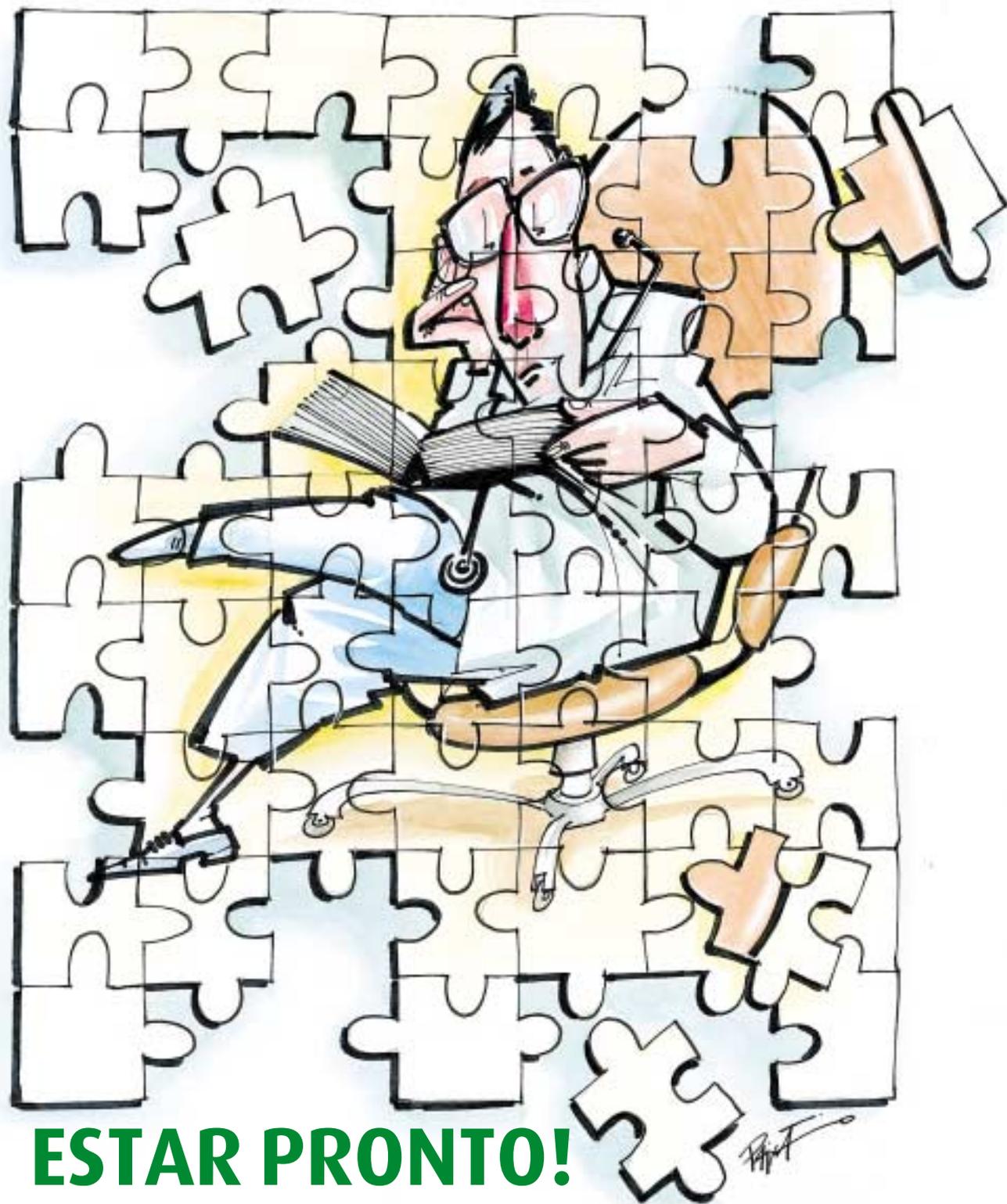


Esta edição é dedicada à zona cinzenta, território da criação. E também da burla e da incompreensão.

iátrico

Abril a Junho - 2006 | nº 17



ESTAR PRONTO!

“Esta edição é dedicada à zona cinzenta, território da criação. E também da burla e da incompreensão.”

03 ESTAR PRONTO
Saber. O processo é lento; não há atalho.

07 FORA DE MODA
Conhecimento, tecnologia e os extremos.



04 ZONA CINZENTA
O perigo de acreditar em qualquer coisa.

10 AS RONDAS DO DR. VANZOLINI
Abandono da música, dedicação à ciência. E a Volta por Cima.



17 PRIMEIRA CATARATA
Aspectos da primeira cirurgia, realizada na Santa Casa.

26 GRACINDA
Multifária das artes. Estréia na Galeria.

27 DECÁLOGOS
Os mandamentos para o médico residente.

EDIÇÕES ANTERIORES
Confira as edições do Iátrico no site do Conselho:
www.crmpr.org.br

POR QUE MUDAMOS

O Iátrico mudou. Mudou por que você, caro leitor, exigiu. Como? Pelo apoio que nos deu. Aquilo que, no início, seria a veiculação de alguns textos reflexivos transformou-se numa publicação caleidoscópica sobre a interface da arte e da ciência médica. E à medida que evoluíamos, você foi exigindo mais. Na variedade de conteúdos e formas, sempre com um viés médico ou comportamental. Quisemos acompanhar essas expectativas sempre com algumas surpresas. E com algumas formas fixas, para viciá-lo. Sim, esse nosso desejo, torná-lo um dependente da reflexão. Mas na medida que o induzíamos nos tornávamos mais responsáveis, aumentava o compromisso. Agora você está recebendo o primeiro Iátrico revista, mutante de nosso suplemento, que nos dará maiores possibilidades gráficas. É esforço conjunto do Conselho Editorial, de você que nos lê e o subvenciona, e de nossos colaboradores. Alguns eventuais, outros contumazes. Todos num voluntariado nobre. Dá trabalho? Muuuito! Vamos conseguir mantê-lo com a mesma qualidade? Sinceramente, não sei. Afinal, excluindo o jornalista, e agora amigo, Hernani Vieira, e a equipe de produção gráfica, que nos dão todo suporte, somos todos amadores. Mas -como na poesia- transforma-se o amador na coisa amada. Esse é o nosso desafio. Espero que continuemos esta viagem insólita e trabalhosa, mas muito aprazível. Agradeço todos os apoios. Nesta edição não poderia deixar de agradecer a quem colabora com sua arte. Ao talentoso Paixão, colaborador de sempre e que, acreditem, não conheço pessoalmente. E à internacional Gracinda Marques, por sua deferência especial. Neste momento de mudança, meu nome é gratidão.

O Editor.

ESTAR PRONTO!

O que é ser culto? É em essência saber distinguir o falso do verdadeiro.

Implica entender o que é lido. Mas ainda é pouco. É necessário também saber analisar determinado conhecimento e ajuizá-lo quanto à sua possível veracidade ou inverossimilidade, e suas tendências evolutivas nesse espectro.

Para isso o culto tem que ter engenho e técnica. E também, sobretudo, a dúvida sistemática cartesiana como filtro, a que diz não se poder tomar como verdadeiro o que não pode ser demonstrado como tal.

O corolário deste preâmbulo é que o culto tem bom senso e ajuiza bem. Como conseguiu-lo? Só com muita leitura e com o esforço adicional de se refletir sobre a mesma. Agindo como um jardineiro durante a poda: deixando o mínimo necessário para que o crescimento intelectual seja vigoroso. O culto filtra tudo, principalmente suas crenças, e fica sempre com as provas, quando existem, e que devem se aperfeiçoar constantemente quanto à sua qualidade. Portanto, o culto tem um grau de ceticismo benfazejo. Na sua mente tudo é transitório, das crenças mais arraigadas às provas mais recentes. E não se sente mais pobre com isso, ao contrário, está até mais leve para perseguir, via curiosidade e rigor, em novos

caminhos e novas provas. Quando não as há, continua sereno em suas crenças. Mas sabe-as crenças.

Claro que o ensino, qualquer um, deveria prover essa competência, ensinar a ler e entender o que é lido. Mas temos grandes restrições institucionais. Então, como regra, só evolui verdadeiramente nessa senda quem tem esforço próprio, quem



procura persistentemente avaliar o certo e o errado, o falso e o verdadeiro, realidade e fantasia, razão e delírio, senso comum e excentricidade, liberdade e tirania, absoluto e relativo. Isto é, quem educou sua mente para os debates culturais, cívicos e científicos. O meio para obter esse bom fim é a leitura meditada e discutida dos clássicos. Entenda-se clássicos aqui como leituras, quaisquer que sejam, que a cada releitura geram novas sacadas, inesperadas possibilidades. E

servem a qualquer homem em qualquer lugar, para que seja consciente da realidade do mundo, do funcionamento das instituições e do entendimento básico da psique humana. E, no caso do médico, acresçam-se os livros científicos, pois lhes dão base à sua ciência.

Ao homem comum é o que basicamente necessita para o funcionamento de seu dia-a-dia, recriando seu repertório e fugindo aos clichês. Isso, ao médico e outros profissionais, não é suficiente, pois necessita ter sólida base argumentativa baseada em provas. Ou seja, necessita estar pronto, aquinhado para leitura e interpretação sem a camisa-de-força ideológica, livre para um auto-exame isento e crítico, que o convença e se torne convincente.

É essa análise crítica do que seja científico, que o impede ser maria-vai-com-as-outras que o torna ciente do que seja uma zona cinzenta e sua constante mobilidade para o território das crenças ou das provas. Isto é, desde que tenha essa base de educação ampla e liberta, acrescida de metodologia científica, está preparado para descortinar o mundo da ciência e da pseudociência. Coisa que, infelizmente, nem todos conseguem, e sem a qual não há progresso científico. Por que mais importante do que crer, é saber, embora ambos estejam amalgamados.

Ah, ia esquecendo. Não há atalho, o processo é lento mesmo. E só assim definitivo. **❶**

Você acredita no poder das pirâmides, em biorritmos, astrologia, discos voadores? Se afirmativo lamento, caro leitor, mas talvez você seja perigoso. Digo, pra você mesmo! Porque se acredita nisto pode acreditar em qualquer coisa, e esse é o perigo. Quem acredita em qualquer coisa pode tornar-se um fanático. E o fanatismo sabemos no que dá. E para um médico que é obrigado rotineiramente a ajuizar provas isso é incompatível.

Reflita comigo. Crescemos baseados em crenças que nos são dadas pela família, religião ou tradição. Até aí tudo bem. É o nosso cerne primeiro, faz parte do desenvolvimento de nossa personalidade. Adquirimos também pitadas de provas, que nos são oferecidas pelos mesmos meios. Ao nos desenvolvermos intelectualmente começamos a conjugar crenças com provas, e as últimas começam a ocupar parte das primeiras. Este amálgama tem que ser equilibrado para que consigamos ter uma cabeça bem-feita. Claro que as provas ao poderem ser replicadas e confirmadas passam a ter uma força de evidência que deve tomar o lugar de mitos, superstições e credices. Como não há provas para tudo, muitas crenças subsistirão e, por isso, temos que fazer a nossa consciência equilibrando esses dois pratos da balança. Equilíbrio que é delicado por existir uma zona intermediária, cinzenta, que nasce de hipóteses e é estudada a sério, para ver se se formam provas. Então temos de um lado uma área de crenças que são bem definidas, mas que contêm uma parte de supostas verdades científicas, chamadas de pseudociência. Temos uma parte oposta, baseada em provas, que é a área da ciência. E temos uma área

ZONA CINZENTA

intermediária, uma zona de exclusão, digamos, como as áreas desmilitarizadas mantidas por organismos internacionais quando dois países fronteiriços vivem em conflito. Essa a zona cinzenta.

Sua matéria-prima são crenças ou hipóteses – simples palpites —, levantadas por cientistas, e que são estudadas por meio de métodos aceitos pela comunidade científica, podendo ser reproduzidos em qualquer lugar. Desses estudos poderão se extrair provas que tornarão o que é estudado científico. Ou, outrossim, surgirem nulidades que fazem essas hipóteses voltar à pseudociência. Ou se conservarem como crenças. Portanto, a zona cinzenta é a área de estudo das hipóteses. Área imprecisa, que todo cientista vislumbra com curiosidade e onde pratica sua ciência. Mas que na ausência de provas é opaca, nada oferece. São as hipóteses refutadas, tendo como destino a lixeira do trabalho científico.

Os crédulos, no entanto, vêm nela o invisível credível e estabelecido, dogmatizado, isto é, vêm o que querem ver, por mais absurdo que seja. Por que isso ocorre? Porque as pessoas querem consolos, anódinos, para sua vida dura e, às vezes, cruel. E a ciência não os oferece. Por isso a zona cinzenta é também o território da burla e da incompreensão. Nela, crentes de todos os matizes procuram explicar o inexplicável. Ou seja, formular mágicas. Já os cientistas avançam na mesma pela confrontação de dados, idéias, teorias e provas. Sabem que nada é tudo, que a

ciência também erra, mas não está cristalizada, pode se auto-corrigir permanentemente. E é o que faz. Cientistas não têm compromisso com o erro e nem com as próprias provas; se outras forem mais fidedignas ocuparão o trono. Nesse reinado de provas tudo é instável, estando o trono sempre democraticamente à prova.

Se não usarmos a zona cinzenta com as prerrogativas das provas, podemos subvertê-la em obscurantismo que, em si, é limitante e perigoso, além de não gerar crescimento cultural nem tecnológico, não fazendo evoluir a sociedade. É preciso entendermos que cabeças são propensas às crenças, já a capacidade de pensar cientificamente e de modo crítico tem que ser formada e é um percurso longo onde se trava uma dura batalha para apreender métodos e rigor, sem que se suborne nosso próprio cerne. Vantagens? Cabeças bem-feitas com a conseqüente evolução da sociedade. Dou exemplo: se uma pessoa acredita na teoria da evolução e ao mesmo tempo no poder das pirâmides não pode ter a cabeça bem-feita. Tem, isso sim, um melée cognitivo impreciso, assemelhado à areia movediça, onde tudo afunda e nada se cria, a não ser o fanatismo.

Quando uma coisa não tem explicação, inexplicada está. Não podemos preencher essa lacuna com crenças esdrúxulas ou provas vazias. É um desconforto necessário em busca de evidências. Esperar é preciso.

Não podemos nos esquecer que somos responsáveis por tudo que aprendemos e introjetamos. Pelo que é assimilado. Se formos criteriosos e criativos faremos boas escolhas, que criam uma marca individual. E, surpreendentemente, tornam as pessoas mais tolerantes socialmente. Embora firmes e não cooptáveis. Coisas nada desprezíveis em uma democracia. **■**

A Medicina sempre foi mais magia do que ciência. Há bem pouco foi se tornando científica. E toda sua aura primeira, portanto, se deveu a mitos e crenças. Na medida em que teve que substituir crenças por provas foi perdendo um pouco dessa auréola tão ao feitio dos crédulos. Para ser exato, ao contrário do pensamento mágico, o fato mais marcante é que a *ciência não consola*. Busca explicações e soluções, resolvendo muitos problemas ditos orgânicos, mas não traz respostas aos cruciais problemas existenciais, quase sempre de cunho moral ou ético. Por isso, tudo que for místico terá maior apelo, não fazendo espécie a desilusão das gentes com a limitação da medicina científica – malgrado seus extraordinários avanços – e a tentativa de transformar em mágica a tecnologia médica. Os próprios médicos, por outros motivos, incensam desmesuradamente a tecnologia, que tem obviamente sua vez e lugar desde que acompanhada do devido raciocínio clínico. Estamos, pois, no meio de um revolto mar de perdas e ganhos – e quando não estivemos? —, tentando reequilibrar as coisas a nosso favor, contando com a desvantagem da maioria das mentes serem propensas à credulidade. Isto é, qualquer coisa, por absurda que seja, que venha ao encontro da mente mística terá recepção imediata sem a necessidade de verificação ou demonstração. Outrossim, uma prova quase inofismável, além de não ser entendida, será estranha a esse tipo de pensamento. Esse tipo de mente troca de mágica – como exemplo, uma medicina alternativa por outra, ou até sua associação – mas é impenetrável ao difícil sistema

de qualificação de provas. E isso vale para praticantes e praticados. Médico que não foi penetrado (epa!) pelo pensamento científico durante sua formação, vaga de crença em crença, de preferência a de melhor remuneração pecuniária. Mas acreditem, será ainda pior se ficar em crença única, isto é, com um pensamento totalizante numa prática esquisita, pseudocientífica, que vira seu bezerro-de-ouro. Torna-se um fanático dessa prática, um terrorista pseudocientífico a cometer diagnósticos e carências os mais estapafúrdios, incapaz de ouvir ou ler outras razões lógicas e sensatas. Assim sendo, na cauda da pseudociência tudo pode

compromisso com nenhum pensamento estagnante, serei o primeiro a dar a mão à palmatória caso seja provada a tese. Sim, por enquanto, tese.

Segundo, outro exemplo dos dias que correm. Cada vez mais, vejo pessoas acreditando em algo que é da *física teórica* e que está sendo aplicado à biologia como se fosse a prova mais refinada da existência disso e daquilo, de Deus – não levantai seu nome em falso testemunho – à cura de todos os males. E não faltam cientistas de renome em suas áreas para dar guarida a essas proposituras. São profetas das assertudes (as

palavras são feias mas é proposital!) que, como regra, sempre foram teóricos, nunca tiveram que provar nada.

Então, calma gente! Nada é tudo. Não existem panacéias, por mais que ansiemos. A verdadeira unidade está na organização muito

pessoal e subjetiva da cabeça de cada um, mas sem querer usar suas crenças – que são legítimas e necessárias, não há provas para tudo – como se provas fossem, e se fechando nelas numa redoma de pureza e intangibilidade. O risco está em se, por acaso, essas crenças se tornarem nuas, isto é, sucumbirem às provas que estão sendo geradas pelo pensamento científico, a pessoa perca a suposta perfeição conquistada, que inexistente, e acabe na mordaz imperfeição de Nietzsche: “*O que se tornou perfeito, inteiramente maduro, quer morrer*”. A ciência não corre esse risco com seus viventes de intelecto movediço baseado em provas. Ou, de uma maneira poética, sobre o que todo o cientista faz: as provas dos mortos são modificadas nas vísceras dos vivos! **❶**

PERDAS & GANHOS

acontecer, tendo como únicos parâmetros a credence e o dinheiro.

Mas, por que não dar alguns exemplos vigentes? Primeiro, examinemos a questão da cura pela fé, algo adrede acreditado sem nenhuma reflexão. Todos os estudos até hoje realizados são falhos. Por quê? Não há nos mesmos como comprovar se as pessoas estudadas têm fé ou estão simplesmente rezando. Pecam ao excluir variáveis essenciais, e não podem ser replicados. Sem replicação, não há verificação. Ah, mas as pessoas que estão em sua fé vivem melhor e têm melhor qualidade de vida com suas doenças! Nada a obstar, acredito piamente, é até da minha experiência, mas isso nada tem de científico, chama-se conforto espiritual. Portanto, por ora, não há provas de que a fé cure. A fé conforta, isso é tudo e é muito bom! Não tenho

A busca pelo conhecimento é algo que acompanha o ser humano desde os primórdios da civilização. Por ela, o primeiro homem abriu mão do paraíso enfrentando uma vida de trabalhos e de sofrimentos.

Se esta busca tem se realizado de maneira ininterrupta, a velocidade e a intensidade com que esta procura ocorre tem variado nas diferentes civilizações e nos diversos momentos históricos. Atualmente, o conhecimento novo tem sido extraordinariamente valorizado em todas as áreas da ciência tornando-se uma verdadeira obsessão. Nas grandes universidades domina o lema “*publish or perish*”. Enormes somas de dinheiro têm sido destinadas à pesquisa na tentativa de se obter a primazia do conhecimento em determinadas áreas.

Ora, buscar o conhecimento é buscar a verdade. Uma verdade que não depende das idéias do pesquisador, das suas intenções ao iniciar a pesquisa e nem do uso que pretende dela fazer. Uma verdade, nua e crua, que se esconde em erros de seleção e de análise, em falsas interpretações dos resultados e em casualidades criadas pela chance. Se o erro, que é um atributo inerente a todo ser humano, pode ser minimizado por técnicas científicas cuidadosas e conscientes, pode, também, ser introduzido de maneira proposital para forjar resultados que respondam às expectativas do pesquisador, da comunidade científica e, principalmente, da comunidade consumidora de ciência.

A sociedade tem assistido, atônita, à fraude científica. São inúmeros os relatos de dados alterados ou até “fabricados” em pesquisas feitas com o intuito de se apropriar dos fundos a ela destinados ou mesmo na tentativa de obtenção de glórias e atenções.

Em maio de 2005, a revista *Science* publicou um artigo de Hwang e cols descrevendo a clonagem de 11 linhas de células-tronco a partir de 185 óvulos humanos, criando enormes expectativas quanto as possibilidades de reparo de tecidos humanos danificados. Aos poucos, descobriu-se que o número de

Ciência e Fraude

óvulos utilizados no estudo ultrapassava em muito o número descrito (seriam cerca de 1100) atraindo dúvidas para as demais afirmações contidas em seu artigo. Outras revelações se sucederam e a Universidade de Seoul acabou por anunciar que Hwang não tinha dados que pudessem dar suporte às afirmações realizadas em seu artigo.

No mesmo ano, em um texto publicado pelo *Lancet*, sobre os efeitos dos anti-inflamatórios não hormonais no risco de câncer de cavidade oral, Jon Sudbø, um pesquisador norueguês, afirmava ter obtido suas informações a partir de estudos feitos em uma base de dados nacional. Descobriu-se, mais tarde, que estes dados haviam sido totalmente fabricados. Tal fato foi, inclusive, reconhecido oralmente pelo pesquisador mais tarde.

Também o estudo VIGOR, publicado pelo *New England Journal of Medicine* e patrocinado pela indústria farmacêutica sobre o uso do anti-inflamatório Vioxx falhou ao não relatar três casos de morte por infarto do miocárdio nos dados obtidos, o que alterou o perfil de segurança da droga em questão.

Observe-se que, nos três exemplos acima, as publicações são de jornais de conceito muito alto na comunidade médica e com alto impacto sobre a conduta dos leitores e sobre pesquisas futuras, as quais se baseando em dados incorretos estarão, também, fadadas ao erro.

Segundo o Dr. Harvey Marcovitch, presidente do *Comitê on Publication Ethics*, sediado em Londres, são investigados cerca de 30 casos/ano de suspeita de conduta fraudulenta em pesquisas publicadas, onde, na maioria dos casos, a fraude é confirmada. Quantos outros casos, em revistas de menor impacto, não estariam acontecendo? O que pode ser feito no sentido de minimizar este problema?

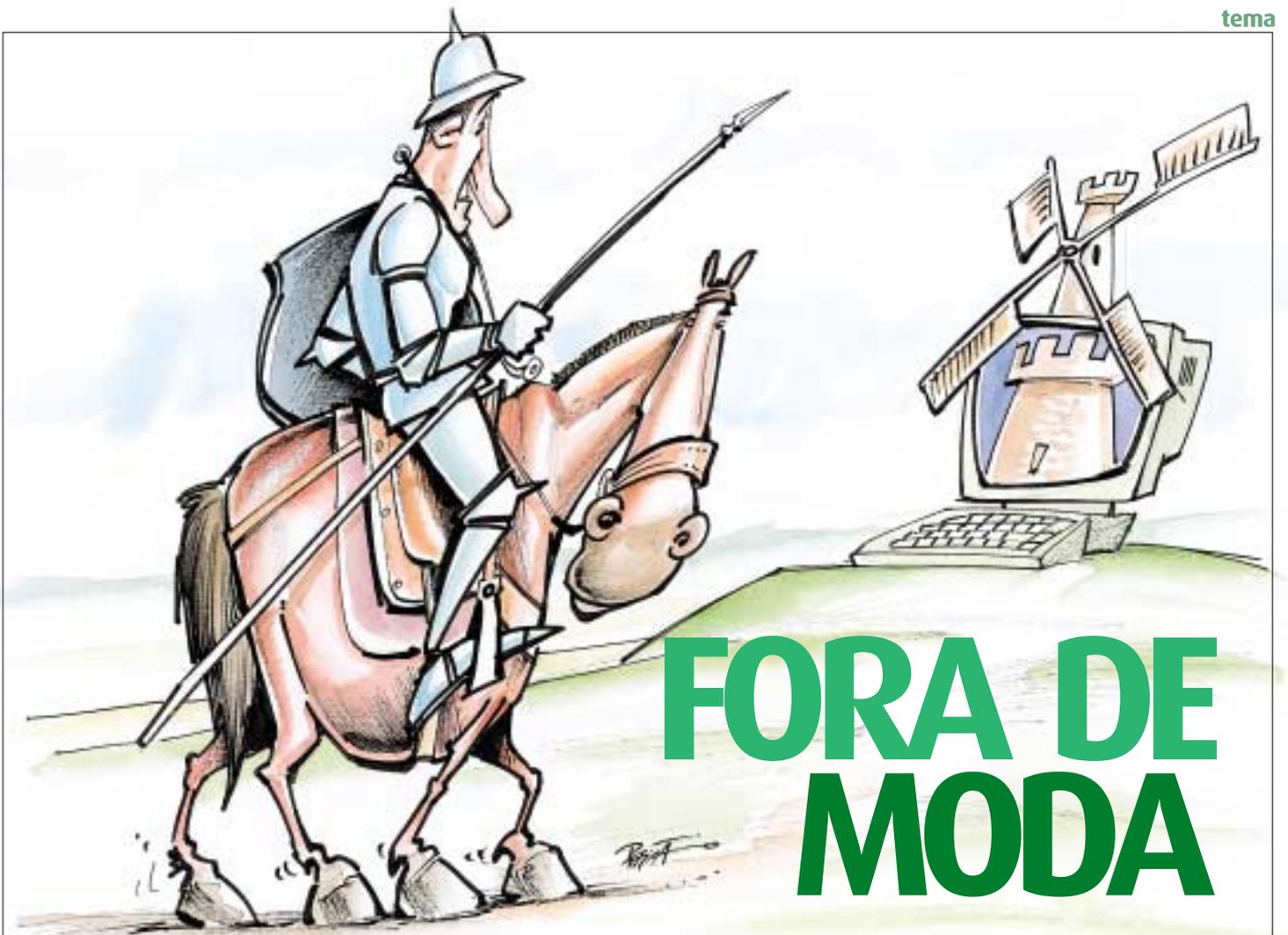
As revistas científicas de renome contam com o chamado *peer review* (revisão por pares) no qual cientistas da

área procuram se certificar da qualidade do material que está sendo publicado. Entretanto, por mais cuidadosos que estes revisores sejam, eles não refazem o trabalho e não têm como se certificar da veracidade dos números e dos fatos observados no estudo. Assim, muitas vezes, a fraude só é detectada quando o mesmo trabalho não consegue ser reproduzido por outros pesquisadores.

Com certeza, a busca por recompensas materiais resultantes do domínio do mercado sobre a ciência (recompensas estas que não são pequenas), a procura por ascensão social e a competitividade formam o pano de fundo dessas situações. Manter a integridade da literatura científica requer que entidades governamentais tenham autoridade para investigar e punir cientistas fraudulentos. Requer, também, que o editor da revista que involuntariamente aceitou tal artigo publique uma retratação e que autores que se lhe seguem evitem a sua citação.

Por outro lado, pode-se notar que, mesmo em fraudes aparentemente muito bem-feitas, a realidade acaba aparecendo de uma maneira ou outra, porque a mentira não subsiste. O tempo filtra as boas descobertas separando-as do engano e da desonestidade. Assim, passam afirmações fraudulentas, como passam as honras e os recursos materiais com ela obtidos. A verdade fica.

Dra. Thelma L. Skare (PR).



FORA DE MODA

Se me demoro na anamnese dizem-me que não sou ágil, que emperro trabalho. Se faço uma busca ativa por um sinal clínico, dizem-me que o sistema não paga por isso e devo requisitar o exame que, além de ser mais rápido - embora mais custoso - tem maior sensibilidade do que minhas mãos. Se o paciente tem setenta e procuro identificar se sua cefaléia é em salvas ou de uma arterite temporal, que bobagem!; é de início recente, peça logo a TC. Se pondero que com a anamnese e o exame físico estou preparado para a maioria dos diagnósticos com a vantagem de conhecer um pouco da personalidade do paciente e sua maneira de reagir ou resistir aos mesmos, dizem-me ser ilusão de ultrapassado; qualquer programa de computador é mais eficaz e com menor margem de erro. E que desconheço existirem vários a preços módicos, e tão aperfeiçoados que ainda posso neles aprender muita medicina. E asseveram: até o Kasparov, depois de empatar suas partidas com o Deep Blue, correu da raia com medo de ser derrotado. E seria, fatalmente! Afinal, ninguém vence

um programa aperfeiçoado. Redargüo dizendo que quase quarenta anos de janela me dão experiência de observar, e sem palavras, quase saber do que se trata. Esse o ponto, quase. Não há quase nos critérios, diretrizes, ou nas formulações Bayesianas que têm uma sensibilidade e especificidade inalcançáveis pela minha pessoa. Digo que para os quadros atípicos, não identificados por tais ferramentas, ainda posso ser útil. Qual que! Só perco tempo andando em círculos e sem ir ao busúlis, sou apenas romântico de um tempo que não volta mais. Atipia significa agressividade diagnóstica, invisibilidade tecnológica. Discrepo dizendo que tecnologia pode matar, que quanto mais invasivos mais responsáveis. É preciso usá-la com mestria e não ao deus-dará. Dizem-me que só à tecnologia sem ponta se faz reparos. Tecnologia é resolubilidade, eu imobilidade. É, estou mesmo *old fashioned*. Razoabilizo dizendo que esclareço direito o que ocorre com o paciente e que tenho boa aceitação clínica. Dizem-me que adesão só com a fórmula "*sound bite*". É aquela que os políticos utilizam para não ser editados pela mídia. Uma, duas ou três frases, curtas, eufônicas,

claras, ao ponto; é o suficiente para o paciente. Recupero um pouco as forças e alego que as pessoas, mais do que nunca, ainda precisam de palavras. Necessitam uma escuta atenta, ou simplesmente serem ouvidas, pois o mundo moderno com sua pressa e objetividade torna tudo impessoal, árido, desumano. Ineficácia, argumentam, esse o meu substantivo. Então ainda não percebi que as palavras ferem, matam, coisificam? Exponho timidamente que também me nascem para acalmar, compreender, restaurar, para criar esperança ao inesperado. Para ressuscitar o desprovido ou desalentado. Argumentação fútil e fatal! Tá vendo, tá vendo, meditação puramente religiosa, dizem-me. Comprovação inequívoca de um homem fora de seu tempo, mágico do nada, avesso às provas que tocam o mundo! Enrolador subjetivo. Páro, avalio minha desvantagem, coloco o bacalhau dentro, como diziam no meu tempo, e me recolho à insignificância estatística de um médico que ainda adora a diversidade de sons, flores e palavras.

Dr. Emanuel Sá (PR).

ALTERNATIVA mas não muito garantida

Médicos do passado diagnosticavam, com certa frequência, uma situação chamada nefroptose, ou, como se dizia então, rim caído. Em algumas pessoas, o rim “cairia”, angulando – como se fosse uma mangueira – o ureter, o canal que conduz a urina para bexiga, o que causaria problemas, entre eles as muito comuns dores lombares. Problemas estes solucionados por uma simples, e lucrativa, operação chamada nefropexia, que consistia em “amarrar” o rim à musculatura da região lombar. Como não havia prova nenhuma da existência dessa “doença”, o diagnóstico caiu no esquecimento.

* * * * *

Mas agora esta sendo ressuscitado. Não por médicos, mas por um osteopata. O objetivo da osteopatia é de, mediante manobras, “alinhar” os ossos, mas Jean- Pierre Barral, um osteopata de Grénoble, França, “alinha” vísceras. Que, segundo ele, estão sempre saindo do lugar, porque caminham dentro da barriga, movendo-se “30 mil vezes por dia”. Só o fígado, garante Barral, caminha 600 metros por dia – o que deveria ser uma lição para os sedentários. O mesmo acontece com o estômago e com os rins, que ele coloca no lugar com massagens. É claro que o paciente precisa voltar lá porque seu tratamento, diferente da nefropexia, não é para sempre.

Você ficou assombrado com o que leu? Pois então vai ficar mais assombrado ainda. A descrição do “tratamento” de Barral não figura em nenhum livro esotérico, mas sim na prestigiosa revista *Time*. Pior: numa seção que está sendo publicada sema-

nalmente e se chama “Os inovadores” – supostamente pessoas que vão renovar o mundo, que constituem “a próxima onda” (Deus, como os americanos gostam de “ondas”). Barral não está sozinho na “onda alternativa”. Ali está também um homem chamado John Upledger, que “manipula” os ossos do crânio para “liberar” o líquido que banha o cérebro, e Jeanne Achterberg, que combate o câncer “imaginando-o” (notei agora que a quantidade de aspas neste texto é enorme. Mas é por causa do assunto).

* * * * *

Pergunta: como uma revista pretensamente séria se presta a essas coisas? A resposta está na introdução do artigo: “Estima-se que 50% dos americanos adotam algum tipo de terapia alternativa; as seguradoras de saúde estão começando a pagar por esses tratamentos”.

Aí está: se há grana por trás, então é sério. “*Show me the money*”, como diz Cuba Gooding Jr. naquele filme sobre esporte. Que o dinheiro e a popularidade venham da credence, isso não importa muito.

Mas há, sim, uma lição a extrair daí. E a lição é a seguinte: se os pacientes não encontram respostas para suas inquietações nos serviços médicos, eles as buscarão em outros lugares. Lugares alternativos. Os pacientes precisam de quem os ouça, de quem os compreenda. Os charlatões sabem como trabalhar esse desamparo. E os médicos precisam aprender a fazê-lo. É mais difícil que a nefropexia. Mas é mais honesto. E mais eficaz.

Dr. Moacyr Scliar (RS).

Extraído de “O olhar Médico”, Livro de crônicas que recomendamos. Editora Agora.

ANTOLOGIA

Letras Mínimas

“Se acaso me quiseres sou dessas mulheres que só dizem sim. Por uma coisa à toa, uma noitada boa, um cinema, um botequim”.

Folhetim, Chico Buarque.

“ali onde eu chorei qualquer um chorava dar a volta por cima que eu dei quero ver quem dava”.

Volta por cima, Dr. Paulo Vanzolini.

“você corta um verso, eu escrevo outro, você me prende vivo, eu escapo morto”.

Pesadelo, Maurício Tapajós e Paulo César Pinheiro.

“A lição sabemos de cor, só nos resta aprender”.

Sol de Primavera, Beto Guedes e Ronaldo Basso

PALAVRAS DE MESTRE

“A conquista do supérfluo produz uma excitação mais espiritual que a conquista do necessário. O homem é uma criação do desejo, não da necessidade”.

Gaston Bachelard.

infinito particular

Como quase todos os discos, é um disco de amor. Mas passa num teste decisivo: suas letras não têm o inefável “eu te amo”. Um único e obliquo bis: te amar. Por que esse teste é tão crucial? A poesia de infinito particular responde: “Olha minha cara/ É só mistério, não tem segredo/ Vem cá, não tenha medo”. Simples e abissal. É isso. O amor não tem segredo, não pode ser desvendado. Só tem mistério, impossível decodificar. Por isso, não costuma sair desse círculo obsessivo, repetitivo, tendo-se que gritar que está à mão, seguro, quando, por ser desejo de uns e de outros, ora está a caminho do porto, ora à deriva. Portanto, incurável. Só restando deixar o amanhã dizer. Com seu alento e suas mágoas.

Arnaldo, Marisa, Carlinhos, Pedro, Jorge, Leonardo, Nando, Gomes, Marcelo, Rodrigo, Adriana, muitos nomes de homens comuns, duas mulheres comuns, e um repertório incomum: falar de amor sem a pieguice da ausência de inventividade, falando de suas coisas comuns, caro leitor. Mas infinitamente particulares. E, às vezes, livres e florais. **❶**



Você, caro leitor, não vai acreditar mas, sim, nós temos jazz. E da melhor qualidade. Peguei o álbum GNT New Jazz, coletânea com vocalistas e instrumentistas de nomeada ou, alguns, em

início de carreira. De nomeada ou não, a maioria muito jovens. E na última faixa a grande surpresa: *Where or When*, standard de Richard Rodgers e Lorenz Hart. A surpresa está na voz de Peter Jones. Há tempos não ouvia uma voz tão linda. Procura pra lá e pra cá, não estava em nenhum catálogo. Na internet havia um: inglês de Liverpool, baseado na Dinamarca. Baixa-se a voz, nada a ver. Volto ao álbum e, surpresa, surpresa, não é que para uma coletânea o libreto está muito bom? Breve sinopse de cada artista acompanha a letra das melodias, todas no original, claro. E a surpresa maior, Peter Jones é brasileiro, e já emplacou *Fly to the Moon* na trilha internacional da novela *Mulheres Apaixonadas*. Ouçam e apreciem um barítono modulando com voz lisa e cheio de ritmo. Tem feeling? A ver. Com futuro, sem dúvida! **❷**

Gerânio

Ela que descobriu o mundo
E sabe vê-lo do ângulo mais bonito
Canta e melhora a vida, descobre sensações diferentes
Sente e vive intensamente

Aprende e continua aprendiz
Ensina muito e reboca os maiores amigos
Faz dança, cozinha, se balança na rede
E adormece em frente à bela vista

Despreocupa-se e pensa no essencial
Dorme e acorda

Conhece a Índia e o Japão e a dança haitiana
Fala inglês e canta em inglês
Escreve diários, pinta lâmpadas, troca pneus
E lava os cabelos com shampoos diferentes

Faz amor e anda de bicicleta dentro de casa
E corre quando quer
Cozinha tudo, costura, já fez boneco de pano
E brinco para orelha, bolsa de couro, namora e é amiga

Tem computador e rede, rede para dois
Gosta de eletrodomésticos, toca piano e violão
Procura o amor e quer ser mãe, tem lençóis e tem irmãs
Vai ao teatro, mas prefere cinema

Sabe espantar o tédio
Cortar o cabelo e nadar no mar
Tédio não passa nem por perto, é infinita, sensível, linda
Estou com saudades e penso tanto em você

Despreocupa-se e pensa no essencial
Dorme e acorda.

(Nando Reis/ Marisa Monte/ J. Gomes)

"A Consoada", de Gracinda Marques



As Rondas do Dr. Vanzolini

Como dizemos em Medicina, o doutor é sui-generis. Homem de muitas rondas, algumas prolíficas. Onde sua virtude? Saber ao que se ater.

Durante o curso nunca assistiu a uma visita sequer. Os colegas, no período clínico, mostravam-lhe os doentes e suas doenças nas enfermarias para que pudesse fazer as provas e simplesmente passar. Não que fosse relapso. Fez o curso médico por que, embora precocemente interessado em zoologia, um dos amigos de seu pai, André Dreyfus (1897-1952), criador da genética no Brasil (segundo o doutor, embora não fosse um cientista de mão forte, foi o primeiro professor de biologia da USP, tinha uma cultura geral extraordinária e grande visão universitária) que conversando em sua casa lhe disse: “Olha, se você quer fazer zoologia de vertebrados, não venha para a faculdade, porque zoologia de invertebrados é muito boa, mas a de vertebrados não existe. Vá para a faculdade de Medicina, onde você vai

ter anatomia, histologia, embriologia e fisiologia, no curso básico, de primeiro nível. O resto você rola com a barriga”. Foi o que fez. E no que se tornou? Entre 63 e 93 tornou-se um dos mais consagrados zoólogos brasileiros. Embora aposentado, ainda ativo no museu de Zoologia. Mas, como? Depois de formado foi para Harvard (48 e 49), privou com gente de primeiro time – Ernst Mayr, E.O. Wilson e Dobzhansky, aquele da famosa frase: “Qualquer fenômeno biológico ou é entendido à luz da seleção natural, ou não tem sentido nenhum” —, aprendeu que o cientista, em primeiro lugar, deve ser generoso. Não é importante eu ter a coisa, o importante é que a coisa esteja à disposição de todo mundo. Mas claro que essa visão antecedeu sua formação científica; já antes, quando compositor, colocava à disposição de todos suas obras, para que cantores as divulgassem. É isso: antes de zoólogo famoso, o Dr. Vanzolini foi grande compositor. Dono de uma organização melódica ímpar, conseguiu imprimir uma marca pessoal. O que é espantoso? Não tinha formação musical, era

um intuitivo, e tinha, claro, um grande ouvido. Sua consciência musical veio de orelhada (de auditu, para os refinados), de tanto escutar música pelo rádio – falamos dos anos quarentas e cinquenta —, da sua propensão e da ajuda de músicos amigos com quem saía à noite (Luiz Carlos Paraná, um deles). Suas famosas canções foram compostas nesse período, embora viessem à luz, na voz de Márcia ou Noite Ilustrada no início dos sessentas, quando estava de saída da boemia e se recolhia ao recato do cientista.

Mas a pergunta que todos fazem: por que o doutor abandonou a música? E no apogeu! Simples, porque morreram os amigos com quem gostava de discutir suas músicas. Notem que coisa semelhante ocorre em outras atividades. Dou exemplo. Digamos que um médico seja poeta. Muitas vezes não o sabemos porque seus trabalhos não vêm a lume. Acha sua obra desimportante por não ter com quem conversar a respeito. Alguém para dar uns

▶ pitacos, dizer que isso e aquilo não está bom, que deve ser modificado, depurado, ou simplesmente para reassegurá-lo de que é de boa qualidade e que vale a pena. Sem concessões e com firmeza. Todos precisamos de alguma forma estar enturmados, dialogando, para que o trabalho seja avaliado e qualificado. A solidão criativa só nos remete ao tapinha nas costas para receber a cortesia: bom, hein? Nada de crítica. Pois, só criticamos a quem respeitamos ou queremos bem. E está por perto. O resto é esquecimento. Como numa reunião científica. Vale a pena discutir idéias com quem as tem. Com quem pensa diferente e é embasado.

Lembro que o saudoso Otto Lara Resende, grande texto, quando escrevia algo de maior fôlego, às vezes enviava ao amigo Dalton Trevisan com o seguinte lembrete: “seja cruel!”. Quando o doutor não teve mais com quem trocar idéias a respeito de suas composições, afastou-se do grande público. Tinha nome e prestígio, não poderia se dar ao luxo de produzir pieguices. Na solidão dos amigos mortos, preferiu a carreira solo de cientista, o ostracismo. Conseguiu? Claro que não. Sabem por quê? Porque sempre teve um texto primoroso, seja nos *papers* científicos, seja nas letras de suas composições. Nosso biólogo-compositor, homem de muitas rondas, nos deixou uma que é uma obra-prima, *Ronda*, pela simplicidade da colheita na realidade. Composta em 45, gravada por Inesita Barroso em 53, e tornada sucesso na voz de Márcia em 60, dava mostras que ciência e música podem conviver em harmonia e até se realimentar. Tal qual tantas associações. Sua tese sobre a existência de ilhas de ecossistemas criadas a partir da alteração climática, com uma espécie de lagarto (descreveu muitos) da floresta amazônica, é um exemplo de sua produção científica. E suas espécies de letras, provam isso. E na letra de *Ronda*, a persistência e obsessão de todo o pesquisador sobre o incerto da atividade: “d’essa busca inútil eu não desistia”. Não desista, doutor. Continue não se parecendo com nada, só consigo mesmo. Alma de poeta, na música e na biologia. **!**

Volta por Cima

Já pensou você chegar em casa de madrugada, sem qualquer preocupação, e a tua mulher acordar e dizer:

— Ô Noite, tudo bem?!

Pois é, isso existiu. E olha que o “Ô Noite” não era irônico não, era afetivo mesmo. E o nome do cara era esse mesmo. Os da minha geração conheceram. Noite Ilustrada. Te ocorreria alguém ter esse nome? E ser celebridade? Estou contando esta história porque Mário de Souza Marques Filho, esse seu nome verdadeiro, e negro claro, foi afortunado por um acaso feliz. Além do talento vocal. Estava em Além Paraíba, cidade mineira que nem eu nem você conhece por ser ponto ínfimo no mapa, mas que tem um nome pralém de charmoso. Transcorria um show comandado por Zé Trindade – seu bordão mais famoso: garotas, cheguei! –, comediante do meu tempo (estou me tornando um cara de priscas eras!), quando o Sr. Mário fazia um número musical. Zé Trindade começou a anunciar o número mas, súbito, a memória o traíu, não encontrou o nome do cantor nos engramas encefálicos. O agora intruso entrava no palco com a revista Noite Ilustrada no bolso. Que cena! O humorista num átimo, depois de breve gaguejada, não teve dúvida, e anunciou: “Com vocês esta grande revelação... Noite Ilustrada”. E, como todo grande achado, assim ficou. Estava criado o nome artístico. Ficou tão famoso que até sua mulher, Denise, o chamava de Noite.

Lembro essa história, contada por Zuza Homem de Mello em *A Canção no Tempo*, volume dois, porque o Noite protagonizou um dos melhores momentos na vida do Dr. Vanzolini. O doutor chegava de uma ronda pela Amazônia, sempre atrás de seus lagartos, quando teve grande surpresa ao ouvir sua música no rádio, na voz do cantor, e disputando os primeiros lugares nas paradas. Lá ficaria meses. E faria a fama dos dois para o grande público, cantor e compositor. Mas por que o último foi mestre?

Vejamos. O doutor foi um dos raros compositores paulistanos a ter uma obra pequena (umas 50 canções), mas da maior qualidade; com um refinamento de texto e uma inserção social de dar inveja. Aquela coisa de médico e pesquisador que transvê a realidade. Observa. Atente para a densidade psicossocial: “chorei/ não procurei esconder/ todos viram/ fingiram/ pena de mim não precisava/ ali onde chorei qualquer um chorava/ dar a volta por cima que eu dei/ quero ver quem dava...” E terminava soerguido: “Levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima”.

Sim, Vanzolini é um grande observador. Mas sabe que compor, poetar, ou qualquer outra coisa, é um ato de esforço. Vem uma frase, uma idéia e, a partir daí meu caro, é luta pura. Ou na síntese do Augusto dos Anjos: Vem da psicogenética e da alta luta.

Vanzolini prima por um grande texto não só na música, mas também em seus escritos médicos. Precisa refazer dez vezes? Refaz. Só assim se compreende que tenha sido recompensado pela dicionarização no Aurélio da expressão “dar a volta por cima”, como ato de superação, de transpor dificuldades. E ter a recompensa de grandes sucessos musicais e de ter proporcionado noites mais amenas aos bares da vida. Sintetizadas no Noite. Este, Deus o tenha, clareou os dias de muitos com um simples estribilho. Afinal, há sempre gentes precisando dar a volta por cima!

memes

- ❶ **Pletora facial** com sensação de sufocação cervical ao elevar os braços acima da cabeça é o *sinal de Pemberton*. Ocorre nos bólios subesternais.
- ❷ **A tríade extratorácica** do timoma é: aplasia de células vermelhas, hipogamaglobulinemia e miastenia grave.
- ❸ **O pulso paradoxal** pode ser diagnóstico de tamponamento cardíaco, mas nem sempre está presente. Sobretudo se a pressão de enchimento do ventrículo esquerdo era alta antes de se produzir o tamponamento.
- ❹ **Os inibidores da ECA** podem produzir hiperpotassemia por alteração da excreção renal de potássio, mormente em nefropatas crônicos.
- ❺ **Hipertensão e a** diminuição ou ausência bilateral de pulsos femorais deve incluir a coarctação aórtica no diagnóstico diferencial. Esta se associa com frequência à valva aórtica bicúspide congênita. Não esqueça que a hipertensão pode recorrer depois de uma correção cirúrgica bem-feita. É aconselhável vigilância da pressão por toda a vida.
- ❻ **Perfuração esofágica** é a causa corrente de mediastinite aguda. Pode chegar a 90%.
- ❼ **O atrito pleural** cessa quando o paciente permanece em apnéia, o que permite diferenciá-lo do atrito pericárdico. Se, no entanto, a pleura comprometida for adjacente ao pericárdio, o atrito permanece audível mesmo que o paciente suspenda a respiração. É o chamado atrito pleuropericárdico.
- ❽ **Em sua forma** idiopática, a Dermatomiosite é a causa mais freqüente de extensas calcificações de parte moles. A Dermatomiosite associada a neoplasia não deve ocorrer com calcificações de partes moles.
- ❾ **Calcificação fina**, salpicada, em massa do quadrante superior direito de abdôme na infância, é sugestiva de neuroblastoma ou hepatoma.
- ❿ **As anemias hemolíticas** são normocíticas e normocrômicas, à exceção das talassemias. Mas preste atenção a eventuais morfologias características.
- ⓫ **Paciente icterico** e com boa saúde que apresenta hiperbilirrubinemia indireta deve ter Síndrome de Gilbert. Exclua doença hemolítica. Uma chave diagnóstica é a hiperbilirrubinemia indireta aumentada depois de jejuns prolongados.

POESIA

Poemas Mínimos

Ah! esse afeto colorido
mutante como o tempo
numa estação dorido
noutra fogo do sentimento.
Dr. Emanuel Sá.

Quem declara seu amor
na noite fria
mas num dia de calor
calaria?
Arnaldo Antunes, ex-Titãs.

Todos esses que aí estão
atravancando meu caminho,
eles passarão... eu passarinho!
Mario Quintana.

Pois as coisas findas,
muito mais do que lindas,
estas ficarão.
Carlos D. de Andrade.

E falta sempre uma coisa,
um copo, uma brisa, uma frase.
E a vida dói quanto mais se goza
e quanto mais se inventa.
Fernando Pessoa / Álvaro de Campos.

Quantas vezes pelas fâcies mímicas,
Umás, outras, tantas, horripresentes,
Gota a gota infundindo
clemência a desoras,
Marcaram noites, dias, dores lídimas.
Recriação Dr. Emanuel Sá.

Paper

Sempre que me julgo pronto
a produzir um escrito significativo,
vejo que outro já o fez,
igual, curto e melhor.

Desdigo meu ensejo
tornado oculto e decadente.
Fico na superfície da inteligência
porque outros se aprofundaram
dando asas à minha indigência.
Vão ser cientes assim em
outros mundos!
Dr. Emanuel Sá.

jaculatórias

Jatos de idéias médicas para refletir e criticar

- ❶ Se houver pensamento consensual com a forma de ser e viver podemos ter a liberdade e felicidade possíveis. As outras, absolutas e irrealistas, inexistem.
- ❷ Médico vende tempo e competência.
- ❸ O colega provavelmente conhece o episódio – lenda? – em que um jovem entusiasmado com a rapidez com que Auguste Renoir esboçou em poucos traços um belo desenho, quis tornar-se seu discípulo, embora ponderasse não ter muito tempo. Ao que o grande pintor redarguiu: “Fiz este desenho em 5 minutos, mas demorei 60 anos para consegui-lo”. Percebeu a importância do tempo e da competência adquirida? Gênio à parte, claro!
- ❹ Mudando Maquiavel: Médico, vai, vê, anota e estuda; volta, pratica, prescreve e reflete.
- ❺ Sabe o que é uma obra-prima? É aquela que nem a imaginação pode aperfeiçoá-la.
- ❻ Quanto mais nos criticamos melhor ficamos. Quero parar de me criticar mas não consigo. Virou hábito. E não significa que continue sendo-me melhor. No meu caso, só mais cansado. E não tem volta, quando se luta por qualidade qualquer coisa ruim que façamos nos desconsola. (ES)
- ❼ O Iátrico informa: — Não se casa com vinho nunca: chocolate, café e tabaco. Ôvo? Difícil.
- ❶ Desencontro confuciano: Menina, qual foi o bem que te fiz para me tratares assim? Qual o mal que guardei para o presente de teu fel?
- ❷ Ou se quisermos um poeta, Almada Negreiros: Por tanto fazermos o bem “as pessoas não sabem o mal que nos fazem com o bem que nos querem fazer”.
- ❸ Por força da profissão passei a vida medindo palavras. Muitos pacientes se beneficiaram e eu também. Por que diabos um presidente com muito mais responsabilidades não deveria fazer o mesmo? E olha que são muitos os presidentes incontinentes, ou já se esqueceram do Severino!
- ❹ “Pensávamos que fosse um mioma, uma cirrose ou vermes. Quando foi feito o ultra-som, estava lá o menino”. Dr. Everaldo Pereira sobre a gravidez de uma senhora de 65 anos, na Folha, 27/02/06. Com mil vermes, não há algo despropositado na afirmação acima?
- ❶ Metanóia é palavra de origem grega que significa conversão. Ou seja, uma modificação fundamental de pensamento que converta a pessoa de um estado a outro. Comumente espiritual. Esperar que isso ocorra como atitude científica positiva é querer muito, a não ser durante a formação do médico. Depois “de formado”, quando ocorre é para pior. Ou como diria o poeta, sobre previsões: “A verdade nem veio nem se foi: o erro mudou”.
- ❷ Governos, instituições, religiões e ideologias não entendem o papel do

artista. Para elucidar, cito o conceito emitido por Ortega y Gasset: “Ser artista é não tomar a sério o que somos quando não somos artista”.

- ❶ Existem médicos de todos os tipos e pacientes para todos os tipos de médicos. E muitos desencontros.
- ❷ Há pacientes que buscam tenazmente um efeito colateral. E médicos para lhes proporcionar.
- ❸ Doutor, use seu talento com discrição, a ostensividade dói. É como um palavrão, desabrido fere; bem colocado, surpreende.
- ❹ “Sei somente que nada sei”. Sei não, entretentes algo sei.

AQUIETANTES

Ah, esses pedacinhos de alívio e quietude! Helena Antipoff, grande educadora, pensou em erigir um monumento à aspirina. João Cabral, foi da intenção à ação: escreveu um poema sobre a aspirina. Esta centenária aparição de pequenos sóis tentando subjugar dor e calor certamente hoje não passaria pelos rigores das pesquisas. Ineficácia e colateralidades impediriam. Só passariam as baixas doses que subvertem a ação plaquetária. Mas diga-me, digna dama representante desses guerreiros do obliúvio, por que tanto maltratam vossa conquista silenciosa? Acaso vossa inexistência não tornaria a vida mais ruidosa?

- ❶ Em geronto com artrose de joelho não diagnosticar *tenossinovite anserina* (ponto doloroso na porção medial onde se inserem os tendões da pata de ganso) e *artrite* (aumento de volume e calor local em comparação ao joelho oposto; pode ser pseudogota).
- ❷ Diante de uma crise de artrite gotosa aguda iniciar ao mesmo tempo tratamento da hiperuricemia; pode prolongar a duração da crise ou desencadear crises subseqüentes (fenômeno paradoxal de Yü).
- ❸ Utilizar corticóide por tempo prolongado, mesmo em baixas doses, sem considerar seu efeito osteopênico.
- ❹ Solicitar perfil reumatológico: FAN, ASO, LÁTEX, ÁCIDO ÚRICO - isto indica falha no raciocínio clínico.
- ❺ Fazer diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico em mulher jovem com dores inespecíficas e FAN positivo (principalmente se os títulos forem inferiores a 1:160).
- ❻ membros inferiores deixar de pensar em artrite reativa e não investigar infecção urogenital ou gastroenteral.
- ❼ Em pacientes com eritema nodoso de localização típica (pretibial) não pensar em estreptococia prévia, sífilis, sarcoidose e tuberculose; bem como naqueles pacientes com eritema nodoso de localização heterotópica não pesquisar hanseníase.
- ❽ Não valorizar dor noturna e rigidez matinal em pacientes jovens com lombalgia com duração maior que 3 meses; pensar em espondiloartropatias soronegativas.
- ❾ Desconsiderar que 5 a 25% dos pacientes acima de 60 anos podem apresentar fator reumatóide positivo. Isolado não tem valor diagnóstico.
- ❿ Deixar de fazer anamnese e exame físico completos e cuidadosos em pacientes reumáticos. Você deve examinar o paciente; em reumatologia, como em outra especialidade, devo saber o que esperar dos exames.

ERROS COMUNS

em reumatologia

- ❶ Em pacientes gerontos com febre prolongada, cefaléia e provas de atividade inflamatórias elevadas (VHS, proteína C reativa) deixar de pensar em arterite temporal.
- ❷ Deixar de fazer o diagnóstico de fibromialgia em paciente portador de artrite reumatóide. Além do sofrimento, o preço pode ser uso de dose maior e desnecessária de corticóide.
- ❸ Não pesquisar a presença de síndrome de anticorpos antifosfolípidos em mulher jovem que faz fenômeno tromboembólico, mesmo em uso de contraceptivo oral.
- ❹ Não fazer o diagnóstico de artrite reumatóide precoce — valorize a rigidez matinal e discretos sinais de artrite em mãos e pés — retardando o tratamento com DMARDs (chamadas drogas de base ou modificadoras de doença ou de ação lenta).
- ❺ Responsabilizar o quadro clínico de lombalgia apenas por sinais radiológicos de artrose.
- ❻ Confundir disidrose com hiperuricemia.
- ❼ Em pacientes jovens com oligoartrite assimétrica de
- ❽ Pensar que as doenças reumáticas são exclusivamente articulares. Olhos, pulmões, rim, pele, sistema digestório, coração, artérias, sistema nervoso podem ser sede de lesões reumáticas.
- ❾ Deixar de procurar iridociclite crônica, assintomática, em ARJ; em outras circunstâncias — espondilite reumatóide — são agudas, o paciente procura o médico. Não esqueça que as doenças oculares são frequentes em doenças reumáticas.
- ❿ Confundir *tender point* (ponto doloroso) com *trigger point* (ponto gatilho). Os “*tender points*” são regiões específicas em superfícies anatômicas que são excessivamente dolorosas à pressão (pressão suficiente para tornar a unha do polegar pálida) aplicada pelo examinador. Esses pontos, em pacientes com fibromialgia, são mais sensíveis à pressão que em pacientes controle e quando comparados a outros pontos não-dolorosos (pontos-controle) no mesmo paciente. A palpação dos pontos dolorosos usualmente não resulta em irradiação da dor e assim eles podem ser distinguidos dos pontos desencadeantes característicos da síndrome de dor miofascial (*trigger point*).
- ❶ Pensar em fibromialgia em pacientes após a idade de 55 anos. A fibromialgia primária não se inicia em pacientes após a

idade de 55 anos, nem é provável ser o diagnóstico correto em pacientes com dor musculoesquelética que tenham também exames laboratoriais anormais (hemograma, VHS, transaminases, TSH, creatinina e CPK). Devemos desconsiderar o diagnóstico de fibromialgia primária se o paciente tiver comprometimento das mãos ou sinal de sinovite.

❶ Deixar de pensar que um paciente reumático pode apresentar dois ou mais quadros reumatológicos. Um paciente pode ter gota, espondiloartrose e bursite e a orientação terapêutica é diferente para cada doença.

❷ Considerar paciente com dor musculoesquelética e hemossedimentação acelerada como reumático. Várias doenças sistêmicas contemplam tal binômio.

❸ Solicitar Fator antinuclear (FAN) como teste de triagem. O FAN está para as doenças auto-imunes assim como a VHS está para a atividade inflamatória. Pode ocorrer FAN positivo em um indivíduo normal. Não solicite um exame laboratorial a menos que você saiba por quê o está solicitando e o que fazer se ele vier anormal.

❹ FAN positivo ou látex positivo significam apenas imunodesregulação.

❺ Esquecer do valor da sinovianálise no diagnóstico diferencial das artropatias.

❻ Desconhecer que as artrites monoarticulares inflamatórias agudas necessitam de uma punção para afastar artrite séptica e artropatia por cristal. Monoartrite inflamatória aguda = agulha (punção). Ou é germe ou cristal. Artrite infecciosa é uma das poucas emergências reumatológicas! O tratamento rápido e adequado da articulação séptica pode proteger a articulação de dano estrutural permanente.

❼ Desconhecer que qualquer paciente com uma artrite monoarticular inflamatória crônica com mais de 8 semanas de duração, cuja avaliação falhou em definir uma etiologia para a artrite, demanda biópsia sinovial.

❽ Prescrever corticóides e antiinflamatórios não-esteróides (AINES) sem fazer anamnese digestória do paciente. Complicação como úlcera perfurada pode ser atípica, principalmente em gerontos, e hemorragia pode ser silenciosa. Úlceras silenciosas ocorrem mais comumente nos idosos; 60% dos gerontos que usam AINES fazem úlceras sem sintomas.

❾ Considerar artrose das interfalangeanas distais, nódulos de Heberden, como artrite reumatóide.

❿ Lembre-se: reumatismo não é diagnóstico, é falta de diagnóstico. (MK)

Drs. Marcelo Kaminski e Aramis Guimarães (PR).

PÉROLAS DA REUMATOLOGIA

Um colar com 10 contas...

1 - Os nódulos de Heberden e Bouchard da osteoartrite de mão podem se tornar vermelhos, quentes e dolorosos (*hot nodes*). Nesta situação é comum a associação com artrite por cristal e o paciente pode responder ao uso de colchicina.

2 - Lúpus discóide pode ser uma forma de início do lúpus eritematoso sistêmico. Quando isto acontece, os sintomas sistêmicos se apresentam, em geral, dentro dos dois primeiros anos de doença.

3 - Ainda no paciente que se apresenta com lúpus discóide: se ele for homem terá mais chance de permanecer como discóide, sem que apareça a forma sistêmica.

4 - Glicocorticóides quando administrados em doses fracionadas têm mais efeitos antiinflamatórios (e também mais efeitos colaterais) do que a mesma dose administrada em uma única vez pela manhã.

5 - Um paciente com Moléstia Reumática tende a repetir o padrão de envolvimento orgânico do primeiro surto. Assim, se o paciente teve artrite e cardite no primeiro surto, deverá ter artrite e cardite nos subseqüentes. Se teve coréia no primeiro surto, esta aparecerá nos demais.

6 - São duas as collagenoses com lesões cutâneas fotosensíveis: o lúpus eritematoso sistêmico e a dermatomiosite. Também são duas as collagenoses com calcinose: dermatomiosite e a esclerodermia.

7 - Antiinflamatórios não esteróides de meia-vida curta são mais apropriados para lesões muito inflamadas e sensíveis porque atingem um "steady state" plasmático mais rápido. Os de meia-vida longa são mais apropriados para situações crônicas.

8 - No tratamento da gota é mais importante restringir o uso de bebidas alcoólicas do que fazer uma rigorosa dieta pobre em purina. Estes pacientes são geralmente obesos, hipertensos, diabéticos e dislipidêmicos - o que restringe muito o seu cardápio. Uma dieta pobre em purina feita de maneira bem rígida abaixa, em média, 1 mg do ácido úrico sanguíneo. A restrição do uso do álcool consegue modificar até 3 mg da uricemia.

9 - Não existe teste de laboratório que faça diagnóstico de doença reumática: a presença de FAN não implica em lúpus; a do fator reumatóide não diagnostica artrite reumatóide; uma ASLO elevada não significa moléstia reumática e ácido úrico alto não faz diagnóstico de gota. O diagnóstico das doenças reumática é clínico.

10 - Doenças reumáticas são crônicas e dolorosas. Embora muitos medicamentos novos tenham aparecido e oferecido alívio importante para estes pacientes, nada substitui uma boa relação médico-paciente.

Dra. Thelma Skare (PR).

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM:



O QUE TEMER?

Há pouco mais de um século a capacidade do homem de visualizar indiretamente o corpo humano concretizou-se com as experiências do físico alemão Roentgen, ganhador do Prêmio Nobel de Física de 1901 pela descoberta dos raios-X. Iniciava-se, assim, uma nova especialidade médica: a Radiologia.

Com o passar dos anos, vários aprimoramentos foram adicionados à técnica das radiografias simples. Melhorias quanto às técnicas radiográficas foram implementadas ao longo de décadas, inclusive quanto à proteção dos pacientes, médicos e técnicos, expostos à radiação. Contrastes (ar, sais de bário e iodo) passaram a ser utilizados, possibilitando a avaliação e diagnóstico de lesões em órgãos cujo acesso era impossível apenas com as radiografias simples. Estudos contrastados dos aparelhos digestório e urogenital, assim como exames contrastados do sistema nervoso, das articulações e da árvore brônquica (broncografia), tornaram-se rotineiros na prática médica. Nos anos 50 foi descrita a técnica de Seldinger para exame contrastado do sistema cardiovascular por meio de cateteres posicionados no interior dos mesmos. Com esta técnica ganha ênfase a chamada radiologia intervencionista, que permite a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

Outro método que tem por base o uso das radiações ionizantes (raios-X) é a tomografia computadorizada, que surge nos anos 70, disseminando-se rapidamente por todo o Globo e apropriando-se do rápido desenvolvimento tecnológico. Mais recentemente foi feito o cruzamento de

duas técnicas diversas, ou seja, a tomografia computadorizada com a tomografia por emissão de pósitrons (PET).

Outros métodos de diagnóstico por imagem também são criados nestas últimas décadas, os quais não se utilizam de radiações ionizantes, mas de ondas de ultra-som e dos princípios da ressonância magnética. Todos estes métodos renderam a seus descobridores prêmios Nobel de Medicina ou Física.

A evolução rápida da tecnologia, que ocorreu nas últimas décadas do século XX e persiste no início deste, tem possibilitado uma ampliação no arsenal à disposição dos médicos para diagnóstico, estadiamento e seguimento das doenças de seus pacientes. Não há dúvida, contudo, que este rápido avanço tem trazido dúvidas quanto ao melhor modo de utilização destes recursos. A meta final é a obtenção dos melhores resultados possíveis para os pacientes, se possível a cura de suas doenças. Neste balanço, além da eficácia dos métodos de diagnóstico e tratamento, deve-se levar em consideração o custo que eles têm. Neste sentido há, com frequência, posições divergentes quando ao que pode ser entendido como tendo melhor ou maior resultado dos procedimentos médicos. Aqui, contam a opinião do paciente, do médico e também dos gerenciadores dos sistemas público e privado de saúde. Os critérios para avaliação destes estudos de custo-efetividade, custo-benefício, entre outros, têm sido desenvolvidos principalmente nos últimos 20 anos. Muito ainda tem-se de aprender com este tipo de metodologia que, contudo, é passível de falhas, sobretudo quando a seleção de critérios (variáveis) não é adequada, principalmente se não refletirem aquilo que é praticado de modo regular pelos médicos.

Aqui nos colocamos diante do dilema que propõe o título de artigo. Conforme foi disposto anteriormente, a evolução tecnológica dentro do diagnóstico por imagem tem tido um avanço significativo. Como consequência desta evolução, as mudanças que sofrem os métodos diagnósticos afetam continuamente referenciais, ou sejam: sensibilidade, especificidade, valores preditivos positivo e negativo. Também a comparação que é feita entre os métodos de imagem passa por constantes mudanças. Isto quer dizer que um determinado método, que era ou ainda é utilizado como mais efetivo para o diagnóstico de determinada doença, poderá ser substituído por outra técnica que venha a apresentar maior eficácia. Estes

fatores trazem, com frequência, dúvidas quanto à melhor opção a ser adotada para as inúmeras situações com as quais os médicos se deparam todos os dias. No passado, pode-se citar a dificuldade de avaliação das lesões articulares, onde se tinha apenas as radiografias simples e os exames contrastados (artrografias) e, atualmente, por meio da ressonância ou a artroressonância magnética, houve um espetacular avanço na identificação e, mesmo, entendimento de muitos processos de lesão das articulações. Exemplo recente disto é a revolução que tem sofrido a investigação dos pacientes com suspeita de tromboembolismo pulmonar, onde até recentemente a avaliação era por meio de cintilografia pulmonar. Hoje, a angiotomografia computadorizada pulmonar trouxe novas perspectivas, ampliando a possibilidade de estudo dos quadros agudos e crônicos.

Diz-se usualmente que os métodos diagnósticos complementam-se, não são concorrentes. Esta é uma verdade parcial, pois muitas vezes apenas um exame é suficiente para que se tenha a identificação de determinada lesão, dispensando a realização de outros métodos. Como exemplo podemos citar a avaliação das epilepsias, onde a ressonância magnética tornou-se o método por excelência, enquanto a tomografia computadorizada tem aplicação restrita, como a visualização de calcificações. Ora, então qual seria o objetivo de iniciar tal investigação por meio da tomografia computadorizada do crânio?

A aplicação dos métodos de imagem deve, sempre que possível, seguir padrões estabelecidos, principalmente quando comparados com outros exames diagnósticos, onde a sua acurácia é analisada. Há, entretanto, uma verdade inabalável: os elementos de anamnese e exame físico são fundamentais, norteando a formulação das hipóteses diagnósticas e baseando para as condutas que devam ser tomadas. Logo, a segurança que o médico precisa ter, especificamente na indicação de exames de diagnóstico por imagem, advém de uma atualização continuada.

Dr. Dante Luiz Escuissato (PR).

Referências para leitura:

01. Singer ME, Applegate KE. Cost-effectiveness analysis in radiology. *Radiology* 2001;219:611-620.
02. Gazelle GS, McMahon PM, Siebert U, et al. Cost-effectiveness analysis in the assessment of diagnostic imaging technologies. *Radiology* 2005;235:3621-370.

Nos antigos cartapácios médicos do Hospital de Caridade da Santa Casa de Curitiba encontra-se o registro, na data de 4 de abril de 1904, da operação de catarata congênita praticada no menor X. Desta operação, por certo a primeira em nossa capital, existe um precioso documento conservado na coleção de fotografias da professora Julia Wanderley. Na foto foram logo identifica-

dos os participantes do ato cirúrgico: Victor do Amaral, Miguel Santiago e José Evangelista Espíndola, muito conhecidos e à época médicos efetivos do corpo clínico. Mas a figura central do operador não foi, de imediato, reconhecida pelo provento grupo de colegas que se compraz em vasculhar o quanto encontram da história do velho Hospital. Havia uma pista: a anotação manuscrita de Julia Wanderley de que a operação fora feita pelo Dr. Mello. Mas ninguém sabia que houvesse um Dr. Mello entre os médicos da casa, à época. Após contemplar a fotografia por algum tempo, veio-me a sensação do *déjà vu*. Logo não me restou dúvida: era Henrique Guedes de Mello, cuja figura se fixara em minha memória pois muitas vezes admirara um belo retrato a óleo de Alfredo Andersen, que orna uma das paredes da sala de meu amigo e colega Luiz Fernando Zornig, casado que foi com uma de suas netas.

A figura de Guedes de Mello e sua relação com a Santa Casa merecem ser lembradas. Guedes

Primeira Catarata



Arquivo/Santa Casa

de Mello foi uma figura exponencial na história da oftalmologia e da otorrinolaringologia brasileiras. Nascido no Recife em 1858, doutorou-se na Faculdade de Medicina da Bahia, em 1879, defendendo a tese *Patogenia do diabetes açucarada*. Durante toda a vida escreveu prolificamente sobre assuntos médicos, culturais, artísticos, literários e memorialísticos. É curioso notar que já em suas *Reminiscências*, no volume dedicado à vida acadêmica na Faculdade da Bahia, tenha se referido a Curitiba *“cidade da qual conservo as mais gratas recordações pelo bem que me fez a curta estada ali em período de férias”*.

Terminado o curso, Guedes de Mello fixou-se em Itapira, no interior de São Paulo, e já em 1880 passou a realizar viagens de observação e aperfeiçoamento à Europa. Dedicou-se à otorrinolaringologia e oftalmologia, chegando a ser assistente da célebre clínica francesa do Professor Landolt. Voltando ao Brasil estabeleceu-se no Rio de Janeiro, onde permaneceria definitivamente.

Seu sucesso profissional foi absoluto, deixando sua marca na fundação de muitos serviços clínicos, na partici-

pação em várias entidades médicas e acadêmicas e na formação de ilustríssimos discípulos, não cabendo nesta ocasião tentar uma síntese de sua carreira de médico, literato e artista. Em 1904, estava no apogeu do sucesso na capital fluminense. Nesse ano veio a Curitiba, onde permaneceu clinicando durante os meses de março a maio. Os jornais, como *A República* e o *Diário da Tarde* registraram a repercussão favorável de sua

atividade entre a classe médica. Atendia em sua residência no Grande Hotel e na Santa Casa. De seu convívio harmônico com os colegas curitibanos restaram testemunhos nas atas das reuniões da Sociedade de Medicina e Cirurgia, presidida por Victor do Amaral. *A Gazeta Médica do Paraná*, em sua edição mensal de junho de 1904, anotou que Rodolpho Lemos indicou-o para membro correspondente da Sociedade. Por sua vez, João Evangelista Espíndola propôs um voto de agradecimento ao ilustre especialista que, em pouco tempo, soube captar as simpatias da classe. Na ocasião foi-lhe concedido o título de oftalmologista da Santa Casa. Guedes de Mello prontificou-se a ser correspondente científico da *Gazeta* no Rio de Janeiro. Na véspera de sua partida, a 19 de maio, a Sociedade ofereceu um banquete íntimo no Grande Hotel, trocando-se ao champanha, brindes da mais significativa solidariedade.

Ao seu embarque João Evangelista Espíndola e Miguel Santiago representaram a Sociedade.

Dr. Iseu A. da Costa (PR).

IÁTRICAS

Terminal

Prezada Maria Augusta,

O homem e seu fim é algo sempre inamovível e irresolvido. A maioria de nós não passa nesse teste final, a começar por aqueles que se dizem preparados para ser levados pelas parcas. Como sempre, a literatura nos socorre e nos dá exemplos brilhantes – não de como morrer; isso é sempre individual – de épicos terminais. Veja o caso de Miguel Torga, médico e escritor português – uma pena que não tenha ganhado o Nobel – que, como tantos de nós, não “concebia tempos vazios na existência”. Tinha que preenchê-los todos de esforço e esperança. Pois, em seu leito, em estágio terminal, continuou preenchendo esses vazios com a descrição de seu sofrimento e de reflexões sobre o valor da vida. Sem vitimização, autoindulgência ou autocomiseração. Está lá no 16º volume de seus Diários:

“... cheguei a uma miséria tal que nem saudades tenho desse outro que tanto trabalhou e sofreu para nada e me parece agora uma ficção”. De doer, não? Principalmente para um homem que sempre fora válido, ativo e prestável. E leia mais uma passagem pungente: “Quimioterapia. Quatro horas a ver pingar para dentro das veias o veneno que há-de matar a morte que teima em viver e medrar dentro de mim”. Uih! Vá ser válido e prestável assim até no fim!!! E sem nenhuma pieguice, como convém à grande literatura, continua sua senda de gladiador da consciência: “Teimo em merecer ainda da vida a dignidade de alguns momentos de plenitude física e mental. E a vida, sempre madrastra, acaba por me pôr diante da evidência do cadáver ambulante que na verdade sou e em que me recuso reconhecer”. Quantos não dariam seu reino para deixar páginas tão definitivas e imorredouras!

Mas, cito isso, prezada Maria Augusta, para deixar claro que todo o espetáculo de longa duração necessita de intervalos, de periódicos tempos vazios, e não seria a vida o maior deles?

Palavras inúteis

Prezada Lurdes,

Tens plena razão, e tu que és poeta sabes bem disso, escrever é sempre narcísico! Mas, olha aqui, não podes te tornar uma sobrevivente de ti mesmo, por isso saber e repartir o saber

é a solução. Mesmo que às vezes não consigas te comunicar. Até Cecília Meireles padecia dessa angústia:

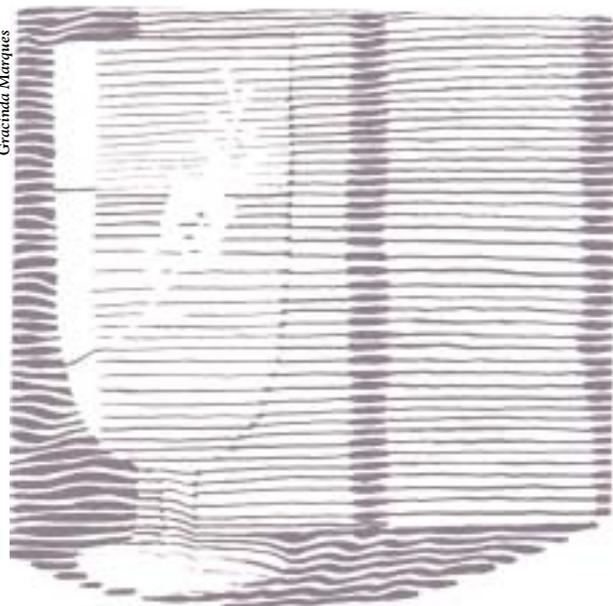
*Inútil perguntar
por palavras que disse:
histórias vãs de circunstância,
coisas de desespero ou meiguice.*

Só não deixe de ser verdadeira consigo mesma. Assuma suas próprias convicções. Ou nas palavras, nada inúteis, de outro poeta, talvez o maior de todos: “Be true to thyself”.

Perdido entre signos

Prezado Marcelo,

Por que tanta preocupação com o dualismo razão e fé? Porque as pessoas passam suas vidas sem resolver essa questão básica para si próprias. Atrelam-se à tradição sem saber fazer opção. Separam o dualismo com arame farpado e têm medo de se machucar. A respeito, há uma síntese perfeita do poeta Carlos Ávila: “perdido entre signos/ decifro devoro/ persigo persigno.” Isto é, buscamos e não encontramos nossas ultimidades: Quem somos? De onde viemos? Para onde vamos? Esta última então é de arrasar, porque queremos a perpetuação. No caso do poeta, buscou e, ao não encontrar, ficou com a tradição. Fez uma opção consciente. O filósofo Unamuno, que tinha uma terceira opção, escreveu que esta era a única grande questão: “A questão humana é a de saber o que será de minha consciência, da tua, do outro e de todos depois que cada um venha a



► morrer”. Isto é, a pretensão à imortalidade é consciente. E não parava aí. Para ele, Deus não é uma necessidade racional, baseada em provas. A razão é insuficiente para dar conta da realidade, quanto mais do transcendente. Também não o é o meio religioso que sempre transforma em matéria de fé. Portanto, a razão é apoucada para conhecer a vida e sua subsequência e a fé limitada à entrega pura e simples. E propunha uma terceira via, a da imaginação. Via que a razão desconhece e a fé não corteja. Para ele, só a imaginação apreenderia a história humana e a projetaria ao futuro que pretendemos eterno. Percebeu como o dualismo virou triádico? Essa a grande aventura humana: buscar caminhos para sua curiosidade e perplexidade de modo a aplacar o sentimento de transitoriedade.

Espero que estejas a fazer teu tempo e rumo. E sem medo de pensar, única maneira de achar o sentido dos signos.

Expectativas ansiosas

Prezada Fernanda,

Essa angústia antecipatória não te leva a nada. A vida deve ser levada tarefa por tarefa. É o *piecemeal approach*, abordagem aos bocados. Sempre avaliando se o que está conquistado está dominado, isto é, assimilado. Por isso, nunca dê um passo além das pernas. Seja prudente. E lembre-se do dito latino: a cada dia bastam suas preocupações.

Lendo estrelas

Prezada Lúcia,

Não sei se se lê menos hoje do que antes. Sempre se leu pouco. Alunos, não tenho dúvida, lêem menos. É que hoje há muito mais opções de lazer e cultura, há mais no que escapar. Mas, pensando bem, há sempre consolos.

Dou-lhe um: Camões escreveu Os *Lusíadas* quando Portugal tinha 95% de analfabetos. Portanto, você é uma privilegiada. Ainda tens um mundo de encantamento pela frente se continuares com tuas leituras, teus prazeres solitários, como dizes. E se já rolaste algumas lágrimas de emoção em tuas passagens literárias, esta do próprio Camões lírico vale pelo menos uma:

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

Este é seu vício impune.
Receba um abraço literário.

Contador de notas

Prezado Sérgio,

Conheço, sim, notas de 100 reais e de dez. E também seu valor. Minha condição me faz preferir as de dez. Na vida prática e na literatura. Mas, de vez em quando, para dar vazão ao sarcasmo que me distende as tripas é necessário usar “cuecas recipiendárias”, isto é, palavras de cem. Sem nenhum constrangimento. Pertinentemente.

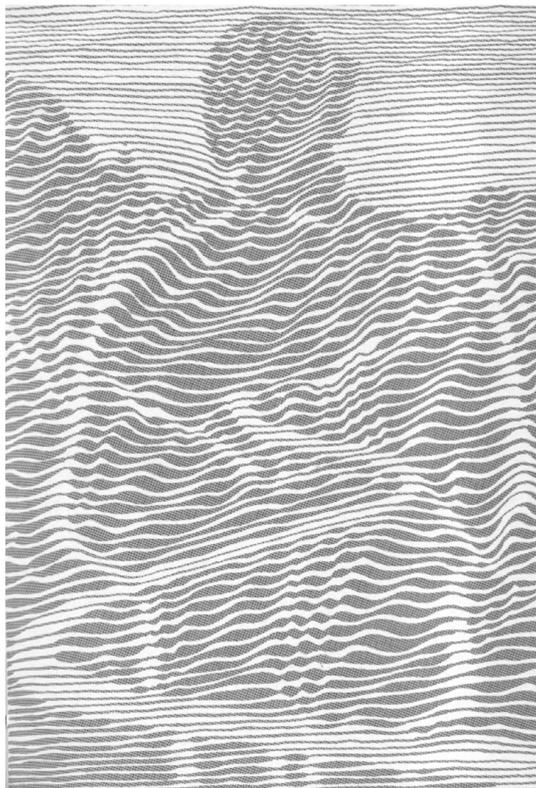
Continue sua contadoria. Precisamos de todos os tipos de contadores. Inclusive os de nossos erros. Ademã.

Sobre tratamento

Prezada Conceição,

Certa vez, ainda no regime militar, estabeleceu-se uma polêmica a respeito do tratamento dado por um político gaúcho ao general-presidente. O político, não me lembro se o jurista Brossard, chamara-o por *tu*. Muitos se escan-

Gracinda Marques



dalizaram. Poucos, fora do Rio Grande do Sul, sabiam que de nada havia de desrespeitoso nesse tratamento. Como vês coisas da cultura regional, e se pesquisares verás que é coisa muito natural.

Por igual é para mim este tratamento intimista que dou às Iátricas. Uso o prenome dos médicos para preservar sua identidade. Médicos são seres sensíveis. Não os chamo de doutores justamente para criar um clima de proximidade, um vínculo afetivo. E estou muito à vontade nesse igualitarismo porque quase sempre mais jovens do que eu, infelizmente. E se só revelo por eclipse o conteúdo das missivas (gostou?), é por ter tencionado fazer uma seção diferente das da mídia escrita, e ter a intenção em cada resposta dada de colocar algo que valha a pena refletir.

Fiz uma opção existencial pela delicadeza. Sabe por quê? Primeiro, porque sou devoto do belo. Segundo, porque quero ser respeitado. Por isso, começo respeitando. Tudo isso sem perder o bom humor. Receba meus respeitos. 📍

Tradução: Algumas Armadilhas

Conta a mitologia grega que Hermes era o deus encarregado de traduzir, para os humanos, as mensagens dos deuses do Olimpo. Mas Hermes não tinha lá muito bom caráter. Talvez por tal razão, sempre estava no meio de algum apuro.

Na verdade ele era o que popularmente se denomina de um “aprontador”, mas o que fazer? Era o único que podia traduzir a linguagem dos deuses para os humanos e destes para os deuses. Os tradutores têm, por ofício, tarefa semelhante a deste deus: tornam compreensíveis textos escritos em outros idiomas.

Diante de certas traduções, no entanto, temos a impressão de que estamos sendo vitimados pelo “espírito” do deus Hermes em suas brincadeiras de mau gosto. Em um filme sobre Henrique VIII, ele exclama: “Oh, but they killed the Dauphin!”. Legenda: “Ah, mas eles mataram o golfinho!” Ora, o rei estava se referindo ao assassinato do Delfim, herdeiro da coroa francesa.

Num outro exemplo, este na área médica, a enfermeira diz ao médico: “Doutor, vamos ter problemas nesta cirurgia. O teste de gravidez (*pregnancy*) deu positivo.” Ah! Hermes e suas brincadeiras!

Não se pense que os erros ou desvios de tradução são devidos tão somente à inexperiência do tradutor, ainda que este fator deva ser levado

em consideração. Na verdade, é razoável entender que o trabalho de tradução está rodeado de armadilhas. Até os melhores profissionais têm o seu repertório de deslizes cometidos.

São diversas as causas, (ou “armadilhas”) dos possíveis erros ou incorreções. Devido ao espaço disponível vou ressaltar apenas três das mais conhecidas.

A primeira delas, a polissemia, é, sem sombra de dúvidas, uma estimulante “pedra de tropeço”. Como sabemos, as palavras podem assumir diferentes significados e, em muitos casos, a frase em que está contida não é suficientemente clara para ajudar o tradutor. O tão conhecido e útil *by-pass* encontra-se registrado, em bons dicionários, com algumas significações. Menciono algumas: “estabelecer passagem secundária”, “dar a volta”, “ignorar a autoridade intermediária/ passar por cima”, “ignorar o regulamento”, “evitar”, “fugir”, “escapar”... Fazer um *by-pass* pode significar, então, não exatamente uma técnica médica salvadora, mas uma proposta alternativa, uma ação contrária aos regulamentos ou o famoso “jeitinho”.

Os falsos amigos, segunda armadilha, pode derrubar grandes tradutores em um momento de distração. Quanto de atenção é necessário para não confundir cachorro, em espanhol, com cachorro em português? E por falar em cachorro, em algumas apostilas de medicina se pode ler: “os latidos dos fetos” (traduzido do espanhol: latidos fetales). A expressão francesa *par hasard* às vezes aparece

traduzida como “por azar”, mas na verdade, é “por acaso”. Em traduções do italiano não é raro encontrar *bollore* (fervor), traduzido por bolor; *lebbra* por lebre (lepra); *seta* (seda) por seta. Seguramente o leitor conhecerá outras tantas.

Os idiomas, como sabemos, têm as suas peculiaridades. Em alemão os substantivos são grafados com a inicial maiúscula. Trata-se de uma particularidade que se perde nas traduções para outros idiomas mas que faz uma enorme diferença quando o traduzido é um filósofo que transforma o verbo *ser* em substantivo (**Ser**) como recurso ontológico, como é o caso de Heidegger em seu famoso *Zeit und Sein*.

Em alguns idiomas os artigos são indutores de sentido mais sofisticados, como o francês.

Luis B. Salmon, citado por Paulo Rónai, lembra o caso curioso de um filme francês cujo autor foi obrigado a trocar *La femme mariée* para *Une femme mariée*, pois o título original podia insinuar que todas as mulheres casadas praticavam o adultério!

Uma terceira situação, agora não mais armadilha - mas verdadeiro obstáculo - é apresentado ao tradutor quando ele se depara com palavras tipicamente regionais. Como traduzir *La Rabouilleuse*? Este termo foi utilizado por Balzac em sua *A comédia humana* como referência à “moça que revolve com um galho a água de um riacho para turvar a água a fim de fazer subir à tona os caranguejos assustados”. Poderia utilizar a palavra *gapuiadora* (termo regional da Amazônia com semelhante sentido). Mas quem entenderia, além do grupo humano que o utiliza?

Certamente que é muito fácil encontrar erros e tecer críticas sobre uma tradução. Traduzir, no entanto, é uma tarefa que envolve arte e ciência. Dominar uma delas é uma façanha, as duas uma bênção.

Assim, agradeçamos aos tradutores e cuidemos das traduções que usamos. É claro que estou falando de *Traduttore* e não de *Traditore*.

José Alberto Pedra (PR).

A coluna **Multifário** serve para a reflexão de temas do cotidiano ético. Estamos utilizando resultado de pesquisa entre alunos de uma Faculdade de Medicina. Desta feita apresentamos duas questões. A primeira: dois pacientes em coma hepático com indicação de UTI, um por fibrose esquistossomótica e outro por cirrose alcoólica, a quem você indicaria a vaga? Em outra situação semelhante, no mesmo hospital, dois pacientes aguardam vaga para a terapia intensiva; um dos pacientes é do sexo feminino e o outro é do sexo masculino, mas ambos com a mesma chance de recuperação. A quem você destinaria a única vaga?

Em relação à primeira questão, a resposta foi de 90% para a cirrose esquistossomótica. Com referência à segunda pergunta, a resposta foi de 79% para o sexo feminino.

Em relação à primeira questão, a resposta foi de 90% para a cirrose esquistossomótica. Com referência à segunda pergunta, a resposta foi de 79% para o sexo feminino.

E qual seria a decisão de médicos mais experientes? Devemos reconhecer que os médicos ainda convivem com este dilema. Trata-se de decisão muito difícil e constrangedora, pois da forma como a pergunta foi colocada, cabe ao médico o destino pela continuidade da vida do paciente.

Quais os critérios que devem ser utilizados nestas situações? Convidamos a uma reflexão. Muitas decisões médicas utilizam somente os percentuais de sobrevida das doenças, considerando apenas os aspectos científicos das patologias. Se o médico não tiver o perfeito conhecimento da evolução da doença, quais as complicações e qual o percentual de sobrevida comparando-se terapêutica agressiva em relação ao tratamento suportivo, certamente terá mais dificuldade de decidir e ficará mais distante da melhor decisão. As nossas decisões não poderão ser diferentes. Devem ter a fundamentação científica, mas outros aspectos também deverão ser considerados. A habilidade de decidir não deverá ser

multifário

apenas linear.

Quanto às perguntas da pesquisa, é indispensável ao médico ir além da dimensão técnica. Deve utilizar a sua experiência pessoal e a percepção extrínseca para cada situação presente. Assim, considerando uma mesma doença, em paciente com a mesma idade e estado clínico semelhante, a opção de escolha poderá ser diferente. Frente a uma nova situação de escolha, sempre devemos individualizar cada paciente, recorrendo às experiências já vividas, relembando aquelas de sucesso ou de frustrações, pelas decisões anteriormente tomadas. Considerar o ambiente, o momento, qual o envolvimento dos demais profissionais da saúde naquela atual situação e em outras já vividas, qual o comportamento e o pensamento lógico dos familiares, seus credos e conceitos quanto a sacralidade ou qualidade de vida. Estes aspectos e outros devem fazer parte e ser relevados pelo médico na difícil arte de decidir.

Comparando, não devemos considerar apenas um órgão ou o corpo doente, mas as implicações que a doença promove na relação familiar e a interface com a comunidade. Não devemos ser reducionistas nas nossas decisões. O ato de atender o familiar angustiado, ouvir as suas questões e desfazer eventual sentimento de culpa é muito mais importante que simplesmente comprovar, com publicações e números frios e estatisticamente significantes, que a sobrevida não seria diferente na UTI ou na enfermaria. Qualquer atitude de descortesia na atenção ao paciente ou em decisão tomada pelo médico, ou ainda uma complicação ou intercorrência clínica, e estará considerado o “erro”.

A percepção e a intuição médicas não devem ser acompanhadas de qualquer preconceito com referência a doenças que são consideradas estigmatizantes. Ou

de pacientes com grupo de risco ou de minorias de raça, de economia ou de gênero. Nestas situações, maior rigor e cuidados devem ser considerados antes de qualquer decisão.

Será que a escolha dos estudantes na pesquisa, ao optarem pelo encaminhamento à UTI do paciente em coma cuja etiologia era a esquistossomose - em detrimento do paciente cuja etiologia era secundária ao álcool -, teve algum preconceito em relação ao hábito de vida do segundo? Seria a escolha dos estudantes uma penalização, pois a sua doença decorreu da escolha deliberada e autônoma, além da falta de “caráter” e fraqueza em não sair do hábito e da dependência do álcool? Por ser a esquistossomose particularmente mais prevalente em minorias e de maiores carências, seria esta a causa da diferença tão significativa da pesquisa? Estariam os estudantes compensando uma oportunidade que este paciente não teve, por nascer em local carente e sujeito à doença evitável?

Nenhuma decisão deste tipo deve ser considerada, pois penalizar ou premiar utilizando conceitos elitistas e de costumes temporais de uma sociedade são preconceitos inaceitáveis e perigosos.

Bioética

Quanto à segunda pergunta da pesquisa, trata-se de uma questão de gênero. O comportamento decisório do médico, na situação posta, não deve ser diferente do que já discutimos. No entanto, existe pensamento ético divergente ao da bioética principialista ou tradicional, que surge para chamar a atenção de que em determinados assuntos não se pode manter a orientação uniforme e intransigente dos princípios da beneficência, da autonomia e da justiça.

Os bioeticistas de gênero defendem, em determinadas situações, uma tomada de decisão diferente não só em relação às mulheres, mas também para que outras minorias e excluídos sejam

► considerados. É aceitável, pois a bioética não é um conjunto de regras ou princípios morais ortodoxos em verdadeira tirania da razão. Para os dilemas éticos envolvendo as questões da saúde, o médico deve agir considerando os aspectos científicos da doença, sem esquecer outros não técnicos do paciente e da família. Se a paciente da escolha for responsável pela amamentação ou pelo cuidado de uma criança, como muitos consideram esta situação natural e extrínseca da mãe, a escolha estaria sob a influência da chamada bioética de gênero.

A mulher já foi vítima de todo o tipo de preconceito, como o voto, sexualidade, violência, salário, entre outros. Assim, não devemos levar em consideração todo este histórico de preconceito contra a mulher, para tomar uma decisão favorável à mulher. Não é apenas o fato de ser do sexo feminino ou masculino que a escolha deve prevalecer. Devemos promover a equidade entre os sexos, retirando os estigmas baseados na idéia de inferioridade/superioridade ou de estereótipos do homem ou da mulher. Ninguém deve ser agredido, mas respeitado. Toda a atenção e zelo deve prevalecer.

Nos dilemas éticos não é possível oferecer aos colegas uma “receita de bolo” de como proceder, além de ser reducionista. A solidão da decisão é dura. Decidir é a arte da escolha. Mas mesmo solitária, deve ter a percepção e o discernimento do pensamento contraditório da sua equipe, da família e da comunidade. A decisão será tanto melhor quando o médico utilizar a sua consciência crítica em benefício do paciente e respeito aos familiares com o propósito de harmonizar os riscos e as incertezas dos dilemas éticos. A Medicina é a arte de administrar as incertezas.

Dr. Luiz Salim Emed (PR).



A magnitude da POBREZA

Segundo dados da Organização das Nações Unidas para a Agricultura (FAO), no mundo, a fome e a desnutrição atingem, hoje, cerca de 800 milhões de pessoas. Com ênfase nas piores estatísticas que inclui a subnutrição e a mortalidade infantil, essa Organização indica, ainda, que 183 milhões de crianças até 5 anos estão abaixo do peso, muitas delas não conseguindo sobreviver ao primeiro ano de vida. A cada dia, a subnutrição mata 18 mil dessas crianças. Uma a cada cinco segundos.

CONHECENDO OS DADOS BRASILEIROS

O Brasil não é um país pobre. É um país com alta incidência de pobreza e elevada desigualdade na distribuição de renda. Em 2003, do total de habitantes que informam sua renda, cerca de um terço (31,7%) é considerado pobre - 53,9 milhões de pessoas -, vivendo com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo¹. Quanto aos muito pobres (ou indigentes), com renda domiciliar per capita de até um quarto de salário mínimo, a proporção é de 12,9%, ou 21,9 milhões de pessoas.

No tocante à desigualdade, é possível afirmar que a distribuição de renda no Brasil é uma das piores do mundo². Considerando o índice de Gini³ de 130 países selecionados, o Brasil é o penúltimo colocado (0,60), superado apenas por Serra Leoa (0,62)⁴.

Como agravante, o que distingue o caso do Brasil em termos internacionais é que os elevados níveis de pobreza não estão relacionados a uma insuficiência generalizada de recursos, mas sim à extrema desigualdade em sua distribuição. Segundo dados de 2003, 1% dos brasileiros mais ricos, o que corresponde a somente 1,7 milhão de pessoas, apropriou-se de 13% do total das rendas domiciliares.

Em que pese o elevado número de pobres no país, constata-se que ele diminuiu principalmente no período entre 1993 e 1996. Esse fenômeno pode ser atribuído a uma série de fatores. Um deles refere-se à relativa estabilização econômica proporcionada pelo Plano Real, a partir de 1994. Outro foi o aumento do valor real do salário mínimo, o que aconteceu em 1995. A ampliação das políticas sociais previstas pela Constituição Federal de 1988, destacando-se a expansão das transferências monetárias de renda, tais como a Previdência Rural e o Benefício de Prestação Continuada, também integram essas políticas e contribuem para limitar a expansão da pobreza.

INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS DE COMBATE À POBREZA E À EXCLUSÃO SOCIAL

Entre o conjunto de iniciativas de combate à pobreza e à exclusão social, é

► importante indicar algumas dessas iniciativas. Na área de acesso à alimentação, destacam-se: Programa Bolsa Família⁵, Programa de Alimentação Escolar (PNAE) Programa de Alimentação do Trabalhador (PAT) e Programa de Cisternas⁶. No Desenvolvimento Agrário, incorpora-se o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf)⁷, Programa de Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar (PAA) e Previdência Rural⁸. O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti)⁹, no caminho da Criança e do Adolescente, além do Benefício da Prestação Continuada (BPC) e Renda Mensal Vitalícia (RMV)¹⁰, que assiste aos Idosos e Portadores de Deficiência, integram as políticas públicas governamentais, em nível federal.

A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Cresce, nos últimos anos, o entendimento de que é preciso construir e consolidar parcerias entre o Estado e a sociedade brasileira que viabilizem políticas de inclusão social calcadas no reconhecimento dos direitos de cidadania. Neste sentido, inúmeras ações vêm sendo desenvolvidas por organizações não-governamentais (ONG), ancoradas nos princípios da participação e da solidariedade, ampliando a rede de proteção social. Segundo dados do Instituto de Estudos da Religião - ISER, o setor sem fins lucrativos, em 1995, ocupava e remunerava 1,1 milhão de pessoas, o que correspondia, à época, a 1,7% da população total ocupada do país. No caso das empresas, segundo pesquisa do IPEA¹¹, 59% das empresas privadas realizam, em caráter voluntário, algum tipo de ação social para a comunidade e aplicaram, em 2000, aproximadamente R\$ 4,7 bilhões em ações sociais, o que equivale a 0,4% do PIB do país para o mesmo ano. Enfim, já existe um trabalho iniciado e é grande essa contribuição, mas o esforço empreendido ainda não foi suficiente, até o

momento, para promover as transformações desejadas.

DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

A distribuição mais igualitária da renda, a erradicação da pobreza e a elevação dos níveis de renda da população em geral constitui em grandes desafios. E, diante da complexidade de cada um deles, é preciso deixar claro que não há soluções simples e isoladas. Para superá-los, impõe-se um conjunto de iniciativas. No âmbito econômico, é fundamental promover um modelo

social não podem ser consideradas, por si mesmas, soluções para a desigualdade e a pobreza. Afinal, para além das políticas sociais, há uma série de fatores fundamentais, entre os quais o nível de crescimento econômico do país e, repetindo, o modelo de seu desenvolvimento concentrador de renda e socialmente excludente.

*“A fome é a pior violação dos direitos humanos. Para combatê-la não precisa só fazer promessas. Num mundo em abundância, falar o alcance desse objetivo deveria envergonhar cada um de nós.”*¹²

Conceição Contim (PR).



Reprodução: “Os Retirantes”, de Portinari

NOTAS

¹ O valor nominal do salário mínimo entre abril de 2003 e abril de 2004 é de R\$ 240,00.

² Os dados utilizados nesse texto correspondem às informações contidas no Radar Social, Brasília: Ipea, 2005 e no Relatório de Acompanhamento dos Objetivos do Milênio - Brasília: Ipea, 2004/2005. O IPEA é uma fundação subordinada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão com a atribuição de elaborar estudos e pesquisas para subsidiar o planejamento de políticas governamentais.

³ O índice de Geni mede a desigualdade de renda, em valores de 0 (igualdade absoluta) a 1 (desigualdade absoluta).

⁴ Conferir UNDP/UM. World Development Report: 2000/2001. New York, UNDP/UM, 2002.

⁵ Bolsa Família é um programa de transferência de renda. As famílias beneficiadas recebem, em média, R\$ 66,00 por mês. Em junho de 2005, o programa atendia 7 milhões de famílias.

⁶ A construção de 70 mil cisternas, beneficiando em torno de 300 mil pessoas da região do semi-árido nordestino, contou com a parceria do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, dos Estados, dos municípios, da Articulação para o Semi-Árido (ASA) e da Federação Brasileira de Bancos (Febraban).

⁷ O Pronaf é um programa que procura garantir o acesso ao crédito, além do apoio técnico que é disponibilizado aos agricultores familiares para a produção de alimentos em regime familiar.

⁸ Previdência Rural é uma modalidade de benefício previdenciário diferenciado, voltado especificamente aos trabalhadores agrícolas envolvidos com a produção familiar.

⁹ O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti) beneficia cerca de 1 milhão de crianças.

¹⁰ Benefício da Prestação Continuada (BPC) e Renda Mensal Vitalícia (RMV) são benefícios sociais que garantem um salário mínimo mensal a idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) e a pessoas com deficiências e incapacitadas para o trabalho e para a vida independente.

¹¹ Dados da Pesquisa Ação Social das Empresas – Ipea, Brasília: 1999/2000.

¹² Declaração do secretário-geral da ONU, Kofi Annan, na abertura da Cúpula Mundial de Alimentação do Milênio, Roma, junho de 2002.

de desenvolvimento que propicie a combinação de crescimento com geração de ocupação e renda, possibilitando a inserção da população no mercado de trabalho e a melhora da qualidade dessa inserção. No político, é preciso não apenas ampliar os mecanismos de participação social, mas, sobretudo garantir que sejam canais efetivos de valorização e “empoderamento” da população em geral. Também, no tocante às políticas sociais, entre as ações que podem contribuir para reduzir a desigualdade e erradicar a pobreza destacam-se a aceleração da reforma agrária, a ampliação da previdência, da assistência social e das transferências de renda, a elevação dos padrões de educação e o combate às discriminações raciais e de gênero. Apenas lembrando: as políticas

ESMERALDITE

Esmeraldite . [de esmeralda (1) por alusão à pedra do anel de grau do médico, + ite] . Med. Gir. Dificuldade, muitas vezes inesperada, que sobrevém no curso de tratamento de paciente médico ou parente de médico, frequentemente em caso tido como de resolução tranqüila. (Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa – 2ª Edição).

Em tempos passados, tido como uma “maldição”, que acometia a médicos ou a elementos de seu relacionamento próximo, o termo **esmeraldite** era muito comentado, como há pouco mais de 30 anos, quando estávamos nos bancos escolares e escutávamos nossos professores de Propedêutica. Atualmente, conversando com colegas mais novos (não muito mais novos), notamos o desconhecimento do termo e do assunto que o mesmo trata.

Para o entendimento do tema, é necessário um preâmbulo definindo os protagonistas e integrantes do trimônio **doença, doente e médico**, especialmente quando o paciente é o médico, seus parentes ou conhecidos.

Doença – Do dia do nascimento até o dia da sua morte, o indivíduo, não tendo sua vida interrompida por acidente com morte súbita, inevitavelmente se deparará com uma situação que trará ameaça à sua vida ou integridade física, que é a doença.

Devemos entender a doença como um desequilíbrio orgânico, temporário ou não, que pode o organismo, pelos

seus meios de homeostase, restabelecer o equilíbrio das suas funções. Se isso não ocorre, vê-se o indivíduo obrigado a buscar no meio exterior auxílio de “drogas” que possibilitem ao organismo se restabelecer, pela “auto-medicação”, ou com orientação de um profissional médico.

Sendo a doença temporária e por curto espaço de tempo a doença, o indivíduo pouco ou nada sentirá em ameaça a sua integridade física e/ou sua vida, resultando isso em pequeno desgaste de energia. Entretanto, se a doença for de longa duração, ou mesmo curta, mas que coloque em risco a vida ou possa produzir seqüelas, diversos mecanismos humorais levam às alterações físicas e psíquicas que podem desestruturar o indivíduo.

O Indivíduo - Cada indivíduo tem seus valores, suas metas e suas aspirações; tem também valores religiosos, familiares e morais, que norteiam suas respostas às situações do dia-a-dia de alegria, tristezas, ganhos ou perdas.

Ao ficar doente, o indivíduo se vê tolhido de seu maior bem, que é a capacidade de decidir sobre as diversas situações, ficando impotente para gerir o funcionamento de seu próprio organismo, não conseguindo voltar ao estado de equilíbrio anterior de hígidez; viu-se transformado de indivíduo em paciente.

Quando paciente, os seus valores internos também são postos à prova, na maneira de reagir a esta adversidade. Esta resposta é individual e imprevisí-

vel; alguns são colaboradores, outros não; alguns facilitam as informações, outros às escondem; alguns são passivos, outros atuantes.

Parece que quanto “mais importante” se ache o indivíduo, maior dificuldade ele criará no relacionamento médico-paciente. Quanto mais “atuante” e “colaborador”, também.

O Médico – É o indivíduo treinado para conhecer o funcionamento do organismo e para orientar o melhor caminho para o restabelecimento de suas funções normais, quando o paciente adoece e o procura.

Com a evolução da medicina, a infinidade de informações referentes a cada área obrigou aos profissionais a aumentarem seus conhecimentos a áreas mais restritas, intitulado-se “especialistas” para não dizer “limitado” a determinado conhecimento.

O médico é acostumado a orientar e necessita que suas ordens sejam seguidas à risca, para que o tratamento tenha sucesso, na sua concepção.

Mas o médico, seus parentes e amigos, também são humanos, sujeitos a terem quebrado seu equilíbrio orgânico a ponto de desenvolverem uma doença. E, pela sua formação e forma de responder a adversidades, o médico, os paramédicos seus familiares e conhecidos, costumam interagir no relacionamento doente-doença e médico-paciente, freqüentemente impedindo o bom andamento e evolução do quadro clínico.

A Sabedoria de Confúcio

Tradução: José Paulo Paes.

Analectos são uma coletânea de 450 ditos do mestre, muito simples, coligidos pelos seus discípulos. Os Analectos são uma espécie de Bíblia do confucionismo. Têm o frescor e a fragrância das sacadas instantâneas. Aqui reproduzimos um (XVIII, 22) na forma de diálogo.

Tuan-mu Tz'u perguntou:

— Existem acaso pessoas que o homem superior aborreça?

— Sim. Aborrece as que denunciam as faltas alheias. Aborrece as que, sendo de condição inferior, difamam seus superiores. Aborrece as de coragem que não respeitam as normas. Aborrece as de inteligência curta que reagem sem pensar. Mas vós, Tuan-mu Tz'u, também tendes pessoas a quem aborreceis?

— Aborreço as que pensam que transcrição é sabedoria; as que imaginam que insubmissão é coragem; as que julgam que mexerique é integridade.

MORAL: Cuidado com o adula-dor, o lisonjeador e o excessivamente loquaz. São-nos nocivos. Fácil se tornam pichadores de nossa confiança.

Gracinda Marques

► O médico-cliente pode atuar “dando palpites”, solicitando “favores” ou mesmo atuando de forma a prejudicar a evolução do problema, que teria desfecho mais favorável “se não tivesse havido auxílio”.

São comuns as tentativas de quebra no bom andamento de uma entidade nosológica, quando o “colega” quer fazer os exames complementares antes de fornecer a história clínica e fazer o exame físico. Alguns omitem ou alteram informações ou resultados de exames; outros querem a receita pelas informações fornecidas por terceiros (exemplo: um cliente-médico mandou a esposa consultar e informou que tomaria os mesmos remédios, pois os sintomas dos dois “eram iguais”).

Os cirurgiões, mais que outros colegas médicos, sabem o quanto é inseguro realizarem procedimentos cirúrgicos em outra equipe, em outro local de trabalho, outros auxiliares, com outro material (o aspirador não aspira, o cautério não cauteriza, o bisturi elétrico não corta, o medicamento da sua rotina não está padronizado, etc.). É como jogar em um time sem estar entrosado.

Isso acontece quando o “colega paciente” acha que tem mais facilidades no hospital onde trabalha ou é conhecido, mas que não é o mesmo local de domínio do cirurgião ou anestesista que vai realizar o ato principal. As chances de complicação são maiores.

O mesmo acontece quando querem fazer exames complementares, fisioterapia, etc, em locais onde estas práticas não são comuns; estas

práticas às vezes retardam o início de um tratamento, por “saírem da rotina”.

Não é incomum a permissão de “invadirem” o Centro Cirúrgico ou o Centro Obstétrico por leigos ou curiosos que querem “filmam” o ato médico, tumultuando o bom andamento e a concentração do profissional que deveria dedicar sua atenção “exclusivamente” ao paciente sob sua responsabilidade.

Com os clínicos são comuns os telefonemas para consulta e receita, consulta de corredor, repetição da receita do remédio controlado para o amigo ou parente, exames complementares antes da realização da consulta, etc...

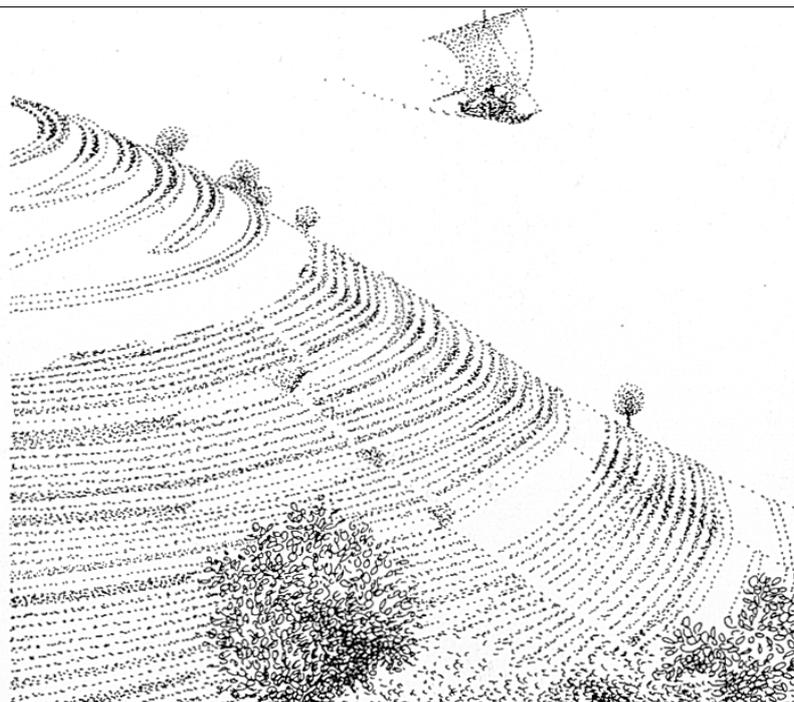
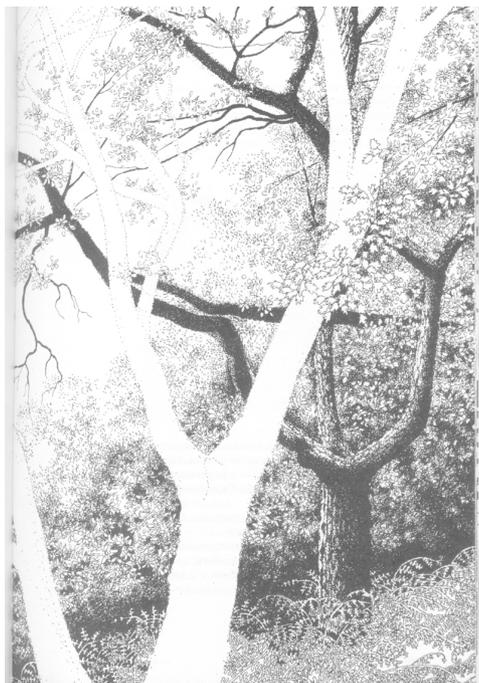
Isto posto, entendemos que *a Esmeraldite é um problema prevenível e evitável*, desde que o colega, que nos confia sua saúde, dos seus familiares ou conhecidos, coloque-se no lugar de paciente ou acompanhante, não interferindo de forma a prejudicar o bom atendimento de si próprio ou de seus entes queridos. O médico atendente não pode se deixar levar por coleguismo ou inibição de não conseguir “cortar” as influências, que serão nefastas ao bom andamento do processo clínico ou cirúrgico.

A consulta médica deve seguir os passos normais de História Clínica, Exame Físico, Exames Complementares (se necessários), Diagnóstico (sindrômico, topográfico e etiológico) e Tratamento (clínico ou cirúrgico).

Assim procedendo, permitiremos que os nossos colegas e/ou seus entes queridos tenham um atendimento médico, no mínimo igual, nunca pior que os nossos outros pacientes.

Dr. Antonio Techy (PR).





Gracinda Marques

GRACINDA!

Sim, é polímata. Multifária das artes. Do rádio à cenografia, da ilustração às letras, Gracinda habita e preenche espaços. Mas no que esta singular artista de aldeia inova, para expressar ao mundo com enorme talento, é na sua capacidade de ocupar o vazio do branco, deixando claros de luz respeitosamente intocados. Intrigantes claro-escuros? Nem tanto. O escuro faz a presença física, palpável, concreta. O claro que tudo permeia insinua a comunhão da

alma artística. Fonte imaterial traduzida no periespaço das coisas. Luz e sombra, superfície e profundidade, concretude e abstração, são essas as vertentes que jorram de um brejo prolífero. Da Catraia Cimeira para o alvor ilimitado. Do norte de Portugal, onde acaba de lançar o livro *Tiorna*; para o sul do Brasil, onde irradia vínculos. Sim, seu nome é Gracinda. Também Marques. E muitos outros, todos cabendo em si. Inaugura a nossa *Galeria*, e contribui para a ilustração deste *Iátrico*. **!**



"Árvores na Árvore"

Decálogo do Residente

Prof. Irany Novah Moraes (SP).

I

Estude diariamente

Para o médico manter-se atualizado, precisa estudar diariamente. Erro cometido por desconhecimento da modernidade é imperícia.

» *Ignorância é imperícia.*

II

Aprimore a relação médico/paciente/família

Fale com o doente olhando em seus olhos. Ouça com paciência suas queixas. Mostre interesse. Examine-o de maneira completa. Ao término da consulta refira o que prescreveu, especificamente, para sua queixa. Dificuldade no relacionamento com o paciente é deficiência do médico.

» *Aprimore o relacionamento com o doente.*

III

Desenvolva suas aptidões (o cirurgião deve treinar obsessivamente)

Aprimore a atenção, a memória e a coordenação motora para os gestos finos e elegantes.

» *Treine as habilidades pessoais. Seja perfeccionista.*

IV

Tenha postura digna

Apresente-se bem vestido, com a barba feita e sapatos limpos. Saiba que é proibido fumar em todas as dependências do hospital, ambulatório e consultório. A penalidade é prevista em lei. Não eleve a voz quando estiver nervoso, é falta de educação e revela sua insegurança. Saiba respeitar os integrantes da equipe de saúde.

» *Respeite para ser respeitado.*

V

Respeite a hierarquia

Obedeça para saber mandar. Aprenda com o mais experiente e ensine ao mais jovem.

» *Seja rigoroso consigo próprio.*

VI

Seja assíduo e pontual

Pontualidade em cirurgia é chegar uma hora antes da hora marcada, examinar o doente e fazer os preparativos para operação iniciar na hora marcada.

» *Seja disciplinado.*

VII

Atenda imediatamente

Quando chamado não relute, vá atender o doente imediatamente.

» *Atrasar o atendimento é erro crasso enquadrado como omissão de socorro.*

VIII

Não se ausente do plantão

Não saia antes do colega, que o substitui, chegar. Use uma agenda de bolso e anote os casos graves, óbitos e reclamações (poderá ser útil no futuro).

» *Ausência no plantão é enquadrada como omissão de socorro.*

IX

Registre todo procedimento

Faça a observação médica, não deixe para depois. Registre "o que e porquê foi feito". O código do consumidor facilita reclamações contra o trabalho do médico.

» *Para o Juiz e para o CRM, o que não estiver escrito é não feito. Escrever é sua garantia.*

X

Respeite a instituição

Residência médica é a melhor maneira de se preparar para o exercício profissional.

» *Lembre-se que você está na instituição por opção própria. Respeite-a ou demita-se.*

www.crmpr.org.br



iatrico@crmpr.org.br