

Esta edição é dedicada à imprensa médica e à medicina na imprensa; expressão de um conhecimento movediço.

iátrico

Julho a Outubro - 2006 | nº 18



PAIXÃO DE ARTISTA

índice

“Esta edição é dedicada à imprensa médica e à medicina na imprensa; expressão de um conhecimento moveído.”

03 IÁTRICA AO LEITOR
Provocar, para despertar.

10 INGLESES E AMERICANOS
Contrastes que exigem atenção.

21 O MÉDICO E A RELIGIÃO
Mitos e Conflitos.

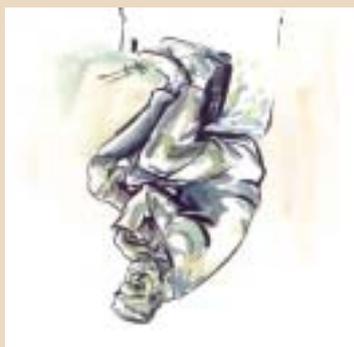
26 HUMANISMO E TECNICISMO
Reflexão sobre passado e presente.



Obra “A bela e a fera”, bronze, de Luiz Gagliastri (PR).

05 JOIO DO TRIGO
Apostar na liberdade intelectual.

16 PAIXÃO DE ARTISTA
Rodin, Gagliastri e Paixão, as diferentes faces da arte.



31 DECÁLOGOS
10 razões para se ler revistas médicas.

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

CAPA

A mão da capa é uma homenagem do Iátrico ao médico sensível. Pouco importa clínico ou cirurgião; que toque crianças ou instrumentos; tem que ser de ação sem desprezar a ternura, de precisão sem negar afeto. Tem que ser uma mão diferente como a de Rodin, única, com a mestria do movimento.

Pomponius Gauricus, circa 1504, em seu “De Sculptura” disse: Os escritores atuam por meio das palavras... Os escultores por meio da ação. Médicos vão além: são múltiplos em sua seara; verbo e movimento são seus gestos de vida. Mutáveis, como a própria vida.



Como redator tenho um privilégio raro, o de poder escrever sobre o que me apeteça. Mas não o exerço. Sabem por quê? Porque tenho um critério, escrevo sobre o que gostaria de ter lido quando me formei.

Já como editor tenho o dever de sugerir temas aos colaboradores, e de *aceitar ou não* o material enviado, pedido ou não. E os mais humildes são os velhos professores: — Vê se interessa ou não. É sem compromisso! Mas qual o critério? Se possível, que sejam bem escritos, bem pensados e bem evocativos ou provocativos. Esse o ponto. Só gerando dúvida na cabeça do leitor temos a certeza da reflexão. E sob reflexão haverá movimento, ação. No sentido de mudança ou de fortalecimento de suas convicções. Por isso, um texto cultural deveria

iátrica ao LEITOR

mais provocar do que ensinar.

Lembro-me do ano da graça de 1979, quando um editor-médico suíço, Wolfgang Kolditz, se viu às voltas com um texto do sempre herético Martins Eisner. Publico ou não, eis a questão! Decisão: imprimir. Há um risco inerente a qualquer comprometimento verdadeiro; e esse risco é também integrante da responsabilidade redacional. Ou nas palavras também heréticas de Kolditz: Aquele que tem medo das conseqüências que poderiam decorrer do conhecimento (seja este, de fato, convincente, discutível ou errado) deve se contentar com o tédio insípido que todo paraíso promete para

eternidade aos seus habitantes. A árvore do conhecimento apresenta riscos, e seus frutos podem ser bem indigestos.

Esta edição do Iátrico tem a pretensão de provocá-lo, dileto leitor. Se o fizer,

também se desdobrará em conhecimento a si. Ou na sentença de Schiller: “Se queres te conhecer, observa os outros. Se quiseres compreender os outros, olha no fundo de ti mesmo”. Sempre direito e avesso. Sempre os ângulos insuspeitos.

É assim uma cabeça bem-feita; não se faz por si só. Necessita ser recheada por dúvidas e provocações. Ou seja, é uma erupção de imperfeições em busca da harmonia. E com esta não se contenta, pois persegue a autonomia de pensamento.

Aceite nossas provocações e tenha boa leitura. **■**





DIVULGADORES

Há uma citação de Shakespeare que traduzida — “*Each in his time, plays many roles*” — significa que cada um desempenha muitos papéis, ou seja, o poeta tentava aclarar que cada ser humano tem um universo dentro de si. Pelo menos os mais bem aquinhoados em circuitaria cerebral.

Tomo essa idéia para explicitar que o fazer médico, além de sua prática mais imediata com o paciente, também implica na função social de divulgar a medicina e a saúde. Mas isso torna-se difícil por que divulgar a ciência médica para colegas é uma coisa, já em si difícil, para leigos, outra, bem mais penosa. Basta dizer que com colegas usamos jargão e razão, e que estas ferramentas cognitivas têm pouca valia com o público leigo, mais propenso à emoção.

Sabemos que informação não muda comportamento. Se fosse o contrário, provavelmente não teríamos mais Aids nem engravidamentos indesejados na adultícia. Para que a informação mude comportamento tem que ser processada, assimilada, e ainda virar convicção. É um longo caminho que passa não apenas pelo raciocínio lógico e analítico, mas principalmente pelas impressões, território carregado de emoções. Só se convence pela racionalidade os racionais, naturalmente uma pequena parcela da população. A maioria tem que ser pega pela emoção, porque age emocionalmente o tempo todo. Basta você, dileto leitor, assistir em uma tarde de ócio o que é propagado pela mídia televisiva. As panacéias mais absurdas, mais inverossímeis, são vendidas e compradas copiosamente. Acredite, até por médicos e seus familiares. Então, a questão que se formula é a seguinte: como divulgar medicina e saúde de maneira eficaz e correta? Claro que usando a racionalidade, mas temperada pela emoção. E quem você gostaria que as divulgasse? Pessoalmente preferiria um médico, mas o patrulhamento é enorme.

Damos de ombros, isto é, não damos à mínima, quando um colega charlata paga para ser entrevistado pela mídia tecendo loas à sua competência, única naturalmente; verdadeiro repositório do engenho e arte. Mas quando o Drauzio Varella, no Fantástico, disse a uma paciente: — “Então vamos tirar a sua pressão”, sabem o que aconteceu? Foi varrido por uma enxurrada de e-mails de colegas que o desqualificavam dizendo que o certo era “medir a pressão”. Óquei, queriam mesmo é que tivesse dito à simplória paciente, “vou aferir sua tensão arterial”! Por aí vejam o grau de patrulhamento da classe com bons divulgadores. Já os charlatas podem agir à vontade, ninguém tá nem aí. Dizem que é para não se melear. Então o que é melhor, uma imprensa marrom que corrompe e é corrompida por pseudos? Ou exercermos uma das funções básicas da medicina que é ser divulgada corretamente e sem vieses mercantilistas à população? É por causa desse tipo de patrulhamento que muitos colegas competentes, e que gostam de ensinar, não se atrevem a aparecer na mídia. Têm receio de parecer pouco científicos pela classe.

Claro que a divulgação da medicina e da saúde melhorou muito na imprensa leiga nos últimos trinta anos. E pelo simples motivo da população ter passado a se interessar mais pela própria saúde. As pessoas vivem mais e há mais possibilidades de prevenção. É um fenômeno mundial. Só nos últimos cinco anos, a revista *Veja* deu praticamente 1 ano de capas com matérias destinadas ao assunto. Tem quatro jornalistas preparadas e especializadas cobrindo a área. Mas por melhores que sejam, e são ótimas, não têm formação nem vivência, não são médicas, por isso às vezes levam barrigas, publicam simples “releases” da indústria farmacêutica como se fossem o “ó do bodó”! Claro que o ideal seria ter um médico-jornalista, consultor, vivendo o dia-a-dia da redação. Nada como idealizar! De qualquer forma fazem bem seu trabalho, até por que seus leitores são cada vez mais

desejosos de informações médicas e exigentes. Portanto, rastreiam as principais publicações especializadas à cata de bom material e conferem com especialistas os nós das matérias.

Mas você há de me perguntar, isso é o que há de melhor em divulgação científica em nossa imprensa? Claro que não. O *crème brûlé* da divulgação está na concorrente e antípoda ideológica de *Veja*, *CartaCapital*. Lá pontificam três médicos cientificamente competentes e com a grande qualidade jornalística de deixar coisas complexas ao sabor do leigo. Drauzio Varella, Riad Younes e Rogério Tuma assinam a coluna *Evolução e Saúde*, sempre centrada em coisas do interesse da população, do consumo de vitaminas às técnicas médicas mais recentes. Isso elevou o nível do que é publicado. Há trinta anos a divulgação era baseada em “fazedores de notícias médicas” plantados pelo complexo médico-industrial. O contraponto eram colunas heróicas, como as do falecido José Reis na *Folha de S. Paulo*. Hoje, embora ocorra a indução por parte da indústria, o leitor, se quiser, tem à sua disposição a possibilidade de ter informações qualificadas, filtradas por profissionais de boa formação e com vivência clínica. Em outros países ocorre o mesmo fenômeno. A tiragem das revistas aumenta quando a capa é sobre saúde e há picos de audiência quando os canais abordam avanços, reais ou despropositados, na medicina. E cada vez mais profissionais da área médica se tornam jornalistas.

Claro que tudo tem dois lados. O telespectador que vê um ator conhecido passar por um transplante bem-sucedido, pensa simplesmente que o mesmo está curado, que nada mais precisa ser feito. Como se não tivesse trocado uma doença terminal, é fato, por outra crônica, o controle da rejeição. Pelo menos, nos chamados transplantes capitais, os que mais impressionam a população.

É para adequar os avanços da medicina à realidade própria que precisamos muito dos divulgadores. Naturalmente há que haver cautela. Quando um profissional fala só de si, de suas habilidades e de seus tratamentos miraculosos, é hora de mudar de canal. Ou de revista. Ou de livro. Ou de sítio. **❶**



JOIO DO TRIGO

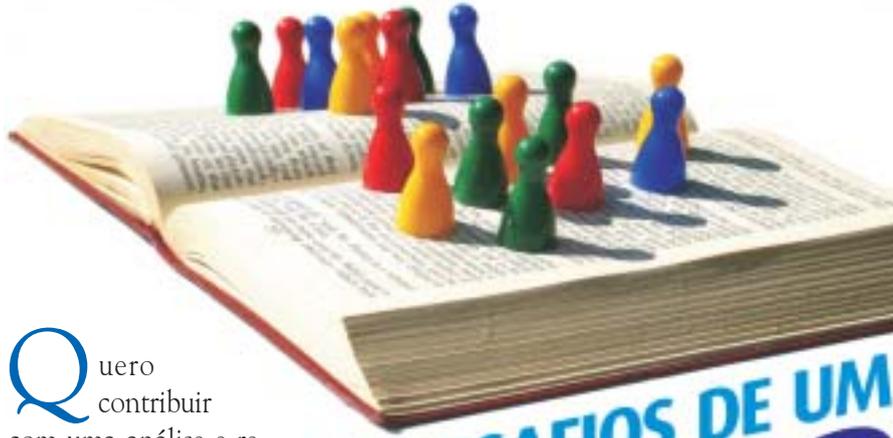
Há 25 anos o Canadian Medical Association Journal (vide referências no decálogo da penúltima página) publicava uma série de artigos que tentavam desmistificar a credibilidade instantânea adquirida por um artigo científico. Ou seja, a aura mística da palavra impressa. E fazia uma “razzia” em avaliação crítica, mostrando como muitos trabalhos publicados em revistas de prestígio, com um “peer review” de notáveis, falhavam no momento de discriminar a falta de evidências. E ia fundo. Metade dos artigos publicados nas revistas de maior credibilidade utilizavam métodos estatísticos inadequados, ou tinham problemas no seu desenho, na definição da amostra, ou erravam na escolha de indicadores e instrumentos. Depois de um quarto de século, como estamos? Melhoraram as revistas mas ainda temos problemas importantes. Outrossim, houve uma incrível expansão de revistas médicas que continuam cometendo os mesmos erros de há 25 anos. E notem, isso depois do advento e consolidação da chamada Medicina Baseada em Evidências. Sabe por quê? Vamos aos

fatores: a revisão de pares (*peer review*) não tem resolvido o problema; o complexo médico-industrial continua plantando os resultados que quer; e as revistas científicas deveriam comentar criticamente os ensaios em vez de publicá-los. Acresce ser comum os ensaios terem como padrão de comparação, terapêutica reconhecidamente inferior; ou usarem comparações com a menor dose do comparativo; ou ao contrário, com a maior dose da droga de comparação, tornando a sua “menos tóxica”; igualmente comum é usarem amostras propositalmente pequenas, buscando múltiplos resultados finais para selecionar os mais favoráveis para publicação; ou estudos multicêntricos, selecionando os resultados dos centros mais favoráveis; ou de subgrupos propícios; ou apresentando os resultados que mais impressionam, por exemplo, redução do risco relativo e não do risco absoluto.

Corolário: ou você, caro leitor, aprende a ler criticamente uma revista, ou será enrolado. Assustado? Assuste-se um pouco mais. Há um quarto de século para se manter atualizado na leitura das dez melhores revistas de Clínica Médica, um clínico deveria ler duzentos artigos e setenta

editoriais por mês. A uma expansão de 7% ao ano, faça as contas e atualize os números. Eu escrevi as “dez principais”. Mas não se apoquente. Lutar por autonomia de leitura é sempre bom e você deveria fazê-lo. Se não conseguiu, o mercado está a seu favor. Para preencher essa lacuna lhe apresenta um leque de opções tradicionais ou eletrônicas, mastigadas e baseadas em evidências, de boa qualidade e com preços salgados, para os parcos proventos do esculápio patricio. Ironia à parte, há igualmente publicações “non-profit”, de boa cepa, e mais baratas. Como exemplo Medical Letter, no segmento de avaliação de drogas, de maneira didática e correta. Tudo que o homem complica em seguida simplifica. O tal do mercado se encarrega disso, desde que você tenha lastro. Nada é perfeito!

Mas bom mesmo é não depender dos outros. Por isso, cabe a pergunta: onde está o conhecimento nessa plethora de informações? Onde a fidedignidade? Na sua liberdade intelectual, na sua capacidade de ser autônomo, de ler criticamente um artigo. Isso fará com que marche contra a corrente, do lado contrário do analfabetismo científico que, claro, sempre foi o caudal maior. **f**



Quero contribuir com uma análise e reflexão crítica sobre a minha vivência e desafios como fundador e editor - por 8 anos, de uma revista científica - a *Revista do Médico Residente*. Já havia adquirido uma experiência inicial e inspiradora como editor da *Revista Médica do Paraná*, órgão oficial da Associação Médica do Paraná.

Segundo Subramanyan *apud* Campello & Campos (1993), o periódico científico possui três funções: 1) registro público do conhecimento, pois qualquer indivíduo pode oferecer à apreciação um trabalho para publicação e, também, pode obter a publicação; 2) função social, isto é, ele atribui prestígio e reconhecimento tanto aos autores, quanto aos editores do periódico, aos *referees* e, inclusive, aos seus assinantes; 3) disseminação da informação, colocando a informação à disposição do leitor, pois, se ela não for publicada, não existe.

O primeiro e grande desafio é ter uma fonte financeira de manutenção da publicação de um periódico trimestral, com tiragem importante, para chegar a todo Estado e à maior parte das Instituições Acadêmicas do País, uma vez que a inserção de propagandas da área da saúde é cada vez mais difícil em periódicos que precisam ser indexados e reconhecidos.

Mister se faz necessário para se obter outras fontes de financiamento, sem conflito de interesses, a incorporação de profissionais da área de marketing e propaganda.

DESAFIOS DE UM EDITOR

Os Pilares necessários para a publicação dos artigos científicos são os autores, revisores e editores.

O editor e editores associados são responsáveis pela manutenção da qualidade científica e editorial da revista. A obrigação principal de um editor é garantir que os manuscritos submetidos para a publicação sejam avaliados de forma correta, sem preconceitos e com eventual retorno para correção.

O editor é um tipo de *ombudsman* que deve tentar proteger os direitos dos autores e revisores, devendo ser uma ponte de comunicação entre as partes.

Está implícito que só editores-pesquisadores produtivos têm habilidade para avaliar e indicar outros para emitir seus pareceres.

Outro grande desafio é conseguir a indexação na base de dados do Lilacs, junto à Bireme, para depois se conseguir o Scielo. Este é um trabalho intenso, prolongado, laborioso e desgastante para os editores. Porque se precisa atingir todos os desideratos exigidos, e entre alguns, está a personalização da Revista Científica e a publicação de mais de 50% de artigos originais – o que não é fácil – para uma revista que ainda não está indexada – ou seja, este é um dos maiores problemas: vencer este preconceito e romper o círculo vicioso.

Daí, reputo imprescindível o tra-

balho exercido igualmente por todos os editores vinculados de uma maneira pessoal e responsável com a indexação de mais uma revista científica. Se não houver isto, tudo será inútil e infrutífero.

Ou seja, precisamos todo o dia vencer a autofagia acadêmica, o que é muito próprio dos professores dos cursos de medicina da nossa cidade e do nosso Estado!

Os requisitos éticos de uma publicação científica estão, hoje em dia, bastante facilitados pelas *Comissões de Ética em Pesquisa* dos seres humanos e animais de experimentação. Todavia nunca devem os editores e revisores se descuidarem de verificar este item e da procedência das instituições.

Outro aspecto nas publicações científicas é com relação aos conflitos de interesse e fonte de financiamento. O Comitê Internacional de Editores Médicos (www.icmje.org), ativo há mais de 30 anos e que auxilia muito os editores a fazer o seu trabalho com qualidade, vem se preocupando cada vez mais com aspectos éticos e conflitos de interesse.

Conflitos podem ocorrer por outras razões, tais como relações pessoais, competitividade acadêmica e paixão intelectual

Os conflitos de interesse sempre existiram e continuarão a existir, mas é evidente que a preocupação diuturna com a ética e, principalmente, com a transparência das informações sobre relações entre as partes interessadas (autores, editores, público e patrocinadores) leva ao aprimoramento do processo editorial em sua efetiva contribuição para o desenvolvimento da ciência e da prática médica.

Dr. João Carlos Simões (PR).

REFERÊNCIA:

SUBRAMANYAN, K; CAMPELLO, B. S.; CAMPOS, C. M. Fontes de informação especializada: características e utilização. Belo Horizonte, Editora UFMG, 1993. p. 42-43.

Com certeza, depois da introdução do microcomputador, o processo de ensino-aprendizado da medicina nunca mais foi o mesmo. Nós, os professores um pouco mais velhos e acostumados a ensinar a medicina da maneira pela qual aprendemos, podemos muitas vezes sentir dificuldades para exercer a docência com um armamentário que revolucionou o acesso ao conhecimento e facilitou a sua multiplicação.

Se isto é bom ou ruim, é difícil dizer. É tudo uma questão de ponto de vista. É formidável, ao discutir um caso clínico em sala de aula, perceber que a maioria dos alunos 'saca do bolso' um *palm top* e coloca com precisão a porcentagem de aparecimento de determinada complicação de uma doença ou a lista completa dos efeitos

fato de que nosso sistema imune responde a uma dose ideal de antígeno. Quantidades muitas baixas levam à anergia; as muito altas causam tolerância. É como se o sistema imune não se "preocupasse" em responder ao muito pouco e se rendesse de imediato ao excesso. Com o conhecimento, não é diferente. Muito pouco leva a superficialidade; excesso pode causar desânimo e sensação de impotência. Como saber a dose ideal? Nas pesquisas com palavras-chave, o uso de descritores muito específicos levam o aluno a artigos superespecializados que, muitas vezes, por enfocarem um aspecto particular de determinada doença, oferecem um conhecimento fragmentado e impedindo que ele tenha uma visão mais geral do assunto. Por outro lado, descritores mais abertos como, por exemplo, aqueles que designam diagnósticos sin-

universidades e órgãos de classe.

Por último, é bom lembrar que nem todos os antígenos têm capacidade de despertar a atividade imunogênica no hospedeiro. Aqueles polímeros repetitivos, mesmos grandes e de alto peso molecular não despertam o sistema imune, ao passo que, pequenas substâncias como os haptenos, que precisam se ligar a proteínas carreadoras próprias do organismo, conseguem respostas formidáveis. Da mesma maneira, páginas maravilhosas e com alto teor científico nem sempre conseguirão despertar no aluno o interesse desejado. Todavia, aquelas que exigem um pouco da participação pessoal ou tocam n'alguma forma de interesse individual, conseguem fazê-lo. De nada adianta um maravilhoso atlas de dermatologia com fotografias de alta

Aprendizado da medicina na era da internet. VACINA OU AUTOIMUNIDADE?

colaterais de um medicamento em uso. Por outro lado, é desesperador orientar um trabalho de pesquisa, quando o estudante chega, curvado sob o peso de uma enorme pilha de folhas de papel, que contem, nada mais, nada menos que 7.280 referências sobre o assunto a ser estudado.

Não se trata de gostar ou não porque a presença do microcomputador na vida do estudante de medicina é fato consumado. Só nos resta nos acomodarmos à situação e aprender a trabalhar com ela.

Ao refletir sobre as atitudes que um professor pode tomar frente à oferta de conhecimento a ser feita ao aluno nesta situação, temos muito a aprender com o sistema imune humano que, sabiamente, transforma a ameaça de um elemento agressor (antígeno) em anticorpos e células de defesa. Todavia, para que isto ocorra, é necessário que alguns quesitos sejam preenchidos.

O primeiro deles é, sem dúvida, o

drômicos, trazem um número excessivo de referências. Talvez até 7.280. Uma maneira de reduzi-las é ensinar o aluno a procurar inicialmente por artigos de revisão e, à medida que o assunto é dominado, partir para a pesquisa mais especializada.

Uma segunda lição a aprender com o sistema imune é a de que a rota de administração do antígeno é importante para a sua imunogenicidade. Assim, como as vias subcutânea, oral, aérea ou intradérmica levam a maior ou menor eficiência do processo imunológico, as rotas de pesquisa na internet também trazem diferentes maneiras de se abordar o conhecimento. Pesquisas feitas em sistemas não médicos de busca como google, yahoo, etc... podem levar o aluno a páginas particulares ou mesmo de indivíduos leigos, cujo conteúdo tem valor científico duvidoso. É importante ensinar o estudante a verificar as fontes de seu material de pesquisa dando preferência àquelas que se originam em

resolução para um aluno cujo interesse no momento é ortopedia. Entretanto, se as complicações ortopédicas estudadas resultam, por exemplo, de hanseníase, esta pode ser vista com olhos diferentes. É necessário que o professor saiba mostrar um "link" entre os assuntos nem sempre percebido pela simples visita ao local.

Assim como o sistema imune pode transformar a estimulação antigênica em vacina para seu próprio proveito ou em doenças de autoimunidade, causando agressões ao corpo humano, na dependência da composição, volume e rota de administração de antígeno, também a oferta de conhecimento necessita ser dosada, selecionada e processada da maneira correta. O professor deve estar atento para que o aluno de medicina consiga apanhar aquele conhecimento oferecido na internet, selecioná-lo, incorporá-lo e transformá-lo de teoria em boa prática de medicina.

Dr.^a Thelma L. Skare (PR).

JORNALISMO MÉDICO

Relatando a pesquisa e as notícias da medicina

Muitas pessoas, inclusive médicos e cientistas, primeiro informam-se das descobertas da medicina através da mídia. Entretanto, a cobertura de notícias médicas pela imprensa é geralmente imprecisa, superficial ou sensacionalista. Notícias médicas são freqüentemente simplificadas, ou pior, *sensacionalizadas* por pressão da indústria. Notícias de saúde são um produto que vende bem e que no processo de promoção pode ser distorcido. Além disto, alguns dos temas médicos mais importantes não são cobertos pela mídia.

Jornalismo de baixa qualidade na área da política ou negócios pode manchar a reputação; mas em medicina, relatos imprecisos podem gerar falsas esperanças e temores desnecessários. Os cientistas culpam a mídia por esse problema, argumentando que os jornalistas são descuidados quando apresentam os resultados de uma pesquisa médica. Esta, por outro lado, acusa a comunidade médica por obstruir, desorientar ou falhar em alertar a imprensa. Críticos da mídia sugerem que a dificuldade está com a audiência: as pessoas precisam estar mais atentas e céticas quando interpretarem notícias médicas. Tudo leva a crer que ambos (cientistas médicos e jornalistas) dividem a responsabilidade de uma comunicação mais precisa para o público. Mas é preciso distinguir “jornalistas” da “mídia”. Profissão de jornalismo é uma coisa e mídia refere-se à indústria competitiva. Muitas vezes os objetivos e motivação do jornalismo entram em conflito com os da mídia!

Os problemas:

SENSACIONALISMO

Freqüentemente os jornalistas perseguem uma notícia médica como se eles estivessem relatando um seqüestro. A informação é rápida mas sem contexto. O relato é sensacionalista: o jornalista exagera o achado científico e, como consequência, o público é enganado sobre as implicações do achado.

Por outro lado, os cientistas desejam a publicidade. Ajuda na captação de recursos para pesquisa, são valorizados pelas instituições e aumenta a conscientização sobre as suas pesquisas. Mas este esforço

em atrair a mídia pode resultar em relatos imprecisos ou incompletos. Da mesma forma que incentivos podem levar a mídia a exagerar afirmações; os jornalistas podem querer oferecer esperança que pode levar a um retrato falso de novos tratamentos. Muitos exemplos podem ser encontrados: um tratamento não usual e invasivo para tratamento da doença de Alzheimer foi amplamente divulgado após um pequeno estudo não-cego; a fluoxetina (Prozac®) foi saudada como a cura certa da depressão quando foi lançada no mercado; melatonina recentemente recebeu um excessivo tratamento positivo da mídia como a “cura” para o envelhecimento. Jornalistas que publicam falsas expectativas podem ser censurados mas os cientistas que fornecem a informação devem dividir a culpa. Uma história negativa sobre os possíveis efeitos deletérios à saúde é outra tática sensacionalista. Relatos imprecisos sobre os riscos à saúde são facilitados pela tendência da mídia e da comunidade médica contra estudos negativos, talvez por que eles não tenham consequência. Essa omissão é combinada ao fato de revistas médicas serem menos propensas a publicar estudos com resultados negativos e cientistas menos ainda em submetê-los à publicação.

VIÉS E CONFLITOS DE INTERESSE

Para evitar histórias imprecisas, os repórteres devem examinar a credibilidade e viés das fontes científicas. Mas esse exame não é freqüentemente feito. Por outro lado, os cientistas e instituições não estão errados em convidar a imprensa para cobrir suas pesquisas e achados.

Os pesquisadores podem evitar imprecisões nos relatos, desencorajando coletivas de imprensa para discutir dados preliminares e exigindo revisão final e aprovação do artigo a ser publicado. A principal fonte do repórter num artigo de pesquisa ou apresentação é o próprio autor ou conferencista. Os repórteres que querem confirmar os dados devem falar também com pessoas que podem criticar o trabalho. Revistas médicas ou instituições podem fornecer nomes de revisores que se dispõem a falar sobre o estudo. Os repórteres também estão mais conscientes dos conflitos de interesse por que muitas revistas médicas requerem que conflitos sejam revelados. Algumas vezes um estudo publicado foi

financiado pela indústria que produz o medicamento. Relatar conflitos de interesse é crucial, porque permite que os leitores julguem por eles mesmos a validade dos resultados. Recentes acontecimentos levantaram preocupações sobre a extensão com que a imprensa pode ser enganada por comentários patrocinados pela indústria e disfarçados como comentários de um cientista ou médico. Algumas vezes um editorial foi escrito por um médico contratado, pago, ou foi parcialmente escrito por firmas de relações públicas representando a indústria farmacêutica. Qualquer carta, editorial ou conferencista deve ser identificado quando patrocinado pela indústria.

FALTA DE SEGUIMENTO

Como o público leigo não tem conhecimento do processo científico, pode dar mais importância do que cientistas aos resultados de um único estudo. Retornar a um assunto que foi relatado com base em dados preliminares pode não interessar aos editores e muitos jornalistas não sabem como o processo científico se dá: estudos -pilotos seguidos de estudos aleatórios, cegos, etc. Se a mídia não publicar artigos de seguimento, acompanhamento de uma notícia médica, o público pode ser enganado. Um exemplo disto foi o relato da suposta associação entre ingestão de café e câncer pancreático. A compreensão do público foi ofuscada pela falta de seguimento. A mídia deu cobertura ao artigo que falava da associação mas não da pesquisa subsequente, que falhou em confirmar a associação.

ÁREAS QUE NÃO SÃO COBERTAS PELA MÍDIA

Até há pouco tempo, notícias médicas eram tipicamente escritas por repórteres não especializados. Embora hoje em dia já haja muitos repórteres especializados na área médica, muitos tópicos continuam a ser ignorados pela mídia. A explicação é que alguns jornalistas mantêm o foco em apenas algumas áreas, não de outras que não conseguem obter respostas as suas perguntas. Novamente a responsabilidade recai sobre a mídia e a comunidade médica. Semanalmente os repórteres da área médica são obrigados a ler artigos ou notícias de revistas médicas específicas. Esta obrigação pode desencorajá-los a perseguir uma área de pesquisa, um processo que envolve contactar cientistas, ler revistas mais especializa-

► das, etc. Algumas revistas médicas enviam notícias que são “embargadas”, ou sejam, só podem ser divulgadas após uma determinada data. Em parte para evitar o constrangimento dos médicos que recebiam a revista médica após a publicação da notícia na imprensa e eram confrontados com perguntas de seus pacientes sobre novidades que não tinham conhecimento. O outro argumento é dar tempo aos repórteres para pesquisarem sobre o tema e encorajar um relato mais preciso. Como jornalistas podem ser motivados a investigar áreas nas quais eles não têm conhecimento e como cientistas e médicos podem ser estimulados a compartilhar problemas nos quais eles são expertos? Tem-se dito que uma função dos profissionais da saúde pública é trabalhar com a mídia proativamente para evitar distorções, e tornar as notícias de saúde mais compreensíveis.

PRESSÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA FICAR QUIETO

Seria ingenuidade não reconhecer as muitas razões que os cientistas têm para não

falar com a imprensa. A natureza competitiva da ciência e a crescente interdependência com o mundo corporativo deixaram os cientistas temerosos de que se a mídia ou mesmo um colega tomar conhecimento da sua pesquisa prematuramente, a notícia pode afetar adversamente o investimento da empresa ou a resposta do mercado na bolsa de valores.

Num recente episódio, uma poderosa indústria farmacêutica ameaçou processar uma universidade americana se determinado estudo fosse publicado. Alguns membros da universidade abordaram um repórter de um influente jornal que publicou a matéria em primeira página. Um ano depois o artigo foi publicado. A indústria concordou com a publicação devido a intensa especulação na mídia sobre os achados e conclusões. Fica evidente que a indústria teria evitado a publicação se a mídia não tivesse se envolvido.

CONCLUSÕES

Examinando-se a cobertura da medicina pela mídia, verifica-se que o relato de notí-

cias médicas está longe do ideal. Médicos, cientistas e jornalistas dividem a responsabilidade pelo problema. Os jornalistas devem certificar-se de que o relato é preciso, os achados não são descritos de forma exagerada e os conflitos de interesse são informados. Os cientistas não devem ser citados fora do contexto e deve-se ter cuidado para explicar as implicações de suas pesquisas. É devido a experiências nas quais estas mínimas expectativas não foram satisfeitas que médicos e cientistas da saúde vêem os repórteres como seus piores inimigos. Frequentemente parece que a melhor atitude é não falar com a mídia. Entretanto, ignorar a mídia é negligenciar o profundo efeito que as notícias de saúde têm sobre os pacientes. Quando os jornalistas falham na precisão da informação, na identificação de conflitos de interesse, no seguimento de histórias e na cobertura de assuntos de saúde importantes, são os pacientes os que mais sofrem.

Dr. Miguel C. Riella (PR).



Tinha visto pela manhã, junto com a residente de reumatologia, um caso de paciente com um pseudotumor orbitário, responsivo a corticosteróide e que desenvolvera também quadro de polineuropatia periférica. Não havia evidência clara de uma doença sistêmica, que pudesse explicar os dois achados. Anotei em um papel: “pseudotumor órbita x neuropatia” – e pensei em olhar à noite na internet. Cabe aqui a observação de que não tenho acesso à rede durante a tarde quando estou no consultório. O motivo? Minha certeza de que ao invés de checar a pilha de artigos a ler, entraria *on-line* entre as consultas e ficaria “navegando”, com o resultado óbvio de no final ter juntado mais

alguns artigos à pilha original.

Chegando em casa, janto, brinco com a filha um pouco e depois que ela dorme, vamos ao computador lá por volta das 22 horas. Tiro do bolso o papelzinho de pesquisa, juntei com outros que já me esperavam. Mas primeiro, o ritual – checar os *e-mails* do dia: propagandas, rapidamente descartadas; antigos residentes querendo discutir casos; piadas - obrigatoriamente lidas na hora, e se boas forem, comunicadas imediatamente à esposa e “espalhadas” para parentes e amigos; uma mensagem sobre o livro que eu tenho que revisar e não revisei; outra sobre um artigo que devo analisar e não analisei; um *e-mail* assustador, sobre as aulas do congresso, que seriam só para daqui um mês e com as quais eu iria me preocupar no devido tempo, devem agora ser mandadas de antemão para os anais do congresso; e vários “e-tocs” - conteúdos de diversas revistas que saíram naquela semana. Leio os índices, em busca de artigos que me interessem, e como não tenho acesso na íntegra da maioria deles, anoto na minha lista de referências para serem pesquisadas e obtidas nos computadores da universidade; lista esta já com três meses de defasagem em artigos acumulados.

Acabo os *e-mails*, entro no navegador para ir ao *site* de pesquisa. A página de abertura é do meu provedor, repleta de coisas interessantíssimas: novidades da política que

não vi no jornal televisivo (pois estava brincando com minha filha, como posto anteriormente), fofocas, acontecimentos mundiais, lançamento de filmes, *trailers* de filmes, acontecimentos mundiais, fotos imperdíveis. Cada uma dessas chamadas merece uma conferida rápida.

Lembro dos filmes que vi recentemente, os quais ainda não foram conferidos no meu *site* preferido de crítica cinematográfica. Dou uma passadinha lá, e depois em outro *site* de cinema pra checar se as opiniões batem. Falando de opinião, tenho que checar o meu jornal favorito, pois há colunistas que não se pode deixar de consultar diariamente.

Vou então a Pubmed, digito os termos certos e listam-me cerca de 40 artigos com o que eu desejo; alguns realmente “nada a ver”, outros bastante interessantes. Leio os resumos, imprimo alguns, tento ver se consigo algum na íntegra, ponho alguns na lista pra checar na universidade.

Lembro de um outro *site* de pesquisa, digito os mesmos termos, aparecem alguns capítulos de livro sobre os temas, um bem amplo sobre pseudotumor orbital, que me dedico a ler mais a fundo.

Satisfeito, olho no relógio: meia-noite e quinze minutos. Nada como uma pesquisa rápida na internet...

Dr. Eduardo S. Paiva (PR).



Nunca tive problemas sérios com minhas publicações internacionais, desde a primeira no *British Journal of Clinical Pharmacology*, em 1979, sobre o temazepam. Após o concurso de professor titular na UFPR, em 1991, já com bem mais de uma centena, parei de contar de maneira cartorial, mas ainda foram muitas até o fim dos anos 90.

De lá para cá publico ocasionalmente algo de maior impacto, como um novo tratamento de esclerose múltipla, na *Acta Neurológica Scandinavica*, em 2005. Porém, tive problemas de embromação de vários tipos, em revistas de maior ou menor impacto. Existe política no campo científico, e é normal, pois os donos do poder se esforçam continuamente, investem tempo, verbas e salários, e não apreciam que se rompam as barreiras do “*establishment*”.

Quais as razões do domínio anglo-saxão na esfera científica internacional?

Um fator básico é que sua língua é a mundial. Uma interpretação histórica indica que a primeira razão do sucesso da língua inglesa é o fato de que o planeta está, na prática, sob influência predominante de ingleses e americanos desde que Sir Francis Drake e outros piratas começaram a aterrorizar os mares, há 4 séculos. A expansão marítima tinha uma base comercial e intelectual muito forte dentro das ilhas britânicas, muito prósperas desde a Idade Média, como atestado pela construção de 61 catedrais góticas e normandas, e pela emergência de Cambridge e Oxford como centros de saber, antes da descoberta da América, que refletiu a expansão ibérica.

Outro fator é lingüístico: o inglês tem estrutura simples, coloquial e musical. As línguas latinas parecem feitas para ópera e pessoas de alto saber; inglês é popular. Pelo menos em comparação com outras línguas indo-européias e com as do extremo oriente. Em recente viagem pude testemunhar como africanos de várias etnias, vindos de tribos nas savanas, interagem

perfeitamente em inglês, em um cenário de doença grave, com asiáticos, europeus e americanos. Não consigo imaginar o mesmo em alemão, russo, francês ou chinês.

Durante este longo predomínio “anglo” explodiu o conhecimento humano, inclusive nas ciências da saúde. Leonardo da Vinci, italiano radicado no sul da França, marca o fim da idade média e o renascimento, não só artístico. Desta época em diante a maioria do conhecimento médico e científico foi gerado na Europa do Norte. A mais antiga sociedade científica existente é a Royal Society, que deu origem à revista *Nature*. Foi fundada em 1660, em Londres. Lá também, em 1773, começou a mais antiga sociedade médica existente: “The Medical Society”. Outras foram surgindo, muitas pioneiras no mundo, como a *Physiological Society*, já puramente experimental e sub-especializada, em 1876. Nem se dava o nome de “British” ou “English”, eram únicas.

Do outro lado do Atlântico as coisas começaram antes, pararam durante e se reiniciaram após a guerra civil americana e o real estabelecimento do país. A *American Association for the Advancement of Science*, que deu origem à revista *Science*, foi fundada em 1848. A *American Medical Association* foi fundada em 1847, e os oftalmo-otologistas lançaram a revista da sua especialidade em 1876, seguido pelos dermatologistas em 1882. Só em 1883 foi lançado o *JAMA*, dos clínicos.

Antes das sociedades os médicos mais eminentes se comunicavam por cartas, muitas vezes levadas em mãos por pacientes que cruzavam o Atlântico ou o Canal da Mancha para ouvir outra opinião sobre suas doenças. Dom Pedro II, viajante notório, era cliente de Jean Martin Charcot, neurologista em Paris. Com o advento das sociedades médicas, seus periódicos acabaram gerando as revistas médicas como as temos até hoje, partindo de resenhas de casos clínicos que já existiam pouco antes. A distrofia muscular de Duchenne foi descrita em 1868, em francês, numa revista que já circulava havia

uma década. Porém, vários ingleses já haviam descrito a mesma doença 20 anos antes, entre eles Bell, Little, Meryon e Gowers, em revistas e livros.

Os europeus se comunicavam muito na virada do século XX. Em 1908 já era fundada *Epilepsia*, talvez a mais antiga revista de neurologia e psiquiatria, e um bom exemplo: editada a partir de Budapeste, os patronos eram um inglês, um holandês, um francês, um alemão e um suíço; tinha artigos em inglês, francês e alemão; precedeu em um ano a fundação da *International League Against Epilepsy*; foi interrompida pelas duas guerras; acabou dominada pela sociedade americana de epilepsia imediatamente após a segunda guerra, quando os americanos passaram a custear os eventos da sociedade e a publicação da revista.

Então, no início da era científica da Medicina, do meio para o fim do século XIX, as primeiras revistas e editoras de livros eram mais igualmente divididas entre os europeus, e americanos se desenvolviam independentemente. Após a primeira guerra, na Europa a supremacia estava passando do Império Austro-húngaro e da Europa central para os países nórdicos, incluindo o norte da França. Com a segunda guerra mundial os anglo-saxões deixaram todo o resto do mundo para trás. Trouxeram para a liderança do conhecimento escandinavos e holandeses, que saíram relativamente incólumes da guerra, com poderio financeiro e proximidade geográfica; suas línguas nativas eram tão restritas que nem tentaram torná-las mundiais. Passaram suas revistas para o inglês e pronto.

Temos hoje um primeiro mundo científico, anglo-saxão, com as revistas de ponta de ciência básica, como *Nature* (Londres, 1869) e *Science* (New York, 1880), e as revistas clínicas, como *Lancet* e *New England*, *British Medical Journal* e *Annals of Internal Medicine*. A segunda linha é

► ainda de revistas anglo-saxãs, mas entram as escandinavas. Franceses, alemães e italianos, até pela insistência em manter suas línguas, vêm num terceiro plano. A briga no primeiríssimo time é braba. Publicações significam o resultado de investimentos milionários em pesquisa realizada, e dão direito a verbas ainda maiores para pesquisa futura.

A expressão “publish or perish”, traduzida como “publique ou morra”, é típica americana. Acredito que sua origem esteja também após a Segunda Guerra, quando a explosão do conhecimento médico foi patrocinada pelo investimento através dos National Institutes of Health, localizados em Bethesda, arredores da capital americana. Dos anos 50 aos 80, foi dali que saíram ou a pesquisa original ou as verbas para pesquisa extra-mural. As verbas se tornaram dependentes de publicação com impacto apropriado ao tamanho da despesa. Quando entraram as pesquisas patrocinadas por companhias farmacêuticas, nos anos 80 e 90, os americanos aumentaram seu domínio, através da chancela do Federal Drug Administration. Quando uma nova droga é certificada para venda no mercado americano pelo FDA, o mundo aceita. Quando uma nova definição clínica aparece, precisa ter a chancela do Centers for Disease Control, o CDC.

Os ingleses entraram junto nesta nova fase, em parte. Grande parte dos grupos americanos, de origem multinacional, eram chefiados por ingleses ou americanos anglo-saxões. Estes só tinham a diferença de ter chegado lá 100 ou 200 anos antes.

Europeus, até mexicanos, tinham equivalentes dos NIH nos seus países, como o Medical Research Council na Grã-Bretanha, mas seu volume financeiro era muito menor. Criou-se outra expressão, o “american jargon”, ou jeito americano de publicar, sempre com centenas de pacientes provenientes de algum lugar obscuro como Montana ou Iowa; o mesmo palavreado, refletindo o protocolo formado entre autores, editores e “referees”, algo como juízes.

Quando se encaminha um artigo para qualquer revista das chamadas indexadas, o editor tem o poder de encaminhar para

avaliação por 2 ou 3 “referees” de sua escolha, que podem ser rivais ou partidários dos autores. Este é o sistema de “peer-review”, revisão por colegas, gente que entende do assunto, e, por definição, tem interesse na publicação mais rápida ou mais lenta daquele artigo. Em geral o sistema é honesto, não há bloqueio, mas há embromação e influência. Tanto que os clonadores coreanos furaram o filtro e deu no que deu, da mesma maneira que os Vioxx e as nifedipinas da vida, entre tantos outros erros dos quais americanos têm tido que se retratar.

O sistema europeu do norte, incluindo até australianos, foi mais honesto. O interesse diretamente financeiro, seja de verbas ou mercadológico, era menor. No sistema inglês sempre pesou a tradição científica da Royal Society. A honra máxima para um pesquisador é ser eleito “Fellow of the Royal Society” e o critério inclui ausência de interesse financeiro. O pensamento científico está no âmago da educação britânica. Outra diferença está no fato de que a Medicina européia do norte é socializada. Os médicos ganham salários fixos no fim do mês, e o lucro com pacientes, pesquisa e publicações, é institucional. Americanos levam para casa o dinheiro. Europeus do norte levam o mérito. O dinheiro fica no departamento. É impensável mexer no que é da instituição.

Foi nos anos 80 que apareceram os grandes estudos epidemiológicos, que deram origem a muitas normas clínicas atuais, como as de controle de pressão arterial. Estes grandes projetos são mais fáceis em comunidades onde pacientes vão sempre ao mesmo clínico de bairro, ao mesmo hospital regional ou ao mesmo centro nacional de excelência. E não ao que melhor se apresenta mercadologicamente, como acontece na medicina capitalista.

Os americanos se ressentiram muito dos avanços epidemiológicos europeus e australianos, e ficaram décadas pressionando pela manutenção dos achados dos seus estudos, como os de Framingham. As normas atuais de pressão arterial e risco de doença vascular já são conhecidas de europeus do norte e de australianos há mais de 15 anos. Porém, só furaram a embromação americana, só obtiveram a chancela do NIH, FDA e CDC, há 3 anos. Assim, os americanos venderam metil-dopa e nifedipina mais 10 anos,

enquanto que em 1980 já se sabia que beta-bloqueadores prolongavam a vida de recém-infartados.

Os beta-bloqueadores deram um nó na cardiologia americana de duas décadas, e, por conseqüência, na brasileira. Foi muito recentemente que saiu de moda a idéia de que beta-bloqueadores são contra-indicados em insuficiência cardíaca e prejudicam fluxo sanguíneo renal. Ocorreu uma mudança conceitual que atingiu grande parte da cardiologia, nefrologia e medicina interna, e o “mundo” demorou duas décadas e meia para perceber, pela embromação científico-mercadológica americana, o “American jargon”. Na epilepsia até hoje persiste o uso excessivo de fenitoína, em detrimento de drogas européias como oxycarbamazepina e lamotrigina.

Creio que esta é a diferença entre a imprensa médica americana e inglesa. Americanos tem o poder, com maior reflexo mercadológico, financeiro e de lucro pessoal. Publicações inglesas, que representam a Europa do norte, são mais epidemiológicas e de ciência de ponta, menos por obrigação de sobrevivência financeira, menos por lucro pessoal. Mais por mérito.

Não há jeito, é necessário acompanhar os dois tipos. E tomar muito cuidado com conceitos como os da medicina baseada em evidências, pois as evidências que convencem o FDA e CDC custam muitos milhões, que não estão disponíveis para condutas para as quais os direitos de produção já expiraram.

Dr. Paulo Rogério Mudrovitsch de Bittencourt (PR).



Instantes

Se eu pudesse viver novamente a minha vida,
na próxima trataria de cometer mais erros.
Não tentaria ser tão perfeito, relaxaria mais.
Seria mais tolo ainda do que tenho sido,
na verdade bem poucas coisas levaria a sério.
Seria menos ingênuo.
Correria mais riscos, viajaria mais,
contemplaria mais entardeceres,
subiria mais montanhas, nadaria mais rios.
Iria a mais lugares onde nunca fui,
tomaria mais sorvete e menos lentilha,
teria mais problemas reais e
menos problemas imaginários.
Eu fui uma dessas pessoas que viveu sensata e
produtivamente cada minuto da sua vida;
claro que tive momentos de alegria.
Mas, se pudesse voltar a viver,
trataria somente de ter bons momentos.
Porque, se não sabem, disso é feita a vida,
só de momentos; não percas o agora.
Eu era um desses que nunca ia a parte alguma sem um
termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda-chuva e um pára-quedas;
se voltasse a viver, começaria a andar descalço
no começo da primavera e continuaria assim até o fim do outono.
Daria mais voltas na minha rua,
contemplaria mais amanheceres
E brincaria com mais crianças,
se tivesse outra vez uma vida pela frente.
Mas, já viram, tenho 85 anos e sei que estou morrendo.



Esquecer, para Pensar!

O poema acima é prescrito a pacientes com freqüência. Por que médicos o fazem? Porque é comum pacientes se apresentarem no consultório estressados por levarem uma vida sem vazios existenciais. E o poema tenta trazer o valetudinário para um ritmo mais lento e é um alerta a uma vida inaproveitada. Será? A grande ironia é que não se aplica à maioria das pessoas, que são devagar, quase parando. Quem não tem parada o acha lindo. Quem passa a vida em branca nuvem o utiliza para justificar sua vagagem. Uns e outros o acham uma beleza, por que é de auto-ajuda, e o fato de estar associado a um gênio da literatura, o argentino Jorge Luiz Borges, falecido na Suíça em 1986, e considerado um dos maiores escritores do século passado, lhe dá uma aura de preciosidade. Nem é um grande poema, nem é de Borges, nem se aplica à maioria das gentes. Como não é de Borges se você já o viu por aí impresso nas paredes da vida com seu nome? É desses mistérios como os que cada vez mais se vê na internet. Textos apócrifos.

Alguém escreve e nomina outra autoria. Geralmente de alguém famoso de quem gosta, e que gostaria de ser e, portanto,

espalha seu próprio texto com uma falsa autoria. A ser lido por uma multidão. Todos os grandes autores sofrem, ou sofreram, com isso. E Borges não poderia ser exceção. Para isso existem os autenticadores. No caso, a própria Maria Kodama, inicialmente secretária, depois esposa do autor que diz muito a nós médicos, já que entre outros escreveu, esse sim, um conto genial chamado Funes, o memorioso.

Nesse conto descrevia a história de um rapaz uruguaio que, depois de um acidente, ficou com uma memória prodigiosa. Tão perfeita que podia lembrar qualquer detalhe de um dia inteiro. Isto é, conseguia reconstituir na sua inteireza o dia todo. Resultado: não lhe restava tempo suficiente para pensar.

Para pensar é necessário poder esquecer, só assim se generaliza. Ou seja, Funes é uma personagem literária que não poderia existir na vida real. É uma personagem magnífica, mas falsa. O que é coisa de gênio.

Ah, de quem é o poema? De uma escritora americana de auto-ajuda, de quem não lembro o nome. Mas não tem importância. Também necessito esquecer, para pensar! 🗨

Roteiro

Parar. Parar não paro.
Esquecer. Esquecer não esqueço
Se caráter custa caro
pago o preço.

Pago embora seja raro.
Mas o homem não tem avesso
e o peso da pedra em comparo
à força do arremesso.

Um rio, só se for claro.
Correr, sim, mas sem tropeço.
Mas se tropeçar não paro
- não paro nem mereço.

E que ninguém me dê amparo
nem me pergunte se padeço.
Não sou nem serei avaro
- se caráter custa caro
pago o preço.

SIDÔNIO MURALHA

Lisboa, 29 de julho de 1920

Curitiba, 8 de dezembro de 1982

Radiografando a Poesia

Sidónio Muralha, o Poeta da Condição Humana, é da primeira estirpe intelectual de Portugal. Um lisboeta ilustre cujo invulgar amor cívico fez com que o Brasil – especialmente Curitiba – fossem brindados com sua presença física e intelectual. Generoso, impulsivo, possuidor de imensa ternura humana calcada no amor cívico e na exigência de Justiça, fez-se porta-voz dos humilhados e ofendidos, missão que dele exigiu coragem, perspicácia e altruísmo. Tinha em uma das mãos a poesia e noutra o sonho de uma vida solidária e construtiva a todos disponível.

Muralha foi um desassombrado que marcou passagem – como “um dardo que eu mesmo lancei”-, seja no lirismo seja na adversidade política que enfrentou, na breve porém profícua existência. A autodefinição é exemplar:

“A minha poesia é uma árvore cheia de frutos / que um sol de tragédia emadurece:/ mas eu não os arranco nem procuro:/ - o meu sol de tragédia aquece, aquece,/ e o fruto cai maduro / no chão de minha vida”.

A liberdade de expressão tão almejada e tão fortemente roubada pelo sistema ditatorial em Portugal, levou-o a outras plagas – então Congo Belga, Guiné Bissau, Bruxelas, Dakar, Londres, Paris e por fim Brasil, em São Paulo, onde fundou a 1ª editora brasileira dedicada exclusivamente à produção de poesia para as crianças. À Giroflé se deve a publicação de *Os Olhos das Crianças*, essas mesmas que ele identificava como as auroras do amanhã:

“Atrás dos muros altos com garrafas partidas / bem para trás das grades do silêncio imposto / as crianças de olhos de espanto e de medo transidas / o que pedem é que gritemos por elas / as crianças sem livros, sem ternura, sem janelas / as crianças dos versos que são como pedradas”.

Após a morte do poeta, a viúva dele, Dra. Helen Butler Muralha, cria a Fundação Sidónio Muralha em Curitiba, hoje já com 25 anos de existência, afirmando-se como centro cultural educativo e filosófico, promotor de seminários sobre educação, literatura e filosofia, em especial os Cursos de Especialização em Filosofia para Crianças, em parcerias com segmentos organizados da sociedade.

Fundamentada no amor e no diálogo fraternal, a filosofia muralhista compõe-se com a verve poética, definida, cristalina, inquebrantável. Rija, porém cheia de ternura:

“Se os seres não dialogassem com um vidro entre eles / se cada diálogo não fosse dois monólogos / uma consciência unitária romperia a crisálida / e o ângulo de visão abrangeria o universo”.

Alzeli Bassetti (PR)

SIDÔNIO

Tinha o olhar severo. No fundo deles imagens concretas, embora também fosse poeta. Nada de enredar-se, omitir-se, derrubar-se. Esgrimia os donos-do-mundo com cálculo bem-feito e verbo perfeito. Agrupados com o nexos que superava a si mesmo.

Sim, tinha o olhar severo. Também as idéias eram escarpadas, apontando o prumo da justiça, ansiando por uma vida tão igualitária quanto é a morte.

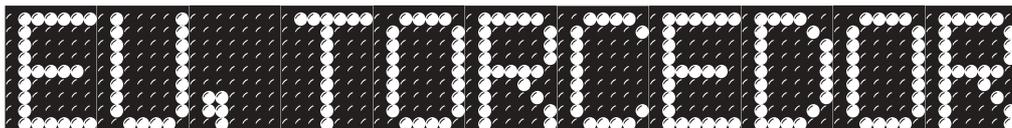
Quis a vida que, como médico, cruzasse esse olhar severo. Quando o aconselhamento sugeriu a omissão de um de seus prazeres, o olhar abrandou-se, a firmeza não:

— Doutor, sou de um tempo que, em Paris, se entrasse num bistrô e pedisse um copo d'água para acompanhar a refeição, seria enxotado sem piedade. Não posso atendê-lo nesse quesito. O demais farei.

Morreu como viveu, com o olhar severo de quem contempla, sem contemplação. À socapa, dulcíssimo.

Deleite-se com a poesia de quem sabia que tudo tem custo, principalmente o caráter. E nunca regateou o preço.

O ano dois mil já passou, meu caro Sidónio, e dei um beijo nele por ti.



*“E isto lembra uma tristeza
E a lembrança é que entristece,
Dou à saudade a riqueza
De emoção que a hora tece.”*

Primero de julho e o jogo acabou. Também estou acabado. Por isso, tenho que elaborar a derrota. E não estou conseguindo. Como não sou de beber, escrevo. E lhe peço escusas, caro leitor, mas não quero me servir de você, apenas espero que me acompanhe nesta digressão.

Ganhos e perdas foram constantes na minha vida. Aliás, como na de qualquer pessoa. Mas sempre diante de qualquer perda me perguntava: tá bom, meu mundo caiu, o que vou ganhar com isso? Essa forma de lidar com as coisas, sempre me ajudou a superar dificuldades. E me deu serenidade para relativizar perdas. Para extrair lições das dificuldades, sejam pessoais ou coletivas, para me ajudar a superar frustrações. Outrossim, sei que tenho limitações, mas também sei que nossos alcances são indefinidos, por isso é necessário ousar criativamente e com muito disciplina. Esse sempre foi meu caminho. Desta forma superei muitas de minhas precariedades. Claro que continuo tendo outras. Não se esgotam. Mas não me assustam, faço delas meus alvos de superação. E sei que necessito da colaboração de muitos outros para poder evoluir. Agora, nas derrotas, sempre caí de pé, orgulhosamente. Ferido, mas digno. E não se diga que falar de coisas pessoais seja mais fácil. Não. Quase sempre procuramos desculpas, escamotear nossas deficiências ou projetá-las nos outros. Consciente disso, estou à vontade para comentar essa grande perda.

Vejam, no plano pessoal sei do que sou capaz para fazer um diagnóstico, sem me fugir a razão de que seja sempre probabilístico. Sei lidar com uma platéia, sem me arrojar a pretensão de nunca entrar em saia justa. Ou seja, sei claramente o

que posso fazer, não fujo aos desafios e tenho ciência de que para meus critérios de exigência pessoal nunca alcancei a excelência pretendida. Mas sempre fui lutador, e alcancei sempre um mínimo desejável.

Ao conhecer meus limites sempre estabeleci a estratégia concernente. Adotava a tática que me parecia mais eficaz, tendo a certeza de que a única coisa que nunca faltaria seria esforço pessoal e solidariedade com os meus. Talento, se existisse, ficaria para o acaso, para o imponderável.

Daí minha frustração com o jogo acabado e perdido. Perder sim, é do jogo, mas com a dignidade do lutador que nunca desiste. Que chega junto até o fim. Que nunca dá vezo à apatia. Vemos, às vezes, equipes limitadas alcançando vitórias e dizemos: falta-lhes talento. E daí? Venceram, se superaram. Um Kleberson, em 2002, não era limitado em face dos demais? Claro que sim. Felipão soube extrair dele o necessário. E acabou parecendo ser melhor do que era: num conjunto de jogadores mais técnicos, teve o essencial que é a alma. O espírito do vencedor. Isso é que faz a verdadeira diferença.

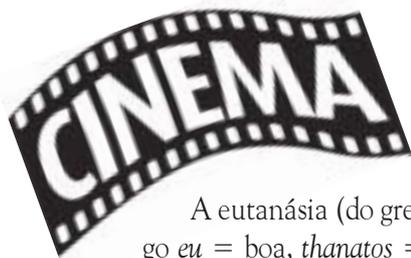
Para meu temperamento sou mais a racionalidade e serenidade do Parreira do que a erupção emotiva do Felipão. Conseguiria ser o primeiro e não o segundo. Mas, neste momento de desilusão, às 19h do dia 1.º, e sem mudar uma linha nos próximos dias, qualquer que seja o resultado dos próximos jogos, consigo ver com toda clareza quem é o mais eficaz. É o vulcânico. O que jamais permitiria a indiferença em face do domínio francês. E deixo claro que se fosse construir um modelo de treinador o faria com a serenidade e racionalidade do Parreira e com a impetuosidade e emocionalidade do Felipão. Procuraria o equilíbrio. Perder, tudo bem; mas sem cabisbaixo. Derrotado moralmente. Como se diz, jamais sair à francesa. Fomos nós que saímos.

Em 54 não ouvi a Copa pelo rádio. Em 58 e 62 sim, e vibrei muito. Foi minha formação futebolística. Cunhei minhas referências. Em 66 não deu para sofrer, não

demos pro começo, culpa da desorganização. Em 70, cheguei à Europa logo depois da Copa, peito estufado, e muito badalado pelos amigos que encontrei. Todos maravilhados com nossa Seleção. Em 74, a Holanda com seu futebol surpreendente, ajudou-me a elaborar a perda. Em 78, “campeões morais”, estava tudo armado pelo regime militar argentino. O escândalo me apaziguou. Sofri muito em 82, 86 e 90, mas não escreveria o que estou escrevendo depois dessas derrotas. Houve dignidade nas derrotas. Em 94 vibrei muito, apesar do espetáculo limitado, mas havia disciplina, garra e a genialidade do Romário. Em 98, o episódio Ronaldinho, qualquer que tenha sido, ajudou-me a dar a volta por cima. Em 2002, mesmo sozinho, foi catártico. Hoje, 19h08 do 1.º de julho, estou desolado e com dificuldade de digerir este nó na garganta.

Sei que este artigo sairá daqui alguns meses, defasado no tempo, inoportuno, depois de todas as análises de especialistas. Mas queria deixar registrado no calor da decepção algo que já vi ocorrer várias vezes no *front* da medicina. Colegas que são verdadeiros gênios intelectuais não darem certo. Sabem por quê? Porque não conseguem fazer o arroz-com-feijão no dia-a-dia. São abúlicos com a rotina, só querem participar de grande lances, vale dizer, de grande diagnósticos e inusitadas empreitadas terapêuticas. E não se encontram. O futebol também é assim. Uma rotina bem-feita tem mais valor; sem excluir o talento. É nisso que eu quero que acredite, caro leitor. Só o esforço continuado redime. Em qualquer profissão. Sem que se exclua a oportunidade para o inusitado, para a invenção, para a alegria.

Obrigado por participar de minha tristeza às 19h20 do 1.º de julho. Mas, acredite, já estou me sentindo melhor. Refeito, em parte. Graças a você. O que demonstra duas coisas: primeiro, que uns precisamos dos outros; segundo, que espírito é fundamental. ●



Mar Adentro

A eutanásia (do grego *eu* = boa, *thanatos* = morte) é assunto controverso desde a Antigüidade, época em que os grandes pensadores travavam fervorosos debates sobre o tema. Prova disso é a passagem “A ninguém darei por comprazer, nem remédio mortal e nem um conselho que induza a perda”, a qual consta no juramento de Hipócrates. Ao longo dos anos, o assunto certamente não deixou de ser discutido incontáveis vezes pelas mais variadas estirpes de pessoas: de médicos, filósofos e advogados a leigos e enfermos.

“Mar Adentro” (2004), do diretor chileno-espanhol Alejandro Amenábar – o mesmo de “Os Outros” (2001) e “Preso na Escuridão” (1997) –, trata justamente deste complicado dilema que é a prática da eutanásia. O filme descreve a verídica trajetória do espanhol Ramón Sampedro (personagem vivido por Javier Bardem) em sua luta incansável pelo direito de “morrer dignamente”.

Ramón era um jovem aventureiro que, aos 20 anos, já havia conhecido o mundo viajando como marinheiro. Ironicamente, foi também no mar que, após um mergulho em água rasa, tornou-se tetraplégico (“o mar me deu vida e depois a tomou”). A partir de então, Ramón passa a encarar a morte como única saída para o fim de seu sofrimento. Preso a uma cama, conta com o suporte e auxílio constante de sua família. Entretanto, nem todos apóiam a sua decisão,

fato que ilustra a delicadeza do tema. Esta divergência de opiniões atinge o clímax na feroz discussão entre Ramón e seu irmão mais velho. A desaprovação da Igreja Católica é evidenciada pela figura do também tetraplégico Padre Francisco de Gáldar que, coincidentemente ou não, torna-se uma figura execrável apesar de sua breve aparição.

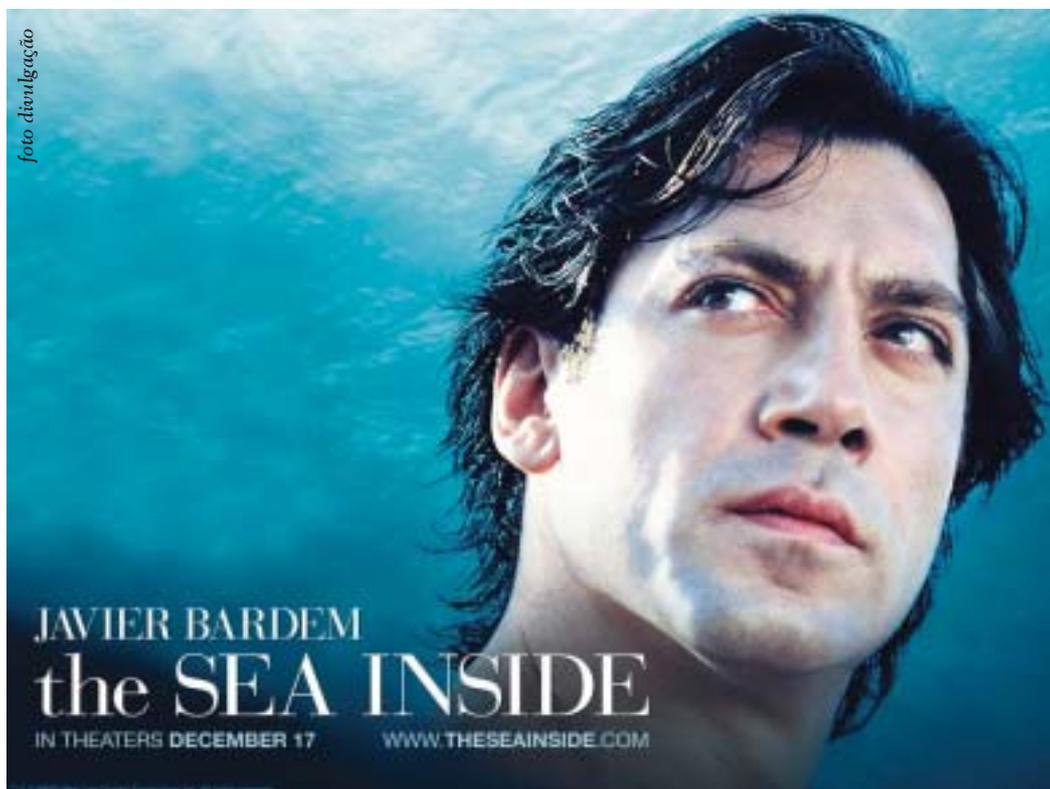
Ramón é um homem que chora rindo, escreve poesias com geringonças de sua autoria, voa para onde sua imaginação o leva, sonha acordado, mas nunca perde a lucidez e coerência em suas argumentações quando defende sua escolha pela morte. Nesta luta, Ramón conta também com o apoio de uma organização não-governamental e com a advogada Júlia, que se identifica com o caso pelo fato de ser portadora de uma doença progressivamente incapacitante chamada Cadasil (acrônimo em inglês para Arteropatía Cerebral Autossômica Dominante com Infartos Subcorticais e Leucoence-

falopatia). Com Júlia, Ramón partilha cigarros, discute suas trágicas vidas, publica seu livro de poesias e chega a trocar seu primeiro beijo ao longo dos 28 anos desde o seu acidente. Outra mulher de fundamental importância no enredo é Rosa, mãe solteira de dois filhos que, curiosamente, encontra em Ramón um significado para viver.

A burocracia judicial (“de um estado que se diz laico”) também é explicitamente questionada na cena que representa o julgamento de Ramón e em seu testamento: “Senhores juízes, negar a propriedade privada de nosso próprio ser é a maior das mentiras culturais”.

“Mar Adentro” é um filme que, apesar de posicionar-se a favor da eutanásia ao bater na idéia de que “viver é um direito e não uma obrigação”, acende uma reflexão e discussão bastante profundas e questionadoras acerca do tema. Vale a pena conferir.

Dr. Guilherme Gadens (PR).





Paixão a

Nosso Paixão é um apaixonado pelo *Le Penseur*. À maneira de Rodin, só no Iátrico já produziu dois. Por que à la Rodin? Porque embora *O Pensador* que ilustra a página seja o mais famoso (verdadeiro ícone da escultura universal tanto que qualquer turista ao visitar Paris quer logo comprar uma réplica em miniatura), o grande escultor francês só na inacabada porta do



“Gibiru Lamentador”,
de Luiz Gagliastri (PR).

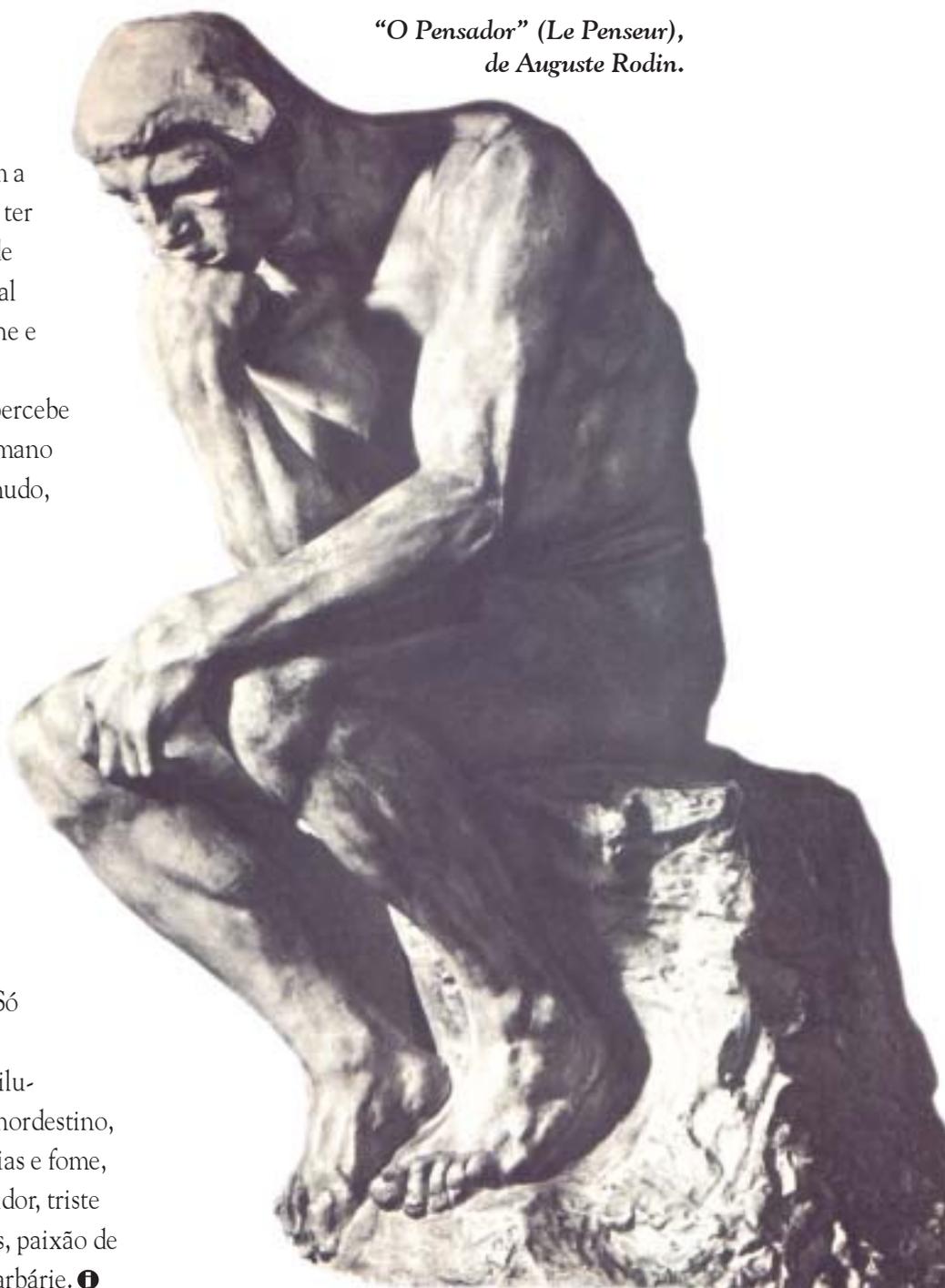
inferno, baseada no inferno de Dante, lavrou vários. Rodin era assim, um obsessivo. Embora não lhe faltasse um variado repertório de idéias, formas e temas, quando obcecado com uma, produzia protótipos e esculpia alguns com pequenas variações, o que demonstrava sua permanente insatisfação com o que criava. Tanto melhor para nós, a exaustão de seu perfeccionismo gerou algumas obras-primas. Mas não pense o caro leitor que seu gênio tenha sido reconhecido precocemente. Muito ao contrário. Expôs algumas vezes sem a menor repercussão e, para variar, com críticas acerbas. Mas tinha a perseverança dos imprescindíveis. Na sua solidão — ficou anos encafuado — treinava e aperfeiçoava sua

força natural. Portanto, o lirismo sensual de *O Beijo* ou a intensidade trágica de *Os Burgueses de Calais* levaram tempo para vir à luz. Embora dominasse suas referências, era cegado pela originalidade. E era lento, o que reduzia sua produção (o leitor deste espaço já sabe que só o que é lento perdura). Mas sua lentidão era calculada. Permitiu torná-lo um mestre nas superfícies anatômicas. E isso não sobejava, queria dar um espírito a suas esculturas. E conseguiu. A mestria de suas reentrâncias, com extensão e profundidade peculiares, permitiu-o expressar a *sensação de movimento*. Essa sua revolução. O espírito de suas esculturas nos vem da sensação de movimento.

Não tinha medo de suas verdades. Assumiu-as com a paixão que detona a vocação criadora, mas sem perder o sentido das proporções. O resultado está lá no Musée Rodin: um espectro de saliências e reentrâncias que vai do desespero quieto ao vendaval de desejos. Quer um exemplo? Quando faz um nu é sempre uma nudez desamparada, absoluta, e única. Alia à paixão e à proporção o senso de responsabilidade autoral. Não faz o que os outros fazem, registra a sua marca, sempre uma digital criativa e singular. Por isso, produziu uma obra fundamental: a que cresce sempre, feito um bosque. Daí ser a paixão de tantos

Le Artista

“O Pensador” (*Le Penseur*),
de Auguste Rodin.



artistas.

Todo verdadeiro artista prima pela originalidade. Foi o que fez nosso Paixão, e também o que fez nosso escultor Luiz Gagliastri. Olhem a escultura à esquerda e abaixo. Penso ter sido seu primeiro “pensador”. Uma de suas primeiras peças. O artista original esculpe sua terra, sua gente com carne e osso, mesmo que forjada no ferro. O pensador de Rodin é o homem que percebe o horror e a beleza do espetáculo humano por que pensa. Embora abstraído e mudo, está pleno de visões e pensamentos. Grávido de possibilidades. O corpo inteiro se faz cérebro, este mente, porque está em ação. O pensador de Gagliastri não pensa, se lamenta. O corpo não se concentra, se desfaz; não tem músculos, é permeável à ruína; as mãos não sustentam o peso das idéias, clamam sua falta. As lágrimas são pregos que espetam nossa sensibilidade e se perdem sem regar o terreno porque não há seara. Só há desespero, sem esperança.

Um pensador é francês, regado a iluminismo, todos o querem; o outro é nordestino, seco no horror da esterilidade de idéias e fome, todos o rejeitam. Um gabiru lamentador, triste imagem de nossa desatenção. Ambos, paixão de artistas, que revelam o sublime e a barbárie. ❶



A PROVA DO JOÃOZINHO

Filho de médico, diligente e aplicado, Joãozinho era daqueles estudantes que, a um só tempo, suscitam respeito e inveja. Mas cá entre nós, era muito chato também.

Deu-se que enfiou uma coisa na cabeça e começou a perseguir a professora.

— Você de novo Joãozinho, qual o problema?

— É que sou muito inteligente para estar no primeiro ano. Minha irmã está no terceiro e não sabe nem um pouco do que eu sei. Quero ir para o terceiro também!

A professora no íntimo sabia que não ia conseguir ser dissuasória e mandou-o à diretoria. Enquanto o Joãozinho esperava na ante-sala, a “profe” explica a situação ao diretor. Este, não se fez de rogado, e do alto de sua onipotência diz-lhe:

— Deixa comigo! Vou aplicar um

teste no garoto, e como não vai responder a todas as questões, vai mesmo é ficar no primeiro ano.

Professora de acordo, chama Joãozinho, cujo pai também já fora terror de turma, e explica-lhe que vai passar por uma prova oral. Terá que responder a todas as perguntas, se for bem-sucedido...

O garoto aceitou, e o diretor começou pegando leve:

— Quanto é três vezes três?

— Nove.

— E seis vezes seis?

— Trinta e seis.

O diretor continua oferecendo questões pertinentes a um aluno do 3º ano e o danado do menino impecavelmente a todas responde. O diretor, visivelmente aturdido com tantas respostas irretorquíveis, diz à professora:

— Penso não haver outro jeito, temos que colocá-lo no terceiro.

A mestre que o achava purgante não se deu por vencida e pediu para também argüi-lo! Diretor e Little John assentaram e ela veio com tudo. Inconformada com as respostas normais partiu para a abstração e perguntou:

— O que é que a vaca tem quatro e eu só tenho duas?

Joãozinho pensa e num átimo responde:

— Pernas.

— E o que há nas suas calças que não

há nas minhas?

O diretor arregala os olhos mas não tem tempo de interromper.

— Bolsos, professora.

— O que é que entra na frente na mulher e só pode entrar atrás no homem?

Estupefato com os questionamentos o diretor prende a respiração e antes que respire...

— A letra “M”, responde o guri.

A argüição continuava:

— Onde é que a mulher tem o cabelo mais enroladinho?

— Na África, responde o garoto de primeira.

— Qual o monossílabo tônico que começa com a letra C, e termina com a letra U, ora está sujo, ora está limpo?

O diretor está suando frio.

— O céu, professora.

— O que é que começa com C, tem duas letras, um buraco no meio e eu já dei para várias pessoas?

— CD, responde o travesso.

Não mais se contendo, o diretor interrompe a prova oral, respira aliviado e diz para professora:

— P.Q.P, vamos pôr esse moleque como diretor. Eu mesmo errei todas.

Moral: Quem pensa fixo pode perder o siso.

J.M. e A.T. (PR).

A semente da verdade pode demorar a florescer, mas no fim floresce, aconteça o que acontecer.

Gregório Marañón (1887-1960), médico e escritor espanhol, escreveu sozinho o Manual de Diagnóstico Etiológico, um clássico.



PRODUZIR BONS MÉDICOS

O exercício da medicina realizado na sua dimensão maior apóia-se em dois pilares: o conhecimento científico e o humanismo. Este conceito, aparentemente óbvio, explica porque o bom médico não é aquele apenas dotado de ilustração técnica, mas, também, aquele que tem compaixão e estabelece relações humanas profundas, aquele que se posta ao lado do seu paciente, como leal companheiro de viagem.

Com toda intolerância que prevalece na nossa sociedade, incapaz de aceitar até os fatos médicos inexoráveis, como a decadência física pela idade e as doenças ou a morte incontornáveis, com todo ambiente indigente no qual atua um sem-número de médicos brasileiros e com todas as imperfeições da natureza humana, que atinge inclusive os médicos, é ainda possível produzir bons médicos? Tenho certeza que sim.

Michelangelo dizia que cada bloco de mármore bruto esconde uma figura esculpida, pronta para ser liberada com um pouco de trabalho e talento. Essa é a função dos educadores médicos. Descobrir nos blocos amorfos os pequeninos Davis e Pietás dotados não apenas de conhecimento para curar, mas principalmente, de sentimentos humanísticos genuínos que irão reconfortar. E moldar nos blocos amorfos cidadãos que, além de amenizar o sofrimento, sejam capazes de influenciar suas comunidades, modificando o cotidiano das pessoas, transformando a sociedade e ajudando a desenhar um novo país.

Dr. Miguel Srougi (SP).

jaculatórias

Jatos de idéias médicas para refletir e criticar

- ❶ **Disse Nelson Algren: “Não vá para a cama com quem tem mais problemas do que você”. Digo eu: Vão faltar parceiros!**
- ❷ **Humilhados pelas leis biológicas que nos reduzem a um agregado de bases, nos consolamos na imortalidade.**
 - ❶ **Fale dos que lhe abrem as portas da percepção. Aos que fecham, ignore-os.**
- ❸ **Os tempos são de grosseria e deboche. Não caia nessa esparrela. Nós, médicos, sempre fomos agentes da cortesia e da delicadeza, sem perder a firmeza.**
- ❹ **Saiba fazer para fazer saber e mandar. Sem perder a graça.**
 - ❶ **Não lamente os erros. Aprenda com os mesmos. São a matéria-prima de sua própria autolapidação.**
 - ❶ **Não se lamente. Vire-se.**
 - ❶ **Nunca se ache bom o bastante. Continue melhorando. Com satisfação.**
 - ❶ **Não seja novidadeiro. Procure as provas.**
 - ❶ **Você conhece seus limites? Isso é muito bom! Agora expanda-os. Nunca conhecemos nosso alcance.**
 - ❶ **Mantenha seus desejos, porque necessários, mas controle-os. A realidade será mais estável.**
- ❺ **Faça de sua precariedade o estímulo para seu aperfeiçoamento.**
- ❻ **Você anda com relacionamentos complicados? Pelo menos aprenda com os mesmos. Lembre-se da advertência de Sócrates: Aquele que tiver uma boa mulher será um homem feliz; aquele que não a tiver será um filósofo.**
- ❼ **Compare-se com os melhores. Devem ser sua referência. Mas nunca esqueça que sua (deles) escalada foi árdua. Sem competência ninguém se sustenta. Na flauta, só músicos, e com talento!**



PÉROLAS DA CARDIOLOGIA

❶ O escore de Framingham avalia a influência de fatores de risco qualitativos (tabagismo e presença ou não de diabetes) e quantitativos (níveis de pressão arterial, colesterol e HDL colesterol) na determinação do risco de infarto do miocárdio, morte coronariana e angina de peito em 10 anos.

❷ A aterosclerose é uma doença inflamatória de baixa atividade quando comparada à doença do colágeno. Contudo, quanto maior essa “discreta” atividade, maior será o risco de evento coronário. A determinação da PCR (proteína C reativa) de alta sensibilidade pode ser útil para melhorar a estratificação clínica dada pelos escores de Framingham em indivíduos com risco intermediário (10 a 20% em dez anos de eventos cardiovasculares). Índices acima de 3 mg/l indicam aumento de risco relativo de 2 a 2,5 vezes quando comparados a indivíduos com valores < 1 mg/l.

❸ O diagnóstico da síndrome metabólica é feito pela presença de pelo menos três dos cinco critérios a seguir (NCEP ATP III – National Cholesterol Education Programme Adult Treatment Panel III): obesidade abdominal (cintura > 102 cm para homens e 88 cm para mulheres); triglicerídeos \geq 150 mg/dl; HDL-C < 40 mg/dl para homens e < 50 mg/dl para mulheres; pressão arterial \geq 130/85 mmHg; glicemia \geq 110 mg/dl.

❹ Em adultos, a pressão sistólica é definida como o aparecimento do primeiro som regular (fase I de Korotkoff) seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação (manguito). A pressão diastólica é determinada no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff).

❺ Os dados epidemiológicos demonstram uma relação positiva entre a ingestão de

sódio e os níveis de pressão arterial. A orientação das diretrizes de tratamento da hipertensão arterial quanto ao consumo diário de sal é em torno de 100 mmol. A cada redução de 40 mEq/dia de sódio há uma redução média de 4 mmHg na pressão sistólica.

❻ A hipertensão arterial acomete cerca de 22 a 44% da população adulta brasileira. De acordo com a etiologia, mais de 90% dos pacientes hipertensos são considerados como portadores de hipertensão arterial sistêmica primária, essencial ou idiopática. Em cerca de 10% dos pacientes ocorre a Hipertensão arterial sistêmica secundária a outras doenças que são responsáveis pela sua gênese.

❼ Indícios clínicos de hipertensão arterial sistêmica secundária: início da HAS antes dos 30 anos ou após os 50 anos; HAS refratária à terapêutica otimizada; tríade do feocromocitoma: palpitações, sudorese e cefaléia de aparecimento concomitante e em crises; fácies e/ou biótipo de doença que cursa com HAS: doença renal, hipertireoidismo, acromegalia, síndrome de Cushing; presença de sopros abdominais; assimetria de pulsos; aumento da creatinina sérica; hipopotassemia espontânea (< 3 mEq/l); exame de urina anormal (hematúria ou proteinúria).

❽ A insuficiência cardíaca considerada hoje como uma síndrome clínica complexa, constitui o principal problema cardiovascular de saúde pública. Há no Brasil cerca de 2 milhões de pacientes com ICC e a cada ano 240 mil novos casos são diagnosticados. Para tratá-la é fundamental o diagnóstico etiológico (coronariopatia, HAS, valvopatia, miocardiopatias, taqui e bradiarritmias) assim como o diagnóstico funcional (Sistólica - 60 a 80% dos casos; ocorre por sobrecarga de volume acarretando dilatação excêntrica do ventrículo esquerdo e redução da fração de ejeção. Diastólica - 20 a 40% dos casos; ocorre por sobrecarga de pressão acarretando alteração do relaxamento, redução da elasticidade e aumento da rigidez do ventrículo esquerdo,

mantendo preservada a área cardíaca e a fração de ejeção).

❾ A estenose aórtica prevalente no homem acima de 50 anos tem como etiologia mais freqüente a valva aórtica bicúspide (50%). A tríade clássica prognóstica é indicativa de tratamento cirúrgico: síncope (taxa de sobrevida 50% em 3 anos); angina pectoris (taxa de sobrevida 50% em 5 anos); insuficiência cardíaca congestiva (taxa de sobrevida 50% em 2 anos).

❿ A insuficiência aórtica é a valvopatia com maior número de sinais semiológicos periféricos: pressão arterial divergente (PAS aumentada e PAD normal/baixa); pulso: amplo de ascensão rápida; Sinal de Corrigan: “martelo d’água”; Sinal de Musset: movimentação da cabeça concomitante aos batimentos cardíacos; Sinal de Muller: pulsação sistólica de úvula; Pulso de Quinke: pulsação capilar visível no leito ungueal ou lábio.

⓫ A síndrome coronariana aguda (IAM e angina instável) representa quase 1/5 dos casos de dor torácica nas salas de emergência, e por possuir uma significativa morbi-mortalidade, a abordagem inicial desses pacientes é sempre feita no sentido de confirmar ou afastar este diagnóstico.

⓬ As unidades de dor torácica (UDT) foram criadas em 1982, e desde então vêm sendo reconhecidas como um aprimoramento da assistência emergencial. Essas unidades visam: 1 – prover acesso fácil e prioritário ao paciente com dor torácica que procura a sala de emergência; 2 – fornecer uma estratégia diagnóstica e terapêutica organizada na sala de emergência, objetivando rapidez, alta qualidade de cuidados, eficiência e contenção de custos.

⓭ A semiologia da dor torácica é a principal ferramenta seguida pelo ECG e marcadores de necrose (CPK, CK-mb, troponinas) para avaliar e alocar o paciente com dor torácica na UDT em uma das rotas; Rota 1: IAM com supradesnível do segmento ST; Rota 2: IAM sem supradesnível do segmento ST e Angina Instável; Rota 3: dor torácica provavelmente anginosa; Rota 4: dor torácica definitivamente não anginosa.

Dr. Francisco Maia (PR).

O MÉDICO E A RELIGIÃO

Ao abraçar a medicina como profissão se herda uma postura, uma metodologia especial de se avaliar o mundo e a vida. Afinal a medicina, além de arte, é ciência aplicada. A medicina é, e sempre foi, baseada em evidências. Evidências!

O que não for passível de verificação e demonstração, não é admitido como verdade. O tratamento só é instituído depois de estabelecido um diagnóstico. O diagnóstico é alcançado pela análise dos dados reunidos pela anamnese e exames preliminares, desde o clínico até o mais sofisticado exame complementar. O tratamento, por sua vez, é feito por meio de terapias cuja eficácia foi comprovada através de métodos de análise estritamente objetivos. Embora a subjetividade, a intuição, não deva ser desprezada, pois são atributos do cientista e sem os quais não haveria descobertas. Na hora de avaliar fatos é recomendável que a subjetividade fique de fora.

O médico moderno não aceita e não aplica o que não tenha sido cabalmente demonstrado; o que não tenha resistido a estudos prospectivos, duplo-cego, randomizados, etc.

Pois bem. Convencido da legitimidade

da metodologia científica, o médico tem a obrigação de rever conceitos tidos como verdadeiros por todo mundo, inclusive por seus pais, avós, amigos. Pois, como disse Bertrand Russel, mesmo que cinquenta milhões de pessoas digam uma bobagem, ela continua sendo uma bobagem.

Ao se auto-analisar, o médico verificará que abriga uma grande quantidade de conceitos falsos, meras crenças que não condizem com seu status de cientista, a maioria dos quais lhe foi introjetado desde a infância. Conceitos que ele vem mantendo sem tê-los revisados à luz de todo o conhecimento que a universidade e a vida lhe aportaram. Assim, é essencial que ele reveja com cuidado suas crenças, pois vai verificar que a maioria não passa de mitos pueris que não resistem a mais simples análise.

Por lhe ter sido ensinado que duvidar de Deus é um sacrilégio, é usual simplesmente se aceitar o dito pelo não dito, seguindo-se com antigas ilusões. Há, para quem vive da ciência, a obrigatoriedade de revisar suas crenças religiosas sem receio, pejo ou preconceitos, sob pena de andar pelo mundo dicitomizado, usando dois pesos e duas medidas: a ciência e a fé. E quem ora usa uma, ora usa outra, está mal resolvido e sua ciência pode cair em descrédito. Do cientista espera-se

coerência e coragem intelectual.

Religiões, todas elas, são frutos da angústia que assola o homem uma vez que ele é o único animal que sabe que vai morrer. A ignorância do que se passa no além túmulo é geradora de formidável insegurança; o ego exige alguma explicação para este enigma, e se dá por satisfeito mesmo que se trate apenas de uma lenda, uma mitologia.

Destituídos dos conhecimentos que hoje se dispõe, nossa ancestralidade inventou todo tipo de fantasia para esta emergência. Criou não somente deuses como verdadeiras burocracias celestiais, bem à feição humana, eivadas com seus vícios e fraquezas. Dá como fato que a morte seria a passagem para uma outra vida, eterna. Há quem descreva, em detalhes, os procedimentos que então se dariam.

Portanto, veja se o deus no qual você crê resiste a uma análise honesta e destituída de subjetividades. Verifique se ele subsiste a um estudo prospectivo, duplo-cego e randomizado.

Enfim, você não pode exercer uma medicina do século XXI e simultaneamente acalentar mitos oriundos do neolítico.

Dr. Cezar Zillig (SC).



“Certo tipo de comunicação, tratando de certo tipo de assunto, trazida à atenção de certo tipo de audiência, submetida a certas condições, produz certo tipo de efeito”.

Bernard Berelson.

Como na medicina, as variáveis são muitas — aqui cinco —, mas não existe um tipo de comunicação melhor que outro. Tudo depende das circunstâncias e do momento em que se dá emissão e recepção. No entanto, como o ser humano tem maior capacidade de retenção visual, o que está impresso tem maior probabilidade de ser retido. Mas por ser múltiplo, o ideal é alimentar todos os sentidos, e conjugá-los.

“Primum vivere, deinde philosophari”.

Primeiro viver, depois filosofar. Melhor, primeiro viver e filosofar, depois viver melhor.

A vida do médico açambarca tudo ao mesmo tempo; conhecimentos, habilidades e atitudes. Nada deve ser deixado para depois. Deixe uma vida plural te levar, sem perder sua singularidade. Mas seja focado; a dispersão pode ser tentadora mas seus caminhos curtos.

Simplex colcha-de-retalhos. Se a coberta já esta cosida, dê-lhe unidade e conexão. Nada de seu exclua sem ponto feito.



BORODIN E O COLESTEROL

A vida do compositor russo Alexandre Borodin, nascido em São Petersburgo, em 1833, foi surpreendente. Ocupou um lugar central na história musical do império czarista.

Na infância começou a demonstrar suas qualidades excepcionais. Filho natural de um príncipe georgiano, recebeu excelente educação. Poliglota na juventude, além do russo, dominava o inglês, francês, alemão e italiano.

Desde a infância manifestou dotes musicais. Logo aprendeu vários instrumentos e começou precocemente a compor polcas. Após terminar seus estudos universitários, Borodin conheceu, em 1861, em Heidelberg, uma brilhante pianista russa, Ekaterina Protopopova, que ali se achava em tratamento de tuberculose. O gosto musical os uniu e os levou ao noivado, em Baden-Baden. No mesmo ano seguiram para Pisa, na Itália, em busca de um clima mais favorável para a saúde de Ekaterina. Os noivos voltaram para a Rússia e casaram-se em 1863, em São Petersburgo.

No ano anterior, 1862, Borodin havia conhecido o maestro Mily Balakirev, em torno de quem gravitavam jovens compositores, entre eles achavam-se Mussorgski, Rimsky-Korsakov e Cui. Os três, com Borodin e Balakirev, passaram a dominar o panorama russo da música e foram mais tarde conhecidos e aclamados como *Os Cinco Russos*, ou também *O Punhado de Poderosos*. O grupo dedicou-se a criar uma música tipicamente russa, liberada de influências européias. Ao contrário de seus contemporâneos Tchaikowski e Korsakov, Borodin não utilizou melodias populares, mas ligou várias de suas obras a lugares e temas russos.

Sob influência de Balakirev criou duas sinfonias bem-recebidas. Mas foi em 1869 que apareceu sua ópera *Príncipe Igor*, a mais conhecida de suas obras. A ação

passa-se no século XII, quando os polovitsianos, bárbaros e nômades invadiram o sul da Rússia. A ópera inclui as arrebatadoras Danças Polovetsianas de encantadora beleza. Modernamente a ópera foi popularizada na opereta *Kismet* pela melodia *Stranger in Paradise*. Entre outras de sua composições está o conhecido poema sinfônico *Nas Estepes da Ásia Central* e um quarteto de cordas, composto após a morte de Mussorgski, a qual aparentemente o inspirou. Sua terceira sinfonia ficou inacabada, como várias de suas obras, incluindo a *Príncipe Igor*.

Sua vida com Ekaterina foi muito feliz, desfrutada em um ambiente doméstico fervilhante pela desordenada presença de artistas e hóspedes inesperados, onde não havia disciplina alguma, nem mesmo para refeições.

No início de 1877, embora fosse cardiopata e tivesse a saúde abalada por um surto de cólera, compareceu a um baile a fantasia. Trajava uma camisa vermelha, calça branca e botas tipicamente russas. Participava animadamente da festa e quando ela chegou ao clímax, caiu fulminado por um ataque cardíaco.

O extraordinário é que, ainda que seu gênio musical o coloque entre os maiores da Rússia, Alexandre Borodin dizia que a música era um passatempo e um relaxamento para outras ocupações sérias. Ele se referia à Medicina, especialmente à Bioquímica. Aos 17 anos, em 1850, matriculou-se na Academia Médico-Cirúrgica de São Petersburgo. Após a graduação, serviu um ano como médico militar, seguido de três anos de estudos na Europa na célebre Universidade de Heidelberg. Durante seu pós-doutorado trabalhou no laboratório de Erlenmeyer, estudando os derivados do benzeno e em Pisa, onde acompanhava sua noiva Ekaterina, quando estudou sobre halogenados orgânicos. Em 1862, de volta à Academia de São Petersburgo, assumiu o cargo de professor de química orgânica, que conservou

até o fim da vida. Foi um professor apreciado pelos estudantes e teve papel saliente na criação de uma Faculdade de Medicina para mulheres, que deu início ao predomínio numérico delas na medicina russa, que até hoje persiste.

Seus estudos no campo da bioquímica tiveram destaque no mundo acadêmico e compreenderam pesquisas sobre a condensação de aldeídos, campo em que concorreu com Kekulé. Os russos o creditam com a descoberta da reação do aldol, juntamente com Wurz. Seus últimos estudos foram sobre as reações das amidas, em 1875.

Em um congresso da Sociedade Química Russa, em 1871, Borodin apresentou os resultados de pesquisa de seu discípulo Krylov, conduzidas sob sua direção, investigando o conteúdo de gordura do miocárdio afetado pela degeneração gordurosa. Juntamente com a gordura encontraram uma substância parecida com a lecitina. Esperavam que a hidrólise desta substância resultasse em glicerol, mas o produto era colesterol. Na ocasião, o achado de colesterol esterificado entre os lipídios cardíacos não foi considerado de importância. Somente mais tarde verificou-se que os depósitos ateromatosos arteriais têm composição semelhante. O colesterol em estado sólido foi descrito em 1784 em cálculos biliares, mas apenas no início do século XX seu papel na gênese da aterosclerose começou a ser conhecido. O trabalho de Krylov e Borodin é tido como o primeiro a estabelecer a relação do colesterol com cardiopatia. Essa contribuição pioneira permanece pouco conhecida. A repercussão da criação musical de Borodin sem dúvida a ofusca...

A ligação de Borodin com a patologia cardiovascular foi completada, de maneira irônica, pela constatação necroscópica de sua *causa mortis*: ruptura de aneurisma de uma artéria coronária.

Dr. Iseu Affonso da Costa (PR).



Afinidades

Deve ser algo biológico. Os analistas que me perdoem, mas tenho uma queda por barítonos. Me perdoem também os leitores, dada sua pouca idade média, mas muitos não devem conhecer Arthur Prysock. É do mesmo veio do Billy Eckstine. Como diz o Ivan Lessa, são negros com uma voz de couro bem curtido e que, à medida que envelhecem, adquirem uma textura mais profunda, marrom-escuro. O Prysock quase sempre cantou canções de amor e dor, binômio onipresente, tanto na boa quanto na má música. Nessa linha, algumas são até bem bregas, como *You Are So Beautiful*, mas, humano que sou, adoro. Naturalmente não é só a voz. É a competência. O Arthur era da estirpe de cantores que, por mais banal que fosse a letra, conseguia viajar de modo próprio pela melodia. Sabia fazer a coisa de maneira correta e, às vezes, surpreendente. De um standard em levada jazzística a um popezinho bacharachiano. Isso, do Burt Bacharach mesmo. Basta ouvir os álbuns de 1987 e 88, *This Guy's In Love With You* e *Today's Love Songs, Tomorrow's Blues*. Alguns são melôs com a dignidade agridoce da realidade. São cantores que dizem uma coisa com a letra e conseguimos subentender outra, oculta e malandra. Ou sofrida mesmo. Dou exemplo: "Jelly, jelly stays on mind..." adivinhou? É aquela fixação mesmo! Conforme a entonação pode ser outras coisas... Ou, "I've got you under my skin...", que pode ser coisa de pele mesmo, ou, mais difícil de desvendar, um pico.

Estilistas desse naipe, quando comparamos suas gravações com as de outros menos votados, nos dão subentendidos que vão muito além da letra e da melodia, criam mundos próprios, e nos provocam sonoridades que evocam nosso passado de dores e amores, adensados pela reflexão e experiência, ou simplesmente liberam pulsões de nossa subjetividade. Agora, os analistas gostaram! ❶

Sinal das letras

Vai Popozuda

Equipe Furacão 2000

vai vai vai vai
vai popozudaa
empina a sua bunda
ohhh raimunda.
vai popozuda (caramba)
empina a sua bunda
ohhh raimunda.
vai vai vai vai vai vai...
só tem popozão
(eu vou te belisca heim)
só tem popozauum (caramba)
vai popozudaa
empina a sua bunda
ohhh raimunda.
vai popozudaa
empina a sua bunda
ohhh raimunda.

Olhos Nos Olhos

Chico Buarque

Quando você me deixou, meu bem
Me disse pra ser feliz e passar bem
Quis morrer de ciúme, quase enlouqueci
Mas depois, como era de costume, obedeci
Quando você me quiser rever
Já vai me encontrar refeita, pode crer
Olhos nos olhos
Quero ver o que você faz
Ao sentir que sem você eu passo bem demais
E que venho até remoçando
Me pegando cantando, sem mais, nem por quê
Tantas águas rolaram
Quantos homens me amaram
Bem mais e melhor que você
Quando talvez precisar de mim
Cê sabe que a casa é sempre sua, venha sim
Olhos nos olhos
Quero ver o que você diz
Quero ver como suporta me ver tão feliz

Pasmem, mas infelizmente é a primeira que figurou nas listas de sucesso da grande maioria das rádios voltadas ao público jovem. Após décadas de luta pela valorização da figura feminina - como "coisa mais linda mais cheia de graça", mas também como forças do intelecto, da cultura - o que se observa nos refrões mais cantados por um número assombroso de brasileiros (e pior, crescente), é um verdadeiro retrocesso, prestigiando exclusivamente a feição carnal e o erotismo vulgar. Desespero! Com tantas barbáries profanadas a cada neologismo chulo, novo refrão hostil, aquela submissão já tão cantada nas peles de "Emílias" e "Amélias" soa como elogio.

Então pergunto - sem saudosismo posso lhes garantir - onde se perderam as poesias românticas que se fundiam às melodias harmoniosas de beleza imensuráveis, tão cantadas por Jobim, Vinícius, Chico e tantos outros? Com eles, palavras acariciavam, versos afagavam, sonetos aclamavam, e o amor cantado era formoso, com um romantismo intenso mas ao mesmo tempo sem pieguice. Ainda nas vozes e letras destes, floresceu na música demonstrações de poder feminino, mulheres que após rejeitadas lutavam e se reerguiam, às vezes só para reclamarem prazer num próximo contato "olhos nos olhos". Surgiram também "Terezinhas", "Carolinas" e muitas outras que sempre galgavam algo mais: aquelas pensavam, lutavam e amavam (e como amavam!); as "Raimundas" de hoje rebolam, requebram e...de novo, rebolam.

Seria isso uma desvalorização da mulher? Uma forma de, sornateiramente, banalizar o papel da mesma na sociedade? A resposta é fácil: longe disso! O problema real parece ser a superficialidade com que tudo é encarado nos dias de hoje, principalmente entre os jovens. A música parece ser apenas o retrato fiel desta situação... a sonoridade das palavras é supervalorizada ao passo que a mensagem, o cerne, a forma e a estrutura das canções são relegadas. Ao ligar o rádio e sintonizar em uma estação "pop" ou "teen", prepare-se para ouvir diversas músicas, diferentes ritmos e sons, mas não espere encontrar aquela digna de ser escutada. Infelizmente este tipo de "empobrecimento cultural" vem se propagando como uma tenebrosa pandemia, estendendo-se para os mais diversos campos (artes, cinema, etc.), com sinais e sintomas óbvios e estarecedores. O diagnóstico é inequívoco e explícito, já a cura está ao alcance de poucos (mas perdura!).

Dr. Guilherme A. Gadens (PR), jovem.

Não há qualquer consenso. O contraditório surge de pronto na medicina e no jornalismo. Enquanto a primeira tem a missão do sigilo, o jornalismo

ensina estratégias para a informação e a divulgação de fatos relevantes de interesse público. Médicos e jornalistas, desde a graduação e na atividade profissional, atuam com esses princípios.

Em se tratando de homem público um outro componente acresce nesta relação. Enquanto o médico tenta ser ainda mais cuidadoso com as informações que toma conhecimento no exercício de seu mister, o jornalista atua em sentido contrário, e coloca todo seu talento para tornar o fato público e levar à comunidade informações de seu interesse. O contraditório não está restrito à medicina e ao jornalismo. Muitos consideram que o homem público goza de todos os direitos do cidadão comum, enquanto outros defendem que a sociedade tem o direito de saber o estado de saúde de seu representante. O direito à privacidade deverá ser diferente? Considerando o aspecto jurídico, não, pois todos são iguais perante a lei. Mesmo perante essa igualdade, o homem público está sujeito à publicidade das suas atividades de gestor e às decisões pertinentes ao cargo. As outras, de caráter estritamente pessoal, têm a possibilidade do conhecimento público. Exceto nos regimes autoritários, como foi na ditadura brasileira com o presidente Costa e Silva e a cubana com Fidel Castro, quando nenhuma informação foi repassada, pois consideraram não apenas sigilo profissional, mas segredo de Estado. Nos estados democráticos a sociedade tem o direito de ser informada se o governante está em plenas condições para o exercício de sua função, pois uma decisão equivocada poderá com-

multifário

prometer a vida e os destinos da sociedade. Nessas situações o interesse público deve prevalecer sobre o privado.

Outro dilema é quando a doença é limitante para as atividades da autoridade pública. Exemplo recente foi a doença progressiva do Papa João Paulo II. A Igreja considerou o afastamento e isso foi motivo de discussão pública, no sentido de como lidar frente a situações semelhantes. O parecer do médico nessas situações assume importância pois define os destinos do dirigente de instituições ou mesmo de um país. Além do aspecto jurídico, a condução ética deve prevalecer. Desvios no comportamento ético surgem quando o médico avança nas informações e quebra a privacidade do paciente, ou distorce o diagnóstico. O caso Tancredo Neves exemplifica a clara omissão dos fatos a mando de terceiros e de outros interessados. O jornalista rompe com os princípios quando a publicação extrapola a notícia e fica claro interesses comerciais ou mesmo de sensacionalismo. A referência de grande erro jornalístico, foi da Escola de Base de São Paulo, verdadeiro linchamento moral e a promoção de danos irreparáveis aos seus diretores. O médico deve revelar o diagnóstico para a imprensa, apenas com o consentimento do paciente. Deve prevalecer a autonomia do paciente ou do seu representante legal no seu impedimento.

No caso do governador Mário Covas, ao tomar conhecimento de que era portador de câncer na bexiga, decidiu pessoalmente divulgá-la. Foi uma decisão ousada e corajosa ao considerar que a sociedade deveria ser informada de sua patologia, tendo em vista o cargo que ocupava e as conseqüências da sua evolução. Tinha pleno conhecimento do desfecho final e agiu com altivez.

Esta decisão trouxe benefícios impor-

tantes e transparentes. Inaugurou um novo modelo, até então não seguido pelos políticos brasileiros. A intenção foi pedagógica, pois a imprensa passou a divulgar as

causas prevalentes da doença, os riscos do tabaco e repassou à população a importância do diagnóstico precoce e a prevenção das neoplasias. Possibilitou à comunidade a redução de morbidades e mortalidade. Popularizou uma linguagem científica, os procedimentos e exames. Não é ético apresentar detalhes da doença, muito menos relatar descontroles fisiológicos, promovendo constrangimentos pessoais e aos familiares, pior ainda com o registro de fotos, caracterizando interesses outros e não apenas jornalísticos.

Muitas vezes o jornalista na busca do denominada notícia importante, um furo jornalístico, desconsidera a autonomia do paciente, desautoriza a sua vontade ou distorce as informações do médico, ou pior, é capaz de seduzi-lo e obter diagnóstico preferencialmente em detrimento dos demais órgãos da imprensa. O médico deve sempre elaborar boletins claros e concisos para evitar interpretações equivocadas. Não deve agir como um ator, sempre em busca dos holofotes excedendo no seu dever de preservar o sigilo e a discrição. Não é possível transformar em um show as informações. Quais então os limites éticos? A orientação é que ao divulgar notícias sobre doenças de homens públicos ou de qualquer cidadão, tanto o médico como o profissional de imprensa respeitem os critérios éticos de suas respectivas atividades. Ao agir com princípios éticos, não restará nenhuma preocupação aos profissionais com referência a limites ou restrições. A atuação deverá ser norteada pelo respeito, bom senso e a dignidade da pessoa humana, quer seja pública ou um ilustre desconhecido. **Ética não é quantificada.**

Luiz Sallim Emed (PR).

Exames complementares em Clínica Ginecológica: QUANDO PEDI-LOS OU NÃO PEDI-LOS?

A semelhança das outras especialidades médicas, exames complementares como o próprio nome refere, deveriam, quando indicados, complementar nossos diagnósticos clínicos. Ou seja, nos auxiliar na definição diagnóstica e até mesmo, em algumas situações, sugerir prognósticos e acompanhamento. Entretanto, nem sempre são utilizados de forma coerente e racional. Inúmeras vezes uma entrevista e exame clínicos superficiais, com tempo inadequado, são completados com solicitação “desenfreada” de exames complementares. Fecha-se um círculo vicioso, onde o médico, pelo fato de ser mal remunerado, tende a dispor de pouco tempo para a entrevista e exame clínico do paciente. Devido a este fato, solicita dispendiosa lista de exames complementares que conseqüentemente levam a parcos honorários pagos pela consulta, sobretudo no sistema de atendimento por meio dos convênios médicos. Além disto, inúmeros pacientes nos vêm à consulta solicitando que pratiquemos uma lista enorme de exames complementares para um “check up”, ou por que recém entrou no convênio ou por que está para sair e quer “aproveitar” a ocasião. Às vezes, fica difícil convencer o paciente da *não necessidade* desses e em algumas situações somos, até mesmo, “forçados” a solicitá-los. Ainda outras vezes nos solicitam exames pedidos pelo seu médico particular que não tem o seu convênio. É assim por diante...

Na prática ginecológica alguns exames poderiam ser comentados dentro dessa ótica, e escolhemos duas situações para esta finalidade.

CLIMATÉRIO

Freqüentemente em pacientes que estejam no Climatério (erroneamente chamado de menopausa, que na realidade é a data da última menstruação) apresentam lista enorme de exames plenamente dispensáveis. Na dúvida deste estado hormonal, em paciente que apresente sintomas sugestivos de fogachos

e que não esteja em idade compatível com a menopausa (em torno de 49 anos em nosso meio), basta solicitar dosagem plasmática do Hormônio Folículo Estimulante (FSH) que quando acima de 40, sugere esta situação (climatério). Assim sendo, dosagens dos demais hormônios tais como: estradiol, progesterona, LH, entre outros, não se justificam para este diagnóstico. De forma semelhante depois de instalada a terapêutica hormonal (TH), obviamente que quando indicada, o acompanhamento é basicamente clínico e não através de dosagens hormonais. Outrossim, é fundamental que se solicite exame de mamografia previamente e no acompanhamento da TH, como rastreamento do câncer de mama. A avaliação da densidade mineral óssea por Densitometria Óssea, é exame que poderá ser solicitado nesta fase da vida da mulher, sobretudo naquelas que apresentem história familiar de osteoporose ou outros fatores de risco. Entretanto, caso o exame esteja normal, o prazo para nova solicitação deveria ser superior a 2 anos, justificando a solicitação anual apenas nos casos alterados para acompanhamento. Nos casos de osteopenia não são obrigatoriamente indicativos de que evoluirão para osteoporose (e que necessitam tratamento), pois podem permanecer como tal indicando apenas que a densidade mineral óssea neste caso estava abaixo dos padrões comparativos. Ainda no Climatério, a solicitação de Ecografia Pélvica Endovaginal para avaliação da espessura endometrial é exame plenamente justificável.

PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO UTERINO

O rastreamento do Câncer do Colo Uterino em nosso meio é realizado classicamente pelo exame de Papanicolaou (colpocitologia oncológica) anualmente. Em que pese a chance de falsos negativos (relativa baixa sensibilidade, citada na literatura em torno de 15 a 30%), ainda é exame que, pelo custo e praticidade, se justifica. No entanto, devemos respeitar os casos onde limitações questionam o diagnóstico citopatológico, como na inflamação acentuada, e reavaliar

após o tratamento (sendo que nesta situação a endocervicite poderia estar implicada). Sua apresentação na forma de coleta em meio líquido (ou de esfregaço de fina camada) aumenta significativamente a sensibilidade, entretanto, ainda não está inserido na rotina da maioria. Outra situação, bastante comentada na literatura, e ao que parece será o método do futuro deste rastreamento, é evidenciado por exame de biologia molecular chamado teste de HPV ou HPV-DNA, ou ainda Captura Híbrida. Neste exame se evidencia a presença do HPV que, pela sua implicação na oncogênese do colo uterino, justifica sua detecção. Infelizmente vemos freqüente iatrogênese na interpretação deste teste: o fato de ser positivo para HPV de alto risco oncogênico (o nome já assusta!) e ainda com alta carga do vírus, em um único exame, não tem a significância fatídica como alguns interpretam.

Na imensa maioria das vezes, o HPV é vírus transitório e sua presença, ainda que em alta carga, não significa que irá permanecer no organismo. Devemos salientar que em cerca de 60 a 70% este vírus é passageiro e esta transitoriedade pode ocorrer em até um ano e meio da infecção inicial. Ainda, o teste resulta positivo em cerca de 38% (em amostragem de mulheres entre 15 e 25 anos em nosso meio), sendo os vírus de risco oncogênico os mais prevalentes e, portanto, com grande chance de obtermos este resultado. Lembramos que o exame de colposcopia, ou seja, observação do colo uterino por sistema ótico que amplia as imagens, apresenta papel definido e de grande importância, sobretudo como indicador das áreas alteradas para posicionar o local de biópsia e remoção da amostra histológica quando indicado. Assim, por meio da adequada solicitação e interpretação dos exames complementares teremos ferramenta valiosa para nossa prática clínica, não esquecendo do binômio custo versus benefício em prol da melhor condução do caso.

Dr. Newton Sergio de Carvalho (PR)

Humanismo e Tecnicismo (ontem e hoje)

O conhecimento, o estudo e a análise da história e da evolução da medicina trazem ensinamentos básicos para o bom exercício, principalmente no aspecto ético e humanista. Humanismo hoje tão esquecido com o advento e predomínio do tecnicismo.

A sociedade ao precisar da medicina e do médico faz uma exaltação, um culto de respeito à profissão seguramente mais antiga na história da humanidade e mais importante dentre todas pois trata da obra maior do Criador, que é o ser humano.

Ao falar sobre médico e medicina que deve ser entendida como forma de afeição e amor à vida, quero fazer uma exegese entre os versos de São Francisco de Assis e a atividade médica. Diz São Francisco:

— O homem que executa seu trabalho com as mãos é um trabalhador.

— O homem que trabalha com as mãos e o cérebro é um artesão.

— O homem que trabalha com as mãos, o cérebro e o coração é um artista.

Aí está a arte de ser médico, a mão no exame clínico e no ato cirúrgico, o cérebro no estudo e conhecimento constante da matéria médica e o coração no atendimento e compreensão do sofrimento do semelhante.

A arte da medicina não é como afirmava Voltaire: a arte da medicina consiste em distrair o paciente enquanto a natureza cuida da doença. A alma do médico é o altar, onde vai ajoelhar-se e rezar a dor dos que sofrem e procuram solução para seus problemas físicos e mentais. Logo, a combinação verdade e amor é intrínseca ao ato médico, sendo inadmissível uma medicina baseada na falta de amor ao próximo.

O doente ao procurar o médico não quer apenas a cura, quer também compreensão e amparo pois sem ajuda ou conselho, sem orientação formal, medicina só de aparelho é coisa despropositada. Miguel Couto afirmava: o homem humaniza a ciência ou a ciência desumaniza o homem. Também dizia: a medicina quando não cura, deve consolar.

Sempre é oportuno lembrar Galeno de Pergamo (200 d.C.), quando definiu terapêutica como sendo: o que fazer, como fazer, em cada caso. Daí deduzimos um preceito fundamental, que a terapêutica é um processo específico para cada doente. Antecipou-se a William Osler, que afirmava que mais impor-

ante do que saber que doença tem o doente, é que doente tem uma doença.

A Medicina deve ser entendida como forma de afeição e aplicação à vida. Tratamos doentes e não doenças, ensinamento que deve ser sempre lembrado e que vem de nossos antepassados.

Já Hipócrates enfatizava a “observação”: as técnicas podem mudar, podem morrer, mas a observação permanece para sempre.

A medicina está trocando o atendimento pessoal, a elegância do pensamento, a conclusão de raciocínio pelo atendimento técnico e impessoal.

O domínio técnico é do médico, mas a mescla da ciência e arte é que distingue o bom profissional daquele que é simplesmente um técnico competente.

A Medicina de hoje evoluiu e cabe ao médico corrigir impressões distorcidas chegando a um diagnóstico que pode levar tristeza e decepção, mas que formulado em termos comuns favorece a empatia e o tratamento.

Não assistimos mais hoje às centenas de apendicectomias como antigamente, e Simão Kossobudzki citava em artigo publicado na Revista da Associação Médica de 1932, que em cerca de 25% dos apêndices retirados não havia lesões macroscópicas, o que faz lembrar a possibilidade de que certo número de cirurgias não eram necessárias.

Ressalte-se, no entanto, que era o único procedimento correto na época, pois os métodos diagnósticos e a terapêutica possível eram pobres.

Da mesma forma as amigdalectomias foram sendo suprimidas, já que, com advento da era antibiótica, o tratamento clínico solucionou o problema na grande maioria dos casos.

Cabe lembrar da época que encontrávamos no quadro de cirurgias a serem realizadas, as “laparotomias exploradoras”, que caracterizavam a insegurança diagnóstica.

Com o avanço dos meios diagnósticos, a entubação gástrica com determinação da acidez gástrica antes e após injeção subcutânea de histamina, foi superada no diagnóstico diferencial entre úlcera e câncer gástrico, pois neste não havia resposta da acidez após a injeção de histamina.

Não se tinha ainda conhecimento da existência dos receptores gástricos H₂, responsáveis pela regulação da secreção de ácido

clorídrico. Hoje a farmacologia fornece a cimetidina, a ranitidina, bloqueando os receptores H₂, e de grande utilidade no tratamento do doente ulceroso.

As cirurgias laparoscópicas, são menos agressivas, com menor período de internamento e sem lesões cicatríciais enormes. Imagino qual seria a reação e a surpresa dos grandes mestres da cirurgia paranaense, como Erasto Gaertner, João Vieira de Alencar e Mário Braga de Abreu entre tantos outros, diante das intervenções laparoscópicas.

As dúvidas eram grandes e o Prof. Aluísio França, pediatra e catedrático de Terapêutica Clínica, com quem iniciei minha vida como professor, publicou em 1932 artigo na Revista da Associação Médica com o título: “A Malária curará a Coqueluche”, em função de ter acompanhado crianças de Paranaguá e verificado sua melhora após o surto de malária. Seguramente processos imunológicos desconhecidos eram ativados com melhora da Coqueluche, mas a observação do fato mostra quanto atento estava o professor Aluísio França.

As doenças infecciosas mais frequentemente conhecidas eram: tuberculose, sífilis, impaludismo e blenorragia. Esta com tratamento agressivo à base de lavagem uretral com nitrato de prata, até poderia erradicar a doenças, mas às custas de uma uretrite química, com posterior estenose de uretra.

A sífilis era combatida com “salvarsan”; o impaludismo com o quinino, como tratamento supressivo da crise. Cabe citar o famoso “esidron”, diurético mercurial, com efeito ótimo mas com lesões renais, hiponatremia aguda e alterações metabólicas graves. Não posso deixar de citar os laxantes tipo sulfato de magnésio (sal de Epson) e sódio, cujos efeitos eram tão evidentes que levavam às vezes a uma limpeza intestinal de tal ordem que sobravam só o “tamanco do constipado intestinal”. Hoje com uma gama enorme de antibióticos, diuréticos com efeitos farmacológicos bem definidos e laxativos bem equacionados, a agressão farmacológica se reduziu e os efeitos terapêuticos são melhores e previsíveis.

O avanço terapêutico fez cair no esquecimento substâncias como a digoxina no controle da insuficiência cardíaca, com o apoucamento de sua ação e a eficácia de outras drogas. A indústria farmacêutica tem ação dúbia nesse avanço. Ora com drogas

memes

► surpreendentes na sua eficácia, ora propagando medicamentos de eficácia duvidosa e riscos consideráveis. A propaganda medicamentosa é de tal ordem que muitas vezes o médico é um verdadeiro “cãozinho de Pavlov”, que secretava suco gástrico ao estímulo visual do alimento. Ou seja, condicionado ao clínico, logo médico.

Tenho uma idéia precisa das teorias de propaganda, pois estivemos vinculados ao setor médico de uma grande indústria durante anos, e lá brincávamos que o pessoal após as grandes reuniões (com média de três dias), saíam mais fanáticos em relação ao produto do que a juventude hitlerista em relação ao Führer.

Humano é procurar no doente entre tantas pessoas vistas no mesmo dia, um rosto, uma emoção, uma preocupação particular. Compreender essa pessoa implica em atenção, consome tempo e energia. Cabe ao médico reconhecer e compreender as queixas de seus pacientes, não só em termos de enfermidades, mas também de conflitos e problemas pessoais e, então, usar essa compreensão de modo a poder obter os efeitos terapêuticos.

O médico deve ter sempre presente que muitos pacientes têm além da queixa apresentada outras que não querem ou não podem dizer. Há motivos que justificam interromper a fala do paciente e tentar entrar na intimidade de sua problemática. Tudo que o paciente diz é importante, tudo que deixa de dizer também é. A falta de tempo, de empatia e a ansiedade, impedem que percebamos um problema orgânico ou psíquico importante.

Devemos entender que o doente está sendo o que não pretende ser, pois almeja ser sadio. Tem um desejo desesperado de não ser no momento o que ele é.

A doença provoca uma angústia, que é a preocupação para a qual ainda não se vislumbra solução. A certeza por má que seja não gera angústia. Talvez tristeza e decepção.

Para a mente sadia a grande fábrica de angústias, a incerteza é a dúvida.

A doença cria uma solução de continuidade não assimilada entre o viver anterior e o presente, tornando o futuro incerto, e o futuro reserva insegurança, ansiedade e medo. O medo é uma resposta comum quando não se tem conhecimento dos riscos ou da maneira de combater a doença.

Cabe então ao médico, corrigir impressões distorcidas, chegar a um diagnóstico e discernir, isto é, estabelecer as diferenças entre as queixas de pessoas distintas, com critério e juízo. É uma sutileza de espírito. Há necessidade de compreender o paciente na sua realidade e o significado que a doença tem para si. Devemos nos colocar em seu lugar para melhor interpretá-lo, e procurar ter consciência de como ele está sendo agredido.

As ordens médicas devem ser orientadas e explicadas de maneira segura e lógica, criando uma empatia sólida que favorecerá a vontade firme e o desejo permanente de sarar.

A parte final da consulta é, às vezes, minimizada; deve conciliar uma orientação terapêutica cuidadosa explicando sua importância.

Finalmente temos que estar juntos até no momento mais difícil, que é a morte, respeitando-a e não lançando mão de procedimentos desesperados que tentam negar a realidade.

E se assim procedermos, seguiremos o conselho admirável de Fernando Pessoa quando diz:

Segue teu caminho
Rega tuas plantas
Ama as tuas rosas
O resto é a sombra
De árvores alheias

Dr. João Gualberto de Sá Scheffer (PR).

❶ **Remoção de adenomas** colorretais previne mortes por câncer. A maneira de fazer o rastreamento inclui pesquisa de sangue oculto na fezes anualmente e sigmoidoscopia a cada 3-5 anos ou colonoscopia a cada 10 anos para pacientes de risco moderado.

❷ **A síndrome de Lemierre** abarca faringotonsilite, cervicalgia, febre, tromboflebite jugular e embolia pulmonar séptica. Ocorre três a dez dias depois do início da faringite, sendo causada por anaeróbicos orais. O ultra-som permite detectar a tromboflebite em jugular interna. A maioria dos clínicos evita a anticoagulação na embolia séptica, algo em evolução.

❸ **A síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW)** é devida à existência de uma via acessória atrioventricular. É sugerida por um intervalo PR curto (< 0,12 seg.), ondas delta, e complexos QRS largos (> 0,12 seg.). Na forma ortodrômica (90% dos casos), a ablação é curativa em mais de 95% dos pacientes.

❹ **Cuidado: A taquicardia** de complexos largos do WPW deve ser tratada com drogas que reduzam a condução na via acessória (procainamida, propafenona, lidocaína, amiodarona, quinidina). Morte súbita pode resultar de um tratamento que use verapamil, digoxina ou propranolol. As drogas que prolongam o período refratário do nódulo AV podem ser seguras na taquicardia de complexos estreitos do WPW.

❺ **As manifestações oftalmológicas** na Doença de Wilson são: anéis corneanos pigmentados (deposição de cobre na membrana de Descemet) e cataratas em girassol.

❻ **Os anéis corneanos** são castanhos em olhos azuis e cinza-esverdeados ou dourados nos olhos castanhos. São vistos só em pacientes sintomáticos (97%). No começo requerem lâmpada de fenda para ser visibilizados. As cataratas em girassol ocorrem em 10 a 15% dos pacientes e não podem ser vistas com oftalmoscópio. Não impedem visão.

❼ **Na Doença de Wilson** há combinações variadas de manifestações hepáticas, neurológicas, oftalmológicas e renais. Metade dos pacientes apresentam-se com manifestações hepáticas, comumente entre oito e quinze anos.

❽ **A Sarcoidose, doença** multissistêmica de etiologia desconhecida, causa doença pulmonar intersticial curiosa: não é acompanhada de baqueteamento digital e tampouco estertores tipo velcro.

❾ **A propósito, linfonodomegalia** hilar bilateral ou paratraqueal em jovem assintomático (20 a 40 anos), é suficientemente específica para permitir o diagnóstico clínico presuntivo sem confirmação tecidual.

I Á T R I C A S

Solidão

Prezada Tereza,

Escreves que num mundo que nada significa nosso destino é a solidão. Isso parece coisa de Hemingway. Relatas também que tua saída têm sido os diversos escapismos que não vêm aqui ao caso. Parece que te equilibras neles e não quero fazer juízos de valor. Mas, sinceramente, senti falta de um. Por que não estendes teu diário? Afinal, escreves bem. E haverá solidão maior que a do escritor? O teu estilo é simples, curto, claro, coloquial, parece teres bebido na fonte do escritor de *Por quem os sinos dobram* e *O sol também se levanta*, o que é uma virtude. Aliás, a grande virtude da prosa inglesa, o que se chama *understatement*, dizer tudo no mínimo possível. O nosso Dalton Trevisan levou isso ao paroxismo. Por que não te habilitas nessa senda? Agora, cá entre nós, tenho uma preocupação. Deste-me a sensação de teres altos e baixos, uma bipolaridade que talvez mereça aconselhamento. E tens genética propícia, pelo que revelas, o que merece dobrada atenção. És muito talentosa para te perderes em impossibilidades. Gostaria que seguisses os passos do grande escritor nas letras, não na vida, filho de suicida, e ele próprio suicida. Foi grande na integridade de seu individualismo que conseguiu colocar nas reportagens, contos e romances. Foi pequeno, trágico, no fim. Já que falamos em *Por quem os sinos dobram*, não gostaria que eles dobrassem por ti, para usar o grande poeta John Donne. E não nos dão os poetas pedaços luminosos de vida? Viva!

Filosofices

Prezada Ana Carolina,

O mundo não tá nem aí pra filosofia. Não nego que adora filosofices, nada mais denso. Só amenidades. Um joguinho? Uma mágica? Todos a fim. E é necessário também. Agora, na hora de pensar por conta própria poucos se atrevem. Mas nada de espanto. O mundo é essencialmente prático, e embora a filosofia nos ajude a entendê-lo, não nos ajuda a mudá-lo. Esse

o ponto. É ótima individualmente, desenvolve o potencial das pessoas para pensar logicamente e com rigor; ínfima no plano coletivo. Tanto que o grande médico e escritor espanhol Gregório Marañón — escreveu sozinho um clássico: *Manual de Diagnóstico Etiológico* — nos deixou uma afirmação famosa: “*La filosofía es una cosa con la cual y sin la cual el mundo sigue tal cual*”. Portanto, não lamente seu pouco uso genérico. Nem mesmo que não sirva para melhorar o caráter de ninguém, ou o convívio ético, como escreves. Mas não há dúvida quanto ao seguinte: serve ao teu autoconhecimento. E não é isso o que há de mais difícil? Então, use-a, como tens feito, e siga o socrático “conhece-te a ti mesmo”. Muito bom ler sobre teu espanto. Que é o de todos nós. Até mais.

Recusa

Prezada Denise,

Não posso atender seu pedido. Há duas coisas particularmente difíceis. Uma, é falar de si próprio. Embora todos o queiramos, normalmente sai besteira. Legislamos em causa própria. Nos jactanciamos muito fácil. Perdemos o senso da medida e do propósito. Nesta edição vai algo muito pessoal, “Eu, torcedor”; mas foi uma necessidade minha, algo que não pretende ter serventia. Usei os leitores, o que não deve ser feito, para uma necessidade interior. Mas, tá feito, foi um ato compulsivo pós-jogo. Tinha que elaborar incontinenti. A propósito, há um poema de Drummond, *Conclusão*, que diz muito a respeito:

*Os impactos de amor não são poesia
(tentaram ser: aspiração noturna).*

*A memória infantil e o outono pobre
vazam no verso de nossa urna diurna.*

*Que é poesia, o belo? Não é poesia,
e o que não é poesia não tem fala.*

*Nem o mistério em si nem velhos nomes
poesia são: coxa, fúria, cabala.*

*Então desanimamos. Adeus, tudo!
A mala pronta, o corpo desprendido,
resta a alegria de estar só, e mudo.*

*De que se formam nossos poemas? Onde?
Que sonho envenenado lhes responde,*

*se o poeta é um ressentido, e o mais são
nuvens?*

Veja prezada Denise, se o poeta é um ressentido, ou *parti pris* do assunto abordado, nada de bom pode sair. Só nuvens. Por isso, outro poeta maior, Pessoa, deixou grafado em *Isto*:

*Por isso escrevo em meio
Do que não está ao pé,
Livre do meu enleio,
Sério do que não é.
Sentir? Sinta quem lê!*

A outra coisa difícil é escrever para alguém. Ser *ghost writer*. Não de algo genérico, digamos político, mas pessoal mesmo. Ou seja, sem estar na pele do próprio, sem ver sob seus prismas, sob seus ângulos, apenas sob seus desejos. Mestre João Cabral de Melo Neto, quando lhe pediram algo semelhante, saiu-se com este:

*Pedem-me um poema
um poema que seja inédito,
poema é coisa que se faz vendo,
Como imaginar Picasso cego?*

*Um poema se faz vendo,
um poema se faz para vista
como fazer o poema ditados
Em vê-lo na folha inescrita?*

*Poema é composição,
mesmo da coisa vivida,
um poema é o que se arruma,
dentro da desarrumada vida.*

*Por exemplo, é como um rio,
por exemplo, um Capiberibe,
em suas margens domado
para chegar ao Recife.*

*Onde com o Beberibe,
com o Tejiptó, Jaboaatão.
Para fazer o Atlântico,
todos se juntam a mão.*

*Poema é coisa de ver,
é coisa sobre um espaço,
como se vê um Franz Weissman,
como se ouve um quadrado.*

Como vês, prezada Denise, não sou

ressentido e estou livre do meu enleio, mas não consigo ver e tenho receio de tecer nuvens. Daí, a folha inescrita. Escusas e saudações.

Caderno Verde

Prezado Paulo,

Toda publicação necessita de alguns segredos e mistérios. Segredos, você sabe, são desvendáveis. Não ficam encobertos, questão de tempo e oportunidade. Os memes pertencem a essa classe. Quem tinha lido *O Gene Egoísta do Dawkins* sabia do que se tratava. Quem tinha tido a curiosidade de procurar no dicionário Oxford também. Já o Caderno Verde pertence à classe dos mistérios. Estes existem para desafiar, não para desvendar, por isso continuará mistério. Como consolo, ou desafio, dou-lhe outro mistério, o da vida, nos versos de Henriqueta Lisboa em *Flor da Morte*:

Na morte, não.

Na vida.

Está na vida o mistério

Em cada afirmação ou

Abstinência.

Na malícia

Das plausíveis revelações,

No suborno,

Das silenciosas palavras.

Evolução

Prezada Carolina,

Perguntas-me, jovem médica que és, o que fazer para evoluir profissionalmente.

O essencial já tens, a intencionalidade. Deves também agregar informação depurada e raciocínio lógico. Alguns livros e revistas, tradicionais ou eletrônicos, podem prover isso. Há muito tempo não terias como desenvolver raciocínio clínico a não ser em raras publicações. Hoje há até certa plethora das mesmas, e muito boas. A par disso, praticar, praticar muito.

Agora, tens que ter um tutor ou supervisor, alguém que te ajude na função crítica, a separar o joio do trigo. É, principalmente, que te adestre na capacidade crítica de fazer *correlações*, uma das capacidades mais nobres da medicina.

Mas ainda falta algo, ler poesia. Sim, senhorita, decodificar ritmo e sentido de um poema é interpretá-lo, recriá-lo, e ao término dessa tarefa, que exige prazer, terás um belo diagnóstico. Assim acoplarás ciência e arte. Bom proveito. ●

A Terapia Cognitiva-comportamental

A Terapia Cognitiva-Comportamental, ou simplesmente Terapia Cognitiva (T.C.), idealizada pelo psiquiatra americano Aaron T. Beck e colaboradores, é hoje um dos enfoques psicoterapêuticos mais praticados por profissionais da área da saúde mental. É, ao mesmo tempo, o mais estudado e validado pela metodologia científica.

Os primeiros escritos importantes e as primeiras abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento dos transtornos emocionais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Aaron T. Beck (1963, 1967; Beck et al., 1979), Albert Ellis (1962), Lazarus (1966), Meichenbaum (1973) e Mahoney (1974), entre outros.

O modelo cognitivo prototípico se baseia nos seguintes pressupostos:

- 1- A atividade cognitiva influencia o comportamento.
- 2- A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada.
- 3- O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

Mas o que se entende por atividade cognitiva?

Atividade cognitiva, também chamada de cognição, é o fluxo mental que acontece em todos nós a todo o momento. Muitas vezes ela é comparada a um filme mental, com imagens e sons.

O indivíduo onde se dá esta atividade ("o filme mental") é, ao mesmo tempo, o escritor do *script*, o projetor na sala de cinema e o espectador.

Neste filme, estão compreendidos os pensamentos, imagens mentais, memórias, imaginação, percepções etc.

E o que se entende por comportamento desejado?

É a atividade motora e seus correlatos emocionais e fisiológicos autonômicos. Assim, as cognições influenciam não só a psicomotricidade do paciente, mas também as suas emoções e as conseqüências internas.

Por exemplo, um paciente que tem cognições ansiosas, terá emoções da mesma natureza (ansiedade) e toda a sua fisiologia refletirá este estado.

A fisiologia da ansiedade, como da depressão, da raiva etc., já é bem conhecida

dos clínicos. O que a T.C. nos traz como novidade é a associação entre os eventos da vida, as cognições, as emoções e a fisiologia. A seguinte figura nos mostra este construto:



As crenças nucleares, os pressupostos subjacentes e os pensamentos automáticos, representam as cognições. As reações volitivas, emocionais e comportamentais são as conseqüências das citadas cognições.

Desta maneira, se conseguirmos alterar estas últimas, monitorando-as mediante o método e a técnica cognitiva, aliviaremos as conseqüências afetivo-volitivo-comportamentais, que, muitas vezes cursam com transtornos de somatização, de dor, conversão, depressão, ansiedade e assim por diante.

O método cognitivo consiste em um automonitoramento onde o paciente entende que as situações pelas quais passa ativam pensamentos automáticos e imagens mentais. Isto leva a uma interpretação, um sentido emprestado ao evento que produz o despertar emocional. As emoções resultantes, quando são disfuncionais, cursam com os diversos transtornos mentais e comportamentais.

O paciente, juntamente com o terapeuta e de maneira colaborativa, aprende a mudar suas cognições, o que alivia seus sintomas. Aprende também, de onde elas vêm, qual a sua origem, aprendendo assim a evitar futuras recaídas.

Dr. Gláucio Luiz B. Alves (PR).

MONITOR TERAPÊUTICO

PRÉ-HIPERTENSÃO

A pressão é determinada pelo produto do débito cardíaco (Volume sistólico x Frequência) e a resistência periférica total. Quando uma das variáveis sai do equilíbrio, seja devido ao maior volume sistólico (Sístole = Débito cardíaco), ou maior resistência periférica (Diástole = Resistência periférica), o resultado é Hipertensão (Sistólica > 140 mmHg.)

A hipertensão é uma doença silenciosa e de tendência à cronificação. Assim sendo, o diagnóstico precoce — Pré-Hipertensão (Sistólica 120-139; Diastólica 80-89/Joint National Committee 7)] — pode ser um valioso instrumento para decidir o início do tratamento medicamentoso.

Uma amostra, randomizada, (n = 809) de pré-hipertensos, com seguimento por 4 anos, foi dividida em 2 grupos: um grupo recebeu placebo, enquanto o outro *candesartan*, durante os primeiros dois anos (1.^a fase). Nos dois anos que se seguiram, ambos os grupos recebeu placebo (2.^a fase). Como resultado da primeira fase, 40,4% do grupo que recebeu placebo desenvolveu hipertensão em comparação a 13,6% do grupo que recebeu *candesartan* (16mg/d). Na segunda fase, onde ambos os grupos receberam placebo, obteve-se uma redução relativa de 16% no risco para hipertensão naqueles que, primeiramente, foram tratados com o bloqueador da angiotensina. (Julius S, et al N Eng J

Med, 2006;354:1685-1697).

Apesar da pesquisa confirmar benefícios na prevenção da doença hipertensiva com tratamento medicamentoso, ainda é cedo para advogar o tratamento universal de todos os pré-hipertensos. Mais estudos são necessários.

VARIZES E BLOQUEADORES

As veias esofágicas são vasos colaterais no sistema porta. Como têm paredes finas, em determinadas condições (exemplo cirrose) um gradiente aumentado de pressão — hipertensão portal — torna suas veias dilatadas. As varizes esofágicas, então estabelecidas, podem ser estadiadas por fatores preditivos quanto aos riscos de hemorragia.

Para prevenir a evolução das varizes esofágicas em pacientes com cirrose, os beta-bloqueadores não-seletivos são eficazes na redução de episódios de hemorragia. Acredita-se que seja resultado do decréscimo da pressão portal, controlada pelo tônus das artérias mesentéricas (B1-efeito), em combinação com a diminuição do fluxo esplênico (B2-efeito). As únicas drogas recomendadas para profilaxia são *propranolol* e *nadalol*.

Um recente estudo (Groszmann RJ, et al. N Engl Med.2005;353:2254-2261), placebo-controlado, sugere que a ação dos beta-bloqueadores não seja somente o de reduzir o fluxo sanguíneo. Numa população (n = 213) de alto risco de desenvolverem varizes esofágicas — cirróticos com hipertensão portal (gra-

diente de pressão demonstrado) — envolveu a administração de *timolol* (80mg/d), e seguimento a cada três meses por 54,9 meses. Monitoramento sanguíneo, endoscopia e mensuração da pressão foram avaliados anualmente.

A pesquisa mostrou não haver diferença, quanto ao risco de hemorragia, no grupo placebo ou no grupo *timolol*. A contradição foi o grupo *timolol* ter apresentado eventos mais sérios que o grupo placebo.

SECREÇÃO ÁCIDA E TIROXINA

Milhões fazem reposição hormonal com levotiroxina. A acidez gástrica é um fator importante para sua absorção, daí, seu uso a 30 minutos do desjejum. É também muito comum o uso em jejum de inibidores protônicos (inibidores de bomba de prótons) para doença do refluxo gastroesofágico, gastrites e doença ulcerosa. Está claro que os inibidores protônicos ao reduzirem a acidez gástrica reduzem também a absorção da levotiroxina fazendo com que haja necessidade de dose maior na reposição. O último trabalho saiu no N. engl. J. Med. (2006;354:1787-1795). Um cuidado que médicos e pacientes têm que passar a ter. Ou se usa as drogas dissociadas, com intervalo de 30 minutos; ou, às vezes, há necessidade de se aumentar a levotiroxina. A primeira opção é a melhor.

Ac. Vic Mar (PR).

10 RAZÕES PARA SE LER REVISTAS MÉDICAS

Decálogo extraído dos artigos publicados no Canadian Medical Association Journal (CMAJ) 1981; 124: 555-558, 703-710, 869-872, 985-990, 1156-1162.

I

Para impressionar os outros.

II

Para se manter atualizado com as notícias médicas.

III

Para entender de biopatologia.

IV

Para descobrir como um clínico experiente lida com um determinado problema.

V

Para verificar a possibilidade de utilização de um novo ou já existente exame diagnóstico em nossos pacientes.

VI

Para conhecer as características clínicas e evolução de uma doença.

VII

Para determinar a etiologia ou causalidade.

VIII

Para distinguir a terapêutica útil da inútil ou nociva.

IX

Para selecionar os pontos referentes à necessidade, e à utilização de tratamento clínico e de outros procedimentos de saúde considerando a qualidade e relação custo/eficácia.

X

Para se divertir com as cartas ao editor.

www.crmpr.org.br



iatico@crmpr.org.br