

Esta edição é dedicada ao médico-paciente, um doente diferente.

# iátrico

nº23



**DR. HOUSE**

AJUIZANDO A FICÇÃO

# ÍNDICE

**3** **Íátrica aos leitores**  
Trinta minutos

**5** **Dr. House**  
FACES DE AMOR E ÓDIO

**13** **Quando o doente é médico**  
Um doente nada convencional

**18** **Terapêutica**  
O benefício da ignorância

**26** **Erros comuns...**  
Osteoporose e dermatologia

**30** **Galeria**  
Médicos-pacientes na visão dos artistas

**34** **Evolução**  
O que a seleção natural deve a Charles Darwin

**37** **A beleza e a dor**  
Artistas e suas doenças reumáticas

**40** **Cinema e Música**  
De Hitchcock a médicos na MPB

**60** **Íátrica poética**  
Texto e poesia

## Edições Anteriores

Confira as edições anteriores do Íátrico no site [www.crmpr.org.br](http://www.crmpr.org.br)

Esta edição é dedicada ao médico-paciente, um doente diferente.

## A CAPA

House é um técnico, sim. Mas por trás de sua aparente frieza, falta de delicadeza e arrogância de saber, cujo pincaro é o menoscabo com o saber alheio, há uma defesa bem armada por não



saber lidar com certos sentimentos e fragilidades humanas. Não à toa, quer derrotar todos os nossos inimigos internos, quaisquer que sejam, principalmente se se moverem e ameaçarem nossa vida. Por igual, não gosta de se ver ameaçado, mormente em seu conhecimento e vulnerabilidades afetivas. Muito menos senti-las. Tudo tem solução. Há dor? Opiáceo, mesmo que seja em si próprio. Há necessidade de testagem humana? É o primeiro voluntário. A trincheira é seu reino, e sua onipotência o impermeabiliza à possibilidade da morte. Tampouco pode admiti-la derrotando seus pacientes. Vaidade, técnica e conhecimento são suas armas, aliadas a um invulgar desprendimento pelas formalidades. A obsessão em fazer o melhor é a tônica. E claro, como todo o trabalho que é bem-feito se desdobra sempre em benefícios próprios e de outrem, mantém sua glória e poder. Mas no avesso de todo o super-homem há um coração que palpita e se enternece. Por isso, ocasionalmente, mostra seu semblante humano. O semblante captado pela caneta, grafite e aquarela da artista. Deisi quer um mundo melhor e pessoas melhores. É idealista. E qualificou um House melhor. Não na técnica e no conhecimento, em si sobejos. Mas humanizando-o, ao mostrar uma face compassiva, sem desprezar a técnica, no caso sua bengala.

À Deisi e a todos os artistas que colaboraram graciosamente com esta edição, nosso melhor agradecimento: o reconhecimento de seu talento.

# íátrico

PUBLICAÇÃO CIENTÍFICO-CULTURAL DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ - EDIÇÃO Nº 23  
CRMPR – Rua Victorio Viezzer, 84 | Vista Alegre | Curitiba-PR | CEP 80810-340 | Fone: 41 3240-4026 | Email: [iatrico@crmpr.org.br](mailto:iatrico@crmpr.org.br) | Conselho Editorial: João Manuel Cardoso Martins, Miguel Ibraim Abboud Hanna Sobrinho (presidente do CRMPR), Gerson Zafalon Martins, Luiz Sallim Emed, Donizetti Dimer Giamberardino Filho, Hécio Bertolozzi Soares, Ehrenfried O. Wittig e Hernani Vieira | Editor-coordenador: João Manuel Cardoso Martins (Membro da Academia Paranaense de Medicina e Professor da PUCPR) | Jornalista Responsável: Hernani Vieira (CTRS 993/06/98v - SINDIJOR 816) | Projeto Gráfico e Diagramação: Upper Comunicação (41 3024-0674) | Impressão: Serzgraf (41 3026-9460) | Tiragem: 20.000 exemplares | Edição Novembro 2008.

# lábica aos leitores: trinta minutos

**Incomum, na noite anterior tivera problemas para dormir. Morrera um antigo e velho** paciente, dos poucos amigos que tinha, e de forma inesperada. Também recebera os originais de uma revisão de pares para corrigenda.

Pediam para mudar o termo severo por grave e apensar certas referências seminais. Severo por grave tudo bem, acostumado a ler em inglês nem reparou que o *severe* deles significa grave entre nós, sendo severo algo rigoroso, como um pai ou professor. Por que não teriam feito direto tal correção? Afinal, quantas vezes colocara a palavra certa agilizar e a mesma *peer-review* equivocadamente corrigira por agilizar sem dar a menor satisfação.

Tudo bem, revisores têm suas manias. Agora, a tal litera-

"MAS ERA HOMEM QUE SEGUIA PLANEJAMENTO E SABIA QUE TERIA DE ATENDER VINTE PACIENTES CONVENIADOS POR DIA PARA SUPERAR OS CUSTOS MENSAIS. MÃOS À OBRA."

tura seminal fora de lascar. Sempre aprendera que a bibliografia deve ser consistente com o texto científico produzido, e escolhera poucos e úteis trabalhos que referendavam seu artigo, um

tanto polêmico é verdade, mas que nada tinham a ver com tais sementes essenciais. Veio-lhe à mente certos trabalhos de Einstein, esses realmente seminais, sem uma única referência. Não que quisesse qualquer paralelismo, mas a morte do amigo e a devolução do trabalho deixou-o aborrecido. Um certo quê de melancolia há muito não sentida. Restou-lhe o hipnótico.

Quando o despertador tocou, desligou e voltou a dormir, ainda estava sob efeito. Acordou pouco depois, assustado e atrasado. Começou a corrida diária contra o tempo. Levar os filhos para a escola não foi difícil, era perto. Mas chegar para ministrar sua aula matinal foi um pedaço, o maldito trânsito. As malditas motos saindo do nada e carros, muitos carros que, eventualmente,

encravavam e nada fluía. Semáforos? Nunca sincronizados. Já pensara em ir de bicicleta ou por outros meios, mas fazia tantas coisas... nem pensar. Moto seria a solução. Mas era contra. Quando plantonista se acostumara a dar atendimento a motoqueiros. Restava esperar. E relaxar? Impossível, tinha certo grau de ansiedade difusa. Colocou o CD para tocar mas já o ouvira uma dezena de vezes e se esquecera de trocá-lo. Sem outro, o jeito foi ouvir música que não queria, no rádio. Desligou, antes só do que mal acompanhado. Quando chegou os alunos já se tinham ido. Provavelmente ainda seria repreendido pelo coordenador do curso. Mas ganhara um tempo, chegaria antes ao hospital. Quem sabe poderia antecipar as duas cirurgias do dia. Não foi o que ocorreu, ao contrário, a grade estava atrasada. E, depois, uma de suas cirurgias o atrasou mais, pois tivera que reparar um ducto cortado inadvertidamente. Culpa do assistente, claro.

Quando chegou ao consultório, depois de um prosaico sanduíche, deu de olhos com o que lhe parecia uma vaga africana, dessas fotografadas pelo Sebastião Salgado. A que horas sairia? Quantos encraves enfrentaria? Quantos diagnósticos ficariam pendentes? E a secretária mal-humorada, adivinharam, né? Mas era homem que seguia planejamento e sabia que teria de atender vinte pacientes conveniados por dia para superar os custos mensais. Mãos à obra.

O consultório transcorreu normal com demora um pouco maior do que de costume, mercê lote maior de somatizadores. Não tinha muito saco para lidar com isso, adorava mesmo é operar, mas sua afabilidade dava jeito. Difícil mesmo fora aquela paciente depressiva crônica, que não podia ouvir a palavra psiquiatra e que continuava, aos cinquenta, ansiando pelo príncipe do cavalo branco. Tal príncipe já devia estar encanecido. Voltou para casa às nove e pouco. Seu desejo: trinta minutos de si-

lêncio e solidão para colocar o dia em ordem. Como encastrar aquele diagnóstico se o resultado do exame fosse normal? Qual a melhor explicação àquela hipocondríaca se o eco requisitado com a suspeita de colecistolitíase desse normal e ainda aparecesse um imprevisto cisto ou nódulo hepático? Como explicar a casualidade? E, por último, ainda teria que consultar sua assinatura eletrônica

para se certificar se o Sr. Neves precisaria de uma tomo helicoidal ou de alta resolução.

Bom, eram esses os pensamentos quando abriu a porta de sua casa. Quem apareceu? Sua mulher. Só que em vez de abraços e beijos começou a reclamar dos "seus filhos" e da sua inoperância na educação dos mesmos. E, vejam, precisava só de trinta minutos. ■

## Para ser médico

**Para ser médico há que ter receptáculo. Enorme, desses refratários a qualquer distensibilidade.** Afinal, enche-o com queixas. Muitas, de todos os matizes. Legítimas ou não, justas no sofrimento dos corpos ou ignoradas na sombra das mentes. Queixas elaboradas, redondas, incisivas e diretas, que mostram bandeiras vermelhas desfraldadas acusando doenças agudas para as quais os médicos são treinados e entendem com facilidade. Queixas obscuras, prolixas, crônicas, sem corporificação, que denunciam a pobreza de sentimentos, a morada de conflitos, ou a estreiteza científica. Que indiciam meandros genéticos e/ou comportamentos repetitivos, labirintos ainda incognoscíveis.

Para ser médico precisa-se de tolerância. Com os muitos chatos de corpo mole que só querem atestados e uma folgzinha para o nada. Folgados de todos os tipos, forjando encostos repetitivos e se insurgindo contra análises justas ou critérios impessoais. Tolerância com os aleixitímicos e firmeza com os que têm ganhos secundários, para que descubram seus auto-embustes. Tolerante com sua própria intolerância que pode demonstrar arrogância ou onipotência, podres fazeres de plenos poderes.

Para ser médico é preciso ter calma. Não a calma amortalhada do silêncio dos inocentes, mas a quietude de quem raciocina e concentra o siso. Mesmo quando a entrevista suscita o riso.

Para ser médico é preciso ser inteiro, mesmo quando fragmentado por dentro, quando a dor de seus amores

ilude a isenção e a firmeza diante do risco cirúrgico.

Para ser médico é preciso ser bom sujeito. Sem encolher o peito para inovar, tendo jeito para fazer o certo apesar dos reclamos dos pacientes, dos convênios ou do governo de plantão. Todos transitórios como a movediça ciência. Bom sujeito na arte múltipla e não evanescente.

Para ser médico precisa-se gostar de gente, mesmo que indigente. Gostar de diagnóstico, mesmo que por vaidade, é útil assim mesmo. Ter gosto de reparar, curar, modificar o ser como um deus terreno, sereno nos propósitos, certo nos acodes.

Para ser médico é necessário partir para o reajo, logo existo, das emergências; refletindo sobre o medico, logo clinico, da resolubilidade consciente e eficaz; que desfaz filas serpiginosas. E é preciso ser curioso, ter uma enorme curiosidade sobre a diversidade humana.

Para ser médico é necessário antes de tudo ter uma visão de mudança social. Para um mundo aberto à ciência, à decência profissional, ao olhar humano que respeita e se limita, e crê, no benefício resultante para a humanidade. Menos parálitica, menos inconsciente, menos necrótica, menos invasiva.

Para ser médico imaginação é preciso. E paixão pela liberdade de se vincular e se tornar responsável. Paixão pelo esclarecimento da ação. Sem o que a arte e ciência se tornam vaidades.

Para ser médico é preciso um contrato com o impossível, e apenas tolerar o possível. Pois só assim se chega ao inesperado da descoberta, de si e dos outros. ■

# Dr. House



## Você vai adorar esta história. Uma

jovem lisboeta, que nunca saíra de Portugal, contraiu a doença do sono africana. Mas como, se nunca fora picada por uma tsé-tsé?

É aí que entra um bra-

sileiro, seu companheiro. O cara estivera em Angola, foi cravado por uma mosca do gênero glossina e, pronto, estava infectado pelo protozoário tripanossômico. E sem sintomas. Portador são. E como se deu a transmissão, se não havia vetor, nem compartilhamento de agulhas, nem fora transfundida (epa!)? Pois é, adivinharam, pelo contato sexual. E tem mais, seu bebê de 19 meses também estava infectado. Verossímil? Este relato, feito por carta

à revista inglesa *Lancet* por um médico português, foi aproveitado num episódio de House, sucesso de público e de crítica, e adorado por estudantes de Medicina. É disso que vive o seriado. Casos raros, mas não só. Vive de ciência e tecnologia. E o fator humano? Ora, que se lixe, pois segundo o doutor todos os

"É DISSO QUE VIVE O SÉRIADO. CASOS RAROS, MAS NÃO SÓ. VIVE DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA. E O FATOR HUMANO? ORA, QUE SE LIXE, POIS SEGUNDO O DOUTOR TODOS OS DOENTES MENTEM, NÃO MERECEM CONFIANÇA."

doentes mentem, não merecem confiança. O importante é a doença com suas ricas variáveis ao alcance de uma mente formuladora e invasiva. Não adianta a etiologia se esconder, será encontrada nos locais mais recônditos. Seja em algum fragmento de órgão pouco acessível ou naquela molécula inesperada. Esse o modus do guerreiro dos diagnósticos difíceis. E por que o público vibra ao final de cada episódio? Porque o mal foi encontrado

e/ou debelado, afinal poderia ser você a vítima de um microorganismo letal ou de células que se multiplicam sem razão, só para tirá-lo deste insensato planeta. Precisamos de ordem, e House a restabelece; não importa o ônus. A tecnologia está aí para superar impasses, não é mesmo? E House e sua trupe, apesar das demasias e dos questionamentos internos, quase sempre ganham as batalhas. Abusando da tecnologia, claro, pois de outra maneira não teria graça, não pareceria mágica. Tudo o que o distinto público não entende soa mágico. E como se tratam de inimigos poderosos, como é que o médico, sem armas, poderia enfrentá-los? Por isso, até os residentes de House são fantásticos. Não há limites para sua extensa capacidade técnica; fazem qualquer procedimento de dar inveja em experimentados cirurgiões ou especialistas intervencionistas. Embora se esqueçam com frequência que as ferramentas são para o diagnóstico, não fazem o diagnóstico. Este é sempre multifatorial e, portanto, não prescinde do raciocínio clínico. Raciocínio que House tem de sobra, intrincado e sistêmico. Tão inusitado que não vê barreiras, sejam médicas ou administrativas. Um culto à onipotência. Cá de meu canto humilde, canto minha inoperância, baseada em mesmices clínicas, com eventuais desafios. House é sempre imperial.

Você há de me perguntar, raro leitor: o dia-a-dia do médico não é feito de casos comuns, banais? Decerto, diria que sim. E lá isso daria ibope? Bom é uma panencefalite esclerosante subaguda por um vírus do sarampo latente no organismo (cansou lendo isto, né?). Ou um distúrbio neurológico paraneoplásico que só ocorre em um por cento, ou menos, dos pacientes com neoplasias malignas.

Você, médico atarefado nas coisas mezinhas do seu cotidiano, talvez nunca tenha lido sobre essas raridades, mas certamente já leu e até diagnosticou dengue,

pois não? No Brasil é mole! Vai pensar nisso no Hospital Princeton-Plainsboro, o quartel-general fictício do Dr. Gregory House! Viu como as coisas se invertem? Conforme o lugar, o raro pode tornar-se comum e vice-versa. Essa a outra dialética da série. Difícil é fazer diagnóstico da vaca louca em um humano no Brasil, percebeu?

Há outro fator importante no sucesso público do seriado. Tudo é emergencial, dramático. Conte as vezes em que apareceram convulsões com a palavra de ordem: lorazepam. Ou perdas de consciência. Dores agudas. Ou traumatismos graves. Ou dificuldades respiratórias. Ou seja, tudo o que tira o fôlego do telespectador. Tudo que necessita de rapidez ou agilidade, fragmentos de informações. Tem risco de morte? É contagioso? Dá pra conversar? É possível aguardar os exames? Ou reajo, logo intervenho... O prognóstico, o potencial de letalidade dá o tônus. E o curioso público embarca junto com seu simpático ativado, como o leitor está agora depois de tantos "ous". Ou enjoado, claro.

Outro detalhe é o de ingleses pregando uma peça nos americanos. Explico-me. Não à toa, o premiado ator Hugh Laurie é inglês. Ou também, a própria capacidade dos americanos de verem seus próprios problemas. Note, só numa sociedade conflitiva e judicante como a americana poderia ser elaborada a série. Uma sociedade intoxicada pelo politicamente correto. E House é seu antídoto virtual. Faz tudo que, às vezes, nós médicos gostaríamos de fazer e não podemos, movidos por obrigações que se impõem por dever de ofício, porque a nobreza obriga. A realização só pode ser simbólica.

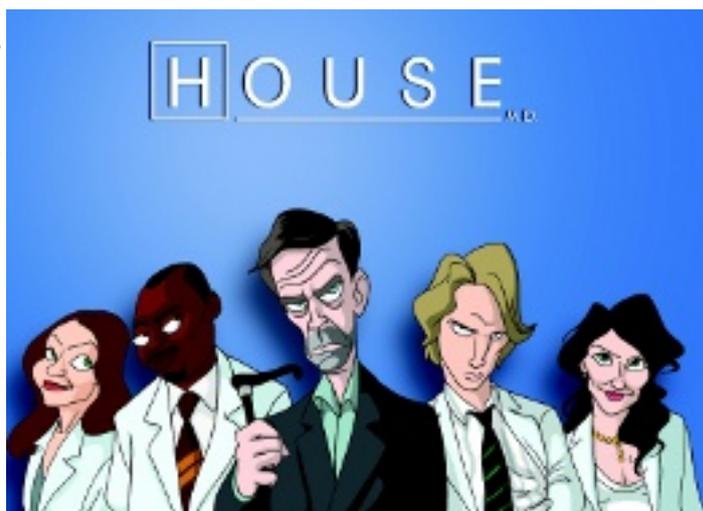
Há ainda outro motivo para que os jovens o adorem. É seu jeito relaxado de ser, do vestir-se à insubordinação persistente, lembrando os rebeldes dos sessentas. Sua rudeza, seu descaramento, o vale-tudo, até mentir, para se chegar a um diagnóstico, faz com que se sintam desamarrados das peias sociais que os engessam, e que não permitem que brinquem de deuses. O que chamamos de civilização, sem o que a onipotência se desnatura. Afinal, nosso cerne indomesticável anseia por regras para os outros, não para nós mesmos.

E há ainda o fato de House não dar bola para os sentimentos alheios, sempre desprezíveis. O foco é a doença, não os doentes. Por isso, é mestre em ciência biológica e reprovado na relação médico-paciente. Zero em sua falta de habilidade social. Na precariedade de sua arte, tida como a combinação de conhecimento médico, intuição, experiência e bom julgamento, tudo mediado pela linguagem. Esta última sendo o problema dele. Mas linguagem não é aceita como necessidade primeira de qualquer estudante de Medicina. Qualquer iniciante quer antes de tudo aprender a dominar o corpo, as estruturas, as doenças, sempre mais concretas, para as quais se utilizam remédios e procedimentos, que se podem quantificar e reproduzir. Já a personalidade humana é muito complexa, não abarcável em poucos anos de treinamento. Há uma ciência passível de ser conhecida com anos de estudo e treinamento, já a relação médico-paciente é única, sob medida, para cada paciente. E isso só se aprende por conta própria com anos não apenas de estudo, mas também de observação e reflexão. Demasiado custoso. E há ainda a propensão genética. Tem gente que não leva jeito para os rigores da ciência, prefere a nebulosa existencial. Mas como não tem rigor fica nas crenças. Outros, não têm propensão para subjetividades, endurecem-se na concretude da patologia humana. O ideal, a união das duas vertentes, é raro como tendência biológica, necessitando de disciplina e esforço intencional, sempre árduo. Daí ser tão difícil encontrar a virtude do meio, o médico que consigne o rigor científico com sensibilidade para o subjetivo. Muitos tentam, é verdade, poucos conseguem. House não consegue. Apesar do brilhantismo de seu raciocínio clínico. Uma pena. Só há lesões e formas contê-las. Não há pessoas. Meros estorvos para um cientista clínico. ■

"HÁ UMA CIÊNCIA PASSÍVEL DE SER CONHECIDA COM ANOS DE ESTUDO E TREINAMENTO, JÁ A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE É ÚNICA, SOB MEDIDA, PARA CADA PACIENTE. E ISSO SÓ SE APRENDE POR CONTA PRÓPRIA COM ANOS NÃO APENAS DE ESTUDO, MAS TAMBÉM DE OBSERVAÇÃO E REFLEXÃO."

# House, o incontinente

Fonte: <http://fan.freeblog.hu/>



**Uma revista popular, Seleções, julho de 2008, ed. nacional, caracterizada por ser**

bem escrita e de fácil acesso à maioria letrada, a propósito da incontinência verbal da personagem da série, fez pesquisa entre médicos brasileiros sobre o que realmente gostariam de dizer aos pacientes, embora não

"SABEMOS QUE O NEGÓCIO DE HOUSE É O DIAGNÓSTICO E A TERAPÊUTICA, IMPORTA MENOS O PACIENTE. TALVEZ FALASSE NA LATA O QUE O MÉDICO BRASILEIRO APENAS PENSA."

o façam. O resultado, na seqüência abaixo, variou de 63% a 19% respectivamente, é o que segue: a) Se for atrasar ou faltar à consulta, por favor, avise com antecedência; b) A consulta é única. Não traga outra pessoa e me peça para examiná-la; c) Não posso renovar uma prescri-

ção por telefone. Preciso que venha ao consultório; d) Você não está doente. Só quer um atestado médico; e) Seja franco. Se você não tomou os medicamentos prescritos, diga; f) Não espere o fim da consulta para falar sobre o seu problema; g) Explique os seus sintomas com exatidão: quando começaram, o que são e em que

frequência acontecem; h) Por favor, tome um banho antes da consulta; i) Por favor, não me faça ler as páginas que você imprimiu na internet; j) Você precisa perder peso.

Sabemos que o negócio de House é o diagnóstico e a terapêutica, importa menos o paciente. Talvez falasse na lata o que o médico brasileiro apenas pensa. Por isso, entre nós e House, e sua suposta incontinência, cabem uns comentários.

Ficar esperando alguém fora do horário aprazado, em qualquer circunstância, é sacal. Quanto mais numa consulta. E recíproco. E não precisa

ser num consultório. Quem já foi a uma audiência sabe do que estou falando. Mas o médico tem muitos álbis. Emergências, reuniões, atrasos em procedimentos e por aí vai. Mas fazer do atraso uma sistemática revela falta de organização ou de respeito pelo paciente e por si próprio, já que é fonte de estresse e conflitos. O mínimo a fazer é declarar a cada paciente com antecedência o tempo de atraso e pedir compreensão. Esclarecimento gera tolerância. Da mesma maneira, se o paciente se atrasou indevidamente, sem motivo claro, mostrar-lhe que atrapalhou a grade, no caso outros pacientes, e que deve ter seu tempo reduzido como consequência – não esqueçamos que médico também vende tempo – ou mesmo a consulta suspensa. Valendo o bom senso quando o paciente vem de outra localidade e tem bons motivos. Mesmo assim, conforme o grau de atraso, pode ser necessária uma remarcação, embora imediata. Tempo é sempre pedagógico. Embora haja pacientes e médicos impassíveis de mudanças.

A consulta é realmente única. E ter acompanhante, familiar ou não, querendo filar, é irritante. Tipo: "– Doutor, dá para dar uma olhadinha na minha pressão?" – Minha senhora, estou com um problema, meu aparelho acabou de ficar descalibrado! Esta seria uma maneira elegante. Já House, o incontinente, diria simplesmente: – Não. Marque uma consulta! Justo, embora boquirroto. A propósito, o Iátrico nº. 6 revelou o diálogo havido em seu tempo, lenda ou realidade fica a seu gosto, entre o famoso Dr. Miguel Couto e uma paciente, acompanhada de amiga, enquanto passeavam por Copacabana. Vale a pena recordar o episódio, sabendo-se que estavam num passeio:

– Como vai, doutor, bonita manhã, não?

– Bonita e de mar calmo, respondeu com palavras de ocasião.

A amiga, visivelmente excitada com tão ilustre figura, irrompe:

– Por favor, doutor, tenho uma dor na barriga aborrecida, sobe e desce, vai pras costas, incomoda todos os dias, e ninguém acha o que é, qual sua opinião?

– Minha senhora, fala serenamente o velho mestre, dispa-se e deite-se!

Quer dizer, tudo tem hora, vez e lugar, e a impertinência, às vezes, deve ser castigada.

Já na renovação de prescrição por telefone há que se ter muito cuidado. É uma das maneiras mais frequentes de filar consulta. Quando não se conhece bem o paciente, nunca emitir. Quando o paciente tem um seguro médico, deve-se seguir as regras. Quando é particular e você conhece sua vida financeira, ter equilíbrio é necessário. Mas, para potenciais abusadores, o aviso pessoal ou pela secretária da necessidade de nova consulta se faz necessário. Também é um momento pedagógico. Exemplifico: paciente com artrite reumatóide controlado com polifarmácia tendo entre os medicamentos um controlado. Digamos um com-

primido ao dia. Pela regra só podemos receitar 60 comprimidos. Mas o paciente está controlado há dois anos, clínica e laboratorialmente, sem quaisquer alterações de atividade ou toxicidade, tem vínculo e personalidade estável, e você resolve programar a nova consulta para três meses.

Ao final de dois meses precisa renovar a receita para mais 30 dias. Nada a obstar. Agora se a doença não estiver controlada, ou houver discreta alteração nas enzimas hepáticas, ou não houver vínculo e você não tiver confiança na paciente, claro que antecipar a consulta e não renovar

a prescrição é a boa norma. Entenda ou não o paciente. E o exemplo dado não é de psicotrópico, o que poderia ensejar outra leitura. O que faria House? Encaminharia para um colega. House não faz seguimento clínico, apenas aparece em momentos decisivos. Seguir o que é conhecido para ele deve ser entediante.

Ah, os atestados. Certo amigo, no antigo INAMPS, assim que o paciente adentrava o consultório, conforme a ectoscopia, a palo seco proferia: atestado ou consulta? O susto devia ser o mesmo do "a bolsa ou a vida". De acordo com a reação, já sabia se se tratava de um ilícito ou não. Brincadeira à parte, atestado é coisa séria, e como qualquer outra coisa, é necessário primeiro conhecer para depois praticar. Todo jovem profissional só deveria expedir um atestado depois de saber o que diz a respeito o código de ética médica e tirar suas dúvidas no respectivo CRM. Quando se conhece bem uma legislação temos mais convicção para praticá-la e, no caso, negar uma ilicitude. House diria que o paciente está mentindo, aliás como pensa em relação a todos, e que é um "píssico". Pensando bem, a situação não se lhe apresentaria, porque é um hospitalista, pouco atende fora do Plainsboro, e

"AH, OS ATESTADOS. CERTO AMIGO, NO ANTIGO INAMPS, ASSIM QUE O PACIENTE ADENTRAVA O CONSULTÓRIO, CONFORME A ECTOSCOPIA, A PALO SECO PROFERIA: ATESTADO OU CONSULTA?"

doentes graves, ditos orgânicos. Raramente atenderia simuladores, a não ser que elaborassem uma grande produção no próprio corpo e, por isso, fossem internados.

A maioria dos médicos em evolução prematura (nada como um bom eufemismo), acreditam que seus pacientes tomam os remédios prescritos. Ainda não leram nada sobre adesão terapêutica e suas dificuldades. Então vale um caso verdadeiro recente. Paciente hipertensa grave de longa duração, de muitas consultas e muitos médicos, por óbvio não aderente, vai a novo facultativo que, como outros, lhe explica a necessidade do tratamento para evitar morbimortalidade, e crania um único comprimido com mais de uma substância ativa e em dose única para facilitar aderência. Ao chegar em casa, à espera, velha amiga que ao saber da nova consulta lhe pergunta como foi. Tirando o remédio da bolsa, já comprado, diz que o médico foi simpático e até a examinou, e falou que o novo medicamento controlaria sua pressão, mas não poderia pará-lo. A amiga olhou os comprimidos, fez uma cara de espanto, e disse-lhe: –"Você não deve tomar, é comprimido muito grande, vai baixar demais sua pressão!" Adivinha se não continuou o "shopping doctor"!... O

"O QUE HOUSE FARIA SE INTUÍSSE A "NON-COMPLIANCE"? SE POSSÍVEL, CLARO QUE DOSARIA A SUBSTÂNCIA NO SANGUE E, SE DESCOBERTO O EMBUSTE, NÃO MAIS ATENDERIA A PACIENTE. "PONHA-SE DAQUI PARA FORA", PARA GÁUDIO DOS INTOLERANTES."

que House faria se intuísse a *non-compliance*? Se possível, claro que dosaria a substância no sangue e, se descoberto o embuste, não mais atenderia a paciente. "Ponha-se daqui para fora", para gáudio dos intolerantes.

E os pacientes prolixos. Os populares bobinas. *No-way*. É feito perua. Não tem solução, é da natureza. Uma vez prolixo, só com muita arte, engenho e esforço, o cara se atenua. Manja, desbasta um pouco. E não depende de classe, educação ou inteligência. As últimas só refinam

a prolixidade. Por isso, os benditos sintetizadores – não confundir com instrumento musical –, esses sim, dotados da mais nobre função cerebral, a nobilíssima síntese, são apreciados por toda a categoria. E pelo House, claro.

Banho é bom, não? Inda mais num patropi. Estamos todos do lado dos fracos e oprimidos, respeitamos sua condição carente, auxiliamos muito a promover sua saúde ou a curar suas doenças, mas convenhamos: bom mesmo é um cheirinho bom, tipo "pobre mas asseado". E nada a ver com preconceito. Porque também tem uns riquinhos que não são nada asseados e pegam forte numa daquelas essências grifadas. Você diria: mas ser médico é sobretudo saber lidar com o apuro olfatório, sejam delicados ou nauseabundos. Afinal, quem como nós, observa e cheira as vertentes dos emunctorios humanos é especialista nessas nuances. Nada a obstar. Agora, o que é intolerável mesmo, e é o que diria House explicitando essa contrariedade, é um perfume sem qualidade, adocicado e excessivo, vulgo desencadeante imediato de enxaqueca clássica. O intolerável odor de essências bárbaras. Mas também é provável que House não a tivesse. Já lhe basta uma dor crônica, a da perna, e seu vicodin talvez a prevenisse. Mas que cheiraria torto, não tenham dúvida.

E aqueles opúsculos de frutas exóticas, de ilhas paradisíacas, verdadeiras panacéias para curas e prevenções? Tal qual as páginas impressas da Internet que os pacientes fazem questão que as leiamos no ato da consulta, ou recortes de jornais e revistas colados a fundo firme zelosamente trazidos para beneficiarem outros pacientes... Há que ter paciência, muita paciência. Coisa que certamente House não teria. E, por isso, às vezes, gostaríamos de sê-lo. Sem a tal *noblesse oblige*. Ou seja, só com firmeza de propósitos.

*P.S. Aos incontinentes sugerimos a leitura de "Falar demais... ou de menos", no Látrico nº. 9. ■*

# Técnico, mas humano?

Sabemos que exercemos a cidadania, o equilíbrio de direitos e deveres, na vida da cidade. Quando votamos, quando praticamos um preito coletivo, estamos lá como cidadãos. A personalidade é diferente. Somos pessoas únicas, como tal não temos o pertencimento espanhol do cidadão, só nos pertencemos. Únicos e insubstituíveis, o sujeito se pertence em sua personalidade. E é sobre essa pessoa que o médico age, sobre esse ser inviolável. Então, cabe a pergunta a propósito de House: o profissional que só pensa nos meios para atingir um fim, no caso o diagnóstico, será útil? Será que não se torna mais iatrogênico? É sobre isto que devemos ponderar.

Claro que o médico que utiliza todos os meios para atingir um único objetivo, o diagnóstico, tem que pesar riscos e benefícios. Utiliza métodos, meios, e isso deve ser ajustado para alcançar os bons fins. Mas, note, mesmo que não se importe com a pessoa, e sim com sua competência, curiosidade e vaidade, se fizer bem-feito, e desde que utilize os métodos adequados, chegará a um bom fim, e, portanto, por via oblíqua estará dando o melhor à pessoa. Afinal, quando um electricista vai à sua casa, o que interessa a si, prezado leitor, é sua capacidade para resolver o problema, e não sua simpatia. Claro que se



simpático for será muito melhor. No caso médico seria a empatia. Então está respondida a questão. O médico puramente técnico pode, sim, ser humano. Agora, se você me perguntar se o mesmo profissional for atender uma somatização, para a qual não há técnica disponível para cura, respondo que não. Não terá a necessária arte. Aí, House sucumbiria. Aliás, nem teria saco!■

## PALAVRAS DE MESTRE

“Aqui estou com a esperança de que é possível começar de novo e sanar minha vida pensando em coisas aprendidas, com a tal força que o tempo não apagará as coisas, os lugares, e tudo será mais verdadeiro do que foi.”

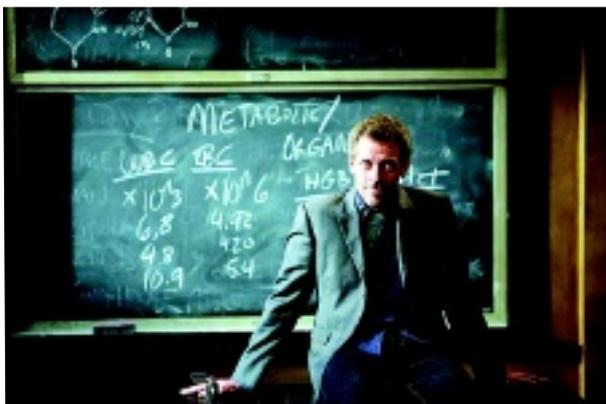
**Czeslaw Milosz (escritor polonês naturalizado norte-americano; nobel de literatura, 1980). Sobre o aprendido e vivido, no tempo da lembrança e da esperança.**

.....

“Não acredite numa coisa sem ter boa razão para fazê-lo.”

**Dr. Mauricio Oscar da Rocha e Silva (1910/1983), descobriu a bradicinina. Sobre crença indissociada da razão.**

# House: o anti-herói da Medicina



**O que o House faria? Depois que a série de TV arrasa-quarteirão "House M.D." estreou, em 2004, essa se tornou uma pergunta corriqueira em discussões clínicas de diversos hospitais pelo mundo afora. O paradoxal médico, viciado em codeína, se tornou um *hit* no meio médico. Um pouco por conta de suas**

**"O QUE HOUSE REPRESENTA É AQUILO QUE TEMOS VONTADE EM CERTOS MOMENTOS DE NOSSA CONDUTA MÉDICA: DE MANDAR TUDO ÀS FAVAS E BATER DE FRENTE COM OS PACIENTES E COM NOSSOS CHEFES PARA CHEGARMOS AO NOSSO OBJETIVO."**

condutas nada ortodoxas, um pouco por sua personalidade única, e muito por sua genialidade. Mas House, como médico, só poderia existir nos EUA, em um sistema baseado na alta tecnologia e na pujança de recursos. Caso ele cruzasse a fronteira para o Canadá, ele seria execrado por ser um médico que não cultiva a relação médico-paciente, por gastar milhares de dólares em exames inúteis e por destroçar relações em equipes médicas e multiprofissionais. Por todo esse paradoxo que envolve sua conduta médica e pessoal, House é atraente. E atrai, porque House expressa na essência o adágio maquiavélico "os fins justificam os meios". Independente dos riscos e das dificuldades que House pode criar ao

paciente na busca pelo diagnóstico, o que vale é que ele consiga chegar à conclusão de seu raciocínio clínico e, por conseqüência, ao tratamento mais eficaz.

As velhas séries médicas estadunidenses, notadamente Dr. Kildare (estrelada por Richard Chamberlain), eram seriados que exploravam a figura benevolente e paterna do médico, como um modelo de pessoa e de conduta pessoal, que representava a velha dicotomia "mocinho-bandido": o médico deveria ser um mocinho em todos os aspectos, desde como se portar perante a sociedade bem como em sua conduta médica, não ultrapassando limites éticos e seguindo os preceitos hipocráticos. Outras séries médicas mais modernas, como "E.R.", já começaram a mostrar uma figura mais humanizada e frágil do médico, como alguém que também sofre e tem seus conflitos internos. Mas House foi além: o personagem central é a expressão do anti-herói, do *gauche*, ou seja, alguém que foge dos padrões de correção e postura de nossa sociedade. E por ser torto na vida é que House impressiona. Porque mesmo convivendo com uma dor lancinante em sua coxa direita (compensada parcialmente com muito Vicodin), com uma rabugice que deixa aqueles que trabalham próximos das raias da insanidade e com uma personalidade pétrea, quase que megalômana, House acaba por atingir seus desfechos. Sua capacidade de dedução e intuição quase sherloquianas (os produtores de House se inspiraram na criação do torto médico no famoso detetive criado por Sir Arthur Conan Doyle, que também era médico) são os pilares que tornam a série tão cativante para seus fãs.

Mas comentemos a face médica de House. O que House representa é aquilo que temos vontade em certos momentos de nossa conduta médica: de mandar tudo

às favas e bater de frente com os pacientes e com nossos chefes para chegarmos ao nosso objetivo. É mais ou menos como se quiséssemos despertar o Maquiavel que existe dentro de nós. Quem, ao assistir House, nunca teve vontade de fazer como ele, fugir do plantão estressante cheio de IVAS e GECAs para ir buscar o diagnóstico daquele caso difícil que está na enfermaria? Quem nunca teve vontade de "invadir" a casa dos pacientes para buscar elementos para sustentar a história clínica do paciente? Ah, e quem nunca teve vontade de pedir "MRIs" (RNM) à vontade como o paradoxal médico estadunidense? No final das contas, House é um pouquinho daquilo que queremos ser. De não ter limitações e medos para buscar nossos objetivos.

Na vida real não podemos e não devemos ser como House. Mas temos que ter um pouco de House dentro de nós. Medicina, além de arte, é feita de inspiração e intuição. E House, por mais *hi-tech* que seja, é o amálgama entre a tecnologia e a arte médica. É a união entre a tecnologia de ponta e a intuição médica, que jamais será suplantada pela máquina. Afinal, de nada adianta termos o exame mais sofisticado, a imagem mais detalhada, se não houver um profissional capaz de interpretar e correlacionar as informações geradas eletronicamente em seus dados clínicos. Não devemos temer a tecnologia; devemos sim é adaptá-la à nossa realidade para aprimorarmos a arte, a nossa arte, a Arte da Medicina.

**Dr. René Santos Neto (PR).**

## Dr. House, o diagnosticista

Desde 2005 na televisão brasileira, Universal Channel, o Dr. Gregory House é aquele médico que observa enquanto outros apenas vêem. Tem ver treinado. Com raciocínio rápido e sistêmico vai comendo o diagnóstico pelas bordas, aos bocados, verdadeiro *piecemeal approach*. Vale-se também de intuição, a capacidade que o médico experiente adquire por ir direto ao alvo sem raciocinar. Ou seja, sabe sem pensar, por já fazer parte de seu repertório de diagnósticos e experiências pretéritas e, quando necessário, se incongruente, sabe voltar atrás, exibindo um raciocínio pendular muito útil no processo do diagnóstico. Direito e avesso analisados em bloco. É evidente que isso inclui armazenamento anormal de informações em sua mente, mas o mais significativo é que sabe processá-las, coisa não apenas de quem lê muito, e sobretudo de quem tem rigor na sua seleção – bom grau de evidências – e as submete à reflexão. Nesse sentido é médico das antigas, quando tudo tinha que ser memorizado, de tabelas a fórmulas, devido a falta de disponibilidade de recursos à

mão. Embora a Medicina científica fosse mais estreita, já Osler em seu tempo tinha-se preocupado com o excesso de informações, pois deu forma a um manual de bolso a ser utilizado por médicos-residentes (também deu forma ao treinamento prático dos médicos.) Hoje não precisamos usar nosso cérebro para simples informações, coisa que qualquer assistente pessoal faz. De outra maneira, quaisquer dispositivos portáteis tipo Palm ou Pocket PC, podem armazenar o que há de importante, e nem precisa ser assinatura eletrônica de um UpToDate. Se você não sabe, um tradicional Manual Merck atualizado, faria a maioria dos diagnósticos da série House. Embora como o leitor possa conferir, tenha a bagatela de 2.833 páginas (17.<sup>a</sup> edição).

Concluindo, prezado médico-residente que tanto preza o seriado, não se preocupe com tantas informações. Preocupe-se mais com o raciocínio clínico, a verdadeira gema do Dr. Gregory. E que pode ser utilizado tanto em Bororos quanto no hospital Plainsboro. E com quaisquer dispositivos à mão. ■

# Quando o doente é médico



## Quando é o médico que fica doente sempre existe a chance de que tudo aconteça

da pior maneira possível. A despeito de um cuidado especial por parte de quem conduz a situação, todas as complicações possíveis e imagináveis são esperadas, todas as reações alérgicas aparecem e nenhuma das explicações comuns se encaixam... Em nosso meio é comum se acreditar que médicos são os piores doentes

**"EM NOSSO MEIO É COMUM SE ACREDITAR QUE MÉDICOS SÃO OS PIORES DOENTES QUE OUTRO MÉDICO POSSA ATENDER."**

que outro médico possa atender.

Existem algumas explicações para esse fato. A primeira delas é a de que o médico subestima os sinais da própria doença ou não se dá o direito de reconhecê-las como um doente comum. Uma outra é a de que ele se julga no dever de se autotrotar ou auto-investigar usando muitas vezes de caminhos que o levem a achar o que ele gostaria de ter e não o que realmente tem... Uma outra expli-

cação ainda é a de que, quando o médico se coloca sob cuidados de outro médico, o excesso de zelo por parte do cuidador ou a pressão sobre ele produzida por causa da responsabilidade assumida gera confusões e iatrogenias. É bem verdade também que ter uma inscrição no CRM é fator de risco para aparecimento de esmeraldites.

Todavia, como médico e como doente, gostaria de ponderar sobre uma explicação um pouco mais lógica sobre os fatos veri-

ficados. Não é o médico um ser humano como outro qualquer, sujeito aos mesmos mecanismos fisiopatológicos que qualquer outra pessoa? Uma das poucas diferenças a serem levadas em conta é a de que o meio em que trabalha é, por si só, um fator de risco principalmente para doenças transmissíveis e para aquelas relacionadas com excesso de trabalho e de estresse, o que o torna mais frágil nesse sentido. Contudo, são os mecanismos de defesa frente ao fato de estar doente e de cuidar de outro médico doente que complica a situação.

Ficar doente e morrer é uma verdade da qual ninguém pode escapar. O dia a dia vivido pelo médico o torna consciente disso mais do que qualquer outro profissional. Além disso, existem motivações inconscientes que levam o médico a escolher esse tipo de profissão. O desejo de dominar ou enfrentar logicamente o temor do próprio fim parece ser uma delas. Entretanto,

ao invés de conseguir esse possível domínio, o que nós médicos aprendemos? O que a escola de medicina nos ensina? Que, ao contrário do que qualquer pessoa leiga costuma pensar, não existe uma coisa certa para ser feita a cada situação... Que apesar de a Medicina estar extremamente adiantada e de a ciência ter evoluído de maneira extraordinária, não temos todas as respostas que gostaríamos de ter... Que nossos recursos não curam a não ser algumas poucas doenças de tratamento cirúrgico e outro tanto de doenças infecciosas... Que o fato de alguém estar sob os melhores cuidados médicos possíveis, nos melhores hospitais, realizando exames de última geração ou sob a melhor forma de tratamento que exista, não impede a progressão de determinadas doenças, de aparecerem complicações e de acabar morrendo. Ou seja, a escola de Medicina, ao contrário do que muitos possam pensar, nos torna pessoas mais frágeis frente à situação de doença e com menos esperanças frente ao que possa advir dela. E ainda, nos ensina que devemos ser ou parecer fortes frente a tudo isso. Ensina que nós somos os médicos, ou seja, alguém para quem todas as pessoas se voltam quando não sabem o que fazer... Que o nosso raciocínio tem que permanecer lúcido quando os outros estão nervosos e perdem a calma. E que sob hipótese alguma devemos demonstrar desespero, por mais que nos sintamos assim...

Resumindo: nossa profissão nos diz claramente que um ser humano pode fazer pouca coisa para mudar definitivamente uma situação de doença, inclusive a própria, mas que isso é algo que o médico deve carregar para si.

Obviamente, diferentes mecanismos de defesa se superpõem. "Eu não sou igual aos meus pacientes", é um

deles."O que acontece com eles não acontece comigo. Portanto, eu não preciso tomar meu medicamento para dislipidemia ou hipertensão arterial da maneira que recomendo para os outros. Eu não preciso fazer os exames de *screening* que deveriam ser feitos." E, naturalmente, as complicações aparecem. Existem outros que pensam diferente. "Vou fazer tudo muito direitinho, direitinho demais..." São mil e um exames, com chances de que um ou outro mostre resultados anormais, e que para serem esclarecidos levam a mais exames ou mesmo a tratamentos desnecessários... que também causam complicações.

O que deve ser feito quando existem dois médicos, um de cada lado da escrivaninha da sala de consulta? O melhor conselho que poderia dar é o de que seja formalmente esquecido que o médico doente é médico. Que ele seja investigado, tratado e instruído como se não o fosse. Que se permita, como se permite ao paciente não médico, a expressão do medo, das incertezas e da tristeza por estar doente, sem nunca deixar que a chama da esperança se apague. Que, da mesma maneira que fazemos com o paciente habitual, se permita que o doente participe das decisões e que se respeite seus pontos de vista sem deixar de compartilhar da responsabilidade sobre a decisão final. Afinal de contas, aquilo que se dá por um lado, é o que se recebe de outro, porque com inscrição no CRM ou sem, somos todos seres humanos.

**"NOSSA PROFISSÃO NOS DIZ CLARAMENTE QUE UM SER HUMANO PODE FAZER POUCA COISA PARA MUDAR DEFINITIVAMENTE UMA SITUAÇÃO DE DOENÇA, INCLUSIVE A PRÓPRIA, MAS QUE ISSO É ALGO QUE O MÉDICO DEVE CARRER PARA SI."**

**Dr<sup>a</sup>. Thelma Skare (PR).**

# A trágica história de um médico impaciente

**Anos 50, Brasil de Juscelino, interior sendo aberto, Norte do Paraná colonizado pelas** lavouras de café, música caipira nos radinhos. Jovens médicos se espalham por cidades mais jovens ainda, escolhidas a bordo de carros antigos; esta é minha, aquela é sua. Trabalho de sobra. A vida básica, primária, faroeste total, Curitiba a três dias de lama. Logo, a bordo de um Jeep, o médico se envolvia da igreja ao time de futebol. A mulher era assistente das cirurgias, a empregada anestesista. O filho sentado numa escadinha assistia. A idade dos quatro juntos mal dava 80 anos.

Logo vêm mais filhos, e o chamado da capital, onde estão as famílias, tradicionais. A volta é intempestiva, apressada por doenças familiares. Início dos anos 60, tudo maravilhoso, país em progresso, rádio, televisão, Brasília, copas do mundo. Rapidamente vem o crescimento profissional impulsionado pela grande família, e o enfrentamento grave com o

*establishment* da Medicina curitibana, suas divisões medie-

**"RAPIDAMENTE VEM O CRESCIMENTO PROFISSIONAL IMPULSIONADO PELA GRANDE FAMÍLIA, E O ENFRENTAMENTO GRAVE COM O ESTABLISHMENT DA MEDICINA CURITIBANA, SUAS DIVISÕES MEDIEVAIS DE TERRITÓRIOS, DISPUTADAS NOS ESQUEMAS STALINISTAS ALIMENTADOS PELA DITADURA MILITAR."**

vais de territórios, disputadas nos esquemas stalinistas alimentados pela ditadura militar.

Como um raio em um céu escuro, um súbito estado de coma e tetraplegia aos 34 anos de idade. Insuficiência respiratória. Pulmão de aço. Transferência em avião do governador para o Hospital de Clínicas de São Paulo. Volta muitas semanas depois. Alerta, orientado, intelecto 100%, hemiplégico, em cadeira

de rodas. Precisando trabalhar para acabar a construção da casa e dar aos filhos um padrão condizente. A recuperação, em meses, típica de um AVC. Ficou uma seqüela, mas as cirurgias eram possíveis, as consultas também, e o em-

prego, e mais filhos vieram. Mas a vida continua: morrem a mãe amada, o sogro querido e o irmão mais próximo.

Foram mais 13 anos até a morte, no 13º episódio vascular cerebral. Os números podem ser inexatos, mas os relatos são indicativos de infarto de tronco cerebral. Hemiplegia esquerda com perda de consciência evoluindo para coma profundo com distúrbio de ritmo respiratório grave, em poucos minutos. Pela manhã ou no jantar, horário típico de crise hipertensiva.

Na época estabeleceu-se uma confusão que persiste, quase 50 anos depois. O diagnóstico clínico neurológico, no caso um infarto de tronco cerebral de origem arteriosclerótica, por tromboembolismo vertebrobasilar, não era demonstrado por nenhum exame complementar. Como ainda ocorre, isso deixa perplexa a comunidade.

Em primeiro lugar, a topografia da lesão: as arteriografias da época visibilizavam as carótidas; décadas depois só a ressonância magnética demonstraria as regiões de isquemia no tronco cerebral, território das artérias do sistema vertebrobasilar, fantasmas misteriosos, nunca vistas, nem em aulas de anatomia, e muito mal imaginadas. O problema persiste: pacientes de UTI fazem tomografia e eco de carótidas, mesmo ressonâncias de urgência, e não são vistos por neurologistas *strictu sensu*. O diagnóstico clínico de infarto de tronco, introduzido em Curitiba em 1982, ainda é subutilizado mais de 25 anos depois.

Em segundo lugar a etiologia: no início dos anos 60 não era uma realidade na medicina curitibana que uma doença vascular grave em um homem jovem pudesse ser causada por estados de saúde considerados estáticos, como hipertensão arterial, obesidade, cigarro, dislipidemias. Todo mundo fumava, todo mundo comia. Ninguém media a pressão ao acordar e no jantar.

Não existiam neurologistas *strictu sensu*. Eram neu-

rocirurgiões, fisiatras, clínicos especializados em doenças musculares, alguns deles presentes à primeira reunião da Academia Brasileira de Neurologia, que ocorreu em Curitiba em 1963, segundo recente artigo histórico de Hélio Teive. Se algum fez o diagnóstico claro e firme de tromboembolismo vertebrobasilar, não convenceu o *entourage* do paciente; esses continuaram atrás de alguma arterite, rara, misteriosa, que causasse uma doença tão grave e "estranha". Vasculite por lues, listeriose, tuberculose, outras menos prováveis, foram alternativas sérias o suficiente para tirar a atenção da mudança de hábitos de vida.

Angiologistas e cirurgias vasculares fizeram sua parte, até prescreveram heparina para uma trombose femoral súbita. Mas o corpo clínico não convenceu o médico impaciente. Ninguém falava em emagrecer, comer pouco sal, os remédios de pressão alta eram depressivos e broxantes, quando não alucinatórios. Não se soube da importância de manter esses pacientes com montes de Lasix, com o tanque vazio, até os anos 90. O cigarro era uma coisa meio charmosa, meio do mal, mas ninguém realmente parava de fumar.

Os muitos irmãos do nosso médico impaciente, que viviam da mesma maneira, logo morreram de uma doença vascular sistêmica, precoce, progressiva, de grandes vasos. As mulheres, magras e não fumantes, tiveram doença de pequenos vasos terminais, de progressão lenta. Será que os médicos da época ignoravam esta doença? Ou será que o impaciente preferia não aceitar o veredito e procurava diagnósticos alternativos esdrúxulos?

Sem dúvida tudo seria mais simples com dietas e tratamentos anti-hipertensivos mais civilizados, exames que demonstram objetivamente o que o neurologista "adivinha" pelo exame clínico e pelo conhecimento fisiopatológico. Uma boa angio-ressonância com imagem por difusão teria demonstrado o problema. A polipílula, ou pílula da vida, controlaria a hipertensão. Belas nutricionistas resolveriam o restante.

Tratamentos mais eficientes para diagnósticos mais comprovados, com certeza, levam a uma maior adesão ao tratamento. Hoje, vemos hipertensos malignos ileso,

sem seqüelas em qualquer órgão de circulação terminal, após 20 anos de diagnóstico. Mas tivemos que esperar décadas pelo desaparecimento dos conceitos de hipertensão puramente sistólica, medida só em repouso, ou reflexa ao AVC, que mataram tanta gente, e foram bíblicamente ensinados nas faculdades, resultado do imperialismo americano na medicina curitibana.

Um médico é como um piloto, uma mulher bonita, um industrial ou um político poderoso. Pacientes acostumados a mandar, resolver o que fazem, tomam decisões.

Pequenos deuses, com um *entourage* grande, influente e cheia de opiniões, inclusive sobre trocar de médico. É pouco provável que o mesmo profissional atenda um colega continuamente.

Além do progresso da Medicina e da saúde comunitária, o que mais poderia ter ajudado nosso médico impaciente a não sucumbir antes dos 50 anos a 13 AVEs? Hoje em dia acredito que uma simples providência teria minorado a magnitude da tragédia. A cobrança de honorários médicos coloca um limite imediato na fogueira das vaidades que se estabelece em muitos casos, ao definir os papéis de médico e paciente, profissional e cliente. Como fazem paulistas e americanos, entre outros. Sem este limite os atores começam a se comportar como bipolares tipo I: ficam eufóricos, saem da casinha, querem chamar médicos, dar opiniões, fazer exames, prescrever remédios, duvidar de diagnósticos. Mais ou menos como os pacientes de certos planos de saúde de nossos dias.

No caso, o buraco era mais em baixo, pois nosso médico impaciente não cobrava de ninguém. Ficava amigo de todos. Quando não era inimigo, claro. Fez bem à sociedade, ganhou nome de rua. Então era difícil cobrar dele, ainda mais nos anos 60. Sinuca de bico.

**Dr. Paulo Rogério M. de Bittencourt (PR).**

"UM MÉDICO É COMO UM PILOTO, UMA MULHER BONITA, UM INDUSTRIAL OU UM POLÍTICO PODEROSO. PACIENTES ACOSTUMADOS A MANDAR, RESOLVER O QUE FAZEM, TOMAM DECISÕES. PEQUENOS DEUSES, COM UM ENTOURAGE GRANDE, INFLUENTE E CHEIA DE OPINIÕES, INCLUSIVE SOBRE TROCAR DE MÉDICO.

# Supervisão

**Imagine hoje alguém que pratique a Clínica Médica, especialidade extensa e de longo amadurecimento profissional.** Se o clínico não tiver também uma subespecialidade, terá como grosso de seus pacientes, afetados por problemas emocionais, por poliafecções (ex. diabético, hipertenso, gotoso, com manifestações crônicas dessas doenças), ou orgânicos com dificuldades emocionais ou francos distúrbios psiquiátricos. Ou seja, pacientes que estão numa zona cinzenta que poucos se sentem confortáveis ou interessados em atender. Pacientes difíceis.

Ocorre que a maioria profissional é treinada para a organicidade (alterações estruturais) e não para a funcionalidade (entendendo-se funcionalidade, na maioria das vezes, como síndromes que envolvem distúrbios neuroquímicos com predisposição genética).

Útil seria que o clínico devesse ter a supervisão de um colega mais experiente para que não se angustiasse e não sobrassem dúvidas em situações clínicas pouco claras quanto aos aspectos emocionais, isto é, aos alvos passíveis de ser atingidos e não às impossibilidades de cada um, paciente e assistente. Para que pudesse atuar com conforto, sem se sacrificar, e trazendo algum ganho existencial ao paciente. A supervisão objetiva essa troca de idéias, que também pode ser com colegas ou profes-

sores, sobre as experiências de cada um no exercício profissional, tendo como foco problemas específicos.

Na Residência Médica em que atuamos, temos uma sessão semanal curta, denominada "Essências", em que o médico-residente apresenta em poucos minutos uma dificuldade que tenha tido no manejo de algum paciente ou com seus familiares, que passa a ser discutida sob ângulos diversos e pertinentes. O objetivo é reduzir o seu grau de incertezas e elaborar melhor a experiência vivida e que tenha trazido algum grau de angústia ou insegurança.

Quando um paciente está doente lida com limitações que não tinha e com a expectativa de superá-las. Vai ao encontro de um profissional para que o mesmo restabeleça a ordem das coisas, mas que, às vezes, não é possível, pelo menos *in totum*. Atuar sobre essas limitações, adequá-las às possibilidades da ciência médica, variáveis para cada doença, e fazer com que veja mais claramente o que é possível ser feito e ajudá-lo nessa compreensão e elaboração é o papel do médico. Difícil e nem tão transparente assim, daí a utilidade da supervisão. Mas quem pode a ela se submeter? Carece de profissionais propensos de tempo, dinheiro e, principalmente, de boa vontade de se superar a si mesmo, isto é, de crescer. Tarefa a que poucos se propõem. Pelo menos sob o ângulo emocional. ■

## HERMANOS, PERO NO MUCHO

Entrevistado num jogo Brasil x Argentina jogado no Brasil, é claro:

- Você sabe como os portenhos se suicidam?
- Não! Como?
- Sobem no alto de seu ego e se jogam.

.....

No mesmo jogo um psicoterapeuta comenta com outro:

- Colega, estou com um caso deveras difícil.
- Ah, é? Qual?

- Estou atendendo um argentino com complexo de inferioridade...

- Que coisa estranha, o meu analista didata também é argentino e sofre muito de complexo de superioridade...

.....

**Em tempo:** Escutei as coisas acima e, como sou um brasileiro honrado, tenho que contá-las. Não conto o resultado do jogo porque foi roubado. Também com aquele juiz paraguaio...

# O benefício da ignorância

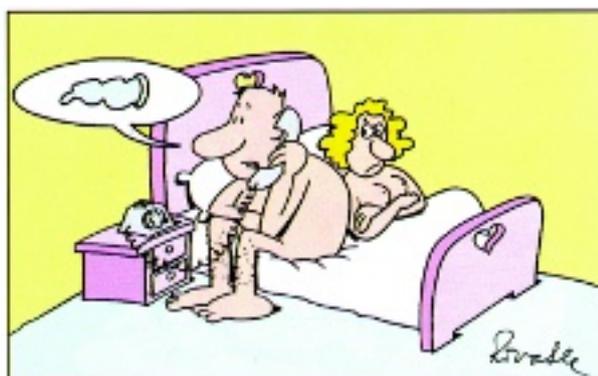
**Medicina é uma ciência de probabilidades. Suponhamos, então, que para um determinado procedimento ou terapêutica a eficácia média seja 90%. Se você, médico, se dirige a um paciente dizendo com ar de confiança e tom convicto que a medicina tem 90% de chance de resolver seu problema, o paciente acreditará. Adere. Agora, se balançar a cabeça negativamente, e meio desanimado disser que em 10% dos casos não se resolve o tal problema, provavelmente o paciente ficará muito preocupado apesar da improbabilidade estatística. Ou seja, dependendo de como se coloca a questão, o paciente adere à convicção de seu médico.**

Isso gera a responsabilidade do reassseguramento, já que a maioria dos problemas médicos do cotidiano são benignos, auto-limitados ou tratáveis. Já o médico, enquanto paciente, não tem esse benefício. Provavelmente já observou na sua prática os 10%, casos que não deram certo; e, portanto, tem uma tendência pessimista a respeito de seu próprio prognóstico, mesmo que irrealista. Não têm o chamado benefício da ignorância. É o tributo que paga pela angústia do conhecimento. Que tem a influência da influenza. Contagia por igual. Por isso, é um paciente diferente. Não possui a alegre inconsciência de que falava Fernando Pessoa. ■

## Reflexão necessária: conflito de interesses em medicamentos

"Conflito de interesses é um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário." (Thompson, 1993).

A discussão sobre as questões que envolvem conflitos de interesse em pesquisas têm ocupado significativo espaço nas publicações científicas, principalmente quando se trata de medicamentos. Várias revistas de reconhecida credibilidade, como a *The New England Journal of Medicine (NEJM)*, *Journal of the American Medical Association (JAMA)* e *American Journal of Bioethics*, têm discutido o assunto. Relações não bem esclarecidas de pesquisadores do Instituto Nacional de Saúde dos Estados



Unidos (NIH) com a indústria farmacêutica e a revelação de que a indústria farmacêutica pagava os salários dos cientistas da *Food and Drugs Administration (FDA)*, a AN-VISA dos norte-americanos, responsáveis pela avaliação de novas drogas, publicadas pela NEJM, respectivamente em 2004 e 2007, contribuíram para reacender o debate.

O custo extremamente elevado e necessário para a

realização do estudo de um novo medicamento, ao mesmo tempo em que criou dificuldades para o financiamento por meio das fontes oficiais, facilitou a aproximação da indústria farmacêutica com profissionais vinculados às universidades, comprometendo de forma marcante a sua isenção. Pesquisadores passaram a ser meros prestadores de serviço para a indústria de medicamentos. Os projetos de pesquisa são fechados e chegam até eles para que apenas recrutem os pacientes, apliquem o protocolo de pesquisa de um novo medicamento, teste ou equipamento e devolvam os dados coletados para a indústria. Não têm autonomia, geralmente vedada por contrato, para a publicação dos seus dados. Mesmo que pudessem fazê-lo, como estes estudos geralmente são multicêntricos, o número de pacientes testados em uma

"A PRÁTICA DE SÓ DIVULGAR RESULTADOS POSITIVOS, CARACTERIZANDO UMA VERDADEIRA ENGANAÇÃO CIENTÍFICA, CERTAMENTE OCORRE COM MUITOS OUTROS MEDICAMENTOS, SE NÃO COM TODOS."

unidade isolada não daria credibilidade ao estudo. Obviamente, os resultados finais do estudo multicêntrico somente serão publicados quando se mostrarem favoráveis.

Esta situação foi recentemente explicitada por Erick

H. Turner e colaboradores, por meio de uma excelente publicação no NEJM, intitulada *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*, e posteriormente comentada por Riad Younes na edição 479 da revista semanal brasileira Carta Capital. Nada menos do que 49% dos resultados das pesquisas com antidepressivos mostram-se negativos e ficam escondidos nos arquivos da FDA. O jornalista escreve textualmente o seguinte: "Quando um médico discute com um paciente a escolha de uma droga para o tratamento de um quadro depressivo, ele se baseia principalmente nos resultados disponíveis em revistas médicas. Para essas drogas, se ele analisasse simplesmente os estudos divulgados, concluiria que 94% deles confirmam vantagens. Se tivesse acesso aos resultados guardados nas gavetas,

descobriria que somente 51% dos estudos foram positivos. Portanto, 49% são negativos. E isso é muito diferente. Um paciente, ou um médico, não seria tão facilmente convencido a iniciar uma terapia baseada em chances meio a meio de obter resultados benéficos."

Também não podemos achar que a não divulgação de resultados negativos ocorra apenas com os antidepressivos. A prática de só divulgar resultados positivos, caracterizando uma verdadeira enganação científica, certamente ocorre com muitos outros medicamentos, se não com todos.

Aquelas universidades que não fazem uma reflexão sobre o assunto e permitem que essas pesquisas direcionadas sejam realizadas pelos seus docentes e alunos, prestadores de serviço da indústria farmacêutica que insistem em dizer que são pesquisadores, acabam sendo cúmplices desta grande distorção, com ares de negociata.

Organismos responsáveis pela avaliação e controle de pesquisas em todos os países criam normas na tentativa de coibir esses desvios. Quatro universidades americanas proíbem a participação de alunos em pesquisas financiadas pela indústria. Infelizmente estes mecanismos de controle têm sido burlados e suplantados pelo interesse econômico da indústria farmacêutica e seus colaboradores. Vários exemplos podem ser citados.

Para as chamadas diretrizes ou consensos terapêuticos, realizados por especialistas e com o aval das respectivas sociedades de especialidades, o mínimo que se poderia esperar seria que os seus participantes não estivessem envolvidos com este tipo de conflito. Não bastaria apenas explicitar o conflito, mas sim proibir a participação. Infelizmente não é o que vem ocorrendo.

Quando a FDA, até então tida como uma agência reguladora séria, aceita a não divulgação de resultados desfavoráveis à indústria farmacêutica, em quem os profissionais que receitam os medicamentos e a população que vai usá-los poderão confiar?

**Dr. Paulo Roberto Donadio (PR).**

# Prova do laço

Esse procedimento é também conhecido como prova ou teste do torniquete ou de Rumpel – Leed. Trata-se de manobra propedêutica onde se pode avaliar a integridade dos vasos sanguíneos (capilares) e também das plaquetas em condições que cursam com distúrbios da coagulação. Por meio de compressão com um laço ou esfigmomanômetro interrompe-se a circulação venosa, mantendo-se a arterial, e desta maneira podemos avaliar a higidez de vasos e plaquetas. Pode ser útil como teste de triagem quando nos depararmos com as situações acima referidas. É uma prova que foi muito utilizada, e que com o advento da dengue e sua forma hemorrágica, tornou-se atual por poder ser "positiva". Face aos fatos recentes, houve a necessidade de uma prova ou teste que pudesse ser útil nas situações de urgência, como nessa doença. Dessa maneira foi "ressuscitada".

Tradicionalmente, como Surós preconiza, devemos insuflar o manguito do esfigmomanômetro entre a pressão máxima e mínima por 10 minutos; o aparecimento de 4 a 5 petéquias abaixo do manguito é considerado normal; além deste valor a prova é considerada "positiva". Outra maneira de realizar e interpretar esse teste é a seguinte: a prova é realizada pela colocação do manguito do esfigmomanômetro mantido insuflado entre a máxima e a mínima, devendo se desenhar um quadrado de aproximadamente 2,5 centímetros (aproximadamente a largura de um polegar ou o diâmetro de uma moeda de 25 centavos) na face anterior do antebraço. Devemos manter insuflado por um período de 5 minutos no caso de adultos e 3 minutos nas crianças. Após esse período, devemos observar se nesse retângulo existem 20 petéquias ou mais,



o que a torna positiva no caso de adultos. Nas crianças bastam dez.

A importância dessa prova é poder indicar a presença de dengue em sua forma hemorrágica (febre hemorrágica da dengue); em situações que cursam com plaquetopenia (púrpura trombocitopênica imunológica); deficiência de fibrinogênio; bem como nas doenças hemorrágicas vasculares (púrpuras vasculares) que são caracterizadas por fragilidade capilar, como o escobuto.

A prova do laço, apesar de ser um teste com valor limitado, pode e deve ser utilizada como teste de triagem. Principalmente no atendimento primário, podendo na seqüência possibilitar ao médico solicitar outros exames que possam confirmar o diagnóstico. Como a contagem de plaquetas, tempo de sangramento e hematócrito.

**Dr. Angelo A. De Paula (PR).**

# Testando o clínico 1: onde estão os erros?

**Paciente masculino, com 60 anos de idade, portador de insuficiência renal crônica** por nefropatia diabética, hipertenso, com proteinúria não nefrótica, apresentando precordialgia sugestiva de angina pectoris.

Tem clearance de creatinina de 22 ml/min., uréia plasmática de 160 mg/dl, Hb 9,2 g/dl e hematócrito de 29%, em acompanhamento clínico há 3 anos, usando metformina, metildopa e hidroclorotiazida.

Na avaliação apresentava 160/100 de P.A., discreto edema de mmii. Recebeu furosemida e.v., sendo internado e encaminhado para o cateterismo cardíaco com arteriografia coronariana.

O hemodinamicista não foi informado da insuficiência renal. Dois dias após o procedimento apresentou oligúria, confusão mental, alterações no ritmo respiratório, sendo configurado quadro de insuficiência renal grave, com necessidade de tratamento dialítico.

## ERROS

1. Paciente em acompanhamento há três anos, nefropata crônico, com anemia. O uso adequado de eritropoetina subcutânea, associado ou não a injeção de ferro parenteral controla a anemia nesses pacientes.



2. O tratamento do diabetes com metformina não é o indicado para quem tem déficit importante da função renal.



3. O esquema anti-hipertensivo com metildopa não é o preconizado. Em situações de doença renal crônica com proteinúria deve-se lançar mão de um inibidor de enzima conversora de angiotensina ou de um bloqueador de receptor de angiotensina, o que pode desde as fases mais precoces da doença retardar a evolução para insuficiência renal.



4. Em situações de clearance de creatinina abaixo de 25 ml/min., a hidroclorotiazida não oferece efeito diurético satisfatório. Deve-se prescrever diurético de alça.



5. O uso de furosemida antes da arteriografia deve ser evitado. A depleção causada pelo diurético potencializa a nefrotoxicidade do contraste.



6. Sendo avisado da insuficiência renal o hemodinamicista tem condições de minimizar os efeitos deletérios do contraste. Ele deve fazer o exame com a menor quantidade de contraste possível, usar contraste de última geração, o mais iso-osmolar possível, com baixo peso molecular.



7. Antes do procedimento, a infusão de solução salina isotônica é preconizada para evitar nefrotoxicidade. Além disso, pode-se também prescrever acetilcisteína v.o. que, segundo alguns trabalhos, pode ser benéfica na prevenção da insuficiência renal pós-contraste.

**Dr. Helio Cassi (PR).**

# Testando o clínico 2: onde estão os erros?

## D. MARIA , 56 ANOS, COM DOR NAS COSTAS.

D. Maria, uma cozinheira de 56 anos, vem ao ambulatório consultar por causa de dor nas costas. Após ser apresentada ao residente que irá atendê-la, D. Maria conta que está à espera daquela consulta há seis meses, desde que foi encaminhada pelo posto de saúde de sua região. Falando apressadamente, conta que a sua dor começou cerca de 15 anos atrás, que é pior quando tem muito serviço na cozinha do restaurante e que melhora nos dias de folga. Tem, também, dores nas duas pernas em agulhadas que parecem pior à noite, mas nunca viu aumento de volume articular. Já usou vários medicamentos dados pelo médico da unidade básica, como paracetamol, dipirona e diclofenaco, que, segundo ela, "não resolvem nada" porque a dor continua voltando assim que o efeito do medicamento passa. Expressa sua esperança de receber, agora, um medicamento diferente que resolva todos os seus problemas.

Na anamnese dirigida, o residente descobre que D. Maria é diabética e hipertensa há aproximadamente 10 anos e que faz uso de metformina e captopril, mas que não respeita muito as restrições dietéticas. "Sabe como é, não?" diz ela... "A gente prepara tanta comida boa... Tem que experimentar um pouquinho..."

Ao exame físico, o residente observa que D. Maria é uma senhora obesa com PA de 150 X 100 mm Hg. No exame da coluna hiperlordose lombar e Lasègue negativo. Não existe artrite, mas encontra-se edema de + nos dois membros inferiores. A força muscular de membros inferiores é normal; todos os reflexos tendinosos estão diminuídos.

O residente requisita, então, uma radiografia de coluna

lombar AP e perfil e prescreve nimesulide a ser tomado se necessário, solicitando que ela retorne em duas semanas.

Duas semanas depois, D. Maria retorna com um RX que mostra diminuição de espaços discais, principalmente em L5-S1 e osteofitose generalizada, e reclama que suas dores pioraram muito na última semana. Dói tanto que ela não consegue trabalhar. Acha que o novo medicamento não ajudou absolutamente nada e quer saber a causa do problema. O residente explica a D. Maria, então, que suas dores são causadas por artrose da coluna com lesão em disco intervertebral. Pede que faça repouso absoluto até que a dor melhore e troque o uso de nimesulide por naproxeno.

## ONDE ESTÃO OS ERROS ?

### 1. Na solicitação da radiografia.

Pacientes com dor lombar crônica de características mecânicas não necessitam de radiografias. Achados de artrose e degeneração discal são frequentes, principalmente em pacientes mais velhos, os quais não justificam a dor apresentada. O diagnóstico é baseado em achados clínicos. Estudos de imagem em coluna lombar só estão justificados em situações nas quais existem as chamadas *red flags*. São elas:

SUSPEITA DE FRATURA (história de trauma maior; história de trauma menor em idosos ou pessoas c/osteoporose);

SUSPEITA DE TUMOR OU INFECÇÃO (dor de início recente em pessoas com mais do que 50 anos; história progressiva de câncer; dor noturna; presença de sinais e sintomas constitucionais como febre, perda de peso; in-

fecções bacterianas recentes ou uso de drogas endovenosas; imunossupressão);

PACIENTES COM SINTOMAS DE SÍNDROME DA CAUDA EQUINA (anestesia em sela; disfunção de esfíncter; déficit neurológico de membros inferiores). Note-se que, no caso em questão, apesar de existir diminuição de reflexos tendinosos, essa não é uma alteração que possa ser atribuída à compressão radicular. A diminuição é generalizada e pode ser explicada por neuropatia diabética. Lembre que ela também tem sintomas de dor parestésica em mm ii...



#### 2. Na prescrição de um AINH.

Embora os AINHS, por serem bons analgésicos possam ser de valia em casos de dor lombar como a da D. Maria, não se pode esquecer de que ela também é hipertensa e tem diabetes de longa duração. Esses pacientes, mesmo com creatinina normal, têm função renal residual diminuída, a qual pode vir a ser prejudicada pelo uso do antiinflamatório. Os AINHS, mesmo os inibidores seletivos de COX-2, diminuem taxa de filtração glomerular e podem agravar a situação.

Pacientes com dor lombar crônica necessitam de analgesia – que pode ser conseguida com analgésicos puros, que não têm efeito indesejado sobre a função renal. No caso específico de D. Maria, que é diabética e tem sintomas que sugerem neuropatia diabética, o uso de tricíclicos poderia ter sido associado.

AINHS podem ser usados em pacientes jovens e sem as comorbidades mencionadas. Nesse último caso, após constatar-se a falha de um AINH tomado em doses adequadas e por tempo adequado, pode-se, sim, tentar um segundo, visto que a resposta ao AINH é muito individual.



3. Na prescrição de um medicamento para tirar dor, sob demanda, ou seja, se necessário.

Analgesia é melhor conseguida em uso de medicamento em horários fixos e não sob demanda. No caso de D. Maria, a dor gera tensão muscular, que por sua vez, gera mais dor. Além disso, pacientes com dores não tratadas adequadamente por períodos mais prolongados podem, pelo fenômeno de neuroplasticidade, aumentar sua sensibilidade a esse sintoma.



4. Na falta de orientações quanto à diminuição de peso, exercícios e postura.

Parece incrível, mas muitos pacientes esperam resolver o seu problema de dor nas costas engolindo pílulas... É fundamental que seja explicado que o medicamento utilizado é apenas um analgésico que não muda o problema subjacente. D. Maria deveria ter sido informada que, para que a dor não volte, ela necessita educar a sua postura, diminuir o peso e fazer exercícios que fortaleçam a musculatura abdominal e procurem corrigir a sua hiperlordose lombar.



5. Ao pedir que D. Maria faça repouso absoluto.

Outrora em moda, não tem sido provado que o repouso seja eficiente no manejo da dor lombar. Têm sido constatado, sim, alguns prejuízos com o seu uso. O primeiro deles é o descondiçãoamento da musculatura. O segundo, a sensação de "invalidez" gerada por essa recomendação. Muitas das dores lombares sofrem influência psicossomática. Muitas estão intimamente ligadas à falta de satisfação com o trabalho. Poucas perspectivas de progresso, incapacidade de decisão sobre as atividades laborativas e litígio trabalhista têm sido reconhecidos como fatores importantes de "não" melhora de dor lombar. Uma ordem de repouso absoluto deve ser substituída pela de repouso relativo, procurando-se manter o paciente o mais ativo possível.

**Dr<sup>a</sup>. Thelma Skare (PR).**

# Medicina e evidências

**Durante milênios, a medicina foi baseada em teorias improváveis, experiências individuais, ideologias e credices populares.** Bastava alguém dizer que aquela poção era boa para tratar ou prevenir determinada doença, para que todos passassem a usá-la.

Reflexos desse empirismo resistiram à passagem do tempo: ainda tomamos o remédio que a vovó receitava, chás milagrosos indicados por terceiros e assistimos à enxurrada de comerciais que apregoam no rádio e na tevê as propriedades mágicas da vitamina C, de comprimidos que curam gripes e de uma infinidade de outras panacéias.

Condutas médicas esdrúxulas foram adotadas durante séculos, sem qualquer contestação científica.

## Quarentena

As parturientes eram obrigadas a guardar quarentena sem fazer sexo, sair de casa ou lavar a cabeça, e a tomar Malzebier para engrossar o leite. Crianças com hepatite A passavam dois meses de cama para proteger o fígado. Pessoas com mais de 50 anos deviam fazer repouso para poupar o coração. Vento frio nas costas provocava gripes e resfriados.

A medicina só conseguiu avançar quando o método científico foi incorporado à prática diária.

Hoje sabemos que o cigarro provoca câncer, que o ácido acetilsalicílico pode evitar infartos do miocárdio, que a quimioterapia aumenta os índices de cura das mulheres operadas de câncer de mama e que a atividade física é benéfica para o organismo em todas as fases da vida, porque chegamos a essas conclusões após análises



estatísticas de pesquisas que envolveram milhares de participantes.

A partir da metade do século XX, inúmeros ensaios clínicos e estudos epidemiológicos criaram as bases da prática moderna, batizada com o nome de medicina baseada em evidências. Nós, médicos, somos defensores ferrenhos desse método de abordagem, porque com a ajuda dele erramos menos, curamos mais e evitamos tratamentos desnecessários.

Mas essa forma de fazer medicina só tem sentido quando o corpo de evidências é abrangente e não está sujeito a vieses estatísticos.

Um grupo de pesquisadores americanos publicou no *The New England Journal of Medicine* um trabalho que ilustra a afirmação.

Os autores revisaram 74 estudos submetidos ao FDA (o órgão oficial de controle de medicamentos nos Estados Unidos), dos quais participaram 12.564 pacientes. Esses estudos foram divididos em dois grupos.

**"NO PASSADO, CONDUTAS MÉDICAS ESDRÚXULAS, BASEADAS EM CREDICES, FORAM ADOTADAS SEM CONTESTAÇÃO. A PRÁTICA CLÍNICA SÓ AVANÇOU COM O APOIO DO MÉTODO CIENTÍFICO."**

No primeiro, foi incluída a totalidade deles: 74. No segundo, os autores levantaram separadamente os dados de 52 desses estudos, que chegaram a ser publicados em revistas especializadas.

A comparação mostrou que:

1) Dos 38 estudos que o FDA considerou apresentar resultados sugestivos da eficácia dos antidepressivos em questão, apenas um deixou de ser publicado.

2) Dos 36 estudos avaliados pelo FDA como negativos (falha ou baixa ação terapêutica), apenas três foram publicados; 22 não chegaram a sê-lo, e 11 foram publicados de forma considerada distorcida com o objetivo de sugerir eficácia.

### Poder de indução

Um médico consciencioso, disposto a fazer um levantamento da literatura sobre o tema, diria que em 94% dos ensaios clínicos esses antidepressivos se mostraram eficazes. No entanto, se ele tivesse acesso aos resultados completos submetidos ao FDA, essa eficácia cairia para 51%.

Os autores não discutem se os critérios empregados para submeter os manuscritos à publicação ou deixar de fazê-lo dependeram dos pesquisadores, das companhias farmacêuticas que patrocinaram as pesquisas clínicas ou das revistas médicas que os teriam recusado.

O fato é que as evidências encontradas nas publicações podem induzir os médicos a tirar conclusões otimistas, sobre a ação desses 12 antidepressivos.

Se mesmo a busca criteriosa de evidências científicas que sirvam de base para o bom exercício da medicina está sujeita a vieses estatísticos, imagine quantos erros cometem os despreparados que nem sequer se preocupam com elas.

**Dr. Drauzio Varella (SP), Carta Capital.**

## Poesia

### ESTOU TÃO CANSADA

Estou tão cansada do cansaço,  
Tão interior de mágoas agudas,  
Como aços queimados de tanto gelo a Norte  
Como poentes fictícios de fogo posto nos  
montes.  
E um som agudo do outro lado do Mundo,  
Tão a jusante dos meus sentidos.  
  
Queria saber os segredos todos de mim;  
Porque sinto e porque não sinto,  
Os motivos das quebras de ânimo,  
Dos solavancos da força,  
Do surgimento dos pináculos da alegria,  
Das tentações solenes de me desfazer,  
De deixar de existir,  
De me elevar de novo à categoria do nada,  
De coisa ainda imprevisível,  
E não!  
Continuo a sentir.

**Gracinda Marques**

### VOCÊ SABIA?

Que o grande poeta Camões, orgulho de todos nós que temos a língua portuguesa como pátria, como diria outro grande, vivia das esmolhas que um menino negro trazido da Índia lhe recolhia à noite nas ruas?

# Erros comuns em osteoporose

1. Mulher com osteopenia densitométrica (-1 D-P a -2,5 D-P) não deve ser tratada. Somente se tiver dois ou mais fatores de risco para osteoporose.

2. Cada menos um desvio-padrão densitométrico não triplica o risco de fraturas. Apenas duplica.

3. Pensar que no Brasil a mulher caucasóide tem baixo risco de desenvolver osteoporose na menopausa. O risco é de 25-30%.

4. Há uma série de estatísticas errôneas a propósito de mulheres osteopênicas que teriam risco de 25% de fazerem fraturas comparadas às de massa óssea normal. O risco é de apenas dois por cento.

5. Que a redução de massa óssea densitométrica ou radiológica seja igual a maior risco de fraturas de Colles. (Fratura transversal da extremidade distal do rádio, logo acima do punho). O risco é igual ao do quadril.

6. Não saber que há um superdimensionamento no risco de fraturas em mulheres acima de 50 anos com massa óssea normal. Não é de 20%. Um estudo mundial com mais de 5.000 pacientes mostrou risco entre dois e meio e cinco por cento.

7. O homem não tem osteoporose devido ao sedentarismo, e sim aos seguintes fatores: genética, alcoolismo, andropausa e glicocorticóides.

8. Pensar que a osteoporose induzida por corticóides deva ser tratada só com cálcio e vitamina D. Devem também ser utilizadas drogas anti-reabsortivas e/ou estimulantes da formação óssea.

9. Que homem osteoporótico e andropausado sem fatores de risco não deva ser tratado. Exercícios, cálcio e vitamina D fazem parte do bom manejo.

10. Imaginar que o melhor exercício para estimular a formação de massa óssea na osteoporose seja hidroginástica. O melhor é contra a gravidade, como caminhar.

11. Pensar que mulher jovem com artrite reumatói-

de ou qualquer outra doença para a qual esteja sendo usada dose baixa de corticóides (exemplo: dose diária igual ou inferior a cinco miligramas de prednisona) não teriam perda de massa óssea. Mesmo doses fisiológicas por mais de seis meses de uso determinarão perda de massa óssea.

12. Não é correto pensar que mulheres jovens não possam ter osteoporose. São múltiplos os fatores que a podem determinar: hipogonadismo, sedentarismo, tabaco e muitos medicamentos.

13. Que as fraturas de osso cortical (ex.: fêmur ou rádio) sejam as mais comuns na menopausa. As de osso trabecular são mais comuns (coluna).

14. Deixar de avaliar perda de massa óssea na doença celíaca ou quaisquer outras doenças disabsortivas intestinais.

**Dr. Roberto Carneiro (PR).**

## MITOS NA OSTEOPOROSE

1. O leite não deve ser tomado por mulheres na menopausa quando têm osteoporose.

2. Osteoporose é como "cabelos brancos da idade", não precisa ser tratada.

3. Não existe concomitância de osteoartrite (artrose) e osteoporose na coluna vertebral.

4. Idosos com osteoporose não podem ter atividade sexuais.

5. Não há prevalência de osteoporose em países em que existe exposição solar diária.

6. A osteoporose deve ser tratada somente por alguns meses.

# Erros comuns em dermatologia

**"Knowledge rests not upon truth alone, but upon error also." (Carl Gustav Jung)**

A inexatidão da ciência médica nos faz conviver com o erro, conhecimentos que hoje se mostram incorretos, foram anteriormente considerados verdades absolutas e norteadores da conduta médica. Durante muito tempo o melanoma foi removido cirurgicamente com margens laterais de 5 cm e com remoção da fáscia na profundidade. Hoje, diretrizes nos orientam a utilizar margens que variam de 0,5 a 3,0 cm, de acordo com a espessura do melanoma. No exemplo citado, a observação clínica nos fez mudar uma conduta que era aceita como clássica.

Na ciência que estuda pele e suas alterações, a dermatologia, o maior erro seria manter o conceito do 15.º século de que a pele seja apenas um envelope que mantém todos nossos órgãos juntos. A pele, o maior órgão do ser humano tem funções extremamente importantes, como a termorregulação, defesa imunológica, barreira, manutenção do equilíbrio hidroeletrolítico, entre outros. A anamnese e o exame clínico devem ser completos, não esquecendo que muitas alterações cutâneas são sinais de doenças sistêmicas e, por vezes, paraneoplasias, o que pode nos dar a chance de uma intervenção precoce no diagnóstico de uma neoplasia maligna de outro órgão. Consultas rápidas e "de corredor" são inimigas da boa prática médica, freqüentemente levando a um diagnóstico inadequado.

Na dermatologia podemos enumerar alguns cuidados de ordem prática, para evitarmos o erro:

1. Na prescrição de corticóides tópicos, limitar o tempo de aplicação e explicar o risco do uso prolongado.
2. O uso de cremes com associação de diversas me-

dicações deve ser evitado, corticóide, antibacteriano e antifúngico, usados em conjunto demonstram a incapacidade de obter um diagnóstico e muitas vezes mascaram a evolução natural de uma dermatose.

3. Evitar usar em feridas crônicas (úlceras) fricção mecânica vigorosa e substâncias que possam retardar a cicatrização, como água oxigenada.

4. Lembrar que artrite no psoriásico nem sempre é pela psoríase; pode ser outra doença associada, como gota ou artrite reumatóide.

5. No uso semanal do metotrexato, orientar de forma clara os dias da semana em que o paciente deve ingerir o medicamento, evitando que o use de forma equivocada e, por vezes, catastrófica.

6. Orientar os pacientes que foram submetidos ao tratamento de câncer de pele, que devem usar fotoprotetor, mas também manter um seguimento adequado por pelo menos 5 anos.

7. Conhecer que certas doenças de pele, quando se apresentam de forma atípica ou grave, como a psoríase ou dermatite seborreica, podem estar associadas à infecção pelo VIH (SIDA).

8. Avaliar o risco/benefício de suspender anticoagulação antes de cirurgia dermatológica; pequenas cirurgias podem ser realizadas em pacientes em uso de anticoagulantes.

9. Orientar a população que o uso de protetores solares com FPS elevados (>30), não permitem que ele se exponha ao sol de forma mais intensa. Os cuidados com horário e períodos de exposição têm que ser respeitados.

10. Orientar pacientes do sexo feminino em uso de isotretinoína oral, em idade fértil, a usar dois métodos anticoncepcionais, uma vez que esta droga pode diminuir

a eficácia de progestagênicos.

11. Em casos de eczema disidrótico em mãos, sempre examinar os pés; a tinea pedis é fator etiológico da disidrose.

A reflexão sobre o erro médico, em qualquer especialidade, deve fazer parte do nosso dia-a-dia, especialmente

te dos programas de graduação e pós-graduação. O erro médico difere dos efeitos adversos e das complicações, por ser prevenível, característica que torna o seu estudo a melhor forma de evitá-lo. Como Jung disse, o conhecimento não está baseado somente na verdade, mas também no erro.

**Dr. Roberto Gomes Tarlé (PR).**

# Memos

- O derrame pleural na pancreatite aguda é mais freqüente à esquerda e apresenta nível de amilase mais elevado que o do soro sanguíneo.

- Não se requisita mais células LE quando se suspeita de Lupus Eritematoso. O FAN é mais sensível, embora inespecífico. A exceção é diante de derrames cavitários (pleura ou pericárdio), quando o achado espontâneo de células LE no derrame é considerado patognomônico. Presente em aproximadamente 60% dos casos.

- Na tuberculose miliar, assim chamada toda forma de disseminação hematogênica da micobactéria tuberculosa, o diagnóstico é baseado na demonstração do microorganismo ou em prova tecidual por biópsia. Fígado, baço, pulmões e medula óssea estão uniformemente envolvidos. Se houver anormalidades hematológicas a punção-biópsia da medula é o teste menos invasivo e com maior rentabilidade diagnóstica, próximo de 100%.

- Pense em Febre Familiar do Mediterrâneo (FFM) em paciente jovem com febre e poliserosites recorrentes. A artrite ocorre em dois terços dos mais jovens. Como a dor abdominal ocorre em 95% dos pacientes, os mesmos são com freqüência operados nada se encontrando a não ser discreta efusão peritoneal. Em metade dos casos a história familiar é negativa. O diagnóstico é importante porque evita sofrimento, cirurgias desnecessárias, boa prevenção com colchicina e evolução para amiloidose.

Esta deve ser lembrada se houver esplenomegalia ou proteinúria.

- Sempre que atender pacientes com febres periódicas, além de Febre Familiar do Mediterrâneo pense em: Hiperglobulinemia D, neutropenia cíclica e da síndrome FAPA, sigla inglesa para febre, aftas, faringite e linfomegalia. Estas se diagnosticam pelas características clínicas e/ou laboratoriais.

- Febre com placas ou nódulos eritematosos, sobre os quais presenciamos vesículas ou pústulas, com freqüência de início abrupto em extremidades ou no tronco, simulando celulite, devem lembrar a síndrome de Sweet. Não responde a antibióticos, e é um infiltrado neutrofilico da derme sem vasculite leucocitoclástica. A síndrome é associada a leucocitose com desvio à esquerda e VHS elevada, daí a confusão com infecção. Responde a corticóides. Não raro está associada a neoplasias subjacentes, principalmente leucemia mielocítica aguda.

- "Hepatite viral" com leucocitose, sem linfócitos atípicos e com dano renal, deve sugerir leptospirose. Esta é anictérica na maioria dos casos. A síndrome de Weil, forma ictérica da leptospirose, só ocorre em dez por cento dos pacientes. Em princípio, não espere por insuficiência renal nas hepatites, a não ser que haja complicações.

- Pacientes com transaminases pouco elevadas e mialgias importantes, procure sufusão conjuntival. É um

sinal importante na leptospirose.

- Hemorragias subconjuntivais bilaterais com edema periorbitário em paciente com miosite sugere **triquinose**. Se acompanha de eosinofilia e VHS muito baixa, próxima de zero.

- A tríade clássica de febre, cefaléia e déficit neurológico focal sugere o diagnóstico de abscesso cerebral.

- Paciente com febre e derrame pleural na ausência de pneumonia considere a possibilidade de abscesso subdiafragmático.

- Endocardite em usuários de drogas endovenosas atinge a valva tricúspide em metade dos casos. Os sintomas são tosse, dispnéia e dor torácica em paciente febril. A radiografia de tórax é quase sempre anormal devido aos êmbolos sépticos.

- Quando se usa corticóides ou outros imunossuppressores, uma das preocupações é se o paciente não tem *strongyloides stercoralis*, devido à possibilidade de disseminação larvária que cursa com bacteremia por gram negativos ou polimicrobiana, pneumonia, meningite ou enterite. Então o alerta: um exame parasitológico de fezes tem sensibilidade de apenas 30%. Para o paciente assintomático e imunocompetente basta usar dois dias de tiabendazol. Imunossuprimidos com disseminação da doença requerem sete dias de tratamento. Lembrete: enquanto o hospedeiro normal com *strongilóides* pode ser assintomático e ter eosinofilia, na síndrome de hiperinfecção raramente os eosinófilos estão aumentados.

- Celulite muito dolorosa, isto é, fora de proporção com os achados físicos da pele, deve sugerir **fascite necrosante**. O tratamento imediato (antibioticoterapia e debridamento) é essencial devido ao risco de morte. A gangrena de Fournier, fascite necrosante de genitália, está freqüentemente associada a diabetes subjacente ou infecção urológica.

- Lembre-se que a colite pseudomembranosa asso-

ciada ao *Clostridium difficile* pode ocorrer em até **dois meses** depois do tratamento com antibióticos. Desses os mais associados são os betalactâmicos e a clindamicina. Diarréia iniciada em hospital costuma ser pelo *C. difficile*.

- A tríade clássica do tromboembolismo gorduroso é: hipoxemia, transtorno neurológico e petéquias axilares. A ordem é esta: angústia respiratória, confusão mental e rash petequeial evanescente. O início da síndrome se manifesta 24 a 72h depois do fator desencadeante. O tratamento é suportivo. Embora os corticóides pareçam mostrar algum benefício, os ensaios têm "n" pequeno e são mal controlados. A erupção petequeial é considerada patognomônica e ocorre em 20 a 50% dos casos.

- O diagnóstico de anafilaxia intra-operatória não é fácil. É essencialmente clínico, baseado na suspeição da mesma, às vezes intuído no paciente com **hipotensão resistente a fluidos**. Profissionais de saúde são particularmente susceptíveis devido à freqüente exposição ao látex. Pacientes com cirurgias múltiplas, previamente alérgicos – atentar para hipersensibilidade a drogas e alimentos, particularmente banana, abacate e kiwi –, também têm suscetibilidade aumentada. E drogas usadas no procedimento.

- Na anafilaxia intra-operatória a verificação do nível da triptase sérica nos primeiros 20 minutos do evento agudo pode ser útil e confirmar o diagnóstico.

- Em pacientes com DPOC, que têm a maior taxa de complicações pulmonares, a espirometria de rotina não prediz complicações pós-operatórias de maneira mais acurada do que a avaliação clínica isolada. Seja para cirurgia torácica ou abdominal superior. Quais os dados que predizem complicações com maior sensibilidade que a espirometria? Redução do murmúrio vesicular, expiração prolongada, roncos, estertores, sibilos, escore alto nos índices de Goldman Charlson e radiografia de tórax anormal.

# O médico sob as duas faces da arte

O enredo imaginário de um próximo capítulo da série televisiva *House M.D.* tem em destaque uma reunião da alta cúpula do Princeton-Plainsboro, convocada em caráter emergencial pelo Dr. Gregory House, que promete "fazer rolar cabeças" no hospital. Em pauta, nada relacionado à crise econômica mundial e possível reflexo na estrutura hospitalar, como falta de verbas, excesso de pacientes, conflitos com residentes e outros profissionais... A questão é a renomada revista mensal da instituição, que traz o Dr. House como o entrevistado do mês. E o foco da discórdia é a capa que, contrastando com conteúdo jornalístico altamente elogioso ao médico como mestre no diagnóstico e terapêutica, exhibe uma charge do profissional enquanto ser humano arrogante e vulnerável – manco, hipocondríaco, estressado e solitário.

Dr. House expõe um exemplar de uma revista científico-cultural dirigida a médicos brasileiros, intitulada Látrico, para mostrar a capa que preferiria na publicação do hospital. Nela, a imagem sóbria e imponente, resultado do traço da artista Deisi Casarin, é compatível com a sua postura, argumenta o nosso herói, que exige a demissão coletiva do conselho editorial da publicação do hospital, referência no meio acadêmico estadunidense. A diretora-geral interpreta algum exagero na revolta do mais ilustre marqueteiro do hospital, mas entende que o caminho mais coerente seria o de confronto de argumentos, com o que convoca para a "roda" o jornalista editor da revista e o chargista-artista.

Como todo jornalista enrolador que se preza, o editor vai usando o clichê de que a Medicina tem na arte e na ciência o seu alicerce, e força a barra: "Em se tratando de vida, de anatomia, de hábitos saudáveis e de sobrevivência, o homem encontrou formas diferentes para contar essa evolução de conhecimento. Das artes rupestres e renascentistas aos novos tempos, com seu arsenal tecnológico ilimitado, é possível melhor orientar e assistir a



sociedade..." Cobrado a pular as delongas, justificou que a charge era a visão de um artista sobre outro artista, e que a arte, multifária e versátil, transmite mensagens diferentes cada para um, queiramos ou não assimilar. E decretou: "O Dr. House não foi apequenado na arte; foi levado a refletir sobre humanismo, sobre seus conflitos pessoais, suas doenças. Mesmo endeusado como profissional, não está acima dos rigores das leis naturais."

O chargista, recém-chegado de viagens a Cuba e Brasil, sustentou que sua obra de modo algum pretendeu questionar a honra do médico. Ao contrário, que apenas deu um toque artístico bem-humorado em como "enxergava"

**"A LIBERDADE DE EXPRESSÃO DEVE SER EXERCIDA TAL QUAL A AUTONOMIA DO MÉDICO EM SEUS PROCEDIMENTOS. NESSE CONTEXTO, ASSINALOU, DEVE ENVOLVER INGREDIENTES COMO ESPÍRITO CRÍTICO, CRIATIVIDADE, SENSIBILIDADE E RESPONSABILIDADE."**

a sua alma, o que não deixava de ser uma crítica ao comportamento imperial e arrogante. Assinalou que o recurso iconográfico tem sido, ao longo da história, importante ins-

"LONGE DE SATIRIZAR, AS OBRAS TRAZEM UMA MENSAGEM DE REFLEXÃO E DE SENSIBILIDADE. UM ARTISTA ENXERGANDO O OUTRO. O QUE USA O TRAÇO, O DESENHO, A SUA TÉCNICA PARA DAR VIDA E LUZ À ALMA, PARA INSUBORDINAR-SE À TRISTEZA E FAZER RIR, QUE AINDA É O MELHOR REMÉDIO. O QUE USA A CIÊNCIA E O CONHECIMENTO NA ARTE DO TRATAR E DO CUIDAR, A DEDICAÇÃO PARA CONFORTAR E A INSURGIR-SE CONTRA ATOS QUE CONTRARIAM OS DITAMES HIPOCRÁTICOS."

trumento de defesa das liberdades e da democracia, como o ocorrido no Brasil vivido sob regimes opressores. Realçou que as charges hoje são um dos principais referenciais dos meios de comunicação do Mundo, tendo Bush, Fidel e outros líderes políticos como fonte permanente de matéria-prima, aproveitando para assinalar que o presidente brasileiro, Luiz Inácio Lula da Silva, tinha em seu gabinete a charge de um "tal" Paixão, que o satirizava como torcedor de um time de futebol chamado Corinthians, o qual

fora rebaixado para segunda divisão.

Para encerrar a contenda, a diretora do hospital assinalou que liberdade de expressão deve ser exercida tal qual a autonomia do médico em seus procedimentos. Nesse contexto, reforçou, deve envolver ingredientes como espírito crítico, criatividade, sensibilidade e responsabilidade. E usando os exemplos do Brasil, destacou a dificuldade vivida pelos médicos "daquele" país, com condições de trabalho e remuneração inadequadas, formação ineficiente e sistema de saúde saturado. Como resultado, médicos cada vez mais oprimidos e estressados, como atestam – disse - pesquisas do Conselho Federal de Medicina do Brasil, presentes nos livros *O médico e seu trabalho* e *A saúde dos médicos no Brasil*. O consenso de que a edição agradara aos leitores, exaltando uma carreira de sucesso, o Dr. House se dá por satisfeito e diz que é hora então de pensar no aumento salarial.

De volta à realidade, fomos buscar na arte dos chargistas, cartunistas e caricaturistas um pouco da visão sobre o nosso médico quando coloca ou tira o jaleco de "super-ho-

mem". Longe de satirizar, as obras trazem uma mensagem de reflexão e de sensibilidade. Um artista enxergando o outro. O que usa o traço, o desenho, a sua técnica para dar vida e luz à alma, para insubordinar-se à tristeza e fazer rir, que ainda é o melhor remédio. O que usa a ciência e o conhecimento na arte do tratar e do cuidar, a dedicação para confortar e a insurgir-se contra atos que contrariam os ditames hipocráticos.

Ademir Paixão, Marco Jacobsen, Laqua, Guilherme Gui, Maria Carolina Naufel e Lucília Alencastro são artistas consagrados no Paraná ou que estão conquistando o seu espaço. Fabio Mienow é de Santa Catarina. Eles ajudam a ilustrar esta edição do *Iátrico* ao lado de um mestre das duas artes: Ronaldo Cunha Dias. Gaúcho de Vacaria e médico por profissão, é um dos cartunistas mais premiados do Mundo. Coleciona prêmios desde 1985, dezenas deles internacionais. É parceiro de outro médico, o Dr. Lauro Sérgio M. Pereira, em vários livros de humor e ilustrações: *Cartunismo médico – sem contra-indicações*, *Quando Hipócrates chorou de rir*, *Histórias que os livros de Medicina não contam*, *Nem todos os médicos são Deuses*, *Quem mexeu no meu estetoscópio* e *Médico: ser ou não ser*.

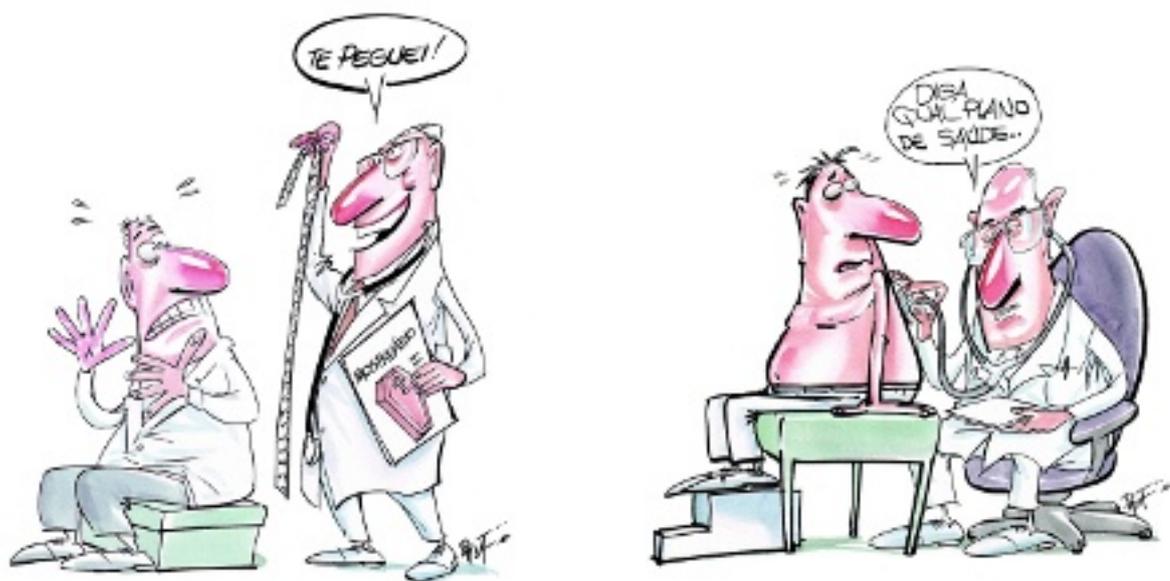
Em fevereiro de 2007, o Dr. Ronaldo ([www.ronaldocartoons.com.br](http://www.ronaldocartoons.com.br)) já havia cedido alguns de seus cartuns para a exposição "Doutores do Humor", que durante dois meses foi atrativo no Espaço Cultural do Conselho Regional de Medicina do Paraná. A mostra teve ainda obras de Paixão, Benett, Priscilla, Tiago Recchia e Jacobsen, craques do humor gráfico paranaense.

**Hernani Vieira (PR).**



Fonte: <http://cabeleteria.files.wordpress.com>





# O que a seleção natural deve a Charles Darwin

O século dezenove estava predestinado a ser o século em que se desvendaria o mistério da evolução das espécies. O assunto pairava no ar. Que as espécies se transmutavam no decorrer do tempo, já era fato bem conhecido. Jean-Baptiste Lamarck, grande naturalista francês, havia deixado isto bem estabelecido; ele apenas não conseguiu explicar o mecanismo pelo qual a evolução se daria. Suspeitava que os seres incorporassem habilidades adquiridas, repassando-as para sua descendência; deu como exemplo o pescoço das girafas, que teria se alongado de tanto esforço no alcance das folhas mais altas. Este, no entanto, não é o caso.

O médico inglês Dr. Erasmus Darwin também vinha se ocupando com a evolução da vida. Mas como Lamarck, não desvendou o mistério de como as espécies evoluíam a partir de espécies predecessoras.

Logo nos albores do século dezenove, ainda em 1818, o médico William Wells expôs, em meio a um artigo, a noção de que as espécies evoluem ao serem selecionadas pela própria natureza. Um mecanismo aparentemente simples que, associado ao decurso de colossais lapsos de tempo, possibilita a origem de estruturas e processos complexos.

No entanto, a descoberta de Wells não alcançou a necessária notoriedade. Wells não fez muito mais que publicar um artigo que ficou esquecido. O mesmo se deu com o escritor Patrick Matthew que teria publicado as mesmas idéias em 1831. Publicado mas não velado para que a pequena chama – pequena, mas com potencial para incendiar o mundo – vingasse.

Talvez a reação que tais idéias despertavam num mundo firmemente tomado por dogmas religiosos te-



nha contribuído para que tanto Wells quanto Matthew tenham se contentado com tão pouco. Considere-se que então, a igreja tinha um poder quase absoluto e capaz de destruir qualquer reputação; e foi capaz de mais: a história conta de cientistas imolados por ousarem defender idéias incompatíveis com a intolerância da igreja.

Mas, felizmente para a ciência e para a humanidade, a mesma idéia brotou independentemente em outra mente, num solo mais fértil. Ao retornar de uma viagem de circunavegação que durara 5 anos, o jovem Charles Robert Darwin, então com 27 anos, trazia consigo a suspei-

"A IGREJA TINHA UM PODER QUASE ABSOLUTO E CAPAZ DE DESTRUIR QUALQUER REPUTAÇÃO; E FOI CAPAZ DE MAIS: A HISTÓRIA CONTA DE CIENTISTAS IMOLADOS POR OUSAREM DEFENDER IDÉIAS INCOMPATÍVEIS COM A INTOLERÂNCIA DA IGREJA."

ta de que seria a própria natureza e o tempo que davam a primazia aos seres casualmente melhores adaptados a determinado cenário.

"CHARLES ROBERT DARWIN NÃO APENAS DESCOBRIU A NOÇÃO DO PROCESSO DE SELEÇÃO NATURAL NO EVOLUIR DAS ESPÉCIES. ELE DEDICOU TODA A SUA VIDA E ARRISCOU SUA REPUTAÇÃO, CONVICTO DA CORREÇÃO DE SEUS MÉTODOS E DE SUA CIÊNCIA."

Segundo o próprio Charles, ele teria sido pouco influenciado pelas idéias do avô Erasmus Darwin (que lhe parecia mal fundamentado por fatos científicos), e não teve conhecimento das fortuitas publicações anteriores de Wells ou Matthew.

Receando as ferozes reações que tão revolucionária idéia certamente encontraria, Charles Darwin permaneceu recolhido pelos próximos vinte anos apenas coletando e ordenando fatos que corroborassem sua fantástica teoria, sem fazer qualquer publicação. Era sobremaneira cauteloso e exigia de si um rigor científico incomum.

Em 1844, Charles Darwin redigiu um ensaio sobre o tema destinado a publicação apenas no caso de vir a morrer inesperadamente.

Sabe-se lá por quantos anos mais Darwin titubearia em publicar as idéias que sabia serem incendiárias, não fosse por um curioso incidente: em junho de 1858 chega às suas mãos um pacote procedente das ilhas Molucas, enviado pelo amigo e naturalista Alfred Russell Wallace. A remessa continha nada mais nada menos que um manuscrito expondo sumariamente a mesma convicção: as espécies evoluem ao serem selecionadas pela natureza! A carta trazia ainda um pequeno pedido: Charles poderia fazer a gentileza de revisar e providenciar a publicação do manuscrito?

Foi como se um raio o tivesse atingido. Estavam pedindo a Charles Darwin que publicasse sua mais cara descoberta, em nome de outro!

Não, isso não era justo. Charles recorreu então a

amigos em comum, todos ligados à ciência, para que se achasse uma solução justa.

O que se seguiu ficou famoso na história da biologia. No dia primeiro de julho de 1858 – há exatos cento e cinquenta anos de hoje – o manuscrito de Wallace e algumas afirmações sobre a seleção natural retirados do ensaio de 1844 e de uma carta de Charles Darwin de 1857, foram lidos conjuntamente perante a Linnean Society em Londres. A reunião fora organizada para estabelecer a prioridade de Charles Darwin nesta questão. Todos os amigos sabiam de suas idéias, sua teoria e da meticulosa colheita de fatos comprobatórios. Como resultado, foi acordado que a teoria da origem das espécies por meio de seleção natural seria reconhecida como de autoria conjunta de Wallace e Darwin.

Curiosamente, mesmo a plêiade de cientistas que constituíam a Linnean Society, não deu mostras de ter se apercebido da gravidade e da importância do evento pessoalmente testemunhado naquele primeiro de julho de 1858. O presidente da entidade, ao redigir o relatório de encerramento das atividades, não via nada de memorável naquele ano; simplesmente assentou: "O ano que se encerra, não foi marcado por quaisquer daquelas descobertas contundentes que, por assim dizer, revolucionam de imediato o departamento de ciências a que pertencem".

Ao que parece, se dependesse da iniciativa da Linnean Society, a genial descoberta teria uma vez mais recebido o destino que teve quando animou os espíritos de Wells e Matthew, ou seja, brilhado muito pouco e se destinado ao olvido.

Mas desta vez foi diferente. Charles Darwin fora de fato atingido por um raio; ordenou e alinhavou as incontáveis notas que reunira no decorrer de tantos anos e, no dia 24 de novembro de 1859, publicava um dos mais importantes livros que o espírito humano já produziu: "A origem das espécies por meio da seleção natural". Os 1.250 exemplares se esgotaram em um dia e, em 7 de

janeiro de 1860 era lançada a segunda edição.

Charles Robert Darwin não apenas descobriu – de novo e independentemente – a noção do processo de seleção natural no evoluir das espécies. Ele dedicou toda a sua vida e arriscou sua reputação, convicto da correção de seus métodos e de sua ciência.

Portanto, a partir do dia 1º de julho deste ano, adentra-se o *Big Year*, como se resolveu denominar às fes-

tividades que comemoram os fatos memoráveis que marcaram o ingresso da humanidade em uma nova era: a apresentação conjunta de Wallace e Darwin perante a Linnean Society, o 200º aniversário de Charles Robert Darwin em 12 de fevereiro de 2009, finalizando-se as festividades em 24 de novembro de 2009, com os 150 anos do lançamento do "A Origem das Espécies".

**Dr. Cezar Zillig (SC).**

## Poesia

### DECLÍNIO

Já fiz todas as escolhas possíveis;  
profissão, casamento, filhos. Palavras e  
livros.  
Até o que não escolhi já se foi.  
Restam miudezas, atos sem importância.

Relevantes foram as decisões maiores  
tomadas no verdor da inconsciência.  
A partida para o mar alto  
de todas as possibilidades  
sem mapas nem experiência.

Notem, buscas e invenções,  
denodo e deveres, horizontes nublados,  
até mesmo a noite branca,  
tudo se pôs, e à espreita  
das miudezas que restaram.

Oculto, sobrou uma vontade, lírica,  
de começar tudo de novo.  
Mas pra quê?  
Se agora, tudo que era grande,  
são apenas miudezas?  
**Dr. Emanuel Sá (PR).**

### NÃO SEI DE NADA

Uns bebem, outros fumam.  
Já tomei vacinas, hoje tomo remédios.  
Do cadinho ilógico faço meu coquetel,  
Mas sou de natureza aquietada, análogo da  
saúde.

Não há dengue nem Chagas nem leptospirose.  
Não há febre amarela nem malária nem  
estuário de germes.

Já tomei serenidade, hoje tomo mineral  
corrente,  
À beira da queixa, sem muita pirose.

Uns injetam sangue misturado,  
Outros trocam agulhas desesperados.  
Há quem beba e não saiba de nada.  
Eu me consolo com incertezas.  
**Autor: Alguém que bebeu Bandeira.**

# A beleza e a dor: artistas visuais famosos e suas doenças reumáticas



O livro *A Beleza e a Dor: Artistas Visuais Famosos e Suas Doenças Reumáticas*, que foi lançado em abril deste ano, é uma produção ligada a um especial interesse sobre os artistas visuais portadores de enfermidades reumáticas que desenvolvi a partir de 1999, quando, auxiliado por um grupo de pacientes

"O LIVRO TRAZ DOIS PRINCIPAIS OBJETIVOS: REALÇAR A IMPORTÂNCIA DE CADA UM DOS ARTISTAS NELE RETRATADOS PARA A HISTÓRIA DA ARTE E DISCUTIR SUAS ENFERMIDADES REUMÁTICAS E O INTRINCADO MECANISMO DE ENTRELACEMENTO DELAS COM SUAS PRODUÇÕES."

portadores de esclerodermia, fundamos a Associação Paranaense dos Portadores de Doenças Reumáticas-ADORE. Apesar de não ser um especialista em história da arte, iniciei uma série de conferências sobre as vidas de Pierre Auguste Renoir e Paul Klee, em círculos universitários, a partir de 2001. A consolidação deste interesse se deu, em

2006, por conta de minha apresentação no Painel "Arte: uma ponte psicossomática", durante o II Congresso Brasileiro de Medicina e Arte, em Salvador-BA. Neste processo de apropriação do assunto, tive a oportunidade de

perceber a ausência de textos nacionais sobre o tema e de discutir a propriedade e importância deste material com alguns dos mais renomados reumatologistas internacionais, especialmente interessados em arte, como a Dr<sup>a</sup>. Anellies Boonen, Dr<sup>a</sup>. Simona Rednic e o Dr. Marcel Francis Kahn e, com alguns colegas brasileiros ligados de alguma forma à arte e à história dela.

A literatura de suporte para o conteúdo do livro é basicamente européia, mas algumas informações de fontes nacionais foram introduzidas. A linguagem contida nele não é somente técnica, posto que este não foi seu propósito. O livro traz dois principais objetivos: realçar a importância de cada um dos artistas nele retratados para a história da arte e discutir suas enfermidades reumáticas e o intrincado mecanismo de entrelaçamento delas com suas produções.

É notório que, ao longo da história, várias condições reumáticas têm afetado reis, imperadores, políticos, líderes religiosos e artistas, dentre outros. O próprio conhecimento sobre doenças articulares tem evoluído com a interpretação de textos, cartas, desenhos, pinturas, esculturas, músicas e fotografias destas personalidades. Os reumatismos também têm sido retratados por artistas não portadores de enfermidades articulares sendo de suma importância uma criteriosa análise dos elementos que compõem as imagens produzidas por eles, no sentido de que não se façam conclusões falsas ou precipitadas. Não se deve, por exemplo, interpretar as posições de punho e flexões dos dedos de algumas figuras do renascentista italiano Sandro Boticelli (1445-1510), como doença reumática ou neurológica da forma que entendem certos autores, pois se tratam mais adequadamente de representações estilísticas do pintor.

Em se tratando de artistas doentes, pode-se partir do homem e sua saúde ou ausência dela para uma aproximação de suas obras. Uma incursão desse porte, onde se atravessa a arte pela medicina, além de muito arriscada, depende de teorias médicas consistentes, de documentação eficiente sobre o objeto que se estuda e, sobretudo, conhecimento artístico. Por exemplo, da doença articular de Peter Paul Rubens, os documentos comprobatórios são somente cartas escritas por ele e, de forma muito especulativa, alguns detalhes de suas telas. Por outro lado, o quadro clínico de Raoul Dufy foi muito bem documentado, principalmente durante seu tratamento nos Estados Unidos. Muito do que sabemos hoje sobre a evolução da doença articular de Dufy se deve aos registros de prontuários médicos oriundos do *Jewish Memorial Hospital* e do *Massachusetts General Hospital*, onde esteve internado.

Em relação a conhecimentos artísticos, introduzo alguns comentários sobre as relações da metáfora pictórica de alguns desses artistas com suas condições enfermas. As duas principais formas metafóricas da arte visual são a representação e a expressão. Somente se o espectador estiver sintonizado com a obra e ainda possuir a experiência desejável para uma análise dela é que as reais intenções do artista podem ser apreciadas. Isto é desafiador e fascinante porque, no final, todo artista tenta imprimir uma marca para o espectador. Obviamente, também não podemos prescindir do significado psicológico das obras de arte para uma melhor aproximação sobre elas e isso também depende de nossas experiências enquanto admiradores.

Entrevistei diversos estudantes de arte e percebi que existe, para a maioria deles, uma carência de conhecimentos relacionados a doenças e o impacto delas para a saúde humana e, conseqüentemente, para a produção artística. Lógico, entendo que esse conteúdo não é esperado para a formação de estudantes de artes. Mas esse conhecimento pode tanto modificar nossas percepções de obras de arte quanto nossas próprias percepções

corporais. O que desejei enfatizar nesta produção é que essa experiência está além do significado unicamente visual. Conhecer as variáveis que envolvem a produção artística como os ideais filosóficos, políticos e culturais do artista, sua vida familiar e até mesmo suas doenças pode ter um reflexo na melhor qualidade da experiência gestáltica que uma obra de arte pode proporcionar.

Entendo que é claramente pretensioso explicar todas as manifestações de arte através de conhecimentos médicos, porém as ciências da saúde e, particularmente, as ciências médicas enquanto ciências investigadoras e modificadoras das próprias condições humanas têm de certa forma um significado para a interpretação do objeto artístico. A arte é de alguma forma aquilo que somos, pois a entendo como a forma mais expressiva de nossa condição humana.

Acredito que a formação de profissionais que lidam diretamente com a saúde humana passa necessariamente pela inserção das artes nos seus processos de formação. Entretanto, essa inserção não é tão simples como parece. A operacionalização deste conteúdo artístico no ensino da saúde humana usualmente necessita de certo aprofundamento para se atingir resultados satisfatórios. É possível utilizar arte para ministrar conteúdos não artísticos. É possível usar conhecimentos médicos para explicar a arte. É possível exemplificar doenças e doentes com manifestações artísticas e, indo mais além, acredito, enquanto professor e médico, que é possível mesmo ministrar todo um conteúdo programático médico tendo por foco a arte. Precisamos urgentemente desta dialética.

"É POSSÍVEL USAR CONHECIMENTOS MÉDICOS PARA EXPLICAR A ARTE. É POSSÍVEL EXEMPLIFICAR DOENÇAS E DOENTES COM MANIFESTAÇÕES ARTÍSTICAS E INDO MAIS ALÉM, ACREDITO, ENQUANTO PROFESSOR E MÉDICO, QUE É POSSÍVEL MESMO MINISTRAR TODO UM CONTEÚDO PROGRAMÁTICO MÉDICO TENDO POR FOCO A ARTE."

**Dr. Valderílio Feijó Azevedo (PR).**

# Henri Matisse (1869-1954) foi portador de doença reumática?



Li em alguns sites de reumatologia e de pacientes reumáticos que Matisse foi portador de doença reumática. Pesquisei sobre o assunto para escrever sobre ele no livro *A Beleza e a Dor: Artistas Visuais Famosos e Suas Doenças*

*Reumáticas* recentemente publicado. A possibilidade de que Henri-Émile-Benoît Matisse possa ter sofrido de alguma doença reumática não é nem mesmo considerada. O pintor fauvista, em janeiro de 1941, combatido por um tumor intestinal de caráter maligno, foi submetido a duas cirurgias: a primeira, por uma grave obstrução intestinal secundária (nesta intervenção muito trabalhosa, que durou mais de três horas, seu vizinho e amigo, o Dr Wertheimer, de Lyon, auxiliou os doutores Santy e Leriche); e a segunda, por debridamento da ferida intestinal que necrosou em suas

"SOBRE SUA OBRA COMPLETA, APLAUDIDA E MAGNIFICADA EM TODO O MUNDO, SÃO DISPENSÁVEIS OS COMENTÁRIOS. CERTAMENTE ELE É UM DOS GRANDES EXEMPLOS DE ARTISTAS ONDE UMA ENFERMIDADE PODE MODIFICAR QUASE QUE POR COMPLETO O SEU ESTILO."

meses antes da cirurgia. Como resultado dessa grande intervenção cirúrgica, os músculos abdominais ficaram enfraquecidos e ele mal pode permanecer em pé, sendo-lhe tolhidos os movimentos de membros inferiores. A partir daí, Matisse ficou restrito à cadeira de rodas.

borças. Além disso, Matisse teve duas embolias pulmonares no pós-operatório (uma aos três dias e outra aos 46 dias após o procedimento cirúrgico inicial). Havia um diagnóstico de enterite em função das dores abdominais que Matisse vinha enfrentando

Foi ante essa dificuldade para pintar seus quadros que ele iniciou um novo trabalho, com ajuda de auxiliares, desenvolvendo mais intensamente uma técnica que ele mesmo criara desde 1937: a aplicação de tinta em papel recortado, os famosos *gouaches découpées*, que serviriam para ilustrar seu livro *Jazz*, publicado em 1947. As fotos dessa época mostram Matisse em seu quarto de hotel, numa cadeira de rodas, com tesoura na mão e pilhas de papel colorido no chão.

Sua recuperação foi muito lenta, necessitando de assistência dia e noite. No início de 1942 voltou a ter dores abdominais e cursou com um quadro intermitente de icterícia e febre por calculose biliar que, felizmente, resolveu com tratamento clínico. Nesse mesmo ano, Matisse precisou de constante ajuda de enfermeiras, que se intercalavam em seu cuidado. Anos mais tarde, em 1948, a jovem enfermeira Monique, que tomou conta dele, entrou para a ordem dominicana e convenceu Matisse a decorar a ampliação da Capela do Rosário de Vence, uma localidade perto de Nice. Hoje essa capela é um santuário artístico, aberto para visitas públicas. Matisse pintou ali as imagens de São Domingo de Guzmán e a virgem do Rosário, esboçou as vidrarias, desenhou as roupas e apetrechos litúrgicos e esculpiu o crucifixo principal da Capela.

Indubitavelmente, Matisse não ficou restrito à cadeira de rodas por causa de uma enfermidade reumática. Na época do procedimento cirúrgico abdominal, os médicos lhe deram três meses de vida e ele ainda viveu mais 13 anos, falecendo aos 84 anos. Sobre sua obra completa, aplaudida e magnificada em todo o mundo, são dispensáveis os comentários. Certamente ele é um dos grandes exemplos de artistas onde uma enfermidade pode modificar quase que por completo o seu estilo.

**Dr. Valderílio Feijó Azevedo (PR).**

# Os diretores mais populares: Hitchcock

## Alfred Joseph HITCHCOCK

O mestre do suspense. Tal perífrase está tão atrelada ao sobrenome deste diretor que se tornou até um clichê. Do mesmo modo, qualquer programa de TV mais sensacionalista, ao tentar criar alguma expectativa no público, faz uso da famosa trilha sonora de Bernard Herrmann em *Psicose* (*Psycho*), de 1960, com aqueles acordes estridentes de violino. Esses conceitos tão incrustados nas pessoas não vêm ao acaso. Afinal, o que levou Hitchcock a obter o posto que até hoje permanece ainda inabalável? Entre vários fatores, destacam-se seu planejamento e sua criatividade em utilizar as técnicas cinematográficas para manipular a atenção e a reação do espectador. Antes de iniciar as filmagens, o diretor repassava minuciosamente com o roteirista o filme inteiro. Chegava ao set já tendo decorado as cenas a serem filmadas, quais posições de câmera fazer (decupagem) e o que exigir dos atores. Todos esses aspectos convergiam, conscientemente, para um único objetivo: envolver o público. Aí está um grande ensinamento para aos médicos! Assim como o espectador vai ao cinema em busca de arte (reflexão) ou entretenimento (diversão), o paciente vai ao consultório a fim de um tratamento. Com o princípio de Hitchcock em mente, o bom médico sabe que todo o seu arsenal técnico está em favor de uma só pessoa: o paciente. Assim, desdobra-se para envolvê-lo e "manipulá-lo" em prol do objetivo intencionado. Logicamente, "manipular" aqui, longe de intenções escusas, refere-se à capacidade de planejar e direcionar.

Tudo isso este cineasta fazia e sem deixar de lado o bom humor. Desde o filme *O Inquilino* (*The Lodger*), de 1926, terceiro de sua filmografia, ele passou a rubricar

suas obras com uma aparição fugaz na tela, em uma espécie de brincadeira com o espectador.

As biografias de Hitchcock contam que sua família era católica e que ele tinha uma certa hostilidade em relação às mulheres, destacando-se a figura represora de sua mãe. Esse dado ajuda a compreender, sob um prisma psicanalítico, o tom sadomasoquista dos relacionamentos entre homem

e mulher em vários de seus filmes. O próprio cineasta se valeu dos elementos da psicanálise para elaborar a maioria de suas tramas, com implicações ocultas nos significados do subtexto.

É natural que, ao longo dos mais de 50 filmes de Hitchcock, alguns sejam menos expressivos. Entretanto, o esmero técnico e artístico presente em pelo menos cinco de suas obras-primas é suficiente em mostrar a magnitude deste cineasta britânico, que ditou todo um estilo incessantemente copiado em muitos filmes de terror psicológico. Seguem-se:

### "JANELA INDISCRETA"

(*REAR WINDOW*) - 1954



"O PRÓPRIO CINEASTA SE VALEU DOS ELEMENTOS DA PSICANÁLISE PARA ELABORAR A MAIORIA DE SUAS TRAMAS, COM IMPLICAÇÕES OCULTAS NOS SIGNIFICADOS DO SUBTEXTO."

A importância desta película está sem dúvida na metáfora que ela faz do próprio Cinema. O protagonista é o espectador que vê, através da janela (tela), as cenas da vida de diferentes pessoas (personagens). O próprio objetivo do protagonista é a tônica dos filmes de Hitchcock, ou seja, trazer à tona o que está escondido - desvendar o crime. A seqüência na qual o protagonista envia sua amada ao apartamento do assassino pode ser vista como um diretor que orienta uma atriz em um set de filmagem, ou seja, como uma *mise-en-scène*.

Além disso, o diretor inaugura no Cinema uma nova forma de abordar o voyeurismo, cujo processo de olhar a mesma cena repetidamente funciona, segundo a psicanálise, como dominação ativa de um trauma infantil.

### "UM CORPO QUE CAI" (VERTIGO) - 1958



Este filme obteve êxito na sua complexa investigação psicológica, e inclusive necrofilica, da tendência humana de formar uma imagem idealizada de outra pessoa e substituí-la pela realidade. Assim, mais importante aqui é o seu subtexto psicanalítico que encontra loucura no amor, traição na amizade e associa vertigem (oriunda da acrofobia) à castração.

Destacam-se também as diversas simbologias empregadas pelo diretor. Em vários momentos foram utilizadas imagens em espiral: os títulos da apresentação, a escada na torre da igreja e até o penteado crespo da "loira" (figura feminina constante nos filmes de Hi-

tchcock).

Uma prova do seu domínio da técnica cinematográfica está em como ele apropriou a câmera para transmitir a sensação de vertigem no espectador. Para isso, enquadrando uma maquete de torre na horizontal, combinou um movimento de afastamento da câmera através de um carrinho de rodas (*travelling*) com uma posterior aproximação pelas lentes (*zoom in*).

### "INTRIGA INTERNACIONAL" (NORTH BY NORTHWEST) - 1959



Mostrando já seu amadurecimento, o diretor alia ao roteiro de espionagem bem construído, um ritmo de aceleração e desaceleração na montagem que magnetiza o público.

A cena clássica do ataque do avião sobre o protagonista sozinho em um milharal é emblemática. O personagem fica alguns minutos em uma estrada deserta no meio do árido interior dos EUA. Parece uma eternidade. Passa um ônibus, depois um carro e nada acontece. A platéia aguarda ansiosamente a ameaça que espera vir por terra.

Entretanto, o aparente inócuo barulho de avião ao longe fica mais marcante e torna-se a ameaça. Pego de surpresa assim como o personagem, o espectador se sente impotente em não conseguir encontrar uma saída viável para o protagonista. É o requinte de um suspense kafkiano, no qual o homem é vítima do absurdo e do inesperado.

**"PSICOSE"****(PSYCHO) - 1960**

Aqui vale discorrer um pouco mais sobre os elementos deste filme para se entender o porquê de ele ser considerado um marco na história do Cinema. Primeiramente, o roteiro engana duas vezes o espectador. O dinheiro que a protagonista rouba do patrão parece ser inicialmente o tema central da película, porém é apenas um "MacGuffin" - termo usado pelo próprio diretor para designar um truque, um motivo-pretexo que, no fundo, despista a importância principal da trama. Após o primeiro terço do filme, outra surpresa: o assassinato da protagonista - uma estrutura até hoje subversiva de narrativa fílmica.

Existe ainda a antológica sequência do chuveiro. Quando a personagem de Janet Leigh entra no banheiro, proposadamente todo branco (estéril), a trilha sonora cessa. O silêncio calculado só permite serem escutados alguns sons (a porta, a cortina, a água escorrendo pelo ralo). Mostra-se então a cena corriqueira de uma mulher tomando banho em diferentes planos: a água que cai do chuveiro, o rosto da personagem de um lado, depois de outro. Tudo isso gera estranhamento no espectador e aumenta sua angústia na expectativa de saber aonde o diretor quer chegar. De repente, irrompe do branco homogêneo do banheiro uma silhueta preta que se aproxima. O estranhamento cresce gradualmente até o clímax das facadas. O curioso é que em nenhum momento a faca toca o corpo da vítima e isso fica evidente na tela. O refinamento está em privilegiar a forma para que sua manipulação gere o conteúdo. Portanto, a violência está no impacto causado pela combinação dos acordes agudos de violino da trilha sonora com os planos bem escolhidos através de cortes bastante rápidos. A filmagem dessa cena de apenas 45 segundos durou 7

dias e envolveu 70 posições diferentes de câmera.

Essa orquestração cinematográfica está presente em toda a película. Desse modo, o espectador no começo do filme torce pela protagonista a fim de que ela não seja pega pelo roubo. Após o espanto do assassinato, ao ver Anthony Perkins eliminando os vestígios do crime cometido supostamente pela sua mãe, o espectador fica a favor dele e espera que ele não seja descoberto. Quando sabe pelo xerife que a mãe de Perkins morreu há oito anos, o espectador muda abruptamente de lado e fica contra este, mas agora por mera curiosidade.

Apesar de no final Hitchcock usurpar a figura do psiquiatra para explicar o comportamento assustador do assassino, tal assunto é secundário diante de outros temas profundamente perturbadores que são abordados, tais como o matricídio, o voyeurismo e a própria cumplicidade da platéia.

**"OS PÁSSAROS"****(THE BIRDS) - DE 1963**

Com um conteúdo edipiano evidente, o protagonista da película é manipulado pela mãe dominadora, que interfere em suas relações com as outras mulheres. Por mais fantástico e apocalíptico que seja o ataque dos pássaros à pequena cidade da trama, talvez sua função principal seja a de ampliar, dramaticamente, o que existe de destrutivo nessa relação maternal.

O filme foi lançado em uma época quando as pessoas evidentemente temiam o fim do mundo através da bomba atômica. O ataque dos pássaros se inseriu como

um substituto desse temor coletivo. Em nenhum momento na tela há explicação para o fenômeno; a intenção é a fantasia e a mera especulação. O final, inclusive, é aberto e mantém os pássaros à espreita; nas palavras de Hitchcock: "Esquentando o motor para dar a partida".

Sabendo que os espectadores iriam ao cinema para ver pássaros, o cineasta fez questão de retardar o aparecimento deles, em um verdadeiro teste de paciência. A tensão gerada na plateia vai através de um crescendo proposital. Do mesmo modo que os pássaros se agrupam aos poucos para sua agressão coletiva; o ataque subsequente é sempre mais grave que o anterior. Diante das limitações dos efeitos especiais da época, Hitchcock, para intensificar o terror no filme, apropriou-se do som de um modo como jamais fizera. Ele optou por retirar toda a música e preencher o silêncio com o uso planejado de diferentes sons, com destaque para o barulho de asas e para o cuidado de não haver o chil-

rear (apelativo) dos pássaros. Na cena final, os sons muito suaves deixam o murmúrio tão frágil a ponto de o público não ter certeza de ouvi-lo ou imaginá-lo.

• • • • •

Apesar de todas essas virtudes e do sucesso de público, os intelectuais norte-americanos permaneceram reticentes por um tempo à genialidade de Hitchcock. Já os críticos franceses, na década de 50, destacaram o trabalho deste diretor que, mesmo inserido no meio industrial hermético de Hollywood, conseguia imprimir identidade às suas obras. A partir daí, sua importância no Cinema tornou-se unanimidade que, aliás, impera até hoje. Em 1995, a revista *Time Out*, em comemoração pelos cem anos do Cinema, fez uma eleição para o melhor diretor de todos os tempos. A maioria dos cem cineastas votantes, ao redor de todo o planeta, elegeu, para surpresa de alguns poucos, Alfred Hitchcock.

**Dr. Vitor Hugo Sambati Oliva (PR).**

## Trilhas sonoras

**As trilhas sonoras do látrico são escolhidas como "pedras de toque", metáforas do** exemplar, do que se tornou clássico. Podem até não ser do gosto de determinado médico ouvinte, mas como gosto se discute, têm a pretensão de ser referências melódicas e vocais. A escolha do editor é, claro, arbitrária, mas visa uma pluralidade cosmopolita, sem dar chance à banalidade ou à grosseria. Como o mesmo não faz parte de nenhuma *coterie*, nem a revista tem interesses comerciais, só culturais, o alvo é provação intelectual e deleite.

Nesta edição iniciamos a primeira trilha nacional. Nela podemos encontrar alguns fragmentos poéticos já publicados no Látrico. Fragmentos que se diluem na alma popular como se dela tivessem surgido. E não? "Era o dono do negócio/ Sem saber que havia um só-

cio/ Na firma do nosso amor", sai diretamente do povo, do compositor popular, com palavras simples e claras em significado. "Infidelidade" que todos percebem e que tornam os versos de Aaulfo Alves e Américo Seixas uma condensação da experiência social com fácil memorização. Esse o segredo da poesia na música popular. Vir do povo e enriquecer a língua. Veja como é moderno o verso de Lupicínio Rodrigues: "Cá na cidade se vê tanta falsidade/Que a mulher faz tatuagem até mesmo na afeição". Como diria Drummond, mais do que moderno, queria ser eterno. Esse o anseio do compositor, e nós, seus utentes, agradecemos. Momentos de prazer e inteligência. E com a cumplicidade de cantores e instrumentistas enlevamos nossas almas à magia da música. 🎧

## Trilha Sonora Internacional - vol. 3

1. **I Can See Clearly Now**  
*(Johnny Cash); Ray Charles*
2. **Memory**  
*(A. L. Webber – T. S. Eliot – T. Nunn); Barbra Streisand*
3. **It Was a Very Good Year**  
*(Ervin Drake); Frank Sinatra*
4. **Bridge Over Troubled Water**  
*(Simon); Nancy Wilson*
5. **I Will Talk and Hollywood Will Listen**  
*(R. Williams – G. Chambers); Robbie Williams*
6. **I Want to Know What Love Is**  
*(Mick Jones); Wynona*
7. **This Guy's in Love with You**  
*(Bacharach – David); Arthur Prysock e Betty Joplin*
8. **It Ain't Necessarily So**  
*(G. Gershwin – Du Bose – D. Heyward – I. Gershwin); Cher*
9. **Softly As I Leave You**  
*(Shaper – De Vita); Matt Monro*
10. **Narrow Daylight**  
*(D. Krall – E. Costello); Diana Krall*
11. **You've Lost That Lovin' Feelin'**  
*(B. Mann – C. Weil); Elvis Presley*
12. **To Love You More**  
*(D. Foster – J. Miles); Celine Dion*
13. **I Heard It Through The Grapevine**  
*(N. Whitfield – B. Strong); Marvin Gaye*
14. **The End of the World**  
*(Sylvia Dee – Arthur Kent); Julie London*
15. **King of the Road**  
*(Miller); Dean Martin e Kevin Spacey*
16. **Both Sides Now**  
*(Joni Mitchell); Doris Day*
17. **A Contre L'amour**  
*(C. Aznavour – J. Revaux); Charles Aznavour*
18. **Puttin' on the Ritz**  
*(Irving Berlin); Ella Fitzgerald*
19. **Mack The Knife**  
*(K. Weill – B. Brecht – M. Blitzstein); Bobby Darin*
20. **Lady Jane**  
*(M. Jagger – K. Richards); Jane Duboc*

## Trilha Sonora Nacional - vol. 1

1. **Catavento e Girassol**  
*(Guinga – Aldir Blanc); Leila Pinheiro*
2. **A Felicidade**  
*(A. C. Jobim – V. de Moraes); Agostinho Santos*
3. **Águas de Março**  
*(A. C. Jobim); Elis Regina e Tom Jobim*
4. **Chega de Saudade**  
*(A. C. Jobim – V. de Moraes); João Gilberto*
5. **Brincar de Viver**  
*(J. Lucien – G. Arantes); Maria Betânia*
6. **O Barquinho**  
*(R. Menescal – R. Bôscoli); Pery Ribeiro*
7. **A Lua Que Eu Te Dei**  
*(Herbert Vianna); Ivete Sangalo*
8. **O Caderno/ Aquarela**  
*(Toquinho – Mutinho); (Toquinho-Vinicius-Morra-Fabrizio); Toquinho*
9. **Amor e Sexo**  
*(R. Lee – R. Carvalho – A. Jabor); Rita Lee*
10. **Sozinho**  
*(Peninha); Caetano Veloso*
11. **Paciência**  
*(Lenine – Dudu Falcão); Simone*
12. **Nos Bailes da Vida**  
*(M. Nascimento – F. Brant); M. Nascimento e Roupa Nova*
13. **Black is Beautiful**  
*(M. Valle – P. S. Valle); Elis Regina*
14. **Sinal Fechado**  
*(Paulinho da Viola); Paulinho da Viola*
15. **Admirável Gado Novo**  
*(Zé Ramalho); Cássia Eller*
16. **Codínome Beija-Flor**  
*(Cazuza – E. Neves); Cazuza*
17. **Vilarejo**  
*(M. Monte – P. Baby – C. Brown – A. Antunes); M. Monte*
18. **Mulheres**  
*(M. da Vila); Martinho da Vila*
19. **Ronda**  
*(Paulo Vanzolini); Márcia*
20. **Pra você**  
*(Silvio César); Silvio César*
21. **Eu e a Brisa**  
*(Jonhny Alf); Dóris Monteiro*

# Duetos

**Misturar vozes é coisa complicada. Se a escolha de repertório para cantor solo já é algo difícil, tanto que certas canções tornam-se clássicas na voz de determinado vocalista sem dar chance a outras alternativas, duelar e/ou harmonizar vozes supera em muito essas dificuldades. Mas há duetos definitivos, e vozes com vocação à duplicidade. James Ingram ou Aaron Neville entre os homens e Linda Ronstadt e Patti**

Austin entre as mulheres parecem ser o caso.

O látrico já apresentou alguns duetos em trilhas anteriores. Nesta edição apresenta uma trilha inteira de mistura de vozes. Vozes lindas com arranjos competentes e músicos talentosos, e que se afinizaram para deleite nosso e eternização de seus autores. Aprecie a audição em nosso sítio. Audiente, o látrico lhe deseja intenso prazer musical.

## Duetos do látrico

### 1. Tonight, I Celebrate My Love

(M. Masser – G. Goffin); Peabon Bryson e Roberta Flack

### 2. Sorry Seems To Be The Hardest Word

(E. John – B. Taupin); Ray Charles e Elton John.

### 3. Somewhere Out There

(J. Homer – B. Mann – C. Weil); James Ingram e Linda Ronstadt

### 4. You Are Everything

(T. Bell – L. Creed); Diana Ross e Marvin Gaye

### 5. I've Got You Under My Skin

(Cole Porter); Frank Sinatra e Bono

### 6. Cheek To Cheek

(Irving Berlin); Sarah Vaughan e Billy Eckstine

### 7. You Don't Bring Me Flowers

(Allen Gordon); Barbra Streisand e Neil Diamond

### 8. How Do You Keep The Music Playing?

(Michel Legrand – Alan e Marilyn Bergman); James Ingram e Patti Austin

### 9. At Last

(H. Warren – M. Gordon); Lou Rawls e Dianne Reeves

### 10. You Needed Me

(Randy Goodrum); Anne Murray e Shania Twain

### 11. Where Is The Love

(Mc Donald – Salter); Donny Hathaway e Roberta Flack

### 12. What A Wonderful World

(G. D. Weiss – R. Thiele); Tony Bennett e K. D. Lang

### 13. Baby, Come To Me

(Rod Temperton); James Ingram e Patti Austin.

### 14. Like A Lover

(Dori Caymmi – Nelson Motta – Alan e Marilyn Bergman); Sergio Mendes e Brasil '66

### 15. Endless Love

(Lionel Richie); Diana Ross e Lionel Richie

### 16. We're Only Just Begun

(P. Williams – R. Nichols); Carpenters

### 17. My Favorite Things

(O. Hammerstein – R. Rodgers); Al Jarreau e Kathleen Battle

### 18. New York City

(Peter Malich); The Peter Malich Group e Norah Jones

### 19. Beauty And The Beast

(A. Menken – H. Ashman); Nana Mouskouri e Harry Belafonte

### 20. Flies On The Butter

(C. Cannon – A. Shamblin – A. Cunningham); Wynonna e Naomi Judd

# Disco do ano

**Você diria, precisa topete para um semestre antes dizer que é o disco do ano. Diria mais, é preciso muita fé e convicção. Diria eu, as duas. Mas, antes, preciso contar uma história.**

O rapaz, recém-chegado à adultícia, ou talvez não, 18 anos, abandona os estudos no Texas e emerge em Nova Iorque em busca de um sonho, a música. Destino do primeiro emprego: *Sceptor Records*, selo independente de Florence Greenberg, única mulher de seu tempo a fazer tal coisa.

Como acontece quando pegamos o bonde na hora e lugar certos, conviveu com grandes nomes, então emergentes. Basta citar a dupla Ashford e Simpson escrevendo os primeiros sucessos, o casal Barry Mann e Cynthia Weil, Carole King e Gerry Goffin, Dionne Warwick, B.J. Thomas e Burt Bacharach. Claro que uns nomes você conhece, outros talvez não, mas não se apoquente. Confie em mim; gente de primeiro time. Este último, Burt, acompanhou-o criando algumas melodias ou fazendo arranjos. Sempre com a mesma sensação, não poderiam ser diferentes. Exatas e brilhantes. Ainda mais quando Hal David colocava as letras. É isso. Presenciou o desenvolvimento e os sucessos da dupla Bacharach e David. E também participou na produção. Se você não sabe, a canção da dupla *Raindrops Keep Fallin On My Head*, do filme *Butch Cassidy and Sundance Kid*, com Paul Newman e Robert Redford, cantada por B. J. Thomas, seu amigo do Texas, levou o Oscar de melhor canção. Foi um de seus produtores.

Tudo isso para dizer que Steve foi um precoce homem de estúdio, com múltiplos talentos, e que quando lhe perguntam em que universidade se formou, sua resposta é curta e simples: na Universidade Bacharach. Agora você vai saber que Steve Tyrrel, este seu nome, entre outras coisas é cantor. Dos bons, com sua voz rascante e exótica. Única.

Pois, há seis anos, iniciou o álbum de sua vida, dedi-

cado ao amigo e professor Burt Bacharach. Gravou duas músicas, uma delas *I Just Don't Know What To Do With Myself* entrou na trilha internacional, vol. 2, do látrico, por apreciá-la. Mas por que somente duas? Sua mulher Stephanie teve uma neoplasia e lá se foram seis anos, fora o sofrimento. Deu andamento a outros projetos – tem álbuns belíssimos sempre com ótimas produções –, e finalmente este ano conseguiu dar término ao maior de sua vida: homenagear o mestre Burt Bacharach. E melhor, em vida como devem ser todas as homenagens; e com a participação do mesmo, como há seis anos. Resultado: o álbum do ano. Não acredita? Então compre *Back To Bacharach* e terá quatorze pérolas. E lhe dou alguns realces. Confirmará em *I Say A Little Prayer For You* e *Don't Make Me Over* o que escrevi a respeito de Patti Austin, que nasceu para fazer duetos, e sua parceira nessas músicas. Que o arranjo de Steve para as vozes de alguns medalhões em *What The World Needs Now*, tem a competência e a harmonia comparável à de Quincy Jones em *We Are The World*. E principalmente, que todas as músicas que você já ouviu em muitas vezes na voz de grandes estilistas, têm um frescor único. São uma experiência nova. Portanto, não hesite, compre. Sua sensibilidade agradecerá. De minha parte estou à sua disposição para um bom jantar, "chez doutor de tal", naturalmente com um Petrus de boa cepa e a trilha sonora acima. Mas talvez você não me leve a sério. Se o fizer, o disco eu levo.

**Em tempo:** Você poderia dizer, bobagem, nunca um disco do ano foi desprovido de canções originais. Diria, verdade, é a primeira vez. ■

"TUDO ISSO PARA DIZER QUE STEVE FOI UM PRECOCE HOMEM DE ESTÚDIO, COM MÚLTIPLOS TALENTOS, E QUE QUANDO LHE PERGUNTAM EM QUE UNIVERSIDADE SE FORMOU, SUA RESPOSTA É CURTA E SIMPLES: NA UNIVERSIDADE BACHARACH."

"No mundo deserto de almas negras  
Me visto de branco  
Me curo da vida sofrida, sentida  
Que deram para mim".

## Paciência

Mesmo quando tudo pede  
Um pouco mais de calma  
Até quando o corpo pede  
Um pouco mais de alma  
A vida não pára

Enquanto o tempo acelera  
E pede pressa  
Eu me recuso, faço hora  
Vou na valsa  
A vida é tão rara

Enquanto todo mundo  
Espera a cura do mal  
E a loucura finge  
Que isso tudo é normal  
Eu finjo ter paciência

O mundo vai girando  
Cada vez mais veloz  
A gente espera do mundo  
E o mundo espera de nós  
Um pouco mais de paciência

Será que é tempo que me falta para perceber?  
Será que temos este tempo para perder?  
E quem saber  
A vida é tão rara

Mesmo quando tudo pede  
Um pouco mais de calma  
Mesmo quando o corpo pede  
Um pouco mais de alma  
Eu sei  
A vida não pára  
A vida não pára, não  
A vida não pára  
A vida é tão rara.

**Autores: Lenine/ Dudu Falcão.**



## Nervos de Aço

Você sabe o que é ter um amor, meu senhor  
Ter loucura por uma mulher  
E depois encontrar esse amor, meu senhor  
Nos braços de outro qualquer

Você sabe o que é ter um amor, meu senhor  
E por ele quase morrer  
E depois encontrá-lo em um abraço  
Que nem um pedaço do meu pode ser

Há pessoas de nervos de aço  
Sem sangue nas veias e sem coração  
Mas não sei se passando o que passo  
Talvez não lhes venha qualquer reação

Eu, não sei o que trago no peito  
É ciúme, despeito, amizade ou horror  
Eu só sei que quando a vejo  
Me dá um desejo de morte ou de dor.

**Autor: Lupicínio Rodrigues.**

"Minha dor é perceber  
que apesar de termos feito tudo  
tudo que fizemos  
nós ainda somos os mesmos e vivemos  
como nossos pais"

# Médicos na MPB

**A música é fator de encantamento para todos; na diversidade de idades, de épocas, de acontecimentos. Para nós, médicos, que vivemos o sofrimento alheio, representa não apenas a busca da beleza, mas também a conquista de fases de tranquilidade, de relaxamento, de conforto. Não me refiro aos mais dotados, compositores ou instrumentistas, mas aos que, como eu, são apenas capazes de sentir e de amar as peças musicais.**

**Prof. Dr. Luiz Vénere Decourt  
07/12/1911 – 20/05/2007**

Na ampla relação existente entre medicina e arte a música tem fundamental importância, não só quando utilizada como opção para terapêutica de pacientes, mas também como alternativa na busca de tranquilidade, relaxamento e conforto espiritual, para minimizar as tensões do dia-a-dia do trabalho estressante dos médicos. Alguns se dedicam à música não apenas como forma de lazer, mas com tal intensidade que ela passa a disputar espaço como alternativa profissional, chegando por vezes a substituí-la completamente. Sem a preocupação de uma ampla investigação bibliográfica, apresentaremos algumas curiosidades sobre a vida de cinco médicos que se tornaram famosos através da música popular brasileira.

## 1. Joubert de Carvalho (Joubert Gontijo de Carvalho).

Nasceu em Uberaba, MG, no dia 6/3/1900, e faleceu no Rio de Janeiro, RJ, no dia 20/9/1977. Segundo de 10 irmãos, aos 9 anos de idade começou a dedilhar no

piano recém-comprado pelo seu pai os dobrados que eram tocados pela banda local.

Aos 13 anos, já em São Paulo, resolveu homenagear o Hospital da Cruz Vermelha, recém-fundado. Como já havia composto uma valsa aos 8 anos de idade, ainda não batizada,

deu a ela o nome de *Cruz Vermelha*. Quinhentas cópias da melodia foram patrocinadas pelo seu pai, cuja venda foi revertida em benefício do hospital. Com o sucesso alcançado, a Casa Editora Compassi e Camim, de onde saíram os Irmãos Vitale, encomendou novas músicas, o que serviu de estímulo para que continuasse compondo. Entre 1914 e 1918, já decidido a fazer Medicina, foram publicadas aproximadamente 20 melodias, em geral tangos. Como seu pai queria que continuasse os estudos e não como músico profissional, recebia como pagamento 200 cópias de cada edição para distribuir aos amigos e interessados.

Ingressou na Faculdade de Medicina no Rio de Janeiro em 1920. Durante férias no primeiro ano da escola, em uma fazenda de Avaré, conheceu o exímio violonista Garoto (Américo Jacomino), que passou a executar as suas novas composições.



**"NA AMPLA RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE MEDICINA E ARTE A MÚSICA TEM FUNDAMENTAL IMPORTÂNCIA, NÃO SÓ QUANDO UTILIZADA COMO OPÇÃO PARA TERAPÊUTICA DE PACIENTES, MAS TAMBÉM COMO ALTERNATIVA NA BUSCA DE TRANQUILIDADE, RELAXAMENTO E CONFORTO ESPIRITUAL, PARA MINIMIZAR AS TENSÕES DO DIA-A-DIA DO TRABALHO ESTRESSANTE DOS MÉDICOS."**

A partir daí seu editor passou a pagar por suas melodias – duas por mês – o que lhe garantiu tranquilidade para concluir o seu curso. Nesta época era amigo do filho de Oswaldo Cruz, freqüentando a sua casa quase

"SEGUNDO O PRÓPRIO JOUBERT "ESSE NOME (SOPROS MUSICIAS DO CORAÇÃO) FOI MAIS UMA PILHÉRIA, PORQUE DE MUSICAL NÃO TEM NADA. O SOPRO É ANOMALIA CARDÍACA, FENÔMENO CONGÊNITO, UMA LESÃO DE VÁLVULA. DÁ ÀS VEZES UM RUÍDO ASSIM, PARECE UMA NOTA MUSICAL. É UMA TESE TOTALMENTE CIENTÍFICA, BASEADA NA OBSERVAÇÃO DE TRÊS CASOS QUE ACOMPANHEI. FUI APROVADO COM DISTINÇÃO."

que diariamente. A esposa de Oswaldo Cruz admirava muito as suas composições, em especial um tango, e solicitou a ele que fizesse uma homenagem ao dia de seu casamento com o sanitarista. *Cinco de janeiro* foi editada algum tempo depois.

Sua primeira composição gravada foi a canção *Noivos*, lançada em 1921, mas seu primeiro grande sucesso viria em 1922 com

*O Príncipe*. Composta por inspiração da chuva, foi sua primeira composição gravada no exterior, em 1931.

Formou-se em 1925, defendendo a tese "Sopros musicais do coração", em que analisava as vibrações das válvulas cardíacas, produzindo sons, na passagem do sangue. Segundo o próprio Joubert: "Esse nome foi mais uma pilhéria, porque de musical não tem nada. O sopro é anomalia cardíaca, fenômeno congênito, uma lesão de válvula. Dá, às vezes, um ruído assim, parece uma nota musical. É uma tese totalmente científica, baseada na observação de três casos que acompanhei. Fui aprovado com distinção."

Casou-se em 1927 com Elza de Faria Carvalho, e tiveram um filho. A partir de 1932 passou a trabalhar no Instituto dos Marítimos no Rio de Janeiro, onde foi chefe dos ambulatórios, chefe de clínica médica e chefe de relações públicas. Pioneiro da Medicina Psicossomática no Brasil. Fundador da SBACEM, foi seu tesoureiro e conselheiro. Exerceu de forma ininterrupta atividade no Conselho Federal da Ordem dos Músicos.

Sua produção artística foi numericamente significativa (mais de 700 composições), com muitos sucessos, mas só experimentou grande sucesso com *Pra você gostar de mim* (Ta-Hí), de 1930, gravada por Carmen Miranda. Foram vendidas 36 mil cópias, uma enormidade pois na época grandes sucessos vendiam em torno de mil cópias, o que tornou a novata cantora conhecida em todo o Brasil.

Outro grande sucesso foi *Pierrô*, de 1931, em parceria com Pascoal Carlos Magno, autor da peça teatral de mesmo nome, o qual foi apresentada por Jorge Fernandes.

Teve vários parceiros, sendo o mais importante o poeta, político e diplomata pernambucano Olegário Mariano. Essa parceria começou quando musicou os poemas *Cai-cai balão* e *Tutu Marambá*. Outro grande sucesso, sem nenhum bairrismo, é *Maringá*.

**Uma versão:** A linda e arborizada cidade norte-paranaense foi assim batizada por sugestão da Sra. Elisabeth Thomas, esposa de Henry Thomas, presidente da Companhia de Melhoramentos Norte do Paraná, porque a canção era muito cantada pelos caboclos que derrubavam a mata virgem para a sua construção.

**Outra versão:** O primeiro trabalho dos agrimensores era dar nome aos rios, córregos e ribeirões da região a ser povoada, o que ocorreu por volta de 1938. Geralmente o povoado recebia o nome de um deles. Com o sucesso da música, o Ribeirão Maringá deu nome à cidade.

### Origem do nome da música

**Uma versão:** Rui Carneiro, nascido em Pombal (PB), então oficial de gabinete do Ministro da Aviação e Obras Públicas, José Américo, nascido em Areias (PB), sugeriu a composição de uma música que abordasse a seca que assolava o Nordeste. Entre as cidades atingidas a mais penalizada era Ingá. Joubert imaginou uma cabocla, Maria do Ingá, surgindo daí o nome Maringá.

**Outra versão:** Homenagem a uma linda cabocla chamada Maria, que morava num pequeno vilarejo na cidade de Pombal (Paraíba).

Composta em 1932 e gravada por Gastão Formen-

ti no mesmo ano, *Maringá* fez muito sucesso e marcou época no Brasil, sendo cantada até hoje em todos os pontos do território nacional. O compositor foi homenageado no município com nome de rua e busto em praça pública. O piano Steinway, no qual compôs a canção, foi adquirido pelo município.

Sua vasta obra musical foi gravada e regravaada por grandes nomes da música brasileira, como Carmen Miranda, Francisco Alves, Carlos Galhardo, Silvío Caldas, Cauby Peixoto, entre outros.

Além da música e da medicina, era interessado em assuntos místicos, tendo escrito um romance denominado *Espírito e sexo*. Considerava-se, sobretudo, um apaixonado pela metafísica.



## 2. Zédantas (José de Souza Dantas Filho).

Nasceu em Carnaíba de Flores, PE, em 27/2/1921 e faleceu no Rio de Janeiro, RJ, em 11/3/1962. Estudou o curso secundário no Recife (colégios Nóbrega, Marista e Americano Batista) e formou-se em medicina em 1949 pela Universidade Federal de Pernambuco.

Autêntico boêmio desde os tempos de estudante, passava noites inteiras em bares, na companhia de jovens de ilustres famílias pernambucanas, bebendo, fazendo versos e contando casos. Nessas noites conheceu e assistia fascinado à apresentação de diversos cantadores. Passava férias escolares no sertão, tomando parte em forrós realizados nas redondezas da fazenda da família. Ouvia e guardava muitos versos populares, que serviram de mote para as suas composições.

Em 1947, ainda estudante no Recife, conheceu Luiz Gonzaga. Entregou algumas canções ao Rei do Baião com a condição de que seu nome não aparecesse nas gravações, com receio de que seu pai cortasse a sua mesada.

Em 1950 foi para o Rio de Janeiro para fazer estágio em Obstetrícia, aonde fixou residência, trabalhando no Hospital dos Servidores do Estado.

Prosseguiu a carreira de compositor e foi, também, diretor do programa *O Rei do Baião* (Rádio Nacional)

e diretor do Departamento Folclórico da Rádio Mayrink Veiga.

Foi um dos maiores parceiros de Luiz Gonzaga, com o qual compôs mais de 50 canções, entre as quais grandes sucessos como: *A Volta da*



*Asa Branca; Vozes da Seca; Forró de Mané Vito; Sabiá; Acauã; O Xote das Meninas; Noites Brasileiras; Riacho do Navio; São João no Arraiá*, entre tantas outras.

Para subsidiar as suas composições, quando ia do Rio de Janeiro para o sertão, tinha o hábito de levar um gravador e registrar todas as histórias, contos e aboios do sertanejo. Era grande admirador do folclore nordestino. Nas palavras da sua esposa, durante entrevista ao Conselho Regional de Medicina do Pernambuco, em 2005: "Gostava das festas juninas e até mesmo do cheiro do mato". Sua neta, Marina Elali, que participou do programa FAMA da Rede Globo, tem regravaado sucessos de sua autoria, como forma de homenagear o avô famoso, como "Sabiá" e "Xote das meninas".



## 3. Paulo Vanzolini (Paulo Emilio Vanzolini).

Nasceu em São Paulo, em 24/04/1924. Juntamente com Adoniran Barbosa é reconhecido como o grande nome do samba paulista.

Ainda na infância, morando no Rio de Janeiro dos 4 aos 6 anos de idade, começou tomar gosto pelos programas musicais de rádio. Aos 10 anos já era um

apaixonado pelo samba. Desde o curso ginásial, concluído em uma escola pública estadual, freqüentava bailes do Glorioso Futebol Clube, sentando-se ao lado da orquestra só para ouvir música. Na adolescência, freqüentava rodas

"EM 1947, AINDA ESTUDANTE NO RECIFE, (ZÉDANTAS) CONHECEU LUIZ GONZAGA. ENTREGOU ALGUMAS CANÇÕES AO REI DO BAIÃO COM A CONDIÇÃO DE QUE SEU NOME NÃO APARECESSE NAS GRAVAÇÕES, COM RECEIO DE QUE SEU PAI CORTASSE A SUA MESADA."

de malandros, cultivando desde então uma combinação peculiar entre boemia e paixão pelos estudos.

Em uma visita ao Butantã viu seu interesse desperdatado para a Zoologia. Aconselhado por um amigo de seu

"AOS 10 ANOS (PAULO VANZOLINI) JÁ ERA UM APAIXONADO PELO SAMBA. DESDE O CURSO GINASIAL, CONCLUÍDO EM UMA ESCOLA PÚBLICA ESTADUAL, FREQUENTAVA BAILES DO GLORIOSO FUTEBOL CLUBE, SENTANDO-SE AO LADO DA ORQUESTRA SÓ PARA OUVIR MÚSICA."

pai, cursou a Faculdade de Medicina da USP, onde se diplomou em 1947. Enquanto estudava medicina, foi convidado pelo seu primo Henrique Lobo para trabalhar no programa Consultório Sentimental, da Rádio América, apresentado por Cacilda Becker, com quem fez amizade. Neste programa

apresentava-se como Dr. Edson Gama, e "prescrevia" receitas para emagrecer aos seus ouvintes.

Para viver dos seus próprios ganhos, saiu da casa de seus pais e foi morar no Edifício Martinelli. Estreitou definitivamente seus laços com a boemia, principalmente pelo fato de haver um táxi-dancing no mesmo edifício.

Um grave problema ósseo (osteomielite?) deixou cicatrizes na sua perna que não o impediram de servir exército no quartel da Cavalaria do Ibirapuera, entre 1944 e 1945. Nessa mesma época tornou-se professor do Colégio Bandeirantes e ingressou como pesquisador no Museu de Zoologia, da Universidade de São Paulo, onde posteriormente exerceria o cargo de diretor entre 1963 e 1993, tornando-se um dos zoólogos mais respeitados pela comunidade científica internacional. No Museu de Zoologia da USP organizou uma das maiores



coleções de répteis do mundo e, com o próprio dinheiro, montou uma biblioteca sobre o mesmo tema. Aposentado compulsoriamente, continuou desenvol-

vendo suas pesquisas no Museu, trabalhando de segunda a sábado.

Iniciou a carreira de compositor na década de 1940, influenciado por sambistas com os quais gostava de conviver. Tinha predileção pelos sambas só com a primeira parte. Desde cedo, desenvolveu seu talento para improvisador de versos, tornando-se um campeão de desafios, além de criar letras e melodias que ora apresentam um retrato urbano de São Paulo, ora recorrem a temas mais regionalistas. Em 1945, fazendo ronda a serviço do exército, e como fino observador do cotidiano da vida paulistana, compôs a sua mais famosa música: o samba-canção *Ronda*, que só seria gravado pela primeira vez, em 1953, pela cantora Inezita Barroso, na RCA Victor. Segundo declarações do próprio compositor, a gravação teria acontecido por acaso, já que ele e sua esposa haviam acompanhado Inezita ao estúdio da RCA, no Rio de Janeiro, pois eram amigos da cantora, que então realizava sua primeira gravação: *A moda da Pinga*. Como a cantora não tivesse escolhido ainda outra canção para o lado B do 78 rpm, optou por gravar *Ronda* naquele instante. E assim foi feito. Mas o sucesso desse samba viria mesmo a partir da gravação da cantora Márcia, na década de 60.

Na década de 50, trabalhou na TV Record na produção de programas musicais, como o da cantora Aracy de Almeida. Na ocasião, aproximou-se de outro ícone da samba paulistano, Adoniran Barbosa, também contratado daquela emissora de televisão. Apesar de conversarem diversas vezes sobre a possibilidade de comporem juntos, a parceria jamais aconteceu. Também na década de 50, lançou um livro de poemas intitulado "Lira".

Em 1962, mostrou o samba *Volta por cima* a Inezita Barroso, que preferiu não gravá-lo por lhe parecer pouco comercial. Contrariando a opinião de Inezita, lançado naquele mesmo ano pelo cantor Noite Ilustrada em disco Philips, o samba *Volta por cima* tornou-se sucesso em todo o Brasil. Antes de ser gravado já era conhecido em boates paulistanas como "o samba do Vanzolini".

Glauber Rocha incluiu *Volta por cima* no filme *O dragão da Maldade contra o Santo Guerreiro* (1969), na voz de Noite Ilustrada. Com este filme foi premiado como melhor diretor no Festival de Cannes.

### Verbetes

Desde o sucesso do samba, *Dar a volta por cima* passou a ser uma expressão recorrente no vocabulário popular. Como consta no Dicionário Aurélio: "Dar a volta por cima. Superar uma situação difícil: 'ali onde eu chorei/ qualquer um chorava/ Dar a volta por cima que eu dei/ quero ver quem dava". Na década de 60, era comum ouvir seus sambas na Boate Jogral, em São Paulo, cujo proprietário era o músico, parceiro e amigo Luís Carlos Paraná. Passaram por ali muitos artistas, tendo sido palco de lançamento para Jorge Ben (depois Jorge Benjor) e Martinho da Vila.

Em 1967, Luiz Carlos Paraná e Marcus Pereira produziram para a gravadora Fermata o LP *Paulo Vanzolini: Onze sambas e uma capoeira*, com diversos intérpretes, entre eles Chico Buarque cantando *Praça Clóvis* e *Samba erudito*, Cláudia Morena, *Ronda*, e, Luiz Carlos Paraná, seu grande amigo, *Capoeira do Arnaldo*.

Apesar de compor melodias e letras quase sempre sozinho, chegou a formar algumas parcerias, como a que resultou no trabalho com o compositor Toquinho, em meados dos anos 60. Além de Toquinho, teve como parceiros Paulinho Nogueira, Adauto Santos, Elton Medeiros e Luís Carlos Paraná, cuja morte abalou-o profundamente, a ponto de perder o interesse por compor música. Cristina Buarque, considerada por Vanzolini como a melhor intérprete de suas músicas, batizou o seu primeiro LP (1974) com o nome de um de seus sambas: *Cara Limpa*. "Fazer samba é questão de paciência". Pensando assim, compôs em torno de apenas 60 músicas, eternizadas com gravações originais e inúmeras regravações nas vozes de grandes intérpretes.

Não sabendo tocar instrumentos, cantava suas composições para músicos amigos que então escreviam a partitura ou saíam tocando pela noite. Provavelmente

por isso algumas dessas composições foram esquecidas, e não registradas. Carmem Costa e Paulo Marques dedicaram um LP exclusivamente as suas músicas: "A música de Paulo Vanzolini". "Como cantor, Paulo Vanzolini sempre foi um ótimo cientista". Com esta frase Lauro Lisboa Garcia inicia, de forma pouco elegante e exagerada, a apresentação do único LP (1979) gravado pelo próprio compositor: *Paulo Vanzolini por ele mesmo*. Com a idéia de que "Compositor compõe, cantor canta... não gosto de mim cantando", Vanzolini resistiu muito até gravar este que foi o único registro da suas interpretações.

Foi homenageado inúmeras ocasiões tanto na vida acadêmica como na artística.

*Acerto de contas* foi o nome dado à coletânea lançada em 2003, em uma caixa com com 52 sambas distribuídos em 4 CDs. *Ronda* é até hoje apontada como recordista em execuções na noite paulistana.



### 4. Capinan (José Carlos Capinan)

Nasceu em Esplanada, BA, em 19 de fevereiro de 1941. As diversas atividades que desenvolve, ou já desenvolveu, nos permitem identificar a versatilidade deste "bom baiano": Letrista. Poeta. Escritor. Publicitário. Jornalista. Médico.

Seus pais, Osmundo Capinan e Judite Bahiana Capinan, além dele tiveram mais 12 filhos. Aos 15 anos já ensaiava as suas primeira poesias. Aos 19, mudou-se para Salvador, iniciando o Curso de Direito na Universidade Federal da Bahia. Nesse período estudou teatro no Centro Popular de Cultura, ligado à UNE, quando conheceu Caetano Veloso, que estudava Filosofia, e Gilberto Gil, Administração de Empresas. Atuou na peça *Os fuzis da Senhora Carrar*, de Brecht, dirigida por Álvaro

"AO CONTRÁRIO DO QUE MUITOS PENSAM, CAPINAN NÃO É COMPOSITOR DE UMA ÚNICA MÚSICA: PONTEIO. DESDE LADAINHA, ATÉ OS DIAS DE HOJE, COMPÔS CENTENAS DE MÚSICAS. MUITAS DELAS DE GRANDE SUCESSO, MAS QUE CURIOSAMENTE AS PESSOAS NÃO AS ASSOCIAM A CAPINAN."



Guimarães. Em 1963 escreveu e estreou a peça *Bumba-meu-boi*, musicada por Tom Zé.

Formou-se em Artes Cênicas e Direito em 1964, e no mesmo ano, forçado a sair de Salvador com o golpe militar, transferiu-se para São Paulo. Tra-

balhando como redator publicitário na agência Alcântara Machado, conheceu Geraldo Vandré, que fazia jingles para a agência. Nesta mesma época conheceu Gianfrancesco Guarnieri e Augusto Boal (do Teatro de Arena), o que significou a abertura para o meio musical de São Paulo, sendo aí apresentado a Edu Lobo.

Participante ativo dos movimentos culturais da década de 60, tomou parte do Centro Popular de Cultura (CPC), Feira da Música (Teatro Jovem), ao lado de Paulinho da Viola, Caetano Veloso, Torquato Neto e Gilberto Gil, e Tropicalismo,

com Caetano Veloso, Gilberto Gil, Tom Zé, Os Mutantes, Nara Leão, Torquato Neto, Rogério Duarte, Rogério Duprat e Gal Costa.

Além de músicas, dedica-se à produção teatral e poética. Em 1965, foi co-autor, com Caetano Veloso e Torquato Neto, da peça

*Viramundo* foi composta em parceria com Gilberto Gil. No ano de 1966, publicou o livro de poemas *Inquisitorial*. Em 1967, com Torquato Neto, escreveu o programa de televisão *Vida, Paixão e Banana do Tropicalismo*, interpretado por Caetano Veloso, Gilberto Gil e Gal Costa, sob a direção de José Celso Martinez Corrêa. Na década de 70, foi co-editor ao lado de Abel Silva da *Revista Anima*. Em 1973, dirigiu e produziu o show de Gal Costa e Jards Macalé, no teatro Oficina, em São Paulo, e o espetáculo *Luiz Gonzaga, o Rei do Baião*, no teatro Teresa Raquel, no Rio de Janeiro. Em 1976, publicou poemas na antologia *26 poetas hoje*, organizada por Heloisa Buarque de Hollanda. No ano seguinte, lançou, pela editora Macunaíma, *Ciclo de navegação Bahia e gente*.

### Passagem pela Medicina

Voltou para Salvador e ingressou no curso de medicina da UFBA, formando-se em 1982 e exercendo a profissão por algum tempo. Dois anos depois, estruturou a TV Educativa da Bahia, criando diversos programas para seu lançamento e, em 1985, atuou como diretor da emissora. Em 1986, foi nomeado Secretário Municipal da Cultura, de Camaçari (BA), passando a integrar o Conselho Nacional de Direito Autoral, do Ministério da Cultura (MinC), participando também de comissões de Divulgação Autoral. De 1987 a 1989, atuou como Secretário da Cultura do Estado da Bahia e como presidente dos Fóruns Nacional de Secretários da Cultura e Estadual de Cultura. Nesse mesmo ano, editou três livros: *Inquisitorial* (reedição, o original é de 1967) e *Confissões de Narciso*, pela editora Civilização Brasileira, além de *Balança Mas Hai Kai*, pela editora BDA. Em 1990, fez o show *Poeta, mostra a tua cara*, tendo como convidados especiais Gilberto Gil, Paulinho da Viola e Geraldo Azevedo, no Jazz Club no Rio de Janeiro. No ano de 1995, relançou, pela Editora Civilização Brasileira, *Inquisitorial*, seu livro de poemas. Contou com ensaio crítico de José Guilherme Merquior, escrito em 1968 e publicado no livro *A astúcia da mimese*, em 1969. No ano seguinte, em 1996, publicou *Uma canção de amor às*

"ALDIR BLANC É COMPOSITOR CARIOCA. É POETA DA VIDA, DO AMOR, DA CIDADE. É AQUELE QUE SABE COMO NINGUÉM REPRATAR O FATO E O SONHO. TRADUZ A MALÍCIA, A GRAÇA E A MALANDRAGEM. SE SABE DE GINGA, SABE DE SAMBA NO PÉ. ESTAMOS FALANDO DO OURIVES DO PALAVREADO. ESTAMOS FALANDO DE POESIA VERDADEIRA. TODO MUNDO É CARIOCA, MAS ALDIR BLANC É CARIOCA MESMO"

*Pois É*, interpretada por Gilberto Gil, Maria Bethânia e Vinicius de Moraes, no teatro Opinião, no Rio de Janeiro. Compôs com Caetano Veloso a trilha sonora do filme *Viramundo*, de Geraldo Sarno, no qual a música-título

*árvores desesperadas*, livro de poemas. Nesse mesmo ano apresentou-se no projeto *Fala, poeta*, acompanhado pelo grupo Confraria da Bazófia, em Salvador, Bahia. Publicou também *Signo de Navegação Bahia e Gente* e *Estrela do Norte, Adeus*.

### Produção musical

Ao contrário do que muitos pensam, Capinan não é compositor de uma única música: *Ponteio*. Desde *Ladainha* (1965, em parceria com Gilberto Gil, sua primeira música gravada), até os dias de hoje, compôs centenas de músicas. Muitas delas de grande sucesso, mas que curiosamente as pessoas não as associam a Capinan. Exemplo clássico: *Papel marchê*, letra de Capinan e música de João Bosco, que a gravou e fez grande sucesso. Regravada por outros cantores famosos, muito raramente alguém se refere a esta música apontando Capinan como seu letrista.

Em 1966, *Ladainha* foi gravada no lado B do compacto simples que trazia no lado A *A banda*, de Chico Buarque, vencedora do Festival de Música Popular Brasileira, da TV Record, cujo estrondoso e duradouro sucesso ofuscaria qualquer companhia. Além dessas, compôs outras músicas de sucesso, como por exemplo: *Canção para Maria*, com Paulinho da Viola, gravada e defendida por Jair Rodrigues no II Festival da Música Popular, em 1966; com Edu Lobo compôs, em 1967, *Cirandeiro, Corrida de Jangada e Rosinha*. Naquele mesmo ano, *Água de meninos* e *Viramundo*, com Gilberto Gil. Nos anos seguintes compôs *Clarisse*, com Caetano Veloso; *Soy loco por ti, América* e *Miserere nobis*, com Gilberto Gil; *Gothan City e Pulsares e quasares*, com Jards Macalé.

Na década de 70, *Coração imprudente* e *Orgulho*, com Paulinho da Viola; *Farinha do desprezo, 78 rotações, Meu amor me agarra & geme & treme & chora & mata* e *Movimento dos barcos*, com Jards Macalé; *Come se fosse* e *Última mentira*, com Fagner; *Negro negro, Limite das águas, Repente* e *Considerando*, com Edu Lobo; *Não passo crer, Pitanga* e *Acalanto*, com Mirabô Dantas; *Geme-deira*, com Robertinho de Recife; *Caipira* e o jingle *Verde*

*que te quero verde*, com Alcyvando Luz.

Na década de 80, volta a compor com Paulinho da Viola: *Mais que a lei da gravidade* e *Prisma luminoso*; além de *Luandê*, com Ederaldo Gentil; *Imã dos aís, Papel Marchê* e *Pirata azul*, com João Bosco; *Nega Dina*, com Moraes Moreira; *Baião de nós, La nave vá, Pro Gereba e os onze, Libido* e *Valsa derradeira*, com Gereba; *Janeiro ainda - Possibilidades*, com Gonzaguinha; *Todos queremos* e *Moça bonita*, com Geraldo Azevedo; *Garrafas vazias*, com Sueli Costa; *Santa menina sensual do metrô*, com Gereba e Kapenga; *Um dueto*, com Francis Hime e *Xote dos poetas* com Zé Ramalho. A partir da década de 90, embora com menor intensidade na música, manteve-se em plena atividade cultural, plural como sempre.

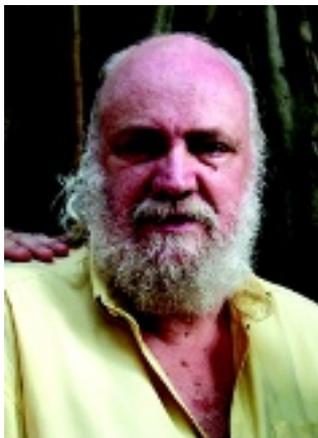


### 5. Aldir Blanc (Aldir Blanc Mendes)

Na apresentação do disco comemorativo aos seus 50 anos, Dorival Caymmi assim o define: "Aldir Blanc é compositor carioca. É poeta da vida, do amor, da cidade. É aquele que sabe como ninguém retratar o fato e o sonho. Traduz a malícia, a graça e a malandragem. Se sabe de ginga, sabe de samba no pé. Estamos falando do Ourives do Palavreado. Estamos falando de poesia verdadeira. Todo mundo é carioca, mas Aldir Blanc é carioca mesmo".

Nasceu no Bairro do Estácio em 2 de setembro de 1946, onde passou a infância antes de mudar-se para a Tijuca. A impressão que se tem é a de que nunca ardeu pé desses dois bairros cariocas. Iniciou suas composições musicais aos 16 anos em parceria com Silvio Silva Junior, com quem viria mais tarde compor um dos seus maiores sucessos: *Amigo é prá essas coisas*. Logo em seguida, em 1963, começou estudar bateria, formando o conjunto Rio Bossa Trio, que posteriormente,

"EMBORA A SUA PRÓPRIA DISCOGRAFIA SEJA PEQUENA, TEM MAIS DE 600 MÚSICAS GRAVADAS POR CENTENAS DE INTÉRPRETES, E DIZ A LENDA, QUE O MESMO NÚMERO, COM DIVERSOS PARCEIROS, PARA SEREM GRAVADAS."



com a entrada de Silvio Silva Junior, passou a se chamar GB4. Nessa época tocava bateria em shows do Teatro Azul.

### Passagem pela Medicina

Meteórica. Ingressou em 1966, especializou-se em Psiquiatria e, em 1973, abandonou a Medicina, dedicando-se total e exclusivamente à música. Ao contrário, sua vida artística é muito intensa, tanto quantitativa quanto qualitativamente. Parece impossível delimitar a sua produção musical.

Participou de vários festivais: em 1968, *A noite, a maré e o amor*, com Sílvio da Silva Júnior, classificada no III Festival Internacional da Canção (TV Globo). Em 1969, três músicas no II Festival Universitário da Música Popular Brasileira: *De esquina em esquina*, com César Costa Filho, interpretada por Clara Nunes; *Nada sei de eterno*, com Silvio da Silva Junior, defendida por Taiguara; e *Mirante*, com César Costa Filho, interpretada por Maria Creuza; em 1970, *Diva*, com César Costa

Filho, classificada no V Festival Internacional da Canção, e o grande sucesso *Amigo é pra essas coisas*, com Silvio da Silva Júnior, interpretado pelo grupo MPB-4, com o qual participou do III Festival Universitário de Música Popular

Brasileira. Ainda em 1970, conheceu João Bosco, com quem iniciou uma das mais importantes e produtivas parcerias da música popular brasileira. Nessa mesma época formou, com os poetas Ivan Wrigg e Luiz Alfredo

Mileco, o grupo Adversos e, paralelamente, integrou o MAU (Movimento Artístico Universitário), juntamente com César Costa Filho, Sidney Mattos, Ivan Lins, Paulo Emilio, Silvio da Silva Junior, Gonzaguinha e o poeta Marco Aurélio. Esse grupo promoveu vários shows e encontros, marcando época na MPB.

Importante relacionar algumas de suas centenas de músicas: em 1971, *Ela*, com César Costa Filho, gravada por Elis Regina, e título ao seu disco; em 1972, *Agnus sei*, com João Bosco, lançada pelo "O Pasquim" na série *Disco de bolso*, alcançando grande sucesso, mesmo tendo no lado A *Águas de março*, de Tom Jobim; *Bala com bala*, com João Bosco; *Velho amor*, com César Costa Filho; em 1973, *Cabaré e Comadre*, com João Bosco, e *Caçador de esmeralda*, com João Bosco e Cláudio Tolomei; em 1974, *O mestre-sala dos mares, Dois pra lá, dois pra cá e Caça à raposa*, com João Bosco. Nesse mesmo ano participou da fundação da SOMBRAS, sociedade responsável pela defesa de direitos autorais, e também fomentadora de encontros musicais, promovendo shows e espetáculos em vários locais. Em 1975, *Latin lover, De frente pro crime, Kid Cavaquinho e Doces olheiras*, com João Bosco; em 1976, *De partida e O ronco da cuíca*, com João Bosco; em 1977, *Um por todos, Jardins de infância e O cavaleiro e os moinhos, e Visconde de Sabugosa*, com João Bosco. 1978, *Transversal do tempo, O rancho da goiabada, Mãos e Me dá a penúltima*, com João Bosco.

No ano seguinte fundou, junto com Maurício Tapajós e outros compositores, a SACI (Sociedade de Artistas e Compositores Independentes). Ainda em 1979, Elis Regina registrou, da parceria com João Bosco: *Violeta de Belford Roxo, Ou bola ou búlca e Bodas de prata*, no disco "Elis especial"; e no disco "Elis, essa mulher" foi gravado um dos maiores sucessos da dupla e da própria cantora: *O bêbado e o equilibrista*, além de *Beguine*

"CARIOCA EXEMPLAR EM AÇÃO E COMPORTAMENTO É FRE-QUENTADOR ASSÍDUO DOS BLOCOS CARNAVALESCOS SIMPATIA É QUASE AMOR (NOME DE SUA AUTORIA) E NEM MUDA NEM SAI DE CIMA."

(\*) Aldir Blanc e Maurício Tapajós (1984) *Saci LP*; Rio, ruas e risos (1984) *Saci LP*; Aldir Blanc-50 Anos (1996) *Selo Alma CD*; Vida noturna (2005) *Lua Music CD*; Participações: Márcio Proença (1981) *Independente LP*; Casquinha (2000) *Lua Discos CD*; Songbook João Bosco (2002) *Lumiar Discos CD*.

*dodói* (com João Bosco e Cláudio Tolomei) e *Altos e baixos* (com Sueli Costa). Nesse mesmo ano compôs ainda *Cantos* e *A última diligência*, com Lourenço Baeta, que as registrou em seu LP.

Com Maurício Tapajós, Nei Lopes, Marcus Vinicius e Paulo César Pinheiro, entre outros, participou da fundação, no início da década de 1980, da AMAR (Associação dos Músicos, Arranjadores e Regentes). Década marcada por um grande número de novas canções. Com Djevan compôs *Aquele um*, *Êxtase* e *Tem boi na linha*, esta última também com Paulo Emílio. *Fêmea de Atlântida*, com Márcio Proença. *Nação*, com João Bosco e Paulo Emílio, grande sucesso na voz de Clara Nunes. Década também de regravações por vários intérpretes: Maria Alcina (*Kid Cavaquinho*), Ângela Maria (*Miss suéter*), Elis Regina (*O cavaleiro e os moinhos, Dois pra lá, dois pra cá, Gol anulado e Transversal do tempo*), Cláudia (*Bala com bala*), Clementina de Jesus (*Incompatibilidade de gênios*) e Solange Kafuri (*Trilha sonora*), entre outros. Década também marcada pelo fim da sua parceria com João Bosco, passando a compor intensamente com outros artistas da MPB, sendo Guinga sua parceria mais fecunda. Embora a sua própria discografia seja pequena, tem mais de 600 músicas gravadas por centenas de intérpretes, e diz a lenda, que o mesmo número, com diversos parceiros, para serem gravadas.

Publicou vários livros, entre os quais *Rua dos Artistas e Arredores* (Ed. Codecri, 1979); *Brasil passado a sujo* (Ed. Geração, 1993); *Porta de tinturaria, Vila Isabel - Inventário de infância* (Ed. Relume-Dumará, 1996), e *Um cara bacana na 19.<sup>a</sup>* (Ed. Record, 1996), com crônicas, contos e desenhos. Escreveu crônicas para os jornais O Dia (RJ) e O Estado de S.Paulo.

Em 2006, publicou o livro *Rua dos Artistas e transversais* (Editora Agir), que reúne seus livros de crônicas *Rua dos Artistas e arredores* (1978) e *Porta de tinturaria* (1981), além de 14 crônicas escritas para a revista Bundas e para o Jornal do Brasil.

Carioca exemplar em ação e comportamento é fre-

qüentador assíduo dos blocos carnavalescos "Simpatia é Quase Amor" (nome de sua autoria) e "Nem Muda Nem Sai de Cima", além de frequentar esporadicamente os bares cariocas Bip-Bip, Bar da Maria, Boteco do Edu e Estephano's. Torcedor fanático do Vasco da Gama, o que não deixa dúvidas nas suas crônicas. Para concluir:

"Aldir Blanc é uma glória das letras cariocas.

Bom de se ler e de se ouvir,  
bom de se esbaldar de rir,  
bom de se Aldir".

**Chico Buarque, no livro *Um cara bacana na 19.<sup>a</sup>***

**Dr. Paulo Roberto Donadio (PR).**

#### Referências:

1. <http://www.dicionariompb.com.br>
2. <http://revista.cremespe.org.br/03/somepe1.php>
3. *Nova história da Música Popular Brasileira – Abril Cultural, 1977.*
4. *Albin, Ricardo Carvo, Dicionário Houaiss ilustrado "da" música popular brasileira; Rio de Janeiro: Paracatu, 2006.*
5. *Discografias dos compositores.*

## PALAVRAS DO TOSTÃO

"Tive a mesma experiência na medicina. Quando me formei, pensava que sabia tudo sobre as doenças e os doentes. Com o tempo depois de passar noites e dias estudando e trabalhando e de me tornar professor da Faculdade de Ciências Médicas, percebi que sabia pouco ou quase nada".

"Como sou um jovem de 61 anos, espero um dia encontrar tal equilíbrio entre achar que sei tudo e que não sei nada". Ou esse equilíbrio seria deixar de questionar, de aprender e de se apaixonar? Perderia a graça."

**FSP 17/02/08, com um abraço ao Dr. João Felipe Bueno (PR).**

# A família

## **Afirmar que a família é uma das instituições mais caras em qualquer sistema social pode**

parecer obviedade. Na realidade, algumas considerações extraídas dessa assertiva, revelam-se significativamente interessantes. O saudoso Papa Paulo VI, em sua Encíclica, *Populorum Progressio*, com reconhecida sabedoria e intensa dose de razão já afirmava que "o homem só é homem quando integrado no seu meio social, onde a família desempenha um papel de primeira ordem". Com efeito, a tempera de uma personalidade, forjada no ambiente familiar, prepara o homem para as vicissitudes do ambiente social, propiciando a sua integração e valorização, nas três dimensões de que nos fala Canotilho.<sup>1</sup> A emanação do Santo Padre, acatada e ampliada por outro não menos prestigiado Chefe da Igreja - João XXIII -, rende ensejo à seguinte transcrição de trecho da Encíclica *Pacem in Terris*:

A família, baseada no matrimônio livremente contraído, unitário e indissolúvel, há de ser considerada como o núcleo fundamental e natural da sociedade humana. Merece, pois, especiais medidas, tanto de natureza econômica e social, como cultural e moral, que contribuam para consolidá-la e ampará-la no desempenho de sua função". (grifos nossos)

Todas as demais religiões não submetidas ao Vatica-

no, reiteram, uníssonas, a importância da família e o seu relevante papel social.

A Constituição Federal vigente, assim como já prescreviam as Cartas que a antecederam, mostrando-se atenta às lições de cunho sócio-religioso trazidas à colação, em seu artigo 226, "*caput*", estatui de forma altaneira que "*a família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado*". Mais adiante ao cuidar da criança e do adolescente, a Carta Magna dispõe ser dever da família, da sociedade e sobretudo do Estado, assegurar, entre outras exigências, "*a convivência familiar*" (art. 227). A preocupação do constituinte com a família, elevando-a à dignidade constitucional, ostenta fundadas razões.

Não constitui demasia o cuidado dispensado por instituições oficiais e religiosas com a sadia manutenção do ambiente familiar. A explicação para tanta atenção é de singela explicação: a família realmente é a célula mater da sociedade, apresentando-se, por vezes, como uma edição miniaturizada do Estado.

Com efeito, nas famílias numerosas, o mais descompromissado olhar haveria de revelar a presença de um minúsculo Estado em efervescência. A adoção de um sistema de governo (Presidencialista ou Parlamentarista, às vezes até Monárquico); presença de poderes (Executivo, Legislativo, Judiciário e às vezes até o Moderador); Partidos Políticos, nestes incluídos os respectivos líderes; atuação do poder econômico; a presença da elite e do proletariado, todos esses ingredientes, integrando o ambiente familiar, marcam a idéia de um Estado miniaturizado.

<sup>1</sup>. *As dimensões são: o homem como pessoa, como cidadão e como trabalhador. Nesse sentido, a lição de José Joaquim Gomes CANOTILHO sobre esta "tríade mágica" na Constituição Portuguesa de 1976, podendo ser aplicada também no direito brasileiro. CANOTILHO, José Joaquim Gomes. Direito Constitucional. 6ª ed. Coimbra: Almedina, 1995. p. 347.*

Existem ambientes familiares, onde o pai ou a mãe, assumindo a figura monárquica absoluta, desempenham um papel totalitário, legislando, administrando e julgando. Em outras situações, a estrutura assemelha-se a um regime presidencialista, em que, inobstante a presença de outras fontes de poder, resta clara a presença de uma Chefia Executiva. No regime parlamentar, pai e mãe se alternam no papel de Chefe de Estado ou de Primeiro Ministro.

Os poderes do Estado também aparecem na composição familiar, revelando vocações natas ao ofício de julgar. Na estruturação legislativa, as normas aparecem oriundas de composição entre as forças presentes na organização familiar, também fazendo exsurgir legisladores vocacionados. Não é demais concluir, então, que

o âmbito da família é o que verdadeiramente prepara o cidadão para a vida em todos os seus segmentos.

Seja como for, a família continua desempenhando um papel primordial para o sucesso de qualquer sociedade organizada. A partir do casamento ou da união estável bem estruturados, os integrantes de uma família unida, sentem-se fortalecidos para enfrentar as vicissitudes da vida, sabedores, de antemão, que nas horas de maior aflição sempre encontrarão um ancoradouro seguro no seio familiar.

**Romeu Felipe Bacellar Filho (PR).**

"SEJA COMO FOR, A FAMÍLIA CONTINUA DESEMPENHANDO UM PAPEL PRIMORDIAL PARA O SUCESSO DE QUALQUER SOCIEDADE ORGANIZADA."

## Jaculatórias

- Médico deve ser um conservador por fora e um libertário por dentro. Disciplina exterior e liberdade interior.

- Quando não sabemos o que fazer apelamos para um tratamento multidisciplinar. Que vira uma colcha de retalhos; a não ser que haja um coordenador com entendimento global dos propósitos e que sinalize claramente um caminho em comum.

- Médico tem que ser humilde ante a crença de seus pacientes. Catequisador apenas das provas científicas. Quando alguém muda e alcança outros estádios evolutivos intelectuais, só o faz por conta própria. Por isso, só alimenta seus pacientes com evidências.

- Quero convencer mas estando sempre aberto a ser convencido. Isto é primado intelectual. Sem abrir mão dos conflitos induzidos por provas.

- Favorecer mais o conhecimento em detrimento de sua opinião pessoal deveria ser profissão de fé de todo médico. Exceção, quando há lacuna na literatura científica.

- Na medicina não se pode saber tudo; atenha-se ao

que lhe é importante, e tenha humildade intelectual sobre o muito que desconhece.

- Amor aos livros e ao clube de preferência é para sempre. Não há divórcio. É indissolúvel. Ao contrário do que falou aquela personagem lamentável do Big Brother oito.

- Como ao poeta não interessa descrever emoções, e sim criá-las; ao terapeuta não basta atenuar emoções, mas ajudar a elaborá-las.

- Médico tem que ser curioso com tudo sem se espantar com nada. É a fórmula para atendimento concomitante de doença e doente.

- Você quer, de fato, ser livre? Dê invenção às suas necessidades e possibilidades. E não lamente ter que escolher.

- Quem está fora de controle está apaixonado ou tem doença mental.

- Não se aprende Medicina, se aprende a medicinar; atitude que envolve a vida inteira na experiência do cotidiano e no estudo.

# Por que nos mutilamos?

**"Uma maturidade tranqüila e uma velhice elegante são mil vezes preferíveis à caricatura em que nos tornamos na busca da juventude eterna."**

Numa página de revista, deparo com um espetáculo deprimente: uma milionária americana de 62 anos entra num restaurante expondo a fotógrafos e freqüentadores um rosto tão desfigurado por plásticas, preenchimentos e outros processos que não era só feio e disforme, mas assustador. Nada mais ali combinava, as sobrancelhas em alturas diferentes, os olhos artificialmente enviesados estavam desemparelhados e o nariz sumia num rosto de lua cheia, fruto de inadequados esticamentos e exageradas invasões.

"NÃO É A JUVENTUDE QUE INTERESSA, MAS A FELICIDADE E A ALEGRIA. OLHAR-SE NO ESPELHO E PODER DIZER: BEM, ESTA SOU EU, AQUI ESTÁ A MINHA HISTÓRIA, O QUE FOR EXCESSIVO VOU CORRIGIR, MAS NÃO QUERO SER UMA ADOLESCENTE ETERNA, A NÃO SER QUE MINHA ALMA PERMANEÇA INFANTILÓIDE."

feições de que eu me lembrava tão bem. Os lábios estavam enormes, com algo de genital, os olhos pareciam pequenos demais, e seu nariz adunco, em lugar de ter sido corrigido para um pouco menos adunco – embora

nunca tivesse sido feio –, era uma pobre batatinha perdida numa paisagem hirta e inexpressiva.

Sei que no folclore a meu respeito consta entre outras coisas que sou "contra cirurgia plástica". Nada mais incorreto e tolo. Eu mesma, viúva pela primeira vez aos 49 anos, de maneira súbita e brutal, aos 51 tinha o rosto tão devastado pelo abalo que um amigo, excelente cirurgião, fez um *lifting* discretíssimo e pequeno, que não me rejuvenesceu – nem eu queria –, mas talvez tenha tirado um pouco do ar cansado e triste demais.

Portanto, sou a favor de recursos, não para enganar o tempo, o que em geral acaba em resultados desfavoráveis e patéticos, pedindo sempre mais e mais intervenções, mas para abrandar, eventualmente corrigir. A fim de que a pessoa, homem ou mulher, se sinta bem na própria pele. Não para que aos 60 a gente pareça ter 30 anos, e aos 80 viva a melancólica ilusão de ter 50.

Não é a juventude que interessa, mas a felicidade e a alegria. Olhar-se no espelho e poder dizer: bem, esta sou eu, aqui está a minha história, o que for excessivo vou corrigir, mas não quero ser uma adolescente eterna, a não ser que minha alma permaneça infantilóide.

Observo uma atriz importante dando entrevista e na contraluz estão evidentes as marcas impiedosas de cirurgias, fios de ouro, ou seja lá o que for, e outras intrusões que aos poucos vão se manifestando. Logo virão novas intervenções para corrigir aquilo, e assim será, talvez, até o fim da vida. A não ser que um amigo, um familiar ou um médico piedoso lhe diga para parar, em lugar de se torturar numa busca irracional fadada ao fracasso. A angústia por manter-se jovem muito além dessa fase pode

levar aos maiores desatinos. Como os modelos que se nos apresentam em nossa cultura superficial indicam que o bom é ter sempre 15 anos, se não tivermos alguma bagagem interior (o que inclui a cultural) para remar contra a correnteza, em breve faremos parte da legião de mutiladas, as quais têm pouco delas mesmas, pelas fanadas expostas em decotes ousados de precários vestidinhos.

Nem todo mundo vai gostar do que escrevo aqui e digo em muitas palestras: dirão que madureza e velhice implicam doença e deterioração. Uma maturidade tranqüila e uma velhice elegante são mil vezes preferíveis à carica-

tura em que nos tornamos na busca do paraíso perdido, que é também uma ilusão. Pois a juventude nunca foi a melhor época da vida nem a única época interessante, embora possa cintilar e ferver mais. A cada fase da vida seu próprio encanto e, claro, suas próprias dores. Então, quem sabe a gente – homens e mulheres – procure gostar de si um pouco mais, trocando a fatal tentativa de negar o tempo por saúde, equilíbrio, beleza real e alegria, que fazem um bocado de falta neste mundo nosso.

**Lya Luft**

*(Escritora, Ponto de Vista, Veja n.º 2050)*

# látrica poética: texto e poesia

## D'ALÉM-MAR

*Estimada Helena,*

Sei que estás cansada e há motivos. Mas sempre que o mundo desaba sobre nós, é necessário resistir, ter concomitante serenidade para ver o estrago, sem minimizá-lo, e se perguntar: o que posso ganhar com isso?

Por mais duro e doloroso, sempre há a possibilidade de ganhos nas catástrofes pessoais. Melhor não tê-las, claro. Se existentes, sei que podemos extrair grande experiência dessa vivência. É o que fizeram Viktor E. Frankl, Bruno Bettelheim, ou o Cesare Pavese de *O Ofício de Viver*. Dilacerados, derrotados, mas sobreviventes no que há de mais humano, o amor pela própria humanidade. É esse sentimento que purgas de ti.

O que me dá a certeza de tua força? Os poemas que enviastes ao editor. Denotam a tentativa de elaboração de teu cansaço. E os publico, para reflexão de nossos leitores cansados, mas não saciados de veredas para superação. Não te fragmentes. Inteirar é preciso.

## CANSAÇO

Estou cansado, é claro,  
Porque, a certa altura, a gente tem que estar cansado.  
De que estou cansado, não sei:  
De nada me serviria sabê-lo,  
Pois o cansaço fica na mesma.  
A ferida dói como dói  
E não em função da causa que a produziu.  
Sim, estou cansado,  
E um pouco sorridente  
De o cansaço ser só isto –  
Uma vontade de sono no corpo,  
Um desejo de não pensar na alma,  
E por cima de tudo uma transparência lúcida  
Do entendimento retrospectivo...  
E a luxúria única de não ter já esperanças?  
Sou inteligente: eis tudo.  
Tenho visto muito e entendido muito o que tenho visto,  
E há um certo prazer até no cansaço que isto nos dá,  
Que afinal a cabeça sempre serve para qualquer coisa.  
**Álvaro de Campos.**

# Dicas da Vani: para regentes de cozinha

- Para o arroz ficar mais soltinho, coloque algumas gotas de limão na água em que estiver cozinhando.
  - Ao derreter chocolate para fazer caldas ou glacês, acrescente uma bolinha de manteiga. Assim a massa não grudará na panela.
  - Quando tiver que ralar chocolate em barra, deixe-o ao menos duas horas na geladeira, para facilitar o trabalho.
  - Na falta de creme de leite para completar uma receita, substitua-o por iogurte natural; para pratos doces coloque um pouco de açúcar.
  - As passas não descerão ao fundo dos bolos ou pudins se você passá-las antes em farinha de trigo, ou colocá-las de molho em vinho.
  - Tire o cheiro de alho das mãos esfregando um pouco de açúcar.
  - Depois de uma lata aberta, o conteúdo que nela sobrou deverá ser guardado num recipiente de louça, vidro ou plástico, na geladeira.
  - Para conservar natural a cor dos brócolis acrescente açúcar na água do cozimento.
- Quando for bater claras em neve, coloque antes uma colher de água para cada três claras. Elas crescerão o dobro e o bolo ficará mais fofo.
  - Experimente passar maionese nos peitos de frango antes da farinha de rosca, ao fazê-lo à milanesa. Ficam mais crocantes.
  - Se você colocou um pouco de sal a mais no feijão, corte rodela de batatas e ferva junto com o mesmo. A batata vai absorver o sal.
  - Para o bife à milanesa ficar com aquela casquinha crocante, você deve passá-lo primeiro na farinha de trigo, depois nos ovos batidos e por fim na farinha de rosca.
  - Para calcular a quantidade de feijão cru por pessoa, você deve medir uma xícara de feijão por pessoa.
  - Para deixar a couve-flor branquinha, coloque um pouco de leite na água do cozimento.
  - Para tirar o odor de fritura que fica pela casa, coloque no fogo uma casca de laranja polvilhada com açúcar
  - Para tirar o odor de fritura e o cheiro de cigarro que fica no ambiente, coloque um copo com vinagre no local.

Vani Fadel (PR).

## DIÁLOGOS (IM)PERTINENTES

### AULA DE ANATOMIA

Primeiro dia de aula na Faculdade de Medicina. O professor inicia a aula-magna:

- Pra ser um bom médico, dois requisitos são de primordial importância: ser um grande observador e não ter nojo.

Levou todos pra sala de necropsia. Tinha um cadáver deitado desnudo. O professor disse:

- Vou fazer um teste com vocês. Façam o que eu fizer.

Em seguida o mestre enfiou um dedo no ânus do mendigo e rapidamente introduziu-o

na boca.

Após um esforço hercúleo, todos os estudantes repetiram o mesmo gesto com uma cara de nojo indisfarçável.

- Ótimo. No quesito nojo, todos aprovados. No quesito observação, ninguém percebeu que introduzi o dedo médio e lambi o dedo indicador...

**Dr. Lauro Sérgio M. Pereira (RJ) e Dr. Ronaldo Cunha Dias (RS) em "Nem todos os Médicos São Deuses," da ed. Revinter.**

# Agüentar é preciso

- Anestesiista é como juiz de futebol: só é notado quando erra... (Laser Mimape, MD.)
- Morte súbita é aquela que ocorre sem ajuda dos médicos... (Millôr Fernandes)
- Os psiquiatras dizem que um terço das pessoas têm problemas mentais. Fique de olho em dois de seus amigos. Se parecerem normais, você precisa de tratamento. (Dr. Emanuel Sá)
- Tudo que é demais tende a aborrecer. Até a saúde a gente deve ter na medida certa. (Stanislaw Ponte Preta)
- Saúde demais é irritante. Até o House toma remédios... (Dr. Emanuel Sá)

- O antidepressivo mais popular entre os artistas brasileiros é o PROJAC. (Ciro Pellicano)



- Classificado de psiquiatra: satisfação garantida ou sua mania de volta. (Dr. Pacht Adams)
- Duvido que haja um prazer maior na vida do que quando se experimenta, pela primeira vez ... um remédio novo. (Laser Mimape, MD.)

## Iátrica: Poty na livraria

**"Não estou doente." Era assim que o amigo Poty Lazzarotto dizia quando eu oferecia chá ou café.**

Sempre de boné, barba por fazer e sorriso nos olhos, parecia-me um italiano recém-chegado no Brasil. Se eu o provocava com algum assunto político, ele já transformava em arte ou viagem. Seu conhecimento permitia ensinar com sabedoria a arte da qual entendia bem. Depois de sua compra de livros, era uma oportunidade levá-lo ao seu local de trabalho (Rua da Paz), e ao nos despedirmos, com sua simplicidade ele me alertava de que: "Não vale a pena ter inimigos, Chain. Vá com mais calma."

Éramos amigos de mesmo bairro e rua (antiga Avenida Capanema), aonde as etnias se reuniam para jogar bola, empinar raia no morro e tomar banho no Rio Ivo, que com toda a merda que tinha, nunca afetou ninguém.

Este era o Poty. Do vagão de salgados de sua mãe e do Morgenau que lembro com saudades.

No último almoço que estive em minha casa, contou a homenagem que fez, quando pintou uma carroça e cavalo com os ocupantes. "Você e seu pai", dizia.

Foi muito importante em minha formação ter o Poty no convívio da amizade e aprendizado.

Aramis Chain (PR).

### PALAVRAS DE MESTRE

"Um homem livre em nada pensa menos do que na morte, e sua sabedoria não é uma meditação sobre a morte, mas sobre a vida."

(Spinoza, Ética)

.....

"Ser capaz de prestar atenção a si mesmo é pré-requisito para ter a capacidade de prestar atenção aos outros; sentir-se bem consigo mesmo é a condição necessária para relacionar-se com os outros."

(Erich Fromm, Ética e Psicanálise)





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO PARANÁ

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

