapêutico.

Perestrello enfatiza que a melhor conduta médica é a investigação clínica da doença, como conseqüência natural do dialogo médico-paciente.

A obra esclarece muitas das situações clínicas diárias vividas pelo médico mas que, muitas vezes não são compreendidas em sua forma integral ou "real". Cita o exemplo dos pacientes que procuram o médico para não se curar, pacientes com o que o autor denomina "tendência ao pathos" e o papel iatrogênico que se oferece ao médico e que este muitas vezes aceita e incorpora como seu.

O livro é uma contribuição importante para a pratica clínica diária, uma vez que trata de casos vistos não por psiquiatras, psicanalistas ou psicoterapeutas, mas casos clínicos vistos por clínicos dentro da conceituação referida, enfatizando a importância da humanização da pratica médica valorizando a história da pessoa, suas experiências pessoais, suas crenças, sua forma de lidar com a situação atual, vendo o paciente enquanto pessoa e não doença, o que só vem a contribuir para a reflexão do verdadeiro papel do médico.

Dra. Maria Carolina Schatz de Paula - PR.

O EQUILÍBRIO NECESSÁRIO

Henrique Schützer del Nero, o autor, é Médico Psiquiatra, Bacharel e Mestre em filosofia pela Universidade de São Paulo e Doutor em Engenharia Eletrônica pela Escola Politécnica dessa Universidade. Foi fundador e coordenador do Grupo de Ciência Cognitiva do Instituto de Estudos Avançados da USP, de 1990 a 1997. Atualmente é pesquisador associado do Laboratório de Automação e Controle do Departamento de Engenharia Elétrica da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. É autor de diversos trabalhos científicos sobre cérebro e mente e do livro "O Sítio da Mente: pensamento, emoção e vontade no cérebro humano".

Em "O Equilíbrio Necessário" (Collegium Cognitio, 1998), del Nero alia o que há de mais recente nos conhecimentos em ciência cognitiva a informações úteis para o dia-a-dia e a saúde do leitor. Procura dessa forma tornar inteligível, até mesmo ao público leigo, a estrutura e o complexo funcionamento do cérebro humano e a relação que existe entre cérebro, mente e personalidade, com o desígnio de apresentar uma forma de se manter esse trinômio em condições adequadas para enfrentar toda sorte de desafios da vida.

Valendo-se de analogias, o autor equipara um indivíduo a um automóvel, composto por um motor (cérebro), um motorista (mente) e uma carroceria (personalidade). Assim como um veículo, o ser humano também pode apresentar pequenos problemas que venham a dificultar o seu funcionamento pleno. E mantendo a comparação, cada pessoa também possui "luzes no painel" que advertem quando há alguma "desregulagem no motor", como alterações de apetite, sono, motivação, concentração e sintomas físicos. Del Nero também concluí que problemas de origem cerebral, como alterações psiquiátricas, mesmo que leves, devem ser tratadas como problemas desse nível. Como exemplo cita o uso de medicamentos em doenças em que haja alteração de neurotransmissores, como depressão ou ansiedade, ou de psicoterapia e terapia cognitivo-comportamental para situações em que não hajam problemas orgânicos no cérebro, e sim nas funções mentais. A não correção de tais alterações podem levar ao seu agravamento e à cronicidade. Por isso, considera importante que a pessoa procure a ajuda de um psiquiatra para solucionar tais problemas, quando presentes e persistentes, ao invés de aguardar indefinidamente que tais sintomas acabem.

Para finalizar, em um capítulo intitulado "o futuro da mente", o autor explica que o equilíbrio a que se refere não significa apenas o bom funcionamento do cérebro, mas também o equilíbrio coletivo, que se dá quando o indivíduo age de acordo com os valores culturais e morais da sociedade em que está inserido. "O indivíduo precisa conduzir seu cérebro dentro de certas normas e valores sociais, da mesma forma como um automóvel não pode andar na contramão". Isso é conquistado, segundo del Nero, às custas de ética nas relações, cooperação, altruísmo, sentimento de amizade e honestidade, necessários para o bom funcionamento do tecido social. "O equilíbrio necessário é pessoal e coletivo. Não buscá-los pode ser uma loucura bem mais grave que a ignorância acerca de cérebros, psiquiatras e valores humanos".

Dr. Agenor C. Corrêa Neto - PR.

SÍNDROMES SILENCIOSAS

Este livro, escrito por John J. Ratey e Catherine Johnson, discute sobre um espectro de doenças psiquiátricas, que não é descrito pelo DSMIV, mas, nem por isso, menos importante, tanto em nível individual quanto em nível social.

Através de relato de casos, os autores, os quais também sofrem com traços de doenças mentais, expõem síndromes silenciosas, que, se por um lado tem suas vantagens, como em uma mania sutil, que impulsiona o indivíduo a desenvolver atividades criativas e a produzir com afinco, por outro, devido sua base biológica, pode ser o início da manifestação de uma mania franca e, portanto, mereceria ser tratada.

Uma importante reflexão desse livro é a abordagem dessas síndromes sob o ponto de vista biológico, contrariando as enraizadas idéias freudianas de que as doenças psiquiátricas têm relação exclusiva com a formação do caráter do indivíduo.

Apesar de os autores serem favoráveis ao tratamento medicamentoso dessas síndromes sutis, cabe a ponderação sobre o quanto essas afetam a vida do portador e de seu meio social, individualizando o tratamento, seja acompanhando, orientando ou, até mesmo, medicando. Para isso, é importante conhecer essas que estão fora dos protocolos estabelecidos como doença, mas não menos importantes do que aquelas.

Para os médicos o livro traz uma perspectiva inusitada de diagnóstico, sem enquadrar o paciente em critérios rígidos estabelecidos pela medicina atual. Para os leitores, em geral, traz a compreensão de que a biologia humana pode manifestar-se de forma desordenada, mas com possibilidade de tratamento, das mais variadas maneiras, para que o objetivo de uma vida equilibrada seja atingido. E é nessas formas de expressão subclínica que melhor atua a psicoterapia educativa, enquanto aguarda o momento oportuno de eventual farmacoterapia.

Dra. Fernanda Tavares - PR

Erros Comuns em Antibioticoterapia

• Considerar a febre como um sinal definidor de que o paciente está com uma infecção. O paciente deve ser avaliado antes de iniciar um antibiótico e o uso de antibióticos deve ser restrito as infecções bacterianas, de preferência com coleta de culturas para identificar e verificar a sensibilidade do agente que está causando a infecção. "Usem o antibiótico por via oral, intravenosa ou intramuscular, mas nunca por via das dúvidas!!!"

• Não considerar o uso de antibióticos para as mordidas por seres humanos. As mordeduras por elo, embora mais freqüentes, são associadas com menor incidência de infecção que a mordida humana e a mordida de gatos! Em até 50% das mordidas humanas ocorre infecção sendo que nestes casos é recomendado amoxicilina associada com clavulanato ou associada com sulbactam.

• Não realizar o cálculo do clearence de creatinina para ajuste da dose do antibiótico. A fórmula do clearence para ajuste da dose de antibióticos (em mulheres, este valor deve ser multiplicado por 0,85):

$$\frac{P(kg) \times 40 - \text{idade (anos)}}{72 \times \text{creatinina sérica}}$$

Diminuir a dose dos antibióticos sem calcular o clearence ou sem considerar a medicação. Nem todos os antibióticos necessitam de correção na insuficiência renal, sendo alguns exemplos dos que NÃO precisam: anfotericina B, azitromicina, ciprofloxacino, ceftriaxone e clindamicina Lembrar sempre que a primeira dose de qualquer antibiótico deve ser a dose completa mesmo na insuficiência renal e que alguns antibióticos são nefrotóxicos, como é o caso da anfotericina 8, sendo eventualmente substituída nos pacientes com função renal alterada.

• Associar carbapenêmicos (imipenem, meropenem e ertapenem) com metronidazol pensando em atingir anaeróbicos. Os carbapenêmicos são capazes de agir contra cocos e bacilos gram positivos e negativos aeróbicos e anaeróbicos, não sendo recomendada sua associação com metronidazol ou clindamicina. A piperacilina associada ao tazobactam (penicilina associado a inibidor de beta-lactamase) da mesma forma apresenta ação anaerobicida.

• Tratar uma infecção por Pseudomonas aeruginosa com qualquer cefalosporina de 3.ª geração. A cefalosporina de eleição para tratamento da Pseudomonas aeruginosa é a ceftazidima, devendo ser preferida esta escolha em relação a qualquer outra cefalosporina. Recomenda-se a associação com aminoglicosídeos nos casos graves de infecção por esta bactéria.

• Não considerar os Enterococcus sp. como um causador de infecção urinária. Os Enterococus faecalis e faecium são gram positivos e são causadores de infecções nos seres humanos. Na grande maioria tem sensibilidade a ampicilina, que deve ser preferida à vancomicina, que é a segunda opção. Deve-se ficar alerta para a possibilidade de resistência a vancomicina pois esta situação exige ações imediatas e rigorosas de controle da disseminaçao desta bactéria.

• Usar cefalosporinas de 1.ª geração (cefalexina, cefadroxil, cefazolina ou cefalotina) para tratar pneumonias em crianças. Os pneumococcus respondem menos as cefalosporinas de 1.ª geração do que as penicilinas. Além do que, as cefalosporinas de 1.ª geração não atingem o Haemophilus influenza outro agente etiológico comum nas pneumonias nesta faixa etária.

• Utilizar ciprofloxacino no tratamento de pneumonia em adultos. O ciprofloxacino atinge baixas concentrações no tecido pulmonar, devendo-se preferir as fluorquinolonas (levofloxacina, gatifloxacina, moxifloxacina e gemifloxacina). O uso de ciprofloxacino pode ser recomendado em casos de agente sensível a este antibiótico, sendo que, nestes casos, deve ser realizado em doses maiores devido a baixa concentração tecidual.

• Sempre utilizar vancomicina para tratamento dos Staphylococcus. Os Staphylococcus sensíveis a meticilina ou oxacilina respondem melhor ao tratamento com oxacilina do que com vancomicina. Quando um Staphylococcus aureus apresenta resistência in vitro a meticilina ou oxacilina ele deve ser considerado resistente a todos os beta-·laetâmicos (carbapenêmicos, penicilinas, cetalosporinas) devendo, então, ser usado um glicopeptídeo no tratamento (vancomicina ou telcoplanina), e eventualmente linezolida.

• Não respeitar as recomendações do fabricante do antibiótico com relação à reconstituição e diluição final da solução. Os antibióticos devem ser reconstituídos e diluídos conforme as orientações, sendo que, quando isto não é respeitado, podem ocorrer reações que causam dúvidas na equipe médica ou mesmo questionamentos por parte do paciente quanto ao uso do antibiótico.

• Realizar infusão de vancomicina rapidamente ou em pequena diluição. Isso pode ocasionar a síndrome do homem vermelho (prurido, eritema onde pode existir ainda angioedema do pescoço e tórax juntamente com choque) que está associado com a infusão rápida de vancomicina, pois este antibiótico causa liberação de histamina. Recomenda-se, neste caso, reduzir o gotejamento e diluir mais o antibiótico. Nos casos mais graves suspende-se a infusão até a recuperação e utilizado-se um anti-histamínico. Nas reações graves, recomenda-se substituir a droga.

• Utilizar metronidazol para tratamento de infecções pleuro-·pulmonares por anaeróbicos. Nessas infecções, recomenda-se como primeira opção a clindamicina, pois o metronidazol tem apresentado insucessos clínicos talvez por causa da natureza polimicrobiana dessas infecções ou a relativa resistência dos Strepfococcus microaerófilos ao metronidazol.

• Quando atender uma suspeita de meningococcemia o médico deve realizar profilaxia para si mesmo. Os profissionais da área de saúde só devem utilizar a quimioprofilaxia se tiverem entrado em contato direto com secreções respiratórias como no caso de intubações endotraqueais ou respiração boca-a-boca. O uso de rifampícina ou ciprofloxacino como profilaxia sem indicação pode ocasionar maior risco de colonização posterior por bactérias patogênicas como a própria Neisseria meningitidis

• Utilizar siglas sem saber o seu significado.

ESBL - bactérias produtoras de betalactamase de amplo espectro, indicando que a terapêutica deva ser feita com carbapenêmicos.

CESP - Iniciais dos gêneros bacterianos: Citrobacter, Enterobacter, Serraria e Providencia e Proteus. Sendo indicado o tratamento com cefalosporinas de 4.ª geração por estes agentes podem se tornar multirresistentes.

VRE - Enterococcus resistente a vancomicina, situação grave devendo a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar estar envolvida na discussão do caso.

MRSA - Staphylococcus aureus resistente a meticilina ou oxacilina.

GISA - Staphylococcus aureus com resistência intermediária a glicopeptídeos (teicoplanina e vancomicina).

• Considerar que genéricos, similares e medicamentos de referência são todos iguais. O medicamento de referência é aquele que desenvolveu o produto, demonstrando sua eficácia e segurança. O medicamento genérico pode ser considerado uma "cópia fiel" do medicamento de referência, sendo que tem a mesma forma de apresentação (comprimidos, xarope, solução injetável entre outros) e de dosagem, esse medicamento foi testado quanto a sua biodisponibilidade antes de ter a sua venda liberada. Já o medicamento Similar, apesar de ter o mesmo principio ativo, não tem as mesmas características, citadas acima - embora possa surtir o mesmo resultado.

• Desconsiderar o risco de ocorrer uma reação anafilática quando utilizar penicilina, realizando a sua aplicação em qualquer ambiente. As reações anafiláticas à penicilina são raras, com incidência de 0,04 a 0,2% e taxa de letalidade de aproximadamente 1 caso para 100.000 tratamentos. Na grande maioria das vezes, as pessoas que se dizem alérgicas à penicilina na verdade não o são, mesmo assim deve-se manter atenção quando a possibilidade de reação. Por esta razão, é recomendável administrar a medicação em ambientes seguros (hospitais e unidades de saúde).

• Realizar teste cutâneo de alergia a penicilina em todos os pacientes, A indicação do teste cutâneo de alergia a penicilina é a necessidade imperativa de penicilina em pacientes com história de alergia a esta substancia, na ausência de antibiótico alternativo eficaz. O teste deve ser realizado imediatamente antes da administração da droga.

• Utilizar penicilina benzatina ou procaína para realizar teste cutâneo de alergia a penicilina. Nenhuma destas penicilinas deve ser utilizada para os testes cutâneos, pois são potentes irritantes da pele, levando a reações falso-positivas.

• Utilizar quinolonas para tratar infecções em crianças. Devido à ocorrência de lesões nas cartilagens de crescimento em filhotes de animais de laboratório expostos às primeiras fluoroquinolonas, estes antibióticos foram considerados potencialmente tóxicos para as crianças. Estes antibióticos só devem ser usados em pediatria quando alternativas mais seguras não estejam disponíveis ou não possam ser utilizadas. O ácido nalidíxico é uma quinolona não fluorada com uso liberado a partir dos 3 meses de vida para tratamento de infecções urinárias e intestinais.

• Realizar todo o tratamento de uma infecção com antimicrobiano endovenoso. Assim que possível, utilizar uma outra opção com espectro semelhante via oral. em geral 48 a 96 horas após inicio do antibiótico, levando em consideração o estado do paciente e nível de consciência, achatamento da curva térmica, estabilidade hemodinâmica e respiratória e melhora progressiva dos exames laboratoriais.

• Realizar trocas de antibióticos no mesmo dia ou em intervalos muito curtos por considerar falha terapêutica. A troca do antimicrobiano por falha deve ser avaliada individualmente, para cada paciente, mas em geral, aguardar para substituir em 48 horas sem melhora ou em 36 horas com piora.

• Tratar culturas positivas sem considerar o quadro clínico e a microbiota da própria região da qual foi feita a cultura. Trate sempre a infecção e não a contaminação, ou seja, evite culturas de cateteres (indicado para os dispositivos vasculares) que não tenham suspeita de infecção e coletas mal realizadas. Exemplos disso são: trate a pneumonia e não o aspirado traqueal; trate li infecção do osso e não a flora da pele, encaminhe urina recém colhida ao laboratório e não a ponta deste catéter.

• Utilizar antibioticoterapia profilática por período maior que o recomendado. Os antibióticos utilizados com indicação profilática visam apenas a prevenção de infecção do sitio operatório, não são eficazes para prevenir infecção em outras topografias. O uso inadequado e/ou prolongado é prejudicial, pois pode induzir o aparecimento de cepas bacterianas resistentes, alterando a microbiota individual e hospitalar além de poder aumentar a possibilidade de aparecimento de reações tóxicas e/ou alérgicas.

• Realizar a dose profiláticado antibiótico ao final da cirurgia. A aplicação da 1.ª dose deve acontecer na indução anestésica (entre 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica), salvo nas cirurgias de aparelho digestivo baixo. Além do que é necessário repetir a dose do antibiótico em cirurgias prolongadas ou em caso de grandes hemorragias (cefazollna na 38 hora).

• Realizar doses menores do antibiótico na profilaxia cirúrgica. A dose do antibiótico deve ser igual àquela normalmente utilizada, isto é, a dose plena (cefazolina 1 9 EV).

• Não realizar técnica cirúrgica adequada porque o paciente vai receber antibióticos profiláticos. O antibiótico não substitui uma excelente técnica cirúrgica, ele induz a uma falsa sensação de segurança.

Drs. Célia Inês Burgardt e Jandrey Markus - PR

Erros Comuns em Hematologia

• Usar, indiscriminadamente, ferro parenteral em pacientes com anemia ferropriva. O uso está indicado somente em: a) pacientes com intolerância rebelde ao ferro oral, mesmo com mudanças na dosagem, modo e hora de tomada; b) comprovada má absorção do ferro; mesmo os gastrectomizados podem ter uma boa absorção do ferro medicamentoso; c) a necessidade de ferro não pode ser suprida pela via oral. Ex: sangramento crônico incontrolável ou outras fontes de perda (hemodiálise).

• Continuar usando ferro em um paciente com anemia microcítica, sem fazer uma investigação, por não ter obtido resposta após tratamento inicial de 30 dias. Lembrar que os pacientes com anemia sideroblástica, talassemia minor e anemia de doença crônica não se beneficiam com o uso continuado de ferro e podem apresentar problemas de sobrecarga.

• Usar ácido fólico em portador de anemia megaloblástica sem atentar que o paciente possa ser portador de anemia perniciosa. Nestes casos a deficiência é de Vitamina B12. Pode haver melhora da anemia, mas as lesões neurológicas poderão se agravar e se tornar irreversíveis devido ao consumo da B12, pelo uso somente de ácido fólico.

• Tratar de paciente com anemia sem fazer o diagnóstico da causa. A anemia é uma manifestação de doença e não um diagnóstico em si mesma. Procurar sempre a doença desencadeante. A não correção da causa fará com que o paciente continue anêmico, terá progressão da doença básica e poderá apresentar problemas com os medicamentos prescritos.

• Confundir a descrição de linfócitos atípicos, presentes em diversas infecções virais, com células imaturas que acontecem nas leucemias e encaminhar para investigação. A iatrogenese familiar e/ou pessoal é muito grande e fica difícil para o especialista conseguir explicar o caso e desfazer a iatrogenia.

• Não fazer o aconselhamento genético nos casos de talassemia minor. O nascimento de uma criança com T maior é um transtorno enorme para a família e o médico pode ser responsabilizado por não ter feito a devida explicação sobre a doença e seu modo de herança. Isso é válido para outras doenças hereditárias, inclusive as não hematológicas.

• Continuar tratando um paciente idoso como portador de espondilartrose por tempo prolongado e indeterminado, sem investigação, quando o paciente não obtém melhora do quadro doloroso. Pode ser que estejamos frente a um portador de mieloma múltiplo.

• Coletar sangue, sem atender a fatores que podem afetar os resultados dos exames. Estes incluem: posição do paciente, ritmo diurno (nictemeral), exercício, estresse, dieta, fumo etc. Cada fator deve ser analisado de acordo com o exame solicitado.

• Errar na coleta de sangue para exame. Os erros podem ser por anticoagulantes inadequados ou demora em transferir o sangue para frascos corretos. Estes erros são difíceis de acontecer com as modernas técnicas de coleta. Um bom esfregaço sangüíneo é fundamental no diagnóstico de várias doenças e a demora em fazer a extensão na lâmina pode nos dar uma informação errada, principalmente em relação às plaquetas.

• Operar tumores intrarticulares em paciente masculinos sem avaliar a história de sangramento articular crônico O tumor pode ser espessamento sinovial decorrente de hemartrose de repetição, o que acontece em portadores de hemofilia.

• Encaminhar para cirurgia após haver solicitado somente tempo de sangramento e de coagulação. Esses exames normais podem ser normais no hemofílico. O tempo de coagulação é uma avaliação grosseira. O tempo de sangramento avalia função e quantidade de plaquetas. A história familiar e pessoal de doença hemorrágica é muito mais importante. Na dúvida solicitar os exames que realmente avaliam a coagulação. Tempo de protrombina e tempo de tromboplastina parcial são os exames de triagem básicos de investigação.

• Transfundir pacientes, trocando a volemia, usando sangue estocado. A trombocitopenia e a diminuição dos fatores lábeis da coagulação podem provocar fenômenos hemorrágicos graves.

• Continuar com transfusão de sangue ao se suspeitar de reação transfusional. Deve-se suspender imediatamente a transfusão e chamar o banco de sangue para a devida avaliação. A gravidade das reações depende da quantidade infundida.

Dr. Fernando Lopes Martins - PR

Multifário

Pergunta: O exame para pesquisa do HIV deve ser realizado em todos os pacientes internados? O exame deverá ser realizado obrigatoriamente nos pacientes que serão submetidos a cirurgia?

Certamente a pergunta está defasada, pois atualmente todos os critérios quanto à maneira de proceder estão definidos, mas vale a pena retomar alguns conceitos, reiterar procedimentos e ações do médico, impedindo qualquer ato discriminatório. Com o surgimento da AIDS, muitos equívocos foram praticados em verdadeira exclusão social dos portadores do vírus HIV. Desde o impedimento de matrículas em escolas; recusa de admissão de trabalhadores nas empresas — mesmo que aprovados em concursos —; afastamento e dispensa do trabalho de portadores do vírus. Na área da saúde tomamos conhecimento da recusa de atendimento, em intolerável discriminação e constrangimento tanto ao paciente como aos familiares. Estas questões geraram muitos conflitos e fez supor que as normas legais poderiam estar defasadas, mas o Direito fez prevalecer os valores individuais do ser humano. Tanto quanto o direito à ética foi indispensável afastando preconceitos e estabelecendo o respeito ao individuo, sem desconsiderar o interesse coletivo. Foram então definidas as normas para transfusão, triagem para doadores, além de medidas sanitárias para a proteção, profilaxia e disseminação da doença. Evitou-se e corrigiu-se em algumas Instituições decisões descabidas, que exigiam triagem sorológica nos pacientes internados ou àqueles que seriam submetidos à cirurgia com a justificativa de proteger a equipe médica e os demais pacientes. A triagem sorológica compulsória, além de discriminatória, não trouxe qualquer benefício tanto nas situações de internamento, seguimento ambulatorial ou na redução de riscos para a equipe de saúde. Está caracterizado que os cuidados universais são a indicação, para os pacientes, compreendendo as precauções com o sangue e todas as secreções; sem a necessidade de exigir ou conhecer a positividade do teste anti AIDS. O exame deverá ser realizado toda vez que o resultado implicar em mudança de conduta técnica ou terapêutica, com indicação clínica precisa. Cabe ressaltar que nesses casos, a solicitação do exame deverá ser autorizada, precedida do consentimento livre e informado. Existem publicações onde os pacientes antes de submeterem-se a procedimentos, passaram a exigir do médico o conhecimento quanto à positividade do teste do profissional. O paciente não tem o direito de exigir o teste sorológico do seu médico, conseqüentemente nem o médico exigir do seu paciente, na intenção apenas de preservar contaminação. Nas situações em que o médico está infectado, mas não está doente , não é necessário informar o paciente. Pareceres dos Conselhos de Medicina determinam que os cirurgiões portadores dos vírus não devem participar de procedimentos invasivos, onde o campo cirúrgico é restrito e alguns passos da operação acontecem "às cegas", pois nessa situação possibilita eventual contaminação. Trata-se de obrigação ética de não atender, devendo-se transferir o procedimento para outro colega, dessa forma não expondo o paciente a riscos. Essa determinação é válida para os cirurgiões portadores do vírus da hepatite, pois a infectividade deste, é muito superior ao vírus da AIDS. O surgimento da AIDS, serviu para reativar conceitos que estavam em desuso, em flagrante desequilíbrio entre a autoridade do médico e a autonomia do paciente. Sempre prevaleceu a autoridade em detrimento da autonomia, pois qualquer exame ou teste sorológico — como a pesquisa da sífilis ou outra doença infecto contagiosa — era realizada sem autorização e sem o consentimento informado. Igual situação também acontecia e, infelizmente, ainda acontece, em procedimentos desconfortáveis, com o paciente tomando conhecimento apenas no momento do exame em flagrante desrespeito. Reitero desta forma que a autonomia do paciente deve ser preservada e sempre considerada como medida prioritária. À semelhança de boas maneiras, pedir licença para entrar na casa dos nossos amigos, entrar no interior do organismo, conhecer sua intimidade, descobrir suas mazelas, seu código genético sempre deve ser precedido não só de licença, mas do consentimento livre esclarecido. Essa é a rotina , é o hábito que devemos implementar. A palavra ética que deriva do grego ethos significa hábito, comportamento, como afirmou Aristóteles que as virtudes éticas provêm do hábito.

Dr. Luiz Sallim Emed - PR

Decálogo do Millôr

Se o colega leu o meu decálogo preferido, Iátrico nº14, tem agora a oportunidade de ler seu avesso, o do Millôr, publicado em seu livro "Todo Homem é Minha Caça", Record, 2005, que recomendo. Jornalismo cultural é, necessariamente, caleidoscópico, polêmico, provocativo, mas com muita verve. Começa assim: Para estragar o dia do mais idiota dos otimistas.

Se você é desses superdebilóides, que acha que "o mundo é assim mesmo" e que, afinal, "tudo se resolve", que o pequeno príncipe é um grande livro cheio de força moral e o escambal, e que "somos todos irmãos", largue por um momento esse sorriso cretino que mora nos seus lábios e leia estes dez tópicos:

1. Foi publicado um panfleto sobre perseguições e horrores em geral acontecidos no Gabão. Procure ler.

2. O homem é o câncer da natureza.

3. Você, ao que tudo indica, é membro da espécie humana. Isto é, assassino nato, usufruidor da miséria geral (se você come, alguém esta deixando de comer: o mundo não tem comida pra todo mundo), sequaz dos assassinos, parceiro dos ladrões, et cetera, et cetera. Não fica com essa cara de bom moço aí não, que eu te conheço: você é um homem. E um homem é exatamente o negativo do IF, de Kipling. Já leu? Não leia. Nunca ouviu falar? Não ouça.

4. Continua sorrindo? Pô! Mesmo individualmente você não vai escapar, velho, é estatístico. Se não for atropelado, ficará no desemprego, se não ficar desempregado, vai pegar um enfisema, será humilhado, abandonado pela mulher que ama (mas ama, hein?), arrebentado sentimentalmente pelos filhos (pelos pais, se for filho), mordido de cobra, ficará impotente, ou superpotente (i.e. tarado sexual), e, se escapar de tudo, ficará velho, senil e acabará babando num asilo em ruínas. O mundo não tem lugar senão para 1/3 da humanidade.

5. A televisão só tem programas em que todos julgam tudo. Esses programas, o maior tribunal já visto depois de Nuremberg, são apenas o prenúncio do que vai acontecer no mundo ou está acontecendo nos bastidores do mundo.

6. Leia minha frase Nº2. Você se queixa muito do environment (meio – ambiente - ecologia), porque agora é moda. Mas o maior entrave para o mundo é você mesmo, cara. Câncer, é. É o homem que estraga a terra, corrompe a natureza, fura os túneis, empesta o ar, suja as águas, apodrece tudo em que pisa, sem sentido, nem objetivo. A explosão nuclear, ao contrário do que todos pensam, não é uma tragédia. Pode ser uma tragédia para a espécie humana. Mas é apenas uma medida saneadora para o universo. Uma maneira simples de a natureza se livrar de você, ô peste! E fique tranqüilo: o desaparecimento do ser humano não fará a menor diferença à economia do cosmo!

7. Pode ser que haja vida inteligente em qualquer outro planeta. Neste, positivamente, só há a mais absoluta estupidez.

8. Você é um animal como qualquer outro animal, só que, naturalmente, muito pior. Pra sobreviver – e manter o ciclo ecológico – você tem que comer carne, (oriunda da morte de outros animais) ou ovos, (e impedir que outros animais nasçam) ou sementes, (e impedir que plantas nasçam). O único alimento puramente alimento, feito só para isso, é o leite. Você é capaz de viver só de leite a vida inteira, hein, bonzinho?

9. Consulte a sua enciclopédia preferida. Qualquer que seja. Britânica, galática, latina, saxônica, sueca, qualquer. Em vez de ler as biografias e se admirar com os feitos de bravura, inteligência e denodo dos caretas lá incluídos, pense no que, realmente, eles são, fora da convenção de grandeza, dignidade e nobreza. Fora dos compromissos culturais que os levaram lá os caretas são apenas: usurpadores, exploradores da comunidade, santos de fancaria, tubarões econômicos, guerreiros impiedosos, cientistas egocêntricos, artistas cuja principal arte foi a autoprojeção. Uma súcia.

10. Você já pensou se a terra for apenas uma astronave tentando escapar a um mundo louco, e que nós, apesar tudo, ainda somos o melhor do que existe por aí nessas galáxias?