

Amilcar G. Gigante



**UM
MOMENTO,
DOUTORANDOS!**

CAPA:
Nazareno Gonzaga Ribeiro

APENAS UMA INTRODUÇÃO

Cyro Martins

Acabo de ler os originais do livro “Um momento, doutorandos”, da autoria do professor Amilcar G. Gigante, nome sobejamente conhecido nos meios médicos e universitários, sobretudo do Paraná e do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma obra que dá o que pensar. E quase que não se pode fazer elogio maior a um livro do que este, porque levar o leitor a refletir sobre o que leu é a finalidade precípua de todo livro. Esta obra, composta de várias aulas magníficas, proferidas em momentos diferentes da vida do autor, singulariza-se pela unidade que lhe imprime a orientação de ordem ética, dominante em todas as suas páginas. Numas, de uma forma mais incisiva e declarada, abordando especificamente o tema da ética médica. Noutras, mostra-se menos cortante e enérgico, porém em todas a preocupação central gira em torno do ensino médico, do médico em geral, do jovem e do veterano, da medicina e do seu exercício. Apóia-se, o autor, numa bibliografia rica e pouco manuseada pela classe, porém o forte da obra reside na fecunda elaboração de suas vivências, como professor e como clínico.

Já tenho me ocupado de temas afins. Voltarei a eles, estimulado pela recente leitura. Sem dúvida, os conhecimentos psicanalíticos me ensejam uma perspectiva de compreensão de vivências médicas que frequentemente transpõem os limites do consultório, assumindo características de experiências sociais. Sobretudo no que se refere à chamada medicina de massas, tão proclamada hoje em dia. Não se pode mais tratar da ética médica sem incidir no vasto tema da assistência previdenciária. Na conjuntura atual, os médicos parecem estar buscando uma maneira acomodada de comportar-se, sem, no entanto, sentirem-se cômodos. Na prática médica previdenciária corrente, em muitos de seus setores, o panorama contemporâneo é inquietante, porque, além do mais, afeta a ética. O problema da ética é velho como a medicina, pois nasceu com Hipócrates, porém hoje deverá ser focado dentro do contexto da realidade social dos nossos dias. Vivemos uma era pouco heróica da medicina, na qual a personalidade do médico se apaga progressivamente. A montagem técnica é portentosa, mas o desempenho profissional e a organização assistencial tendem a ser cada vez mais

precários, com as exceções que nunca faltam. Por certo, não foi o progresso técnico que acelerou a crise do médico. De propósito não digo crise da Medicina. Esta, como ciência, atravessa uma fase áurea, arrebatando novos troféus a cada ano que passa. Concomitantemente, o médico, à medida que se proletariza, apequena sua postura de profissional liberal, de cidadão. A maioria das vezes sem se dar conta do que está ocorrendo. Tanto o Estado como os Institutos são padrões de trato difícil. Vejamos em que ponto incide aí a questão da ética.

Se num sentido amplo, a ética é a base filosófica do comportamento humano, no referente à conduta do médico convém assinalar que esta deve ser ética e não moralizadora, e muito menos moralista. Para Aristóteles, as virtudes éticas são as que se desenvolvem no âmbito da vida prática, destinando-se à consecussão de um objetivo, seja a justiça, o valor, a amizade ou, acrescentemos, a saúde. Originando-se diretamente dos costumes ou do hábito, chamam-se também virtudes de hábito ou de tendência. Pouco a pouco, porém, o sentido do ético foi-se identificando com o do moral. E assim chegou-se à época em que a ética se constituiu na filosofia moral, já entre os gregos. Para os estóicos, na ética residia o essencial de toda a filosofia. Perquiria-se um saber moral para dotar o homem de uma filosofia que lhe traçasse a conduta a seguir, aliando a bondade com o verdadeiro. Portanto, contra a agressão e a mentira.

Sobrevoando a concepção cristã e o sistema ético de Kant, basta lembrar que os indivíduos possuem uma concepção ética determinada pelas características de sua formação. Mas centralizemos a atenção em torno da interferência da ética na prática médica corrente, em especial na comunitária. Atualmente, pela dispersão dos modelos de identificação, o jovem deixa a Escola com uma noção muito vaga do código de ética. Na verdade, conduzir-se de acordo com ele não é tarefa fácil, quer para a Escola, para o Professor ou o aluno. Suas dificuldades derivam, em parte, do fato da medicina ser uma ciência que, além de possuir a característica básica das demais, que é o processo constante de evolução, no afã de atingir seu objetivo essencial, abrange áreas de vida cada vez mais amplas e variadas. Progressivamente, interesses sociais e políticos, bem assim como fatores econômicos e demográficos, influem decisivamente para que se efetuem alterações da práxis médica. Mas essas transformações aceleradas não se dão sem prejuízos. São responsáveis pela imagem negativa que hoje se tem do médico nalguns setores da comunidade, sob certos aspectos. Isto acontece quando o exercício profissional se torna uma tarefa mecânica, caindo verticalmente a ética. De fato, é difícil resistir com certa envergadura ao envolvimento dessa

entidade ubíqua, próxima e distante ao mesmo tempo, chamada "Instituto", invulnerável, arbitrária e exigente, e tendo na outra frente as massas de consulentes, que por vezes não fazem muita questão da cura ou sequer da melhora, querem atendimento para obter "encosto", simplesmente, afundadas que estão num nível regressivo considerável.

Penso que esses fatores dão um toque dinâmico na compreensão das normas da medicina de massas dos nossos dias, apresentando novas dimensões no campo da relação médico-paciente. Qual o comportamento do médico, em geral, nessa conjuntura? A direção do "Instituto" - órgão previdenciário, arrecadador e político - tem uma preocupação suprema, a estatística, para fins demagógicos. O associado, por sua vez, muito mais do que assistência, freqüentemente pleiteia apenas benefício. Em tais circunstâncias, o médico é jogado no palco para fazer o papel de peça de ajuste entre a direção tecnocrática e política do "Instituto" e o associado. Idealmente, a direção e os associados deveriam formar um todo homogêneo, porém, devido a distorções burocráticas, econômicas e políticas da instituição, dissociaram-se, adquirindo formas de expressão antagônicas.

O médico, meio aturdido, ora se identifica com o associado, ora com o "Instituto", mais freqüentemente com este, por conveniência, valha a verdade, passando a ver o associado como perseguidor. Para o associado e também para o médico, o "Instituto", descomunal, insensível, com imensos tentáculos que o tornam ameaçador, assume invasivamente feições de mito, perdendo os contornos de sua realidade social.

Como se vê, este terreno se mostra extremamente complexo à medida que a exploração avança em profundidade. A conduta ambivalente do médico ante esses dois senhores, o senhor forte e o senhor fraco, a direção tecnocrática, de feição hostil, do INAMPS, e a massa difusa de associados, acaba criando a insatisfação profissional.

Por outro lado, não há dúvida que o "Instituto", com muitos vícios e algumas vantagens, exprime uma porção substancial da nossa mentalidade como povo e da realidade sócio-econômica brasileira. Negar-lhe todo mérito seria errado. Mas o que pretendi ressaltar primordialmente aqui foi a sua estrutura psicológica. Um esboço apenas.

Lendo meditadamente o livro do Professor Amilcar Gigante, reafirmei meu ponto de vista, por certo impregnado do pensamento psicanalítico, de que a ética médica contemporânea deverá apoiar-se cada vez mais na concepção psicossomática das doenças, que enfoca sempre o paciente como um todo, isto é, como uma pessoa. Não estou invocando, absolutamente, um idealismo alienado, inimigo do progresso tecnológico. Contrariando Rousseau, creio que as artes e ofícios fazem

bem ao homem.

Igualmente creio que um livro como o do Professor Amilcar Gigante é um estímulo para a renovação da mentalidade médica. Nesta altura dos acontecimentos, quase que seria de trocar a palavra "renovação" por "revolução". Que os sábios ensinamentos do mestre, transmitidos com uma veemência convincente, atinjam a mente afoita dos milhares de jovens médicos brasileiros que todos os anos deixam as Faculdades, é o que o bom senso nos faz desejar!

Porto Alegre, 4 de março de 1983

Cyro Martins

Dedicado a todos os Doutorandos de Medicina, o texto presente pretende agradecer

aos Doutorandos de 1961 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná;

aos Doutorandos de 1964 da mesma Faculdade;

aos Doutorandos de 1968, 1970 e 1971 da Faculdade de Medicina de Pelotas (IPESSE);

aos Doutorandos de 1980 e de 1983 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas;

MAS, MUITO ESPECIALMENTE,

AOS DOUTORANDOS DE MARÇO DE 1965 DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.

AOS DOUTORANDOS DE 1969 DA FACULDADE DE MEDICINA DE PELOTAS.

“ANTES DE TUDO, CONSULTAI PROFUNDAMENTE VOSSAS INCLINAÇÕES, VOSSOS PENDORES, VOSSA VERDADEIRA VOCAÇÃO. CORRESPONDE A PRÁTICA DA MEDICINA À APLICAÇÃO DOS SENTIMENTOS QUE EXORNAM VOSSO CARÁTER? POSSUÍS, NO GRÁU NECESSÁRIO, OS ATRIBUTOS EXIGIDOS PARA TÃO ÁRDUA, ABSORVENTE E, SOB O ASPECTO MATERIAL, TÃO INGRATA PROFISSÃO? TENDES SUFICIENTE DESPRENDIMENTO PARA SACRIFICAR VOSSO CONFORTO, E OS DESEJOS DE VIDA FÁCIL E DESPREOCUPADA, EM TROCA DE UMA EXISTÊNCIA ANÔNIMA, TODA ELA DEDICADA AO ESTUDO E À PRÁTICA DO BEM? SOIS BASTANTE FORTES DE ESPÍRITO PARA NÃO INVEJAR O SUCESSO DOS QUE ENRIQUECEM E A CÍNICA FILOSOFIA DOS EGOÍSTAS PARA OS QUAIS NADA IMPORTA FORA DAS SUAS CONVENIÊNCIAS? ESTÁ VOSSO ÂNIMO ENCOURAÇADO CONTRA AS TENTAÇÕES DE UMA CAPITULAÇÃO ANTE O SENTIDO UTILITARISTA DA VIDA MODERNA? AO AUSCULTARDES VOSSAS MAIS FORTES ASPIRAÇÕES, É O DESEJO DE MUITO SABER PARA SER ÚTIL, DE FAZER O BEM POR SER BOM E DE NÃO TRANSIGIR COM A DESONESTIDADE POR SER HONRADO, O QUE MAIS RESSALTA DO VOSSO EXAME?

SE SÃO ESSES OS VOSSOS SENTIMENTOS, ENTÃO REALMENTE É A MEDICINA A VOSSA VOCAÇÃO.”

(HOMERO BRAGA - Um momento calouro
Ed. Laurome Limitada, Curitiba, 1983)

PREFÁCIO

Tenho tido a feliz oportunidade de participar da educação médica. Dessa participação retiro muitas alegrias. E preocupações.

Uma das principais preocupações diz respeito ao pequeno espaço dedicado em nossas escolas a aspectos menos técnicos mas de forma alguma de menor essencialidade com relação às bases e à prática de nossa profissão. Com intenção de motivar o debate sobre tais aspectos elaborei, ao longo dos anos, os textos que se seguem.

Ao reuni-los para a presente publicação verifico que existem algumas repetições. Espero que o leitor as aceite como didaticamente intencionais assim como prova da convicção com que tais idéias vivem em mim.

Estou seguro de que as soluções maiores dos problemas dos médicos e da Medicina de forma alguma podem ser obtidas apenas com o apelo a normas éticas. Mesmo porque vivemos em um mundo não ético. Esse pensamento, entretanto, não pode levar ao absurdo de considerar que se possa imaginar Medicina sem bases éticas. Neste ou em qualquer outro mundo.

SUMÁRIO

1

MEDICINA - PERPLEXIDADES E PERSPECTIVAS (1977)

1.1

INTRODUÇÃO

1.2

O MÉDICO AGENTE TERAPÊUTICO

1.3

O MÉDICO AGENTE PATOGÊNICO

1.4

O MÉDICO AGENTE DA SAÚDE

2

MEDICINA - CIÊNCIA DAS INCERTEZAS (1978)

3

PRIMEIRA AULA (1980)

4

UM MOMENTO, DOUTORANDOS! (1981)

5

O MÉDICO E A ÉTICA (1982)

6

CONSIDERAÇÕES FINAIS (1983)

1

MEDICINA - PERPLEXIDADES E PERSPECTIVAS

Não é mais apenas
quem recebeu um só,
que ganharam cinco e dez
ao invés de trazerem dez e vinte,
aprenderam comodismo,
ou falsa prudência
ou humildade falsa
e foram chegando como partiram
com as mãos vazias.
Não há ainda a prestação de contas,
há apenas o silêncio
e o grito
na tentativa de salvar mais vidas.

INTRODUÇÃO

Quando nos orgulhamos de vivermos em um país desenvolvido, nos detemos para refletir sobre os progressos verificados na ciência médica. Consolidados e aperfeiçoados os meios de diagnóstico. Cresceu e desenvolveu-se a radioterapia. A cirurgia alcança níveis de perfeição e segurança excepcionais.

Em setembro de 1946 o Dr. MAILLER, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, dizia em Atenas:

“...alguns de vocês creem, talvez, que o conceito de melhoramento humano esteja sobrando na Europa, onde a maioria dos países civizados são servidos por médicos muito capazes. Não é verdade. Não conheço nenhuma sociedade que possa sentir-se orgulhosa de seu nível de saúde. A expectativa de vida, depois de alcançar um máximo, volta a diminuir agora. Surgiram antigos problemas, foram surgindo outros novos. Os problemas das doenças transmissíveis, embora não transmissíveis, não são transmissíveis, mas afetam o meio ambiente e continuam a causar problemas. O álcool e o fumo, e os problemas das doenças não transmissíveis, não são transmissíveis, mas afetam o meio ambiente e continuam a causar problemas. O álcool e o fumo, e os problemas das doenças não transmissíveis, não são transmissíveis, mas afetam o meio ambiente e continuam a causar problemas.”

**Já notaste
quem anda enterrando talentos?**

**Não é mais apenas
quem recebeu um só.**

**Os que ganharam cinco e dez
ao invés de trazerem dez e vinte,
aprenderam comodismo,
ou falsa prudência
ou humildade falsa
e estão chegando como partiram
- sem frutos nas mãos.**

Não chames ainda à prestação de contas.

**Aguarda um instante
enquanto saio gritando
na tentativa de acordar meus irmãos.**

Reportando-se às doenças (Dom Helder Câmara, in “O deserto é fértil”)

1.1

INTRODUÇÃO

O século que vivemos enche-nos de orgulho quando nos detemos na apreciação dos progressos verificados na ciência médica. Consolidaram-se e ampliaram-se os meios de diagnóstico. Cresceu e desenvolveu-se a quimioterapia. A cirurgia alcança níveis de perfeição e segurança excepcionais.

Em setembro de 1976 o Dr. MAHLER, Diretor Geral da Organização Mundial de Saúde, dizia em Atenas:

“Alguns de vocês crerão, talvez, que o conceito de melhoramento da saúde esteja de sobra na Europa, onde a maioria dos países contam com serviços médicos muito desenvolvidos. Mas é preciso não confundir a abundância de recursos médicos com a abundância de saúde. Não conheço nenhuma sociedade que possa sentir-se orgulhosa de seu nível de saúde. A expectativa de vida, depois de alcançar um máximo, volta a decrescer agora. À medida que se resolviam antigos problemas, foram surgindo outros novos. Por exemplo, o problema das doenças transmissíveis cedeu seu posto aos das doenças crônicas não transmissíveis, tanto físicas como mentais; a contaminação biológica do meio ambiente deu passagem à contaminação física e química. As drogas, incluindo o álcool e o fumo, e os acidentes de tráfego, matam hoje em dia mais gente do que todas as epidemias juntas nos séculos pretéritos. Por isto, para melhorar a saúde não só é preciso ter em conta os fatores médicos, senão também os de índole política e social que influem em problemas como os citados.”

Em outros trechos de seu importante pronunciamento, reporta-se MAHLER à conclusão da Assembléia Mundial de Saúde de 1971, no sentido de que exames de massa, indiscriminados, não são um instrumento preventivo útil, que com freqüência seus efeitos são contraproducentes, que resultam caros, e que é mais conveniente limitar o reconhecimento sanitário aos grupos muito vulneráveis e aos períodos de vida de maior risco, baseando-se nos conhecimentos epidemiológicos.

Reportando-se às doenças cardiovasculares ressalta a criação de

“técnicas fascinantes para tratar os episódios agudos do que, ao fim de contas, é um processo patológico crônico”. As instalações para o emprego de tais técnicas proliferaram de modo que chegam por vezes a ultrapassar a demanda, porque se converteram em sinal de prestígio institucional. “Não só fizeram conceber falsas esperanças, senão que lograram que a atenção se afastasse da aplicação dos atuais conhecimentos para prevenir e combater as doenças cardiovasculares na comunidade, e têm absorvido dinheiro e pessoal que poderiam ter sido dedicados a programas de luta coletivos. Refiro-me a atividades como o trabalho de induzir as pessoas a que modifiquem seus hábitos de comer e fumar, a que façam mais exercício e a que conheçam os fatores de “stress” para que possam buscar a maneira de evitá-los.”

Com as referências acima - exemplo apenas de muitas outras manifestações semelhantes - pretendo deixar entendido que apesar do orgulho que à primeira vista nos deve causar a ciência médica com seus progressos, muitos são os dilemas com que ainda nos devemos defrontar. Parece que aquele dilema proposto por Bernard Shaw tem crescido e se multiplicado intensamente enquanto obtemos progressos que nos envaidecem.

ALMEIDA MACHADO, traz-nos oportunas considerações. De seu discurso no Dia do Médico, na Academia Nacional de Medicina, em 1976, retiramos alguns trechos principalmente para sugerir a leitura integral.

“No momento em que a primeira máquina substituiu um artesão, a Humanidade deu início a uma nova era sem se dar conta das modificações avassaladoras que estavam pela frente.

Em menos de um século o gênio humano galgou a enorme distância que vai da máquina a vapor à idade da cibernética.

A sociedade, há milênios organizada, contando com o artesão, foi surpreendida pelo vertiginoso progresso científico e tecnológico. E ainda não teve tempo de se reorganizar de acordo com as novas realidades provocadas pelo próprio desenvolvimento.

O homem domina forças cada dia mais consideráveis, dispõe cada dia de mais conforto material, familiariza-se cada dia com novas técnicas, mais e mais aprimoradas. No entanto, as relações entre os homens não melhoraram.

O homem todo-poderoso é menos feliz. O poder gera a ambição, a ambição gera a agressividade, embota a sensibilidade, obscurece a solidariedade.

Dir-se-ia que, deslumbrado com suas realizações materiais, o homem ter-se-ia esquecido de debruçar-se sobre si mesmo, aprimorar a

sí mesmo como vem aprimorando suas máquinas, melhorar seu relacionamento com seus semelhantes.

Os novos níveis de vida exigiram mais poder de compra de bens e serviços. Aumentar o poder de compra passou a ser uma necessidade de todos e um objetivo de vida para muitos. Para alcançá-lo, urgia descobrir novas fontes de riqueza.

Um dia, descobriu-se que a doença poderia ser uma fonte de riqueza.”

E, mais adiante:

“A Medicina viu-se envolvida no contexto da macroeconomia. Aumentou rapidamente o consumo de serviços e bens no campo da saúde. Os governos trataram de oferecer assistência a toda a população. Novos conceitos foram surgindo, e com eles novas estruturas criadas com o louvável intuito de assegurar o direito à recuperação da saúde. A justa e louvável ânsia de ampliar a oferta de serviços assistenciais levou ao descaso pela Saúde Pública. E, como conseqüência, o aumento do consumo não foi acompanhado de uma redução nas taxas de morbidade e mortalidade, como o verificou Levinson e enfatiza Foucault. Sem Saúde Pública, a demanda entrou numa espiral ascendente.

É compreensível o descaso pela Saúde Pública. Afinal, a doença gera riqueza.”

Depois de discutir as conseqüências sobre o trabalho do médico, frisava o então Ministro da Saúde que “como em todas as categorias profissionais, na Medicina também existem os bons e os maus. E se os maus causam escândalo e constituem notícia, é inegável que se destacam por ser exceção.”

Ponderava ALMEIDA MACHADO que “precisamos lembrar-nos e lembrar a nossos concidadãos que as falhas existentes decorrem antes de mais nada de um verdadeiro choque do futuro; uma nova ordem sócio-econômica pela qual os médicos se viram envolvidos, sem que para tal estivessem preparados.”

Muito mais poderia ser dito para deixar bem claro que existe uma crise da Medicina. E que existe uma crise da profissão médica, cujas causas e conseqüências estão de tal forma mescladas que não é fácil, muitas vezes, verificar o que é causa e o que é conseqüência. Não resta dúvida que a crise está em torno de nós. Disse ANTONIO ABUCHAIM, falando a doutorandos seus afilhados, que “... encontrareis uma profissão em crise. Creio que gostaria de poder atribuir tal crise somente a fatores externos à própria Medicina. Crise da qual gostaria de poder dizer que nós, médicos, somos vítimas inocentes.”

“Os avanços das técnicas médicas de diagnóstico e tratamento,

que deveriam trazer a glória e a maturidade à Medicina, contraditoriamente, possibilitaram a desumanização do médico e, em consequência, a desumanização do paciente.”

É interessante destacar como esse Psiquiatra concorda com afirmativas feitas, há muitos anos, pelo cardiologista Ignácio Chávez, ao presidir Congresso Mundial de Cardiologia.

E pressegua, em outro trecho, ABUCHAIM: “Talvez atenuasse tudo o que vos digo, pensar que a crise da Medicina é decorrente de uma Humanidade em crise, corolário de uma crise nem sempre percebida, a crise do próprio Homem, que, submetido a uma dualidade instintiva, vive dentro de si um conflito permanente entre suas tendências construtivas e auto-destrutivas.

Talvez atenuasse, porém se pensarmos que aos médicos cabe, por profissão e vocação, mobilizar as tendências construtivas no combate às auto-destrutivas, cresce ainda mais a nossa responsabilidade. Mobilizar nossas tendências construtivas e salvar uma Medicina enferma talvez seja, no momento, nossa primordial meta, pois a ameaça de descrédito que paira sobre a Medicina se traz prejuízos a nós médicos, certamente prejudicou muito mais a nossos pacientes.”

Concluindo, manifestava aquele paraninfo, com o carinho próprio a tal situação, a “esperança de que hoje estejamos aumentando, com vossa presença:

- o número daqueles médicos que acreditam que o sofrimento humano não consiste tão somente em ossos quebrados e úlceras, mas está sempre associado à frustração, ao desespero, à ansiedade e à culpa;

- o número daqueles que acreditam que o que as pessoas sentem e fazem são fatos tão importantes como os batimentos cardíacos ou os elementos químicos do sangue;

- o número daqueles que acreditam que as técnicas devem estar a serviço do paciente e nunca do médico que as utiliza;

- o número daqueles que acreditam que cada médico deve ser um artesão na arte de tratar com os pacientes;

- o número daqueles médicos que acreditam, enfim, que a Medicina só não é sacerdócio porque servimos a seres humanos, e que a forma como o fazemos confere dignidade ou apróbio.”

Pelas considerações feitas - e por outras que poderiam ser acrescentadas - é que entendemos necessário que nós médicos nos reunamos e pensemos sobre tudo o que se passa em torno de nós. E dentro de nós. Para que possamos identificar as situações que nos deixam perplexos. Estudá-las, e assim procurar perspectivas para o futuro.

1.2

O MÉDICO AGENTE TERAPÊUTICO

Há mais de vinte anos, na Argentina, Florêncio Escardó registrava os brilhantes resultados que um determinado professor costumava obter, no tratamento da enurese, mandando aplicar uma tira de esparadrapo acima do púbis, e comentava as decepções sofridas por muitos discípulos que haviam tentado usar a mesma técnica.

Provavelmente há quase vinte anos, em eventual substituição ao Professor Lysandro Santos Lima, ouvi de uma paciente hospitalizada a afirmativa de que sempre melhorava com o medicamento "x". Afirmativa desconcertante e angustiante porque era exatamente o mesmo medicamento que eu lhe havia prescrito, sem qualquer resultado.

Outra interessante experiência vivi há aproximadamente quinze anos. Atendi em dois dias subseqüentes duas pacientes portadoras de reto-colite ulcerativa. Eu as fiz internar, no mesmo hospital, com a mesma dieta e igual medicação. Em poucos dias via uma delas em franca remissão sintomática ao passo que a outra não apresentava qualquer melhora. Peculiaridades de uma das pacientes - a que não melhorou - tornavam praticamente impossível o estabelecimento de uma efetiva relação médico-paciente.

Passaram-se dez anos desde que tive uma outra experiência - curiosa, ainda que seguramente previsível - com o uso de liozima em pacientes com neoplasias avançadas. Partindo da informação de que essa substância seria capaz de minorar as dores em pacientes com neoplasias malignas, e por uma série de razões que não vêm ao caso lembrar, iniciamos um ensaio clínico. Um acadêmico, instruído para a função específica, visitava tais pacientes várias vezes por dia e lhes aplicava injeções do medicamento por via intra-venosa. Controlava-lhes, a seguir, os sinais vitais, bem como tratava de verificar os resultados. Uma das pacientes, de enfermaria gratuita, com carcinomatose generalizada a partir de um tumor de mama, teve extraordinário alívio de suas dores, melhorou o apetite, chegando mesmo a recuperar algum peso. Apesar de todas suas metástases ósseas e hepáticas, Certamente ninguém se surpreenderá com a informação de que, em prazo curto,

descobrimos que a água destilada era capaz de produzir os mesmos efeitos, bem como verificamos que o uso da droga em estudo deixava de dar resultados brilhantes quando passava a ser simplesmente aplicada pelo pessoal de enfermagem, suprimida a visita e os subseqüentes cuidados do acadêmico.

Passaram-se poucos meses desde que um paciente, com queixas numerosas, variadas e incompreensíveis sob qualquer rubrica de patologia orgânica, melhorou espetacularmente após uma intervenção cirúrgica que se fez necessária ao estrangular-se uma hérnia até então assintomática.

Mais um exemplo pensamos que cabe recordar. O professor Hélio de Souza Luz, em revisão sobre dietas em gastroenterologia, teve a feliz idéia de representar esquematicamente o duplo valor de qualquer dieta - o valor substancial e o valor circunstancial. Somente com essa colocação podemos nós, os mais idosos, entender como, ao correr dos tempos, houvéssemos podido obter resultados tão satisfatórios com tão contraditórias condutas...

Esses exemplos, retirados de minha memória e de minha experiência, apenas servem para introduzir-nos ao assunto. Tudo o que se pretende recordar é o que, tão clara e objetivamente, foi sintetizado por BALINT, isto é, a conclusão dos Seminários da Clínica Tavistock - destinados ao estudo das implicações psicológicas da prática geral - no sentido de que, a droga mais freqüentemente utilizada, era o próprio médico. Ou, por outras palavras, a constatação de que não só importavam o frasco de medicamentos ou a caixa de pílulas, senão que o modo como o médico os oferecia ao paciente.

Outra importante descoberta é assinalada pelos autores ingleses - a inexistência de qualquer estudo farmacológico a respeito da droga "médico", de tão freqüente uso. Não existem, assim, indicações adequadas sobre dose, freqüência de utilização, níveis de manutenção. Mais inquietante ainda, dizem os autores citados, é a falta de estudo sobre os riscos inerentes a tal recurso terapêutico.

Tudo indica, então, a conveniência de que nos preparemos para melhor conhecer e, conseqüentemente, melhor utilizar, essa extraordinária droga. Outra aplicação terá ainda seu melhor conhecimento - esta no sentido de saber apreciar com mais propriedade os resultados eventuais que pessoalmente obtemos ou de outros que cheguem a nosso conhecimento.

O princípio ativo em questão - a droga médico - tem como todos os princípios ativos, necessidade de um veículo. Provavelmente, também a tem de corretivos. O veículo mais comum acreditamos que seja o

placebo. Embora o médico seja o princípio ativo é bastante provável que esse, freqüentemente, se valorize ou potencialize pelo placebo.

Na verdade o placebo não é uma novidade em Medicina. Relativa novidade, porém, é sua melhor apreciação, bem como as tentativas no sentido de sua compreensão.

A palavra placebo tem origem em expressão latina, e significa, fundamentalmente, algo que serve para agradar. Em uma tentativa de definição, diz SPAIN que "placebo é uma medicação ou procedimento administrado por motivos independentes a qualquer propriedade específica, ou medicamentosa, que, eventualmente, possua".

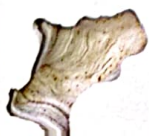
MODELL, que se refere ao placebo como medicamento que tem a ubiquidade como característica, destaca as duas possibilidades de seu emprego - em experimentação e em tratamento. O primeiro uso deve sua sistematização principalmente a GOLD, com o método duplo-cego.

O uso em tratamento cabe, para o mesmo MODELL, para aqueles pacientes que têm reações negativas se não recebem uma prescrição de medicamento, ou enquanto se aguardam elementos que permitam um tratamento definitivo.

É preciso recordar que, em tais condições, o placebo é tratamento real. "Placebo é um forte medicamento", diz textualmente MODELL.

Quanto ao valor terapêutico do placebo já não existem dúvidas. São abundantes, na literatura médica, os bons resultados obtidos em situações tão variadas como cefaléia recidivante, dor pós-operatória, infecções respiratórias altas, asma brônquica, diarreia aguda, úlcera péptica, colopatias, angina pectoris e carcinomatose. Em uma revisão de BEECHER sobre quinze estudos bem controlados, de seu próprio grupo e de outros investigadores, com um total de 1082 casos, foram encontradas respostas atisfatórias em 35,2 (\pm 2,2) % dos casos. E os casos compreendiam dor intensa de ferida operatória, tosse, reações a medicamentos, angina e vertigem. Pessoalmente conheço pelo menos um paciente que conseguiu obter carteira nacional de habilitação, após três tentativas mal sucedidas, quando se sentiu calmo sob o efeito "tranquilizante" de uma drágea expectorante...

O mesmo BEECHER reuniu 35 efeitos tóxicos diversos, atribuíveis ao placebo, incluindo-se náuseas, cefaléia, sonolência, alterações da produção de saliva, alterações do gosto, sensação de opressão, fadiga, dificuldade de concentração. Alguns desses efeitos chegaram a ocorrer em 50% dos pacientes. São citadas observações, em estudo sobre o tratamento do resfriado comum, em que placebos provocaram náuseas, lipotímias, diarreia, cefaléia, secura da boca, cólicas intestinais,



constipação.

Em quarenta e nove indivíduos "normais", aos quais foi administrado um placebo em doses gradativamente maiores, vinte apresentaram efeitos secundários, sendo em dez deles com características de depressão do sistema nervoso central, enquanto três outros apresentaram manifestações de excitação; oito manifestaram distúrbios gastrointestinais.

Um caso com "típica" dermatite medicamentosa foi descrito por WOLF e PINSKY. Um placebo usado numa avaliação de estreptomicina provocou manifestações "típicas" de toxicidade em 61% dos pacientes, incluindo-se entre tais manifestações a ocorrência de moderada surdez, eosinofilia e modificações da função renal.

As características do efeito placebo não se distinguem de maneira absoluta, qualitativa nem quantitativamente, daquelas dos fármacos propriamente ditos. Seria extremamente imprudente, esta é a opinião de todos os autores que têm estudado o assunto, concluir ser psicogênica qualquer manifestação melhorada por um placebo. Como igualmente a ausência de resposta desse tipo não indica necessariamente um processo de natureza orgânica, parece desnecessário ressaltar quantas dificuldades resultam daí na avaliação do efeito de todas as drogas. Talvez as mais nítidas diferenciações estejam na consistência e reprodutibilidade dos fatos observados com ações definitivamente farmacológicas, bem como, pela impossibilidade do efeito placebo sem a participação da consciência do paciente.

A frequência e a intensidade das respostas aos placebos decorrem de vários fatores. Têm sido bem estudadas influências da forma, tamanho, sabor, modo de administração, sendo que esta última certamente explica o lamentável sucesso de numerosas injeções inúteis. Outros fatores que devem ser considerados são concernentes ao próprio paciente, com suas características de constituição, atitude e personalidade.

Ainda se discute se existe efetivamente, - e como se poderia caracterizá-lo - o indivíduo especialmente sensível aos placebos. Convém frisar, de passagem, que não só por utilizar o método duplo-cego um ensaio terapêutico tem necessariamente significação. Como diz MODELL é preciso ter cuidado para que não seja apenas um cego guiando outro cego...

Não tenho intenção, nem me considero preparado, para um aprofundado estudo do placebo. Mas entendi indispensável repisar alguns pontos, para que bem realçada ficasse a importância que devemos dispensar ao assunto.

Penso que estamos todos de acordo em que o placebo pode ser, e freqüentemente o é, um recurso útil. Igualmente espero que estejamos

de acordo quanto à licitude de seu emprego. Entretanto, para o método terapêutico que hoje consideramos, como para todos os outros, é necessário ter e obedecer regras que levem aos melhores resultados possíveis. As seguintes são relacionadas como algumas das mais importantes:

- 1 - Jamais esquecer o tipo de "fármaco" em uso.
- 2 - Evitar placebos "impuros", ou ter cautela em julgar a ação dos "impuros". Relembre-se, de passagem, que o uso de placebos puros não parece ser uma desonestidade. Mas, como assinala MODELL, não seria fácil enfrentar a descoberta de tal fato pelo paciente.
- 3 - Ponderar adequadamente as vantagens e riscos dos placebos em função da situação de cada paciente.
- 4 - Usar o placebo como COMPLEMENTO, como parte integrante, jamais como SUBSTITUTO do trabalho médico.

O trabalho médico só será completo se forem utilizadas todas as potencialidades terapêuticas da relação médico-paciente. Desde o momento e a forma como se interroga, ou como se realiza o exame físico, é sabido que o tratamento está em marcha. Já ouvimos, numerosas vezes, a informação do paciente, em segunda consulta, de que melhorou... mesmo antes de deixar o consultório ou adquirir eventuais medicamentos prescritos.

Recordo, a propósito, um caso que se poderia chamar de banal e especial ao mesmo tempo. Há alguns anos recebi, com alguma pena e quase sentimento de culpa, o pagamento de uma consulta. Tratava-se de uma jovem comerciária, remunerada com salário mínimo. Procurou-me após peregrinar por vários atendimentos, carregando todas as queixas que haviam motivado a peregrinação adicionadas agora de novas ansiedades e variadas prescrições. Após ouvir e examinar a paciente procurei restituir-lhe a confiança em suas condições físicas e a mediquei com um simples e barato tranquilizante menor. Digo que me sentia um pouco culpado porque pensava estar recebendo o fruto de vários dias de seu trabalho. Embora eu lhe procurasse vender o melhor possível do meu esforço, a situação não me parecia justa. Assim como também eu duvidava dos resultados finais. Oito anos depois voltei a atender a mesma paciente. Agora casada e em tranquila situação do ponto de vista emocional e financeiro, obviamente vinha por um processo de bem definidas características orgânicas. E me contava não ter tido necessidade de qualquer consulta em todos os anos decorridos, bem como, não ter utilizado medicamentos a não ser por alguns dias. Oito anos depois descobri que minha consulta havia sido extremamente barata.

É provável que a esta altura ocorra o pensamento de que isto de

ouvir, examinar, e conversar, são coisas que exigem tempo e são incompatíveis com a Medicina, que em regra devemos praticar. Este assunto voltará a ser considerado, mas cabe desde logo alguma discussão. É preciso lembrar o exemplo da Clínica Tavistock. Lá, apenas pelo entrosamento entre médicos gerais e psiquiatras, foram realizadas notáveis experiências relatadas nos livros de MICHAEL e ENID BALINT. Não me deterei em detalhes de tais experiências, nem mesmo quero destacar quantos pacientes foram beneficiados. Procurando assumir uma atitude tão egoísta quanto as que freqüentemente os seres humanos costumam adotar, apenas destacarei que a maioria dos médicos passou a sentir-se muito melhor ao conseguir, finalmente, encontrar satisfação profissional no trabalho rotineiro.

Também no Brasil temos experiências dignas de menção. E se lermos DANILO PERESTRELO poderemos tomar contacto com uma que é seguramente das mais importantes.

Mas, para que não se oponham àqueles que não vêm com bons olhos os psiquiatras e os psicanalistas, e que, conseqüentemente, não gostam que se comecem a misturar seus conceitos e conselhos com a nossa Medicina do microscópio e do tubo de ensaio, vamos recordar que, desde Hipócrates até hoje, passando por todos os grandes vultos da Medicina, foi sempre uma constante a preocupação de encarar o paciente como um todo. Falando uns em medicina holística, outros em medicina psicossomática, jamais alguns dos grandes mestres da Medicina conseguiu conceber o ser humano como um conjunto de órgãos. Também aqui é possível que surja uma objeção, a de que qualquer tentativa de atentar a esses aspectos seria um retrocesso, posto que incompatível com a especialização que é a alavanca da Medicina moderna.

Em primeiro lugar vamos deixar claro que não é admissível ser contra a especialização. É necessário combater, isto sim, o especialismo. É muito pouco dizer a um paciente, após numerosos exames - desconfortáveis, onerosos, e por vezes perigosos - "o senhor não tem nada, dentro da minha especialidade". Afinal de contas o médico é um profissional comprometido a consagrar sua vida ao serviço da Humanidade. Assim está expresso na Declaração de Genebra. É impossível portanto, continuar sendo médico e julgar-se apenas obrigado a cuidar do bem estar de um fígado, de um coração ou de qualquer outro órgão ou sistema. De mais a mais, convenhamos, se todos os pacientes com problemas emocionais realmente estivessem necessitados de psiquiatras, e dispostos a procurá-los, não seria possível dispor de um contingente satisfatório de tais especialistas. Recordemos que a Organização Mundial de Saúde estima em cerca de 50% os pacientes que consultam a

qualquer médico, e que ficariam compreendidos entre os chamados "funcionais". Ao me preparar para um, até certo ponto melancólico, quarto de século de profissão, eu entendo cada vez melhor o que muitas vezes citei - a afirmativa de POTTENGER que, após vinte anos como especialista, declarava-se convencido da inviabilidade da existência de tal coisa em Medicina.

Penso que seria lamentável imaginar como obrigação de cada médico obter melhora para todos os seus pacientes. Mas não entendo que se esqueça ser o mínimo a exigir, a obrigação de não piorar nenhum deles.

Sobre o médico agente patogênico é que falarei a seguir.

1.3

O MÉDICO AGENTE PATOGENICO

Ultimamente têm se tornado comuns manifestações sobre nocividade de medicamentos. A tal ponto que situações novas vão surgindo no terreno sempre acidentado da relação médico-paciente. Não me parece sejam estes o tempo e o local adequados para a discussão de muitos aspectos do problema. Mas, para deixar claros alguns pontos de vista, gostaria de frisar que não deixei de prescrever vários dos medicamentos que têm sido manchetes na imprensa leiga. Eu os receito, porém, sempre pronto a aceitar a inquirição por parte do paciente como um direito seu, e a responder-lhe como parte de meu trabalho.

Também tem sido intensa e extensamente discutido, o problema da auto-medicação. Longe de mim pretender negar importância a tal fator de risco. Mas é também necessário reconhecer, para não perder o contacto com a realidade, que dificilmente a auto-medicação deixará de existir, particularmente no Brasil.

Parece ser perigoso que nos detenhamos apenas nos riscos de alguns medicamentos, nos perigos que entranha a auto-medicação. O que realmente se impõe - é meditar cuidadosamente sobre a patogenicidade de todos os nossos procedimentos, naturalmente incluindo-se aí a prescrição de qualquer método terapêutico.

Sei que a muitos desagrada a denominação - doenças iatrogênicas - expressão de um paradoxo, uma vez que o agente, que deveria curar ou aliviar os males, passa a ser o gerador de novos ou maiores sofrimentos. Aceito, mesmo que algumas das denominadas doenças iatrogênicas talvez pudessem receber outras denominações, mas acho importante que nos capacitemos da existência de situações que só podem ser corretas e honestamente definidas sob essa criticada denominação.

Sem a intenção de estabelecer uma classificação, ou, sequer, estudar sistematicamente o tema, procurarei revisar alguns aspectos do mesmo.

Vejamos, inicialmente, o papel patogênico que se pode desempenhar em busca de um diagnóstico.



Há muitos anos atendi uma senhora, mãe de um acadêmico de Medicina, na qual encontrei um nódulo de tireoide. Revisando-a em pós-operatório, quando já havia sido caracterizado o nódulo como de natureza benigna, fui surpreendido pela paciente que me afirmou ter saído de meu consultório convencida de ter uma lesão maligna. E tal convicção, segundo afirmou, resultara do tom de voz com que eu lhe falara antes e depois do exame físico. Pouco importa saber se realmente ocorreu a mudança de voz ou se a paciente fantasiou tal fato. Qualquer que tenha sido a realidade o efeito produzido foi o mesmo. E deve servir para alertar-nos em muitos sentidos.

Um segundo tipo de procedimento, ainda na etapa diagnóstica, merece ser comentado. A sucessiva solicitação de exames complementares determina no paciente uma sensação insuportável de insegurança, e só pode levar ao agravamento de sua ansiedade. Estudam profundamente, os que para tanto estão melhor habilitados, o perigo representado pela atitude médica que, ao solicitar determinados exames, vai fortalecer as fantasias do paciente. A mim parece que tal risco é frequentemente inevitável. Por força de contactos com outros pacientes, com médicos, pela leitura de divulgação nem sempre bem feita, e às vezes até, aparentemente, mal intencionada, são cada vez mais frequentes queixas altamente sugestivas de patologia orgânica, em ausência de real substrato. E, por mais que estejamos preocupados em não reforçar as fantasias dos pacientes, não teria sentido deixar de averiguar com o necessário cuidado. Pelo menos, porém, é necessário que a etapa de investigação seja a mais curta possível para que o ganho em certeza diagnóstica, conduza, sem demora, à busca do melhor tratamento.

Outro aspecto de alta patogenicidade potencial é o hábito de fazer diagnóstico - que eu chamo diagnóstico placebo - de neurose, apenas por excluir patologia orgânica. Basta recordar o quanto existe de dificuldade em efetivamente excluir toda a possibilidade de patologia orgânica. Oví, há muitos anos, quem afirmasse que todo o poliqueixoso é um neurótico. E sempre me ocorreu que, a partir de tal concepção, provavelmente um enorme número de doentes, altamente comprometidos do ponto de vista somático, somente deveriam ir aos psiquiatras. Recordo uma "poliqueixosa" que atendí há tempos, que me bombardeou com queixas as mais díspares, que me atormentou com uma dor abdominal "certamente" psicogênica, até que, passados alguns meses, seu quadro "funcional" complicou-se" com lupus eritematoso disseminado... Os quadros clínicos, mormente nas fases mais precoces, são frequentemente mal delimitados. Por outro lado, qualquer que seja a fase de sua evolução, sempre serão o resultado da doença atual em profunda interação

com a personalidade prévia do paciente. Assim, um histérico com câncer gástrico ou com infarto do miocárdio certamente diferirá profundamente de portadores desses mesmos problemas somáticos com uma personalidade prévia bem adaptada. Por tudo isto é impossível resumir em esquemas simplistas o enfoque dos problemas da esfera psicológica.

É imperioso, então, que todos procuremos treinar-nos para valorizar as características psicológicas dos pacientes e as conseqüentes implicações em suas queixas. Há muitos anos gosto de afirmar que seria absurdo pretendermos poder melhorar todos os pacientes que nos procuram, especialmente aqueles mais comprometidos do ponto de vista emocional. O mínimo, porém, que devemos procurar é evitar piorá-los. A propósito disto recorde dois recentes exemplos. O primeiro era um paciente com queixa de dor torácica. Absolutamente atípica, mas extremamente rebelde. O paciente parecia tudo, menos o que costumamos considerar uma pessoa nervosa, angustiada. Depois de haver já solicitado os exames complementares que me pareceram adequados, perguntei, sem acreditar que fosse útil, se ele achava estar nervoso ou especialmente preocupado. Ao que relatou ter sentido muito a recente morte de um parente. E, para vergonha minha, quando indaguei de que morrera tal pessoa, prontamente contestou ter sido de câncer de pulmão, com palavras que foram sublinhadas pela colocação da mão espalmada sobre o local de sua própria misteriosa dor. Obviamente foram negativos os exames solicitados, inúteis e potencialmente patogênicos.

Outro paciente deixou-me curioso pela irrelevância de uma dor, também inteiramente atípica, na região axilar. O próprio consulente a descrevia como suportável e de alívio espontâneo. Custava-me entender que ele gastasse tempo e dinheiro em função de tal queixa. Durante o exame físico, quando eu palpava a região hipoteticamente doente, "coincidentemente" o paciente informou sobre o estado de saúde de uma pessoa a ele ligada e meu ex-paciente. Ex-paciente em quem eu anos antes encontrara uma adenopatia axilar que se verificou ser metástase de um melanoma. Finalmente explicava-se a consulta. Desta vez antes que eu pedisse exames supérfluos.

Se alguma idéia de como agir eu pretendesse transmitir aos colegas mais jovens - sem ter condições para me aprofundar no terreno especializado - eu diria que a chave está em procurar ouvir os pacientes. Quem só faz perguntas apenas obtém respostas. Quando se demonstra receptividade para ouvir, então sim começam realmente a surgir, claros ou disfarçados, os caminhos que nos podem permitir melhor compreensão do paciente, e de seus problemas.

Ainda uma forma de patogenicidade do médico pode residir na

decisão de não investigar, de aceitar como certo um diagnóstico apenas provável, principalmente quando em tal probabilidade estiver implícita uma situação insolúvel. Contra isto, sempre nos alertava o Professor Lysandro Santos Lima, no sentido de que era necessário ter cuidado para não matar pelo diagnóstico. Como exemplos significativos recorro dois casos, pessoas com idade avançada, desenvolvendo quadro de sub-occlusão intestinal, em que a investigação e posterior cirurgia evidenciaram lesões histologicamente benignas. Tivéssemos cedido à tendência de não investigar, pela probabilidade de lesões malignas, e estariam os pacientes sob o risco, medicamente gerado, de evoluir para situações mais graves. Por oposição tenho notícias, há mais de oito anos, de uma paciente em quem diagnostiquei tranquila e convictamente um fígado metastático. Se bem que não me pareça tê-la privado de recursos terapêuticos, eis que sua hepatomegalia é realmente misteriosa, e certamente não grave, é indubitável, que muito fiz sofrer - e portanto fui patogênico - seus familiares, com um prognóstico fechado. E errado.

Prosseguindo em considerações sobre ações patogênicas na fase do diagnóstico, repassarei alguns casos vividos de incidentes e acidentes no curso da investigação. Lamento haver desencadeado uma reação anafilática, que resultou fatal, no curso de uma colangiografia intravenosa. Sei bem que não se trata de ocorrência freqüente, mas eu a tenho sempre presente antes de indicar tal exame, procurando certificar-me se realmente a indicação é formal pelas contribuições que possa esperar. Igualmente trago comigo a recordação de um grave distúrbio hidro-eletrolítico, passo inicial para complicações várias que levaram ao óbito, desencadeado na preparação para a realização de enema opaco em um paciente idoso e diabético. Desde então tenho tido por hábito acompanhar muito de perto a preparação de tais pacientes, inclusive incluindo alguma pequena modificação na rotina que a maioria dos radiologistas adotam. Cabe lembrar que no capítulo sobre doenças iatrogênicas, de magnífico livro de HARVEY e colaboradores, está assinalada a freqüência não desprezível com que do enema opaco resultam complicações.

Menos dramáticas, mas certamente desconfortáveis em grau acentuado, são as complicações freqüentemente observadas em seqüência a estudos radiológicos do tubo digestivo com ingestão de bário. Também neste particular, adotando a sistemática recomendação de usar óleo mineral logo após a execução do estudo radiológico, tenho diminuído a iatrogenia.

Finalmente, no que diz respeito à patogenicidade médica na etapa do diagnóstico, desejo mencionar a falta de espírito crítico com que o

mesmo, às vezes, é formulado. Penso que todos estamos de acordo em que o diagnóstico pode ter várias características, e distintos objetivos, mas que o principal é a correlação adequada com os sintomas e sinais presentes. É necessário, antes de aceitar um diagnóstico, e agir terapêuticamente, como consequência de tal aceitação, verificar se, realmente, através dele, são explicáveis as manifestações apresentadas pelo paciente. Paralelamente será sempre necessário recordar a enorme frequência de achados não necessariamente significativos. A litíase biliar está presente em provavelmente um de cada quatro pacientes acima dos quarenta anos. As hérnias hiatais são detectadas cada vez com mais frequência. A espondiloartrose é achado usual em grupo estário semelhante. É preciso ter cuidado para não ver morrer subitamente de infarto pacientes que até então “sofriam” apenas da vesícula, de hérnia hiatal, da coluna. Sei muito bem, infelizmente, por experiência e erros próprios, quantas são as dificuldades que apresentam alguns desses casos. Mas não me parece razoável deixar de revisar o empenho que devemos colocar na boa caracterização e correta valorização do diagnóstico nessas, como em todas as demais circunstâncias.

Provavelmente por esse caminho - inadequada valorização de achados - é que se pode chegar a situações como as que têm sido assinaladas em pacientes enxaquecosos. BASSOE encontrou, entre 75 homens com enxaqueca, a realização de 9 intervenções, compreendendo duas apendicectomias, 2 amigdalectomias, uma cirurgia para correção de criptorquidia, 1 de hidrocele e 3 hemorroidectomias. Entre 195 mulheres enxaquecosas o mesmo autor encontrou um total de 94 intervenções assim distribuídas:

Apendicectomias	19
Amigdalectomias	21
Colecistectomias	9
Tireoidectomias	3
Ooforectomias	15
Cirurgias de útero (não especificadas)	9
Histeropexias	5
Colpoperineoplastias	4
Curetagens	2
Cirurgias por salpingite	2
Hemorroidectomias	3

BASSOE assinala que os “records” que pessoalmente verificou

são superados pelos descritos por MOEHLIG em 69 mulheres com enxaqueca, 32 laparotomias, 13 tireoidectomias, 3 cirurgias por mastopatia cística. E, em 31 homens, 6 apendicectomias e 2 tireoidectomias.

BUCHANAN menciona que enxaquecosos sofreram em 75% dos casos, operações fúteis.

Revisadas situações potencialmente patogênicas do trabalho médico na etapa de diagnóstico - com muitas óbvias novas iatrogêneses terapêuticas - vejamos agora alguns aspectos estritamente ligados ao tratamento.

Se alguma área da Medicina tem crescido explosivamente nas últimas décadas, esta é, certamente, a dos efeitos secundários de drogas. Nem poderia ser de outra forma. Vivemos, como já foi assinalado, período de intenso progresso na síntese de novas drogas. Muitos e variados são os fatores que fazem com que as novas drogas entrem com rapidez, nem sempre desejável, na prática corrente. E estamos então frente a frente com ações que conhecemos precariamente, ou que de todo ignoramos. Como assinalam GOODMAN e GILMAN, sob o interessante título "Guia para a selva terapêutica", muitos aspectos contribuem para agravar nossa situação. Desde a nomenclatura de drogas - freqüentemente uma única sendo identificada por vários nomes - passando por aspectos do tipo de divulgação que nos atinge, muitas vezes estamos sujeitos a riscos adicionais. Ainda, recentemente, eu descobri, que tenho, freqüentemente, usado escopolamina - que eu pensava perdida no passado - sob a denominação de cloridrato de hioscina, e um nome comercial, extremamente conhecido. Há alguns anos eu acreditei, e repeti - o que foi mais grave - que a hetacilina era realmente um antibiótico diferente da ampicilina, até que fiquei sabendo que nada mais é, dita hetacilina, que uma substância capaz de liberar ampicilina.

A constante consulta a bons textos de farmacologia, a publicações como a da Associação Médica Americana, que trata de avaliação de drogas, e tem excelente lista de efeitos secundários, e ao próprio P.D.R., parecem absolutamente indispensáveis nos dias atuais. Mesmo que não possamos ambicionar a supressão de efeitos iatrogênicos pelo menos poderemos diminuir a freqüência dos mesmos e, principalmente, saber identificá-los.

Sem a pretensão de esgotar o tema ou sequer aprofundar-me em sua discussão, mas apenas para ilustrar, e, conseqüentemente, despertar maior interesse pelo mesmo, revisarei alguns casos pessoalmente vistos.

Paciente com aproximadamente 35 anos de idade, extremamente tensa, apresentando várias manifestações de ansiedade, foi medicada com sulpiride. Tendo apresentado galactorrêia foi-lhe indicada uma

cultura da secreção e, porque se desenvolveram alguns germes, indicado tratamento com antibióticos. Não solucionado o problema foi a paciente enviada à Capital do Estado onde foi submetida a mamografia, além de outros exames, recebendo finalmente a afirmativa de que podia estar tranquila, uma vez que inexistia qualquer patologia mamária importante. Evidentemente a galactorréia cessou apenas quando foi suspenso o uso do sulpiride. E a patogenicidade de todos os outros atos médicos, qual terá sido?

Paciente de idade avançada apresentando intensa polineuropatia com duas curiosas peculiaridades - não havia evidência de etiologia e o processo tinha evolução sempre no sentido de piora. A situação só se modificou ao ser interrompido o uso de acetazolamida que era feito cronicamente em função de um glaucoma.

Icterícias por derivados da fenotiazina, por antibióticos incluindo o cloranfenicol e o estolato de eritromicina, por hipoglicemiantes orais, derivados sulfamídicos, por diuréticos tiazídicos, são outros casos que merecem ser lembrados, especialmente em função do interesse de seu conhecimento, no diagnóstico diferencial de icterícias menos comuns.

O quadro parkinsoniano de uma tomadora crônica de reserpina vem-me à memória juntamente com os complexos e rebeldes distúrbios digestivos de uma autêntica parkinsoniana tratada com levodopa, distúrbios que só foi possível entender e corrigir depois da supressão de tal medicamento.

Fiz anteriormente uma referência rápida ao problema da auto-medicação. E, ao fazê-la deliberadamente rápida, tive em vista a impossibilidade prática de pretendermos eliminar tal problema. Por isto é que julgo importante que nos preocupemos com o problema da medicação sob prescrição.

Há tempos efetuei um levantamento sobre o uso de antibióticos em um hospital geral com aproximadamente trezentos leitos, durante um período de dois meses. Obviamente inexistia a auto-medicação. E foi possível verificar o uso extremamente raro da velha, honesta, barata e de poucos efeitos secundários, penicilina. E vale lembrar, que continua, tal antibiótico, sendo considerado, como de primeira escolha para um grande número de infecções freqüentes. Em tais condições quando realizei levantamento análogo nas vendas de antibióticos e quimioterápicos em uma farmácia aberta ao público, e constatei a freqüente aquisição de cloranfenicol e da associação sulfa-trimetoprim - drogas sabidamente úteis, mas com indicações precisas e riscos consideráveis - ainda sabendo da freqüente aquisição sem receita médica, custo a crer que se possa imputar tal situação à auto-medicação. Finalmente, com

dados obtidos em um outro serviço hospitalar, no qual a penicilina foi utilizada em 27% dos casos que receberam antibióticos, foi um dado expressivo, e importante a verificação de que tal utilização correspondeu a apenas 10% do gasto em cruzeiros. Para mais enfatizar assinala-se que as penicilinas semi-sintéticas, usadas em 29% dos casos, representaram um dispêndio de 54% do total em cruzeiros, enquanto que os aminoglicosídios (Kanamicina e gentamicina), prescritos em 2% dos pacientes consumiram 10% dos valores em cruzeiros.

O terreno da antibioticoterapia presta-se, ainda a outras considerações. Não resta dúvida que se prescrevermos antibióticos a todos os pacientes febris os resultados serão aparentemente brilhantes, eis que, em curto prazo, "curaremos" um enorme percentual de pacientes. Mas, é preciso recordar, que a cura espontânea também ocorreria, e, pior ainda, que o uso desnecessário não é apenas caro, mas potencialmente prejudicial para o indivíduo. Outro aspecto extremamente importante é o que se refere à ecologia bacteriana. Na verdade, ao usar inadequadamente antibióticos, cada um de nós está provocando riscos, que excedem aos que recaem sobre a saúde e a pecúnia de cada paciente. A criação de cepas resistentes, especialmente em meio hospitalar, representa um potencial risco para comunidades inteiras. Penso que cabe aqui referir, rapidamente, a impropriedade que existe em aceitar como universalmente válidas informações sobre a sensibilidade de diferentes germes a esse ou àquele antibacteriano. Qualquer tabela, por mais bonita que possa ser sua apresentação, só tem valor quando aplicada ao ambiente onde foram efetuadas as observações.

A patogenicidade dos métodos terapêuticos tem muitos outros aspectos. Quanto à iatrogenese medicamentosa deliberadamente fugi de lembrar exemplos usuais na literatura, mas que pessoalmente não vi ou, se vi, não fui capaz de diagnosticar. Julgo que o estudo desses relatos deve constituir uma preocupação constante e crescente para todos nós.

Sendo os procedimentos cirúrgicos métodos terapêuticos que mutilam a estrutura e/ou a função dos órgãos, óbvio é o potencial que eles encerram de causar doenças. Os exemplos gritantes dificilmente deixam de ser valorizados. Mas um capítulo que talvez seja usualmente pouco valorizado é o dos males causados sobre os pacientes neuróticos.

Nós médicos, quando organicistas, comentamos com freqüência o caso que estava sendo considerado como "funcional" e foi salvo por uma intervenção cirúrgica. Tais casos existem, é claro. Estou seguro, porém, de que são menos numerosos do que os que representam a situação oposta. Há muitos anos, ao examinar, do ponto de vista de

perícia médica previdenciária, uma paciente jovem, com um quadro conversivo extremamente intenso, atrevi-me a escrever uma observação, em que, sem pretensões de ser adivinho, mas baseado em experiências análogas já vividas, assinalei a conveniência de que fosse a paciente afastada dos cirurgiões. Eu a reví alguns anos depois. Havia sido operada oito vezes. E seu quadro não era melhor do que antes, pelo contrário, eis que suas fantasias estavam agravadas por um sem número de procedimentos inúteis. Longe de mim pretender insinuar, sequer, que todos, ou cada um dos médicos, que a operaram tivessem deliberada intenção de prejudicá-la. É bem sabido que pacientes com essas características mudam de médico até encontrar alguém que faça o que, na verdade, é seu desejo. Mas é impossível deixar de afirmar, que todos, ou quase todos, mesmo que bem intencionados, agiram muito mal informados sobre a necessidade e os inconvenientes de cada ato cirúrgico.

Quando vejo pacientes com múltiplas cicatrizes costumo dizer, certamente com alguma ironia, que são pacientes que sofrem de um grande vazio interior...

Lembro-me da antiga advertência de um mestre da Endocrinologia - ALBRIGHT - sobre a freqüentemente mal justificável remoção de ovários, procedimento que àquele autor só parecia compreensível pelo fato de serem os homens mais numerosos na profissão médica.

Ocasionalmente há quem defenda a cirurgia como placebo. Não há qualquer dúvida de seu poderoso efeito nesse sentido. Já mencionei, inclusive, um exemplo recente de minha própria experiência. Mas não creio que se possa admitir a licitude de tal colocação. Mesmo porque, usualmente, verifica-se que tal efeito placebo, extremamente freqüente, é também muito fugaz, além de envolver obrigatório risco de vida para sua consecução.

Sem encerrar as considerações cabíveis sob o título hoje abordado, penso que possa finalizar, reiterando a necessidade de que fixemos sempre nossa atenção sobre o potencial patogênico inerente a todas as fases de nosso trabalho. É certo, que jamais poderemos eliminar esse risco. Mas, é necessário, limitá-lo. E, principalmente, não negar sua existência.

1.4

O MÉDICO AGENTE DA SAÚDE

Aparentemente bastaria que o médico procurasse ser sempre o mais terapêutico e o menos patogênico possível para que se caracterizasse como agente da saúde.

Certamente entende-se que essas são condições necessárias. Mas não parece que sejam suficientes.

Em primeiro lugar é necessário destacar muitas preocupações adicionais. O cuidado com o sentido preventivo da Medicina, talvez possa parecer novidade para alguns, na verdade já há mais de quarenta anos era uma expressa preocupação do Professor Annes Dias, que entendia ser tal função inerente ao trabalho dos médicos clínicos. Com a ampliação dos conceitos de prevenção, e sua concepção em vários níveis, certamente mais ainda fica realçada essa situação. Devem ser obrigações permanentes de cada médico, além das medidas de prevenção primária, a preocupação com o diagnóstico precoce e cuidados correlatos que, diminuindo as conseqüências da doença caracterizam a prevenção secundária, bem como os esforços de reabilitação que estão compreendidos na prevenção terciária.

Caso nós médicos abramos mão de tais responsabilidades e, conseqüentemente, concentremos todo nosso empenho na chamada medicina curativa, correremos o risco de dar substância às teses de ILLICH. Seja dito de passagem que seu livro - "A expropriação da Saúde" - indiscutivelmente deve ser lido e meditado por todos nós, não sendo razoável assumirmos apenas a posição irritada de quem entende invadidos domínios que aos leigos não devia ser jamais permitido penetrar. Quando mais não seja em respeito à qualidade da bibliografia invocada, ILLICH não pode ser considerado simplesmente como um intruso, ignorado ou sumariamente rechaçado.

Sem agressividade ostensiva, e portanto com nítida preocupação de construir, recentes palavras de MAHLER parece-me que apontam até certo ponto para a mesma direção.

"Um observador atento das escolas de medicina não deixará de sentir-se preocupado pela freqüência com que a totalidade do sistema

educativo dessas escolas está isolado dos serviços de assistência sanitária dos respectivos países. Com efeito, em muitos países, as escolas e faculdades são as proverbiais torres de marfim, nas quais se prepara os alunos para um nível acadêmico elevado, confuso, mal definido e qualificado como internacional, assim como para as obscuramente intuídas exigências do século XXI, mas esquecendo, em grande parte, e inclusive totalmente, as apremiantes necessidades sanitárias da sociedade de hoje e de amanhã.

Em todo o mundo a maior parte das escolas de medicina não preparam aos médicos para que cuidem da saúde da população, senão para o exercício profissional de uma medicina que fecha os olhos diante de tudo que não seja a doença e a tecnologia com que tratá-la. Uma tecnologia cujo custo, já astronômico, vai em contínuo aumento, orientada para um número de pessoas cada vez menor, cuja seleção não corresponde tanto a um critério de classe social ou de riqueza, como aos interesses da própria tecnologia médica; são muitos os casos em que a atenção é centrada em pessoas que se encontram no último estágio da vida. As escolas formam médicos para que se defrontem com casos estranhos, pouco freqüentes na prática, mais que com os problemas de saúde usuais da população; formam-nos para que curem, mais do que para que cuidem.”

“Quando se fala de exercer a medicina quase não se pensa mais do que na medicina curativa, e os médicos se preparam, sobretudo para tratar a enfermidade como um episódio da vida do enfermo, mas prestam muito pouca ou nenhuma atenção ao homem em sua totalidade e à sua interação com a sociedade em que vive.”

“Já não existe qualquer país capaz de suportar um crescimento imprevidente dos serviços sanitários, com o conseqüente desperdício de recursos humanos e financeiros, como tivemos ocasião de contemplar no passado. Esses serviços devem ser planejados cuidadosamente, e o êxito da planificação dependerá em grande parte da preparação do pessoal de saúde de que se necessite em cada etapa do desenvolvimento dos serviços sanitários.”

Em outro trecho, reportando-se especialmente ao ensino, diz MAHLER:

“Para esse tipo de formação é necessário utilizar para o aprendizado a comunidade inteira, e o hospital deve ser considerado como um lugar para uma fase determinada do processo da enfermidade. Com um ensino baseado nos hospitais - ainda que em alguns casos se visite a comunidade - não é possível formar médicos com uma orientação sanitária comunitária, que tenham um verdadeiro sentido social.”

“Os próprios professores terão que aprender um novo método pedagógico, deverão aprender a ajudar os alunos a atingir seus objetivos e terão que desenvolver um sistema de aprendizagem eficaz e proveitoso. O central é o aluno, e o aprendizado, não o professor e o ensino”.

Penso que para entender muitas das críticas de ILLICH provavelmente deve-se levar em consideração o problema do ensino, tal como é focalizado por MAHLER.

Um médico preocupado mais em cuidar do que em curar, ou, pelo menos, tão preocupado com a primeira quanto com a segunda tarefa, jamais esquecerá de sua obrigação constante com a educação dos pacientes. Educação para a doença e educação para a saúde. Educação para os meios de diagnóstico como para os recursos de tratamento.

Tenho ouvido às vezes a afirmativa de que é necessário receitar medicamentos, mesmo sem neles acreditar, porque os pacientes esperam que o façamos. Já discutí e manifestei minha opinião sobre a licitude e utilidade do placebo. Mas, antes que se generalize a prática do que já tem sido denominado **poluição farmacêutica**, é preciso recordar que se os pacientes estão convictos do caráter imprescindível dos remédios, alguém lhes terá dado tal noção. Cabe recordar um exemplo corriqueiro e chocante - a receita de um polivitamínico a pessoas cronicamente mal nutridas. É sabido que tal medida pode ser prejudicial em vários sentidos, desde o mascaramento de quadros em evolução, até o puro e simples agravamento da desnutrição pelo maior dispêndio financeiro que determina. Mesmo assim é frequentemente adotada.

O médico tem oportunidade de ser agente de saúde em todas as etapas de seu trabalho. Na de diagnóstico deverá atentar para que se procure conseguí-lo o mais rapidamente possível, pela própria preocupação da prevenção secundária. É, entretanto, necessário ter cuidado para harmonizar tal preocupação com o uso racional dos exames complementares. É necessário recordar que os recursos financeiros voltados para a assistência médica são necessariamente finitos, e que inclusive mantêm uma correlação com as cifras do produto nacional bruto. Conseqüentemente é necessário fugir do exagero na realização de exames, de menor ou maior sofisticação. Existe ainda outra realidade a considerar - a própria capacidade dos serviços subsidiários também tem limite, além dos quais é impossível deixar de prejudicar a qualidade ou a presteza na realização dos exames.

Entre nós KLOETZEL tem reiteradamente demonstrado a preocupação com esses aspectos, suas implicações com o ensino médico, e a tentativa de busca de soluções.

Em um desdobramento do problema - a busca de atendimento

POSSÍVEL e RAZOÁVELMENTE EFICIENTE às populações como um todo - parece inevitável aceitar a idéia do médico como membro da equipe de saúde, mais do que aquela postura tradicional, imponente e individualizada, que lhe foi tradicionalmente reservada. Nota-se, em algumas manifestações de médicos, uma grande resistência a qualquer passo em tal sentido. Procura-se, por vezes, lembrar apenas os exemplos dos "feltschers" da Rússia, ou dos "médicos de pés no chão" da China. Na verdade comete-se aí um grave equívoco, esquecendo que a Organização Mundial da Saúde e o país mais desenvolvido do Ocidente estão igualmente preocupados com a formação e capacitação de pessoal auxiliar, e que a Venezuela tem há anos em funcionamento sua experiência de "medicina simplificada".

Há alguns anos ouvi de um aluno uma indagação - estava ele preocupado por ouvir reiteradas queixas de médicos sobre a impossibilidade de fazer boa medicina em diferentes tipos de serviços, serviços que incluíam aqueles previdenciários como os de saúde pública, onde é possível fazer boa medicina. Penso que entre os prejuízos que estamos acumulando provavelmente um dos maiores é a frustração de legiões de jovens médicos. Minha resposta, à época, penso adequada ainda hoje. Em cada lugar e em cada função é necessário procurar fazer o melhor possível nas condições existentes, sem perder de vista a necessidade de contribuir para que condições melhores sejam alcançadas.

Na etapa do tratamento não há muito o que repisar sobre o quanto pode o médico ser agente de saúde. É necessário lembrar sempre que jamais deve ser usado qualquer medicamento que não seja estritamente necessário, que é preciso buscar sempre a droga que represente a melhor escolha, isto é, a de maiores possibilidades terapêuticas, menores riscos e menor preço. Para isto é necessário resistir a tentações as mais variadas, que se consubstanciam em métodos de propaganda de diversas modalidades, e até mesmo à pressão que os pacientes exercem, por sua vez motivados por outras tantas técnicas e influências menos desejáveis.

MACH e VENULET, procurando estudar as conseqüências econômicas das reações adversas causadas por medicamentos, afirmam que uma de cada vinte admissões em hospitais gerais guarda relação com reações medicamentosas. Por outro lado afirmam que um de cada dez pacientes hospitalizados apresenta reações dessa natureza.

MULROY afirma que uma consulta em quarenta é o resultado de

alguma forma de iatrogenia. Calcule-se, rapidamente, o que representa esse 2,5% - supondo que nossa situação seja comparável à assinalada por esse autor - nas 106.000.000 de consultas do INPS no ano de 1976.

Mais terapêuticos e menos patogênicos, atentos à educação da coletividade para a doença e para a saúde, ainda assim os médicos não se podem considerar totalmente quitados de suas obrigações.

É preciso que estejamos preocupados com os problemas da nutrição. Cabe recordar que, em todo o mundo, certamente muito mal resultou para a coletividade pelo simples fato de que os médicos deixaram de dar ênfase à importância do aleitamento materno. A desnutrição calórico-proteica é ainda causa fundamental de um ponderável percentual dos óbitos infantís, e pelo menos participa de quase metade das doenças mortais da infância. Ademais são provavelmente difíceis de calcular, em sua totalidade, as conseqüências que resultam comprometendo o desenvolvimento, tanto do ponto de vista somático como do ponto de vista psíquico, nos desnutridos que sobrevivem.

Em extremo oposto surge o problema da obesidade, origem de redução de expectativa de vida, condição que é, pelo menos, favorecedora de vários processos patológicos da chamada meia idade. E, de modo semelhante, condição favorecedora de vários processos mórbidos que, mesmo não sendo graves quanto à vida, acarretam sofrimento e menor capacidade laborativa em amplas faixas da população.

Não temos o direito de descuidar dos problemas relacionados com o alcoolismo. Na França, onde 30.000 pessoas morrem de cirrose por ano, estima-se que 40% dos gastos totais com serviços de saúde são atribuíveis às doenças relacionadas com o álcool, e cerca de 50% dos leitos hospitalares estão ocupados por pacientes que sofrem tais doenças. Entre nós conhecemos levantamento que indicou atingir 38,52% das internações hospitalares, em Brasília e cidades satélites, o total das que resultaram do alcoolismo. Nos Estados Unidos da América do Norte há cinco milhões de alcoolistas. Calcula-se, naquele país, que em aproximadamente 50% dos óbitos causados por acidentes de tráfego o álcool é um fator importante. Por tudo isto é que tem sido afirmado que um cálculo de todos os gastos ocasionados em diferentes países pelos problemas relacionados com o álcool revelará, provavelmente, que tais gastos são superiores aos que arrecadam os governos em impostos sobre as bebidas.

Não parece correto que continuemos a ser tolerantes com o hábito de fumar, esquecendo-nos de dar exemplo ou, pelo menos, conselhos esclarecedores, num momento em que se tem como certa a maior mortalidade geral entre os fumantes, e o definido papel patogênico que o

fumo desempenha no câncer de pulmão, bem como, provavelmente, na cardiopatia isquêmica, nas doenças cérebro-vasculares e na úlcera péptica. Mais que tudo, porém, entendo que é necessário dar destaque aos problemas da bronquite crônica e do enfisema, situações de alto potencial incapacitante para a quase totalidade dos fumantes.

Não é possível continuar fechando os olhos para os problemas ambientais. Dele pretendo destacar apenas um aspecto - a necessidade de que não nos conformemos apenas em atender, e muitas vezes mais não fazendo do que atestar óbitos a indivíduos vitimados por intoxicações maciças por defensivos agrícolas. A cada caso grosseiro de tais intoxicações é necessário que nos perguntemos se não poderia ter sido evitado aquele e, por outro lado, quantos outros, menos graves e por isso mesmo pior definidos, poderão estar ocorrendo e necessitando ser adequadamente valorizados.

E, por mais que nos angustie, ainda outros temas merecem ser lembrados. Será lícito continuar intransigentemente contrários ao aborto, baseados em rígidas normas éticas e religiosas, e ignorar o número de abortos diariamente praticados, dos quais a morbidade e a mortalidade estão longe de ser desprezíveis, sem contar com o aviltamento das pessoas que executam como das que procuram tais trabalhos?

E o controle da natalidade? Bem sei que o tema pode prestar-se a implicações e explorações políticas as mais variadas. Mas do ponto de vista humano, colocado o problema dentro de cada lar, será que podemos prosseguir isentos de preocupação?

Penso que é tempo de encerrar esta palestra, e, com ela, o ciclo a que me propús. Receio, a esta altura, que eu tenha conseguido reunir mais perplexidades do que perspectivas. Lamento que assim seja, mas não me surpreendo.

Realmente, quanto mais se vive a profissão médica, maiores são as dificuldades que ela nos oferece, quaisquer que sejam os problemas considerados. Provavelmente há alguns anos eu teria muito mais respostas. Convictas respostas. Provavelmente falsas respostas. Hoje o que eu mais tenho são perguntas. E compatilhá-las, e com elas provocar debates e estudos, eis minha principal intenção.

Mesmo assim, na tentativa de definir alguma perspectiva dentre aquelas que realmente podem caber nas intenções e possibilidades dos próprios médicos - eu diria que nosso mais constante empenho deve ser no sentido da **VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**.

Entendo como valorização profissional o empenho no sentido de que o ensino médico seja cada vez melhor e mais adequado à realidade com que se deverão defrontar os novos profissionais.

Como valorização profissional entendo o esforço que nossas entidades devem dedicar a programas de educação continuada.

Como valorização profissional entendo a preocupação que deve ser constante, em cada um de nós como em nossas entidades associativas, de influenciar a esquematização e a execução das atividades médicas.

Finalmente, e em uma tentativa de síntese, julgo devemos dedicar nossa maior e constante atenção ao que dispõe o artigo 30, do Código de Ética:

“O ALVO DE TODA A ATENÇÃO DO MÉDICO É O DOENTE (ou, melhor seria dizer, o SER HUMANO) EM BENEFÍCIO DO QUAL DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO, E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEL SMITH, B. - VALUE FOR MONEY IN HEALTH SERVICES
Heinemann, Londres, 1976.
- ABUCHAIM, A. - Discurso de Paraninfo (inédito)
Pelotas, 1976.
- ALMEIDA MACHADO, P. - O médico e a macroeconomia da doença -
JAMB, 16/11/76, pág. 5.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - AMA DRUG EVALUATIONS - 2ª ed.
Publishing Sciences Group - Acton,
(Massachussets) 1973.
- BALINT, E. e cols. - SEIS MINUTOS PARA O PACIENTE
- Editora Manole, São Paulo, 1976.
- BALINT, M. - EL MEDICO, EL PACIENTE Y LA ENFERMEDAD
Ed. Libros Básicos, Buenos Aires, 1961.
- GOODMAN, L. e GILMAN, A - THE PHARMACOLOGICAL BASIS OF
THERAPEUTIC - 5ª ed.
Macmillan Publishing Co., Inc. - N. York, 1975.
- HARVEY, A.M. e cols. - THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF
MEDICINE - 19ª ed.
Appleton - Century-Crofts, N. York, 1976
- ILLICH, I. - A EXPROPRIAÇÃO DA SAÚDE
Ed. Nova Fronteira, Rio de Janeiro, 1975.
- KLOETZEL, K. - AS BASES DA MEDICINA PREVENTIVA
EDART - São Paulo Livraria Editora
São Paulo, 1973.

- KLOETZEL, K.** - RACIOCÍNIO CLÍNICO
EDART - São Paulo Livraria Editora
- São Paulo, 1977.
- MACH, E.P. e col.** - Consecuencias econômicas de las reacciones adversas causadas por medicamentos.
Crônica de la OMS, 29:83-88 (1975).
- MAHLER, H.** - Problemas que plantea la abundancia de recursos médicos.
Crônica de la OMS, 31:8-13 (1977)
- MAHLER, H.** - La medicina y los médicos del futuro.
Crônica de la OMS - 31:69-72 (1977)
- MODELL, W.** - DRUGS OF CHOICE - 1974/75 - The C.V. Mosby Co., S. Louis, 1974.
- MULROY, PR.** IATROGENIC DISEASE IN GENERAL PRACTICE: ITS INCIDENCE AND E EFECTS
Brit. Med. Journal, 2:407-410 (1973)
- PERESTRELO, D.** - A MEDICINA DA PESSOA
Livraria Atheneu, R. de Janeiro, 1974.
- SPAIN, D.M.** - COMPLICACIONES DE LAS MODERNAS TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS - ENFERMEDADES YATRÓGENAS.
Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1966.

2

MEDICINA CIÊNCIA DAS INCERTEZAS

É uma antiga e não encerrada discussão aquela em torno de ser a Medicina, ou não, uma ciência. Há quem diga ser a Medicina a interseção de várias ciências e não, por si só, uma delas. “Todas as ciências a serviço do homem”, na definição de Widal. Fugindo deliberadamente dessa discussão, que não me parece indispensável neste momento nem área em que me sinta particularmente autorizado a opinar, permito-me conceituar - para os restritos fins da discussão que se segue - Medicina como ciência, ciência das incertezas.

Já tem sido dito que só existe uma certeza em Medicina - a certeza de que nela nada é certo. Já tem sido dito que a revisão histórica de qualquer assunto médico não passa de um terrível museu de erros acumulados e, às vezes, preservados por muito tempo.

Meu objetivo é esquematizar algumas formas e manifestações dessa incerteza, procurando discutir conseqüências importantes para todos nós.

Temos, em primeiro lugar, a INCERTEZA DE SABER. É esta a primeira grande incerteza de que todos sofremos. Pode e deve ser compreendida sob dois aspectos, complementares, interpenetrantes. Existe uma incerteza de saber geral, resultante da limitação dos conhecimentos da Medicina. Da Medicina cuja complexidade se acentua a cada dia, inclusive pela necessidade de seu crescente entrosamento com outros ramos de conhecimento. Quando relemos o livro de Julius Bauer, escrito há alguns decênios, sob o título “A pessoa atrás da doença”, encontramos uma ênfase acentuada nos fatores genéticos. Com os progressos alcançados somente nesse campo são hoje muito maiores as contribuições da Genética para a compreensão da Medicina. Ela hoje não só é necessária para a compreensão de mal-formações, de algumas estranhas doenças metabólicas, mas também para o entendimento de efeitos farmacológicos, de variações do comportamento de bactérias com todas

suas implicações clínicas e terapêuticas, isto para não alongar os exemplos Avalie-se, por conseguinte, a enorme incerteza de saber que atingiu a todos os médicos antes que os conhecimentos de Genética surgissem e se desenvolvessem.

Outra área de intensa incerteza de saber é a que há de entender e cuidar da parte não orgânica do ser humano. Nossa Medicina tradicional, se tomarmos Hipócrates como ponto de partida, iniciou-se há mais de dois mil anos; apenas nos últimos séculos e, particularmente nas últimas décadas, começa realmente a entender as causas das doenças e passa assim a ser capaz de prevenir muitas e de curar outras tantas. Aquela outra Medicina, que ainda há pouco considerava os loucos diferentes dos demais, aquela Medicina que Pinel teve de escandalizar rompendo grilhões (que certamente protegiam-nos mais em nossa integridade emocional do que na segurança física), há pouco começa a entender as pessoas como iguais. Eu acredito, porque a velocidade do progresso em qualquer ramo do conhecimento costuma aumentar em progressão geométrica, que essa nova Medicina não levará dois mil anos para obter seus "antibióticos" e "quimioterápicos", para melhor avaliar os fatores etiológicos que lhe dizem respeito e buscar a implantação de medidas preventivas realmente eficazes. E não acho humilhante para nós médicos reconhecer suas ainda consideráveis limitações.

Estamos assistindo a um acelerado desenvolvimento dos conhecimentos da Imunologia. E mais e maiores incertezas se descortinam à medida em que algumas são esclarecidas.

Apenas começamos a atentar - provavelmente com algum atraso - para o que se pode denominar Ecopatologia, onde se incluem as influências negativas para a saúde dos fatores físico-químicos do ambiente em que vivemos, daqueles que invadem nossos corpos através dos alimentos, como também da soma de tensões a que somos submetidos. Onde resulta óbvia a impossibilidade de nos fixarmos numa psicologia que ignore a importância da patologia ambiental.

Falar em Genética, em Psicologia, em Imunologia, em Ecopatologia - e são apenas exemplos que poderiam ser multiplicados quase que ao infinito - é uma forma de enfatizar a extensão da incerteza de saber que é intrínseca à Medicina.

Como se isto não bastasse é necessário, ainda, considerar a incerteza de saber do Médico. Cada um de nós, por mais que se esforce - e é preciso que nos esforcemos - por mais que procure - e é preciso que procuremos sem cessar - jamais conseguirá reunir senão uma parcela daquela soma de conhecimentos que sonhamos no dia em que decidimos ser médicos. É necessária uma atenção constante para desmistificar o

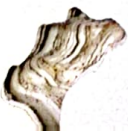
poder do Médico, para adquirir a consciência de nossas limitações pessoais somadas às limitações da própria Medicina. Lí há tempos, escrito por eminente professor de Medicina dos Estados Unidos da América do Norte, a afirmativa de que o cinema causou muito mal ao criar figuras de médicos que a cada minuto salvam vidas, que a cada momento têm soluções brilhantes e especulares para os mais complexos problemas. Esse tipo de médico só existe mesmo no cinema. O médico que existe, o que pode existir, é aquele artesão que, com esforço e paciência, é capaz de curar algumas vezes, aliviar outras tantas, tentar consolar sempre. Esta é uma frase velha, mas não é uma frase gasta e, muito menos, do passado. É preciso que a gente a repita porque ela é uma espécie de vacina contra qualquer sentimento de onipotência. Sentimento de onipotência - o pecado original do médico - seria exatamente a negação das incertezas que nos propomos a discutir, na convicção da sua existência e da necessidade de buscar caminhos para sua atenuação.

É preciso reconhecer as INCERTEZAS DO SABER - da MEDICINA como as do MÉDICO - e aceitar esse desafio, dia após dia, procurando caminhar sempre um pouco mais à frente, não nos assustando com a extensão do caminho que falta, não concordando em parar após alguns passos percorridos. Costumo dizer, há muitos anos, que só tive a sensação de ser um sábio lá pelo 5º ano da Faculdade. Desde então fui "emburrecendo", lenta e constantemente... Isto não é uma expressão retórica. É o relato de uma experiência vivida.

Falando em experiência outras idéias ocorrem. Quantas vezes essa palavra é tomada em vão! Um erro praticado de maneira continuada acaba aceito como verdade, porque seus resultados foram sancionados pela "experiência"... Sem atentar para a história natural das doenças, ignorando o caráter auto-limitado peculiar à maioria dos problemas corriqueiros, vamos, frequentemente, tomando como êxito de nossas ações resultados que realmente foram atingidos... apesar das mesmas! Por falta de espírito científico falta que na maior parte das vezes é sequela do curso de graduação -, pela atividade exercida dentro de um NÃO SISTEMA de assistência médica, tendemos, com lamentável frequência, a utilizar a palavra experiência sem a base necessária para lhe conferir confiabilidade. Eis aí mais um importante fator que pode levar a falhas na valorização da incerteza do saber de cada médico.

Tantos e tais são os fatores, gerais e pessoais, que levam à INCERTEZA DO SABER que é até certo ponto acabrunhante reconhecer que existem ainda outras dificuldades.

Considere-se, desde logo, a INCERTEZA DE PODER. A incer-



teza de poder levar adiante os ensinamentos que a Medicina foi capaz de recolher em tanto tempo, a incerteza de poder ser úteis com os conhecimentos que pessoalmente acumulamos.

A incerteza de poder tem, também, suas sub-divisões. Não podemos, nada podemos, se não existem condições que nos coloquem onde e quando mais necessários seríamos. Não podemos, nada podemos, quando as soluções ultrapassam as possibilidades de ação que pessoalmente estão a nossos dispor como médico. De nada vale o diagnóstico perfeito, a correta compreensão de todos os fatores étio-patogênicos, a brilhante indicação terapêutica, se ao final temos um paciente sem condições de adquirir os medicamentos de que necessita, ou incapaz de corrigir seu estado de nutrição, ou, ainda, mal sucedido na tentativa de libertar-se do uso do álcool, do fumo, de fatores de tensão que o envolvem. Basta pensar um pouco e poderemos lembrar outros tantos componentes da incerteza de poder.

Diz-se, freqüentemente, que todos os males são resultados do sub-desenvolvimento. É claro que o sub-desenvolvimento cria e agrava problemas vários de saúde. Mas é necessário ter cuidado em não raciocinar apenas em termos de desenvolvimento econômico. São Paulo representa uma região de indiscutível desenvolvimento, especialmente quando comparada ao resto do Brasil. Naquele Estado - e esta é uma informação oficial - a mortalidade infantil tem aumentado nos últimos anos. Isto demonstra que o desenvolvimento deve ter características e condicionamentos especiais, e é necessário reconhecer que isto ultrapassa a esfera de influência do médico como médico.

Assim como a INCERTEZA DO SABER deve levar-nos a aceitar o desafio creio que também a INCERTEZA DO PODER não deve ser por nós ignorada ou passivamente aceita. O médico - como cidadão mais do que como profissional - há de buscar meios e modos de contribuir para que se reduza essa segunda incerteza.

Uma terceira e delicada forma de incerteza devemos agora considerar - é a INCERTEZA DE TER. Esta provavelmente sempre foi vivida por muitos médicos. Ela se torna, porém, mais intensa e extensa nos dias atuais.

Se recordarmos o código de Hammurabi - que é tido como o primeiro conjunto de normas para a profissão médica - veremos que o olho do senhor e o olho do escravo eram diferentemente valorizados. Tanto o eram quando o tratamento era bem sucedido - com nítidas diferenças de remuneração - como igualmente nos fracassos. A perda do olho de um senhor acarretava para o médico, não me recordo bem, a perda de um olho ou talvez da própria vida. A perda do olho de um escravo apenas

obrigava o médico a dar ao senhor um outro escravo. Estas citações - feitas de memória e, portanto, com pouco rigor - servem apenas para deixar bem clara a já antiga existência de tabelas de honorários profissionais, tabelas que variavam não só em função das doenças como em função dos doentes. Penso que lá as coisas já começaram mal postas. Como não tenho notícias de que a revogação de códigos dessa espécie haja resultado da atuação dos médicos é possível que por isto, através tantos séculos, as coisas ainda estejam postas de maneira inadequada.

No Império Romano, nos primeiros anos da Era Cristã, a população não se preocupava muito com os médicos como profissionais. A invocação de deuses - especializados para diversas doenças - e a utilização de ervas - igualmente discriminadas para os mais variados quadros - permitiam uma vida sadia e feliz para a grande maioria da população. É bem verdade que Roma dispunha de serviços de água e esgotos, de cremação de cadáveres, de inspeção de alimentos, todos em grau de eficiência que não seriam atingidos, por exemplo, em Paris ou Londres de mil anos depois. Era fácil ter saúde, quando medidas preventivas realmente importantes estavam presentes.

Tantos séculos passados, o progresso - ou o que consideramos como tal - conduziu a outras situações. A urbanização progressiva gerou novas dificuldades. A estratificação social levou a consagrar a divisão de médicos em dois grupos: os médicos de Sua Majestade, por extensão também da nobreza, e os médicos "dos outros". Essa prática, consagrada durante séculos, criava, forçosamente, condicionamentos difíceis de harmonizar com o verdadeiro sentido da Medicina. Os médicos da nobreza (não sei como chegavam a sê-lo, parece que seguramente não era mediante concurso público) tinham tendência a ser cada vez mais nobres... e menos médicos. Por uma inclinação muito natural no ser humano eles se sentiam muito mais desejosos de igualar-se aos nobres - a quem serviam - do que aos médicos - que um dia haviam pensado ser. Assemelhavam-se em tudo aos nobres. Nas vestes, nos gestos, nos gostos e nos gastos. E, para tanto, precisavam pensar muito atentamente nos ganhos.

Claro que estou usando traços caricaturais. Com a finalidade própria das caricaturas - a de realçar os detalhes mais importantes.

Pulando longas etapas, para não alongar demasiadamente estas considerações, vejamos como se apresentam as coisas no século XX. Quando foram feitas leis para proteger os doentes pobres isto foi aceito com razoável naturalidade. Com aquele espírito de solidariedade humana, em geral sempre presente, que consiste em dar um pouco daquilo que está em excesso. Discutível e limitada forma de solidariedade,

pouquíssimo humana em sua essência, a verdade é que ela permitiu fácil aceitação da "lei dos pobres". Logo após, porém, um certo senhor Beveridge, na Inglaterra, entendeu que a assistência médica deveria ser um direito efetivamente estendido a toda a população. Não propunha Beveridge que se trocasse a ordem sócio-econômica, mas dizia e provava que era um absurdo que se considerasse como lógico, ou certo, ou simplesmente aceitável, que a assistência médica fosse um direito condicionado ao poder aquisitivo de cada um. Finalmente, milhares de anos depois do Código de Hammurabi, alguém tomava uma atitude que eu considero profundamente médica. Diga-se de passagem, Beveridge não era médico. Isto não tem muita importância. Pasteur tampouco o era.

De certo modo Beveridge atendia a um apelo de outro inglês Bernard Shaw. Shaw - cuja agressividade e irreverência em relação aos médicos eram realmente muito grandes - dizia, e com razão, ser absurdo pagar a um médico de maneira equivalente à que seria pagar um juiz mais pelas condenações e menos pelas absolvições. Explicando melhor - se o médico dissesse a um paciente que tudo estava bem, disto pouco lucraria. Se, pelo contrário, diagnosticasse uma doença grave - real ou não - e prescrevesse um tratamento complexo necessário ou não - grande seria sua remuneração.

Beveridge, na Inglaterra, e outros tantos pelo mundo afóra, jamais quiseram eliminar a medicina liberal, onde podem ser atendidos gostos e interesses de cada um, dentro das possibilidades das respectivas bolsas. Procurado era um caminho que levasse a assistência a todos, em que prevenir fosse tão bem pago como tentar curar, em que a saúde fosse tanto ou mais valorizada quanto a doença.

Muitos médicos, em muitos tempos e locais, protestaram e protestam contra essas iniciativas. Entendem que isto gera a incerteza de ter. Os médicos não mais serão ricos (aliás, sobre a riqueza dos médicos eu creio ter havido uma longa e perigosa ilusão de ótica. Houve, realmente, um tempo em que todos os médicos era ricos, porque, por motivos facilmente compreensíveis, apenas ricos era médicos. Alguém, excepcionalmente, formado sem essa condição desde logo, com seu "título de nobreza", chegava por matrimônio ao patrimônio antes inexistente. Ademais, cuidando apenas dos nobres, tinham como eles posição e crédito suficientes para buscar aquilo que se consagrou sob a perigosa palavra "status").

Beveridge ameaçou o "status". Para muitos centrado aí o máximo de atenção, pouco importa que a situação anterior fosse a negação da Medicina.

Vamos voltar para o Brasil. Pouco antes de 1930 Eloi Chaves

propôs uma lei pela qual foi criada uma caixa de aposentadoria e pensões para alguns trabalhadores. Quase à época em que Fleming descobriria a penicilina admitíamos, pela primeira vez, que o trabalho merecesse outra recompensa além do simples salário! Afinal, não tínhamos ainda meio século da abolição da escravatura!

Pulando muitos anos procuremos recordar a situação com que se deparava um jovem médico há vinte e cinco anos. Naquele tempo o Professor Jairo Ramos, uma das justas glórias da Medicina nacional, integrante do então existente Partido Socialista Brasileiro, esbravejava contra a socialização da Medicina porque, dizia, socializava-se o trabalho do médico, e era este obrigado a viver e gastar em um sistema capitalista. Realmente ainda hoje acho estranho que se tenha tanta disposição para socializar o trabalho médico e total resistência à idéia de socializar, por exemplo, a indústria farmacêutica. A Associação Médica Brasileira lutava intensamente contra qualquer tentativa de ser rompida a medicina liberal. Erguia a bandeira da livre escolha - era essencial para o trabalho médico, era princípio ético de que não se podia abrir mão, que o paciente pudesse escolher o médico de sua confiança. Sempre achei que algo estava pouco claro. Livre escolha para quem? Para todos? Ou apenas para os que dispusessem de recursos monetários? Mas, então, o que se queria era a volta ao Código de Hammurabi, a permanência na situação de médico de nobreza?

O jovem médico da década de 50 era contra a socialização da Medicina. Mas queria um emprego, Um "bico", como se dizia na época. O resto haveria de ser a clínica particular. Entre minha formatura, em 1952, e meu concurso para ser médico do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários em 1955, eu não me recordo de que tivesse a Associação Médica Brasileira feito companhia reivindicando a realização de concursos. E os empregos eram instrumentos para a mais rasteira forma de política.

Integrados em uma sociedade consumista, obcecados pelo tradicional "status", muitos médicos queriam não um mas muitos "bicos". Houve campanha pelo emprego único e bem remunerado, mas jamais alguém conseguiu definir o que se deveria entender por bem remunerado. Porque ambições são coisas difíceis de padronizar.

Chegamos à Unidade de Serviço. Fator de corrupção incontrolável, no dizer de Gentile de Melo, a US efetuou uma verdadeira revolução - colocou ao alcance dos menos favorecidos economicamente coisas que haviam, até então, sido "privilégios" dos ricos - tratamentos desnecessários, sob as mais variadas formas.

Tudo isto é triste. Mas é realidade, e em nada melhoraremos a

situação tentando ignorá-la. É preciso encarar essa triste realidade. E procurar soluções.

Unificação dos Institutos. Criação do INAMPS. O dilema entre o crescimento dos gastos, a demanda que tende a ser infinita, e os recursos necessariamente finitos. Achatamento dos pagamentos, descompasso entre valor da US e custo de vida. A adoção velada - nem sempre - da indefensável prática que se poderia assim resumir: pagame pouco, trabalho de tal forma que não mereço sequer o que me pagam. Demanda excessiva, real ou artificialmente criada. Vai crescendo a incerteza de ter.

Qual a expectativa para o jovem médico de hoje? Fala-se, e muito, em saturação do mercado de trabalho, o que não deixa de ser curioso em um país onde existem municípios sem médico, onde amplas parcelas da população - mesmo urbana - está desassistida.

É necessário pensar soluções. Descobrir caminhos. Na Inglaterra, nos dias de hoje, os médicos não enriquecem. Mas a diferença entre os que ganham o mínimo e o máximo diminuiu significativamente. Um sistema definido de saúde propicia mais satisfação aos profissionais e aos usuários. Descubrem-se novos ensinamentos pela continuidade do atendimento. Não será isto um progresso?

A definição de um sistema de saúde efetivo não vai agravar a situação dos médicos. Provavelmente vai de uma vez por todas varrer expectativas de enriquecimento rápido e fácil. Aquele ideal de trabalhar dez ou quinze anos e amealhar recursos para aplicar em outras atividades é um ideal socialmente inaceitável, socialmente muito caro. Um país gasta muito para que alguém seja médico. É necessário que o exercício da profissão seja feito por toda a vida, em tempo integral, para que retorne à coletividade aquilo que ela aplicou na formação do profissional.

Vamos voltar às nossas incertezas. Vimos que à INCERTEZA DE SABER devemos adicionar a INCERTEZA DE PODER e a INCERTEZA DE TER. O resultado dessa soma é alarmante. E grande demais para que possamos suportá-lo. Afinal de contas somos apenas seres humanos. Mas se nós utilizarmos um pequeno recurso de matemática, e colocarmos essa soma como numerador de uma fração cujo denominador seja a CERTEZA DE SER vejam que conseguiremos melhorar muito a situação.

Para chegar à CERTEZA DE SER nós precisamos de algumas condições. Nós precisamos amar o próximo. Nós precisamos estar conscientes das nossas incertezas, e procurar constantemente vencê-las ou reduzi-las. Precisamos fazer sempre o melhor possível nas condições existentes. Sem perder de vista a necessidade de modificar tais

condições. Se não fizermos o melhor possível não teremos o respeito de outros, nem mesmo o respeito próprio. E então não poderemos falar em buscar melhores condições.

Amando o próximo e atentos ao que determina o Artigo 30 do Código de Ética - para mim a síntese de todo o Código - nós podemos encontrar a CERTEZA DE SER. O denominador que permite reduzir o valor alarmante da soma das INCERTEZAS.

3

PRIMEIRA AULA

Quando soube que deveria falar nesta oportunidade, entendi que deveria fazê-lo sob a forma de aula. Entendi, também, que não poderia ser uma aula formal. É usual que a primeira aula seja reservada para uma exposição referente à disciplina que se vai lecionar. Não me cabendo, nesta oportunidade, a responsabilidade por uma disciplina definida, essa não poderia ser a solução.

Pensando, tentando enquadrar-me no presente da mesma forma pela qual durante tantos anos tive apenas a recordação do passado e a esperança do futuro, idéias variadas foram ocorrendo.

Recordei uma antiga história. Eu a recordei imprecisamente, como costumamos fazer com as histórias antigas. Mas penso que recordei o essencial. Falharei em muitos dos seus detalhes. Posso garantir, porém, por sua autenticidade. Ela foi narrada por um saudoso e querido mestre. Era a história de um professor que devia proferir sua primeira aula, depois de longo período de exílio. Era grande o auditório, grande era a expectativa. Finalmente ouviram-se as primeiras palavras do antigo - creio que não necessariamente velho - professor. Ele, cujo nome não recordo, cuja época de vida hoje ignoro, apenas tenho certeza de que vivia em país de língua espanhola, usou como suas esperadas primeiras palavras - **COMO DECIAMOS AYER...**

COMO DIZÍAMOS ONTEM... que bela maneira de reassumir a função de professor. Como dizíamos ontem... permitindo subentender que não havia por que negar o que se havia dito, que tampouco havia por que recordar o hiato entre a antiga e as novas aulas. Como dizíamos ontem... uma clara mensagem de quem estava pronto a retomar uma caminhada, interrompida mas não esquecida, caminhada com os olhos dirigidos para a frente como devem ser todas as boas caminhadas.

COMO DIZIA ONTEM... penso que este poderia ser um modo de integrar-me a hoje, de informar aos que ontem não me conheceram, de permitir que todos entendam o que pretenderei amanhã.

COMO DIZIA ONTEM, em discurso de paraninfo: (1)

“... Ireis agora curar algumas vezes, aliviar outras tantas, consolar sempre. Ireis lutar pela preservação da saúde e pela recuperação da saúde. Bem sabeis que, em seu conceito atual, saúde é um estado de bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções e enfermidades. E é a um mundo cheio de angústias e de miséria que ireis oferecer vossa medicina; a populações descalças e que bebem águas poluídas falareis sobre os perigos das verminoses, a populações famintas ensinareis as virtudes da alimentação correta. Enquanto a humanidade aperfeiçoa a cada dia seus meios de destruição, enquanto experiências criminosas espalham radioatividade - nova espada de Dâmocles, mais cruel porque suspensa principalmente sobre indefesas gerações vindouras - vereis que a fome, a falta de instrução, o pauperismo, enfim, prosseguem registrando nossos dolorosos êxitos nas estatísticas de mortalidade infantil, nos índices de morbidade e mortalidade em várias endemias. Não são só nossos esses êxitos; não nos deixemos dominar pelo desânimo, não nos consideremos povo inferior. Esse pessimismo, que às vezes nos tentam impingir, é tanto ou mais maléfico que o ridículo ufanismo sem qualquer base na realidade. Esses êxitos, esses trágicos títulos de primazia, nós os desfrutamos e ostentamos ao lado de todos os outros povos economicamente fracos. Não poderemos ter escola para todos, não poderemos ter saúde para todos, se não tivermos uma nação economicamente forte, e se essa força econômica carecer do calor da solidariedade humana.”

Citando Gilberto Freyre, Tristão de Ataíde, Jairo Ramos, entre

outros, naquela oportunidade, tive o atrevimento - na opinião de alguns - de procurar mostrar que problemas sociais são inseparáveis dos problemas médicos. Dizia então,:

.....

“Tereis notado que nos vários assuntos que vou abordando ressaltam sempre, e cada vez mais, problemas da macro-sociedade. Não é este o momento para fazer prosélitos de qualquer solução. Mas estou certo de que o momento é adequado para enunciar em voz alta todas essas minhas e vossas preocupações, caladas por vezes, mas nunca esquecidas e jamais negadas. Não abordasse eu tais assuntos e me sentiria culpado; porque, é preciso sempre reafirmar - não basta não mentir, é preciso dizer a verdade. Ou, como dizia o Padre Manoel Bernardes, “bem pode haver ira sem haver pecado. E às vezes poderá haver pecado se não houver ira: porquanto a paciência, o silêncio, fermentam a negligência dos maus, e tentam a perseverança dos bons.”

Afirmava:

“É preciso ânimo para não esmorecer na prática da Medicina; e estou certo de que não vos faltará ânimo. Tereis angústias por sentir sempre insuficientes os conhecimentos; enquanto vos fizer sofrer essa sensação de necessidade de aprender mais, não correreis qualquer risco - deterioram-se, técnica e moralmente, os que se deixam embalar em sonhos de auto-suficiência e infalibilidade. É um grande clínico americano que afirma com objetividade: cada um de nós, por mais velho que seja, continua sendo um aprendiz na escola da experiência. Quando um homem crê ter-se graduado converte-se numa ameaça pública.”

Finalmente dizia a meus afilhados querer vê-los

“como augurava Milton Carneiro a seus afilhados de 1933, em absoluta vertical, homens pisando com firmeza os caminhos da vida, vida numa reta intorcível, destinos subindo a grande cordilheira do ideal, milionários da esperança que amanhecem este dia para anoitecer, daqui a muitos anos, milionários de dores roubadas ao próximo.”

COMO DIZIA ONTEM...

Aos doutorandos de 1964 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, que, rompendo uma tradição - por imposição dos que se denominavam defensores das tradições - colaram grau sem paraninfo, distribuíram convites em que um nome havia sido apagado, dizia umas poucas palavras escritas. (2) Começava repetindo o Gênesis: “E assim, recebido o pão e o cozinhado de lentilhas, comeu e bebeu, e foi-se, dando-se-lhe pouco de ter vendido o seu direito de primogenitura.”

Citava, também, Bernard Shaw:

Quando o nosso filho está doente ou nossa esposa morrendo, se realmente os amamos, somos capazes de por de parte qualquer idiossincrasia pessoal diante do espetáculo de uma pessoa em dores ou em perigo, pois o que queremos é conforto, tranquilidade, alguma coisa a que nos apegarmos, por mais frágil que seja. É isso o que o médico nos traz. Algumas vezes o que ele faz mata o paciente, mas nós não o sabemos. E o médico nos assegura que empregou todos os recursos da ciência. Ninguém irá dizer brutalmente a um pai, mãe, marido, esposa, irmão ou irmã - Mataste o teu ente querido com a tua credulidade.”

Dessas amargas citações passava a dizer tudo o que se espera do médico, inclusive que:

“Espera-se tanto do médico que todos se revoltam ao saber que falta atendimento a quem não possa pagar. Mas nem todos se comovem

com o fato de que outros bens essenciais também sejam negados a muitos. Espera-se tanto e tanto se confia, mas nem todos compreendem que o médico, testemunha constante das conseqüências da miséria, sinta muitas vezes como um dever o de assumir atitudes e buscar soluções diante dos problemas sociais.”

Aos Médicos de Março de 1965 (integrantes da Turma de 1964, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná que se recusaram a comparecer à formatura sem paraninfo, (como punição exemplar somente colaram grau em Março de 1965) - pequenos em número, grandes em dignidade - pouco disse. Mas jamais os esqueci e não seria hoje que poderia esquecê-los.

COMO DIZIA ONTEM...

Dizia, na ÚLTIMA AULA DOS DOUTORANDOS DE 1969 da FACULDADE DE MEDICINA DE PELOTAS, igualmente obrigados a colar grau sem paraninfo (3) que:

“É muito difícil ser Médico. Há um grande dilema na prática profissional, se nos pusermos a atentar para o ser humano ou para o cliente. Não foi outra a razão pela qual um velho mestre da Medicina brasileira afirmou que “uma coisa é saber clínica, outra é saber clinicar”. Há certamente inúmeras maneiras de agradar o cliente. Somente uma, porém, é a maneira de ser fiel ao serviço do homem. Tal maneira é a única que corresponde à confiança com que a humanidade aceita os médicos”.

Frisava ser imperiosa uma opção - simplesmente viver DA medicina, ou viver NA medicina.

COMO DIZIA ONTEM...

Ao ter a honra de proferir conferência na inauguração da sede de

uma entidade profissional - Regional da Serra da Associação Catarinense de Medicina (4) lembrava Andrew Clark, citado por Florêncio Escardó, que dizia "haver trabalhado dez anos para o pão, dez anos para o pão com manteiga e vinte anos para biscoitos e vinhos" e afirmava que:

"A expectativa de um médico jovem não pode ser, nos dias atuais - se é que alguma vez o foi - a de poder começar pelos biscoitos e vinhos. A menos que ele aceite comer ao mesmo tempo, e excretar em público sem qualquer pudor, todos os ideais que desde Hipócrates vêm sendo apregoados".

Dizia, também, que:

"Sem querer repisar concepções ético-filosóficas, procurando colocar-me em um ponto de vista estritamente pragmático, penso que não existirá jamais sistema em que possam, duradouramente, ser melhores as oportunidades para os que tiverem menos conhecimentos, precária experiência, desvalorizado o próprio nome, perdido o respeito dos seus concidadãos, como o seu próprio. Ressalvo apenas uma exceção - penso nos que pretendem ser médicos a vida inteira, isto é, aqueles animados de autêntica vocação. Aos que quiserem fazer fortuna fácil e rápida e daí partir para outros ramos de atividade ou renda, talvez seja possível encontrar outras opções".

E terminava com a tradução livre de um texto de Stewart Roberts (5), que dizia:

"Em qualquer tempo e em qualquer lugar, no meu trabalho, de dia ou de noite, na paz ou na guerra, em terra ou no mar, no laboratório ou no consultório, em um lar ou em um hospital, numa

sala de aula ou em campo aberto, possa eu ser paciente, equilibrado, metuculoso; leal à ciência e à humanidade, abnegado no trabalho e puro na vida. Possa eu crer que a ciência é melhor do que o ouro, e os seres humanos melhores do que a cobiça, que o serviço é proporcional à preparação e a recompensa ao trabalho. Possa eu usar medicamentos somente quando indicados. Diagnosticar antes de tratar ou operar. Lavar-me antes de fazer um parto, utilizar meu laboratório, preservar o bom senso, respeitar mas não idolatrar minha própria opinião, procurar conselhos freqüentemente, ser cauteloso nos julgamentos e prudente nas palavras, cordato nos pareceres e contactos com outros médicos. Em meu laboratório possa eu conservar minha documentação, nos casos clínicos meus prontuários, e entrè eles e eu preservar a exatidão da verdade. Possa eu ser forte junto aos fracos, virtuoso com os corruptos, sábio com os tolos, honesto comigo mesmo e generoso para todos. Possa eu evitar comparações profissionais e suscetibilidades, falar bem de todos os que se integram fielmente na medicina, evitar o ciúme e abster-me da inveja, acompanhar o progresso, evitar que as exigências da vida esfriem meu entusiasmo pelo estudo e pelos conhecimentos, distrair-me algumas vezes e descansar quando eu puder. Possa eu sofrer injustiças airosamente, decepções tranqüilamente, enfrentar as doenças animadamente, a morte confiantemente, pensar na vitória e na derrota como igualmente integrantes de um plano maior, e de ambas partir estimulado para repetidos combates. Possa eu ter presente que sou herdeiro das mesmas doenças dos meus pacientes, e que devo encontrar a mesma morte, passar com eles deste mundo, e que o possa fazer com um sorriso...”

COMO DIZIA ONTEM...

Em 1975 recebi, com muita honra, a solicitação de escrever algo sobre aspectos éticos da profissão, para uma revista que deveria ser editada por estudantes de Medicina. Escrevi - “O PACIENTE E O CLIENTE” (6). Encerrava minha colaboração solicitada - dizendo:

“Se um só artigo do Código de Ética dos Conselhos de Medicina do Brasil devesse ser conhecido, penso que seria o Art. 30: O ALVO DE TODA A ATENÇÃO DO MÉDICO É O DOENTE, EM BENEFÍCIO DO

QUAL DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL. Não me ocorre qualquer norma ética, expressa ou implícita, que não se possa deduzir da leitura desse artigo. Por ser o DOENTE - e não o CLIENTE - o alvo de toda a atenção médica é que a Medicina não se pode contentar com a atenção ao indivíduo enfermo. E vai, cada vez mais, tendendo a fixar-se na saúde da comunidade. Para encerrar permito-me transcrever palavras do Dr. Ramon Villarreal, da Organização Panamericana de Saúde (in "Educación Médica Y Salud, vol. 6 nº 2, 1972), sobre a necessidade de:

ROMPER A TRADIÇÃO ESTABELECIDADA PELO HOMEM QUE, EM RELAÇÃO COM O MEIO, CRIA INSTITUIÇÕES PARA HUMANIZAR O MUNDO, MAS QUE, PROGRESSIVAMENTE, SE VAI ADAPTANDO A ELAS. CHEGANDO AO ESTADO DE INÉRCIA QUE PERMITE QUE A INSTITUIÇÃO SE FOSSILIZE E SIRVA MAIS A SEUS CRIADORES QUE A SEUS BENEFICIÁRIOS TEÓRICOS.

Penso que tais palavras podem servir como inspiração para que se olhe, com espírito crítico, o que estamos fazendo ou permitindo que façam em nome de nossa profissão. Através dessa análise estou certo de que se poderá voltar à essência da Medicina”.

A colaboração não foi publicada.

COMO DIZIA ONTEM...

Em 1977, honrado com inesperado convite para uma palestra na

instalação da Semana Acadêmica da Faculdade de Medicina de Pelotas, desenvolvi uma fórmula matemática que julgo importante repisar. A soma da incerteza de saber + incerteza de poder + incerteza de ter é tão grande que só mesmo transformando-a em numerador de uma fração ordinária, cujo denominador corresponda à certeza de ser, poderemos transformar aquela grandeza em algo suportável para nossos limitados ombros humanos.

COMO DIZIA ONTEM...

Ao realizar ciclo de palestras em Ponta Grossa (Paraná), sob o título geral PERPLEXIDADES E PERSPECTIVAS DA MEDICINA (7) chegava à conclusão de que minhas perplexidades eram maiores e mais claras do que as perspectivas. E afirmava:

“Realmente, quanto mais se vive a profissão médica, maiores são as dificuldades que ela nos oferece, quaisquer que sejam os problemas considerados. Provavelmente há alguns anos eu teria muito mais respostas... convic-tas respostas. Provavelmente falsas respostas. Hoje o que eu mais tenho são perguntas. Compartilhá-las, com elas provocar debates e estudos, eis minha principal intenção.”

COMO DIZIA ONTEM...

Manifestava minhas dúvidas sobre a apregoada saturação do mercado de trabalho para os médicos (8) ao observar a realidade que evidencia a existência de municípios sem médico bem como a de municípios que sofrem carência total ou parcial de assistência.

COMO DIZIA ONTEM... encerrando a apresentação que, com imensa honra, escreví para o Manual de Diabete do Professor Lysandro Santos Lima (9), é importante recordar que a arte médica é um complemento e não um oposto da chamada ciência.

Já vão longe essas reminiscências. Aquilo que havia pretendido fosse apenas a introdução desta aula transformou-se praticamente em todo o seu conteúdo.

Impõe-se ir adiante. Dizer algo sobre hoje e amanhã.

Hoje é um dia de muita emoção. E dia de muita preocupação. Trago comigo, depois de todos esses anos, várias dúvidas sobre a eficácia de muitos procedimentos didáticos que no passado constituíram minha principal atuação. Trago a convicção de que muito é preciso revisar. Trago, ao mesmo tempo, aquela preocupação muito bem exposta por Osler (10):

“Cerca de quinta ou sexta década da existência começa a se insinuar em nós uma alteração gradual, fisicamente perceptível no embranquecimento dos cabelos e naquela perda da vivacidade que força o homem a abrir o portão ao invés de saltá-lo. E, em muitos de nós, essa transformação física traz o seu equivalente mental...”

“Já em seu tempo queixava-se Harvey da impossibilidade quase geral, entre homens que haviam ultrapassado essa idade crítica, de aceitarem a teoria da circulação do sangue. É interessante notar, em nossa época, como a teoria da origem microbiana de certas doenças, tal como outras doutrinas modernas veio crescendo para a aceitação geral de par com o desenvolvimento da geração que lhe deu origem. A única salvaguarda do professor contra essa lamentável disposição será dedicar sua vida, da terceira década em diante, à companhia de mentalidades mais jovens e, portanto, mais receptivas e evoluídas.”

Aqui estou hoje, outra vez como vestibulando, outra vez calouro, outra vez doutorando, outra vez vindo de Curitiba a Pelotas, retornando do exílio - menos sofrido (ou mais?) porque em minha própria terra natal. Vestibulando, calouro, doutorando, novo professor que muito sonhava ser ainda um professor novo, cheio de preocupações e angústias, esperando encontrar o amparo e ajuda dos mais moços a quem acredita jamais haver deixado de apoiar.

Aqui estou hoje, e devo pensar no amanhã. O amanhã que eu espero seja livre de maniqueísmo, o amanhã que eu espero não precise ter um novo Galileu, não precise ter novos doutorandos de março de 1965, não precise ter um novo Miguel de Unamuno. O Unamuno irrequieto, paradoxal, inimigo de qualquer dogmatismo intelectual, Unamuno que combateu na Espanha as tendências de governo ditatorial, com ou sem monarquia, Unamuno mais de uma vez exilado e que,

depois de retornar à Pátria, feito Reitor da Universidade de Salamanca e eleito parlamentar, teve que morrer solitário e triste nos idos de 1936, depois de haver sentido como uma obrigação sua a resposta pública ao grito estúpido de VIVA LA MUERTE. Dizia Unamuno: "Há momentos em que calar é mentir. Porque o silêncio pode ser tomado como aquiescência". E prosseguia:

"Acabei de ouvir um brado necrófilo e insensato - Viva a morte. E eu, que passei minha vida dando forma a paradoxos que despertaram a irada incompreensão de outros, devo declarar-vos, como autoridade no assunto, que esse estranho paradoxo me é repulsivo."

Com outras lúcidas e brilhantes palavras prosseguia o grande professor quando o autor do brado necrófilo e insensato ergueu novamente a voz para gritar - ABAJO LA INTELIGÊNCIA! VIVA LA MUERTE!"

Unamuno continuou: "Este é o templo da inteligência. Vós profanais este sagrado recinto." Muito - em conteúdo - e pouco em palavras - disse ainda Unamuno. Antes de deixar a Universidade pela última vez.

Espero, sinceramente, que o amanhã seja livre de maniqueísmo, seja um amanhã sem Galileu, seja um amanhã sem doutorandos de março de 1965, seja um amanhã onde Unamuno não necessite protestar.

Sinto que fui imodesto ao misturar-me com Galileu, doutorandos de março de 1965, Miguel de Unamuno. Permitam-me que explique para terminar. A modéstia nunca foi uma característica que eu gostasse de cultivar. Acho que tenho menos méritos do que Galileu, do que os Doutorandos de março de 1965, do que Miguel de Unamuno. Apenas, reivindico essa glória - penso que provei um pouco do mesmo fel que eles beberam. Felizmente o gosto amargo está no passado. E não me tornou incapaz de olhar para a frente, de lutar pelo futuro. Mesmo porque futuro é um sinônimo da função de professor. Futuro é a razão de ser de um Pai. Ser Professor e Pai são meus dois grandes objetivos, porque só assim estou convencido da maior durabilidade do Médico e do Homem que tenho procurado ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. GIGANTE, A.G.: "Não Esmorecer", Revista Brasileira de Medicina, 19, 11, Novembro 1962, 647-650.
2. GIGANTE, A.G.: "Aos Doutorandos de 1964 da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná" - Texto mimeografado.

3. GIGANTE, A.G.: "Última aula aos Doutorandos de 1969 da Faculdade de Medicina de Pelotas", Texto mimeografado, não aceito para publicação pela Revista da Associação Médica Brasileira.
4. GIGANTE, A.G.: "Medicina - Ontem, Hoje e Amanhã", Arq. Cat. de Med., 4,1, 1975, 45-49.
5. ROBERTS, W.C.: "Dr. Stewart R. Roberts - An Ideal of Modern Medicine", Ann. Int. Med., 170, 5, Maio 1969, 1016-1017.
6. GIGANTE, A.G.: "O Paciente e o Cliente", Colaboração solicitada e não publicada por uma revista de acadêmicos de Medicina, 1975.
7. GIGANTE, A.G.: "Medicina - Perplexidades e Perspectivas", Texto mimeografado pela Secção Regional de Ponta Grossa da Associação Médica do Paraná, 1977.
8. GIGANTE, A.G.: "Mercado de Trabalho saturado?", Rev. AMRIGS, 23, 4, Out-Dez. 1979, 47.
9. GIGANTE, A.G.: Apresentação do MANUAL DE DIABETE, Lysandro Santos Lima, Ed. Artes Médicas, P. Alegre, 1980.
10. OSLER, W.: "O Professor e o Aluno", in AEQUINIMITAS, Tradução da 3ª edição, 1932, The Blakiston Company, Philadelphia.

4

UM MOMENTO, DOUTORANDOS!

Parece fora de dúvida que as mensagens de maior valor, as que podem ser mais proveitosas, são aquelas baseadas na experiência. Esta, por outro lado, é a única vantagem que podemos encontrar na condição de mais velhos.

Decidido a falar com base em minha experiência não poderia, porém, deixar de assinalar que essa, como todas as palavras, é frequentemente objeto de maus usos.

Ouvem-se, por vezes, opiniões absolutamente discordantes de todas as melhor assentadas, e em seu abono invoca-se apenas a experiência. Como se não fosse possível, e até provável, um fenômeno a que poderíamos catalogar como de ilusão de ótica, pelo qual a reiterada prática de um erro pode ser, em interpretação também errônea, base para fundamentar uma impropriamente considerada experiência. Isto é particularmente importante em Medicina, e penso não ser impertinente lembrar que Hipócrates já ensinou que "a experiência é enganadora".

Outro terrível mau uso da expressão experiência - particularmente nocivo em ambientes de educação médica - é aquele que leva a fazer crer ser a experiência algo que suplanta e dispensa qualquer outra forma de aquisição de conhecimentos. Se apenas pela experiência fosse possível atingir seguros conhecimentos não ficaria fácil imaginar como se haveria de iniciar a vida de um profissional. Por outro lado é facilmente compreensível que isto levaria a uma inevitável hierarquia por faixas etárias, a uma implacável gerontocracia.

Feitas estas ressalvas quanto a maus usos da palavra, proponho-me a falar a partir de minha experiência, resultante final de fatos e reflexões de trinta e cinco anos de vida acadêmica e profissional.

Deveria eu falar em minha experiência como médico, em um enfoque estritamente técnico? Penso que não. É uma experiência pobre. Diplomado em faculdade modesta em recursos de toda ordem, estagiário de um estágio limitado em Rosário (Argentina), médico de indigentes na Santa Casa e no Hospital Nossa Senhora das Graças de Curitiba,

médico do ambulatório do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciários, assistente voluntário por seis anos, instrutor contratado quando já me preparava para o concurso de livre docência. Instrutor, nomeado depois de obtido tal título, médico do Hospital de Clínicas em seus primeiros e difíceis passos, aposentado no momento em que caía um governo com cujas palavras eu muitas vezes concordava mas de cujos favores e benesses não usufruía. Médico reiniciando a carreira, pela possibilidade de permanecer no magistério, professor de uma faculdade nova, tendo apoio de muitos amigos desta onde tive minha formação, professor por cinco anos, até que alguém entendeu que não mais deveria ser professor, punido pela segunda vez, como muitos outros, porque punidos havíamos sido anteriormente. Médico da Previdência, sempre, médico de consultório. Professor anistiado com profundas dúvidas sobre o caminho a escolher. Em dúvida agora sobre o caminho eslhido, onde dificuldades inesperadas têm sido maiores mesmo do que as previsíveis. Professor que se vê profundamente alarmado pela expansão de alguns dos mais temíveis ismos - o pragmatismo, o maniqueísmo, o consumismo, o Panglossismo (expressão que me permito criar para definir o que talvez não seja mais do que uma forma de comodismo, sem ter sequer a ingenuidade respeitável de mestre Pangloss).

Depois de revisar essa experiência profissional, de forma talvez pouco clara porque tenha sacrificado os detalhes em favor da brevidade, deveria eu falar sobre o papel social do médico, nos termos do honroso convite que me foi feito. Será que sei claramente qual deve ser esse papel nos dias de hoje e nos próximos anos? Será que sou capaz de imaginar como pensam e sentem os jovens que hoje caminham para a formatura? Como estou convencido de que a formatura é apenas uma data e a formação algo que nunca se haverá de considerar completa, creio que devo tentar discutir alguns pontos. Mesmo que neles eu não consiga, por limitações de vários tipos ou pelo inevitável fosso que separa os indivíduos de diferentes gerações, expor idéias aceitáveis por todos ou pela maior parte dos ouvintes. Julgo adequado referir que entendo como grave forma de desonestidade intelectual o hábito de buscar aplausos falando apenas o que os outros gostam de ouvir. Somente criando dúvidas, estimulando tomadas de posições diversas, é que podemos ajudar o crescimento do homem. E o crescimento do médico há de ser, antes de tudo, o crescimento do homem.

Seja qual for o modelo de organização do trabalho médico, hoje ou em qualquer tempo, não é possível esquecer que, ao fundo, existe uma especialíssima relação entre dois seres humanos. Dois seres iguais. Um que sofre e necessita confiar. Outro que deve ser competente e



eficiente na busca do alívio do sofrimento alheio, assim como na de sua própria realização como profissional e como pessoa.

Deve o médico ser um profissional ou um sacerdote?

Em teoria o médico não deve permitir que considerações de ordem econômica influam em sua prática profissional. Aparentemente isto foi possível em tempos e circunstâncias diferentes dos atuais. A fiel observância de normas éticas não constitui, porém, meio de subsistência. Não podemos, entretanto, aceitar o inverso - que em nome da subsistência seja possível um profissional da medicina sem qualquer compromisso ético. Como afirmei em outra oportunidade não há aí qualquer preocupação moralista. Existe, isto sim, a preocupação com a saúde dos indivíduos médicos que, como a de todos, há de ser estado de completo bem estar físico, mental e social.

Resumidamente só existem duas maneiras de exercer a profissão, em qualquer tempo e em qualquer sistema. E essas duas maneiras decorrem de fixarmos como objetivo o PACIENTE ou o CLIENTE.

Diante do PACIENTE cabe perguntar-se o que é possível fazer para ajudá-lo.

Olhando o CLIENTE a questão que se impõe é o que será possível dele tirar.

O PACIENTE é o ser humano que sofre, é qualquer um de nós, é um dos nossos entes mais queridos.

O CLIENTE é o freguês.

A primeira atitude - olhar o PACIENTE - é coerente com a essência da Medicina. Porque Medicina é amor ao próximo. Medicina é humanismo.

A segunda, olhar apenas o CLIENTE - é uma simples maneira de garantir o próprio sustento. Afasta-se tão facilmente da Medicina que pode escorregar para formas de mercantilização, pode mesmo atingir a área da delinquência, sem sequer respeitar a tradicional opção oferecida pelos assaltantes - a bolsa OU a vida.

Em várias oportunidades diferentes pessoas, em diversos lugares, pediram-me que falasse ou escrevesse sobre aspectos éticos da profissão. Sempre me alegrou verificar preocupação com a ética médica, porque entendo não poder faltar um sentido ético à Medicina.

Sempre me orgulharam tais convites, porque neles eu encontro uma demonstração de reconhecimento a algumas normas de vida que adotei. Uma vez que a fidelidade a tais normas impõe alguns sacrifícios, é bom que às vezes proporcione alegrias outras além das que mais intimamente somos capazes de desfrutar.

Não desanimei nem mesmo quando, há alguns anos, doutorandos

de Medicina deixaram de publicar uma colaboração que me haviam solicitado. E nem mesmo fiquei sabendo se a decisão de não publicar teria sido dos próprios doutorandos (o que seria muito grave para quem, como eu, gosta de pensar no futuro) ou de algumas instância nominalmente superior.

Assistimos, com freqüência, ataques a profissionais da Medicina. Ataques em que por vezes há deturpação de fatos, são explorados sentimentos e angústias que mereceriam mais respeito, num despuorado apelo ao sensacionalismo. É triste a existência de tais ataques. Mais triste, porém, é o fato de que não sejam todos injustificados. Não fora o respeito que merece a saúde mental da coletividade confesso que às vezes sinto a tentação de escrever algo que se poderia chamar **SOBRE A EXPROPRIAÇÃO DA SAÚDE (O QUE ILLICH NÃO CONTOU, PORQUE NÃO SABIA)**.

Voltemos, porém, a discutir o enfoque do **PACIENTE** e do **CLIENTE**.

Agindo com vistas ao diagnóstico, pensando no **PACIENTE**, dever-se-á:

- dedicar tempo suficiente para bem ouvir e procurar compreender suas queixas explícitas e problemas implícitos;
- realizar exame físico adequado;
- solicitar exames complementares dentro de formais indicações;
- aconselhar consultas a outros médicos dentro de exato critério, escolhendo todos os profissionais exclusivamente em função de sua capacidade.

Para alguém que se fixe no **CLIENTE** outras deverão ser as atitudes:

- dedicar o menor tempo possível para ouvir e examinar. Afinal... "time is money"!
- solicitar exames complementares em profusão. Necessários ou não, poderão, ocasionalmente, sanar falhar do exame clínico. Quase sempre impressionarão o **CLIENTE**. Usualmente agradarão a outros colegas. E, quem sabe, até outras vantagens poderão trazer.
- aconselhar consultas a médicos amigos e compreensivos: Que atuem da mesma forma. E enviem outros clientes em troca.

Vencida a etapa do diagnóstico temos a do prognóstico. Certamente a mais difícil das tarefas médicas. Além de difícil não pode, ao contrário do diagnóstico e da terapêutica, ser melhorada pelo progresso tecnológico.

Ao formular prognóstico pensando no PACIENTE é necessário:

- procurar ser o mais claro possível, diretamente com o paciente ou com seus familiares;
- evitar a criação de angústias inúteis;
- procurar fazer com que todos compreendam que os médicos não são onipotentes, posto que esta é uma situação importantíssima para a boa relação médico-paciente.

Visando o CLIENTE outras devem ser as formas de agir:

- preferir sempre um prognóstico sombrio. Servirá para antecipadamente valorizar eventuais bons resultados e desculpar insucessos;
- se angústias forem geradas, inúteis serão apenas para o enfermo e seus familiares. Porque sempre serão úteis - gerarão novos CLIENTES;

Vejamos, finalmente, as atitudes dentro do tratamento. É esta, usualmente, a parte menos árdua de nosso trabalho. Mas é a mais importante para os leigos que quase a consideram única, tanto que, quase sempre, trazem já seu próprio diagnóstico.

Pensando no PACIENTE deveremos:

- perseguir sempre a MELHOR ESCOLHA, isto é, a conduta mais eficiente, com menores riscos e menores custos. Mesmo que exista quem levemente acuse o profissional de antiquado, não se compreenderia deixar de usar o velho, conhecido e barato medicamento, presumivelmente eficaz. Certamente existem, também, ocasiões em que medicamentos não cabem. E é preciso transmitir isto ao ser humano que sofre.

Creio oportuno lembrar que a Organização Mundial da Saúde estima em cinquenta por cento a proporção de pessoas que consultam, em qualquer serviço médico, sem ter doença física. A esses não basta, porém, dizer que "não têm nada". Porque têm. Sofrem. Talvez seja necessário enviá-los a outro médico (não bastando dizer que "na minha especialidade está tudo bem"). Talvez seja apenas necessário diminuir-lhes a ansiedade, minimizar as fantasias. Em síntese, é preciso não esquecer esses cinquenta por cento. Mesmo que não se possa melhorar

a muitos deles, como desejaríamos, pelo menos que não se lhes agrave a situação, seja pelo acréscimo de aflições, aumento de gastos ou retirada de órgãos.

Mais uma vez tudo há de ser diferente se pensarmos no **CLIENTE**:

- caberá aumentar-lhe as fantasias. Por palavras, gestos e silêncios, fornecer-lhe material para novos e maiores receios. Sobrecarregá-lo de drogas. E aliviá-lo de órgãos. Ele não melhorará, em geral. Jamais melhorará de modo duradouro. Mas será **CLIENTE** sempre. Se não do mesmo, pelo menos de outro profissional semelhante. E poderá crescer e multiplicar-se, porque sabidamente as neuroses não altamente contagiosas no ambiente familiar e chegam às vezes a causar verdadeiros surtos epidêmicos nas comunidades;

- convém sempre chamar a atenção para o fato, verdadeiro ou falso, de que “é uma lástima o tempo que foi perdido”, ou, mais sutilmente, “vamos ver o que **AINDA** é possível fazer”. Pouco importa que isto possa gerar angústias. Angústias gerarão mais **CLIENTES**.

Eu creio convictamente que um único artigo do Código de Ética dos Conselhos de Medicina do Brasil deveria ser ensinado e obedecido, em todos os tempos e lugares. Seria o artigo 30:

O ALVO DE TODA A ATENÇÃO DO MÉDICO É O DOENTE, EM BENEFÍCIO DO QUAL DEVERÁ AGIR COM O MÁXIMO DE ZELO E O MELHOR DE SUA CAPACIDADE PROFISSIONAL.

Não me ocorre qualquer norma ética que não possa ser deduzida da leitura desse artigo.

Por ser o **DOENTE**, o **PACIENTE**, e não o **CLIENTE**, o alvo de toda a atenção médica é que a Medicina não se pode contentar com a atenção apenas ao indivíduo enfermo. E vai, cada vez mais, tendendo a fixar-se na saúde da comunidade.

Repitamos a pergunta: deve o médico ser um profissional ou um sacerdote?

Quando a prática médica era unicamente privada, fiel aos princípios da livre escolha do profissional e da livre fixação dos honorários entre esse e o paciente, não havia, **TEORICAMENTE**, necessidade de procurar proporcionar serviços desnecessários. Bastaria ao médico que



desejasse aumentar seus ganhos elevar o nível de seus honorários. Claro que poderiam assim ficar os serviços acessíveis a um número cada vez menor de pessoas, e seria dito, desde logo, que a Medicina era elitista. Mas isto não seria contraditório em uma sociedade concordante com o elitismo em todos os níveis. A mercantilização, a ganância ou outros distúrbios de comportamento seriam freiados pelo próprio paciente. Os que defendem a volta da medicina liberal, como modelo predominante (para atender a quantos? para atender a quem?) entendem que, por essa razão, ela seria a única que se poderia conservar fiel às normas éticas. Todas essas colocações teóricas não resistem à prática, porque existe um fenômeno que os próprios pacientes identificam ao dizer que **CONFIAM CEGAMENTE** em seus médicos. Afirmativa que eu, aliás, costumo contestar dizendo preferir que as pessoas confiem em mim lucidamente.

Novas situações são criadas no momento em que a sociedade não mais aceita o elitismo da assistência médica e, de modo cada vez mais generalizado, tende a incluir os cuidados com a saúde entre os direitos fundamentais do ser humano. Interpõe-se alguém entre médico e paciente - alguém que paga. Já não mais são fixados livremente os honorários. Quem paga usualmente paga pouco, mormente em países com recursos limitados. Paga pouco e, como uma sórdida forma de compensação, habitualmente não discute a qualidade do que está pagando. Por isto, como tenho dito algumas vezes, com evidente ironia, a unidade de serviço cumpriu, entre outros, um papel "democratizante" - colocou ao alcance de todos "privilégios" que antes eram apenas de alguns.

Estabelecida a contradição entre sociedade consumista, sociedade adoradora de bezerro de ouro, e medicina a preços baixos, novos e graves problemas começam a ser gerados.

Quando os problemas da Medicina são postos em discussão vemos que um dos temas mais destacados é a plethora de médicos, a saturação do mercado de trabalho. Curiosamente sabemos que existem ainda numerosos municípios sem médico e que, em toda a parte, parcelas significativas da população estão à margem da assistência. Realça-se a indubitável concentração de médicos nos grandes centros e nas áreas mais ricas, mas nem sempre se acentua que esta é, em grande parte, uma consequência do tipo de ensino médico que tem sido desenvolvido no país bem como das normas que regem nossa maior instituição previdenciária.

Dados fornecidos pela DATAPREV e analisados pelo Presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Dr. Hélio Fiszbejn) demonstram que dez por cento dos médicos que trabalham pelo sistema de

pagamento por unidades de serviço absorvem noventa por cento dos recursos financeiros destinados a tal sistema. Por outras palavras o que fica evidente é que a concentração de renda, característica da atual política sócio-econômica, atinge também - como não poderia deixar de ser - a categoria profissional dos médicos.

No XII Congresso da Federação Nacional dos Médicos, em setembro último, foram apontados importantes aspectos negativos do sistema de remuneração por unidade de serviço. Não entendo, portanto, que se possa ver no puro e simples aumento do valor de tais unidades solução para os mais sérios e profundos problemas dos dias atuais.

Diz GARAUDY que o deus oculto da humanidade é o crescimento, e que esse é um deus cruel que exige sacrifícios humanos. Isto é a todo o instante verificado, a cada dia com mais frequência e intensidade (basta pensar em poluições as mais variadas, devastação de reservas, em síntese o sacrifício do futuro) a ponto que se torna cada vez mais importante o conceito de saúde adotado pela Organização Mundial da Saúde.

Analogamente, se permitirmos que o deus oculto da medicina seja o sucesso de indivíduos ou de grupos, logo estaremos irremediavelmente esmagados pelo complexo industrial-médico.

Penso que o médico deve ser um profissional. Fornecendo a competência que dele se espera. Recebendo remuneração compatível com sua responsabilidade e com a realidade nacional. Remuneração que valorize mais os atos médicos do que as complexas tecnologias, desnecessárias quando não prejudiciais na grande maioria dos casos.

Penso que o médico deve ser um profissional. Mas não consigo imaginá-lo autêntico e respeitável se não manifestar um intenso compromisso com a sociedade onde vive e à qual tanto deve.

Ao retornar ao magistério entendí conveniente inscrever-me em um curso de atualização sobre técnicas pedagógicas, realizado na Faculdade de Educação da Universidade Federal de Pelotas. Como introdução ao melhor conhecimento e adequado emprego das diferentes técnicas fomos estimulados a refletir sobre aspectos gerais da educação. Aprendí, em palavras bem claras, que existem dois tipos de educação - uma educação conservadora e uma educação transformadora. Digo que aprendí em palavras, porque na mesma oportunidade eu me dei conta de que sempre sentira assim. E, mais, que a predominância tem sido, entre nós, da primeira forma. Não se pense que a educação poderia, por sí só, transformar a sociedade. Mas creio não haver dúvida de que sem ela as transformações serão sempre mais difíceis e menos eficientes.

“A idade proveceta confere às pessoas certas regalias. E entre essas regalias está a de poder aconselhar. Tenho a presunção de não haver ainda atingido essa idade e não estando, ou não se julgando, necessitados de conselhos os que me ouvem, fico bem à vontade para proferir esta aula, certo de que meu discurso não será interpretado como uma pregação de conselheiro.”

Com estas palavras o professor HOMERO BRAGA iniciou a aula inaugural dirigida em 1947 aos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade do Paraná. A elas seguiram várias outras importantes considerações, da melhor forma e fundo, legítima expressão da grande figura humana que as escreveu e teve a gentileza de editar sob o título **“UM MOMENTO, CALOUROS!”**

Eu , que fui um dos destinatários daquela que foi a primeira de muitas grandes lições, resolvo hoje imitar-lhe o título e tentar aproveitar-me das considerações que transcrevi e que me parecem em tudo aplicáveis à situação que hoje vivenciamos.

As perplexidades dos doutorandos de hoje são comparáveis às dos calouros de todos os tempos.

É imperiosa a discussão de aspectos que, embora essenciais à profissão escolhida, por não fazer parte da chamada ciência médica, pouco lugar encontram usualmente nos currículos acadêmicos.

Mestre MILTON CARNEIRO certamente diria que eu, mais do que homenageando o Professor Homero Braga, estou é **“com saudade de mim mesmo.”** O que muito provavelmente é verdade. Quando se sente próximo o final de uma jornada, quando nos damos conta de quantas coisas deixamos de fazer, é nessa especialíssima forma de saudade que vamos encontrar forças para não deixar que o desânimo tome conta de nós.

Antes de meu retorno ao magistério fui honrado, pela turma de 1980 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, com a escolha de meu nome para receber uma homenagem de reconhecimento. Entendi que, além de meu possível esforço nos passos iniciais

daquela Faculdade, quiseram os colegas de turma de minha filha homenagear-me como Pai. E isto muito me alegrou, posto que ser Pai é a única função que mais me orgulha do que as de Médico e de Professor. Querendo retribuir a essa carinhosa homenagem reuní algumas reflexões feitas ao longo de anos, principalmente dos dez anos de afastamento do convívio com os alunos. Eu sonhei publicá-las, sob o título que hoje uso nesta palestra. De um primeiro editor, ligado aos temas mais técnicos, ouvi uma recusa porque a ele pareceu haver mais sentido político e social do que médico. De editor afeito aos assuntos políticos e sociais soube que meus escritos não se enquadravam em qualquer de suas linhas de publicações.

Destinadas a todos os Doutorandos, eu pretendia que aquelas páginas fossem dedicadas especialmente a alguns:

- aos Doutorandos de 1961 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná;
- aos Doutorandos de 1964 da mesma Faculdade mas, muito especialmente, aos Doutorandos de março de 1965;
- aos Doutorandos de 1968, 1970 e 1971 da Faculdade de Medicina de Pelotas mas, muito especialmente aos Doutorandos de 1969 da mesma Faculdade;
- aos Doutorandos de 1980 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, cuja homenagem eu tentava agradecer, bem como aos Doutorandos de 1980 da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, dos quais eu imodestamente me sentia homenageado ao saber que haviam escolhido Patrono o Professor Paulo Barbosa da Costa.

A frustração de não haver publicado aquela coletânea desaparece hoje, quando sob o mesmo título eu me dirijo a uma turma que elegeu como modelos de identificação os Professores Lysandro Santos Lima e Dante Romanó Júnior. Fato que me dá certeza de encontrar receptividade para pensamentos do utopista do possível que procuro ser.

O estudo da Medicina - como vocês viram ao longo de seis anos tem enormes atrativos. E gera alguns problemas. A quantidade de conhecimentos técnicos necessários a cada passo, e isto é verdade para a vida toda, leva muito facilmente a não se ter tempo para outras leituras e reflexões.

O exercício da Medicina, em sua plenitude, traz muitos problemas. É impossível levá-lo a cabo apenas com conhecimentos técnicos. Talvez por isto se tenha dito que a Medicina é uma coisa séria de mais

para ser entregue apenas aos médicos. Pelo menos aos médicos que se coloquem na posição de técnicos sem compromisso com a realidade social, aos médicos que se contentem em cobrar pedágio pelas alegrias do nascimento e crescimento, pela dor da enfermidade, e pela inevitável marcha para o cemitério.

Nas considerações hoje feitas, como em outras que apresentei ao longo do tempo, sempre tenho procurado levantar dúvidas, suscitar discussões. Porque assim se faz educação transformadora. Deixando a cada um a busca de soluções dentro de suas concepções filosóficas.

Não posso, obviamente, julgar a qualidade das coisas que penso e escrevo. Posso, porém, afirmar com a maior convicção a relevância dos temas que mais me atraem. Temas relevantes para os que quiserem viver NA Medicina. Irrelevantes para os que apenas queiram viver DA Medicina.

A formatura será dentro de poucas semanas. A formação não há de terminar jamais.

Se de alguma forma, mesmo que em pequeno grau, tenha podido eu colaborar para tal formação, terei então saldado um pouco da grande dívida de gratidão que tenho com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná.

5

O MÉDICO E A ÉTICA

Vivemos em um mundo ético?

Não me parece possível responder afirmativamente.

Os recursos utilizados com finalidades bélicas são muito maiores do que os destinados para outros objetivos. Ou seja, a morte atrai mais recursos do que a vida.

Segundo HOLDSTOCK (1) os gastos militares mundiais em 1979/80 atingiram 450 bilhões de dólares por ano. Em 1982/83 deverão ultrapassar os 600 bilhões. A ajuda oficial total para o mundo em desenvolvimento atinge 20 bilhões de dólares anuais.

Afirma Brandt, citado pelo autor acima, que diariamente ocorrem 30.000 mortes de crianças menores de 5 anos, em consequência da fome e de doenças triviais como sarampo e gastroenterite. Isto é, a cada semana morrem tantos quanto os mortos de Hiroshima e Nagasaki. E são crianças.

O custo de um só tanque de guerra poderia salvar 4.000 toneladas de arroz, simplesmente melhorando as condições de armazenamento.

A erradicação da varíola custou à Organização Mundial da Saúde o equivalente a dois dias e meio dos gastos em material bélico. O custo de um submarino atômico, com seus mísseis e apoio de retaguarda, poderia financiar os projetos da OMS para erradicar a malária e a filariose.

Avalia-se em 780 milhões as pessoas que vivem (?) no chamado estado de pobreza absoluta. Localiza-se no sul da Ásia a metade desse número, e o restante distribui-se entre o Sudeste Asiático, África, Oriente Médio e América Latina (2).

A Professora Ester de Figueiredo Ferraz, titular do Ministério da Educação e Cultura, manifestou, em recente entrevista à imprensa, sua preocupação sobre a evasão na escola primária. Ao que sabemos duas de cada três crianças conseguem ir ao primeiro ano, e apenas 12% delas chegam a concluir o curso. Não será isto uma espécie de genocídio?

É aceita como normal uma taxa de desemprego na maior parte

dos países, em variáveis percentuais da população. Em mais de três dezenas de tais países existe alguma forma de auxílio desemprego. Em todos os restantes parece que se aceita uma versão moderna dos penhascos de Esparta ou se admite que a solução para sobreviver seja buscada pela violência.

Aos que têm a felicidade de possuir emprego paga-se, frequentemente, um chamado salário mínimo, que hoje não corresponde nem mesmo à sua definição legal. Eu vivo em uma cidade onde dois terços da população dispõem de uma renda familiar de três dos chamados salários mínimos.

Talvez pareça estranho que um médico, convidado a falar em comemoração ao Dia do Médico, inicie considerações sobre ética aparentemente afastado dos problemas que dizem respeito à nossa profissão e ao tema escolhido.

Se revisarmos, porém, dados sobre renda média por habitante, comparando-os com taxas de mortalidade infantil e de expectativa de vida - dados obtidos em importante publicação voltada aos problemas sanitários (3) - creio que ficará clara a coerência com que me procuro conduzir.

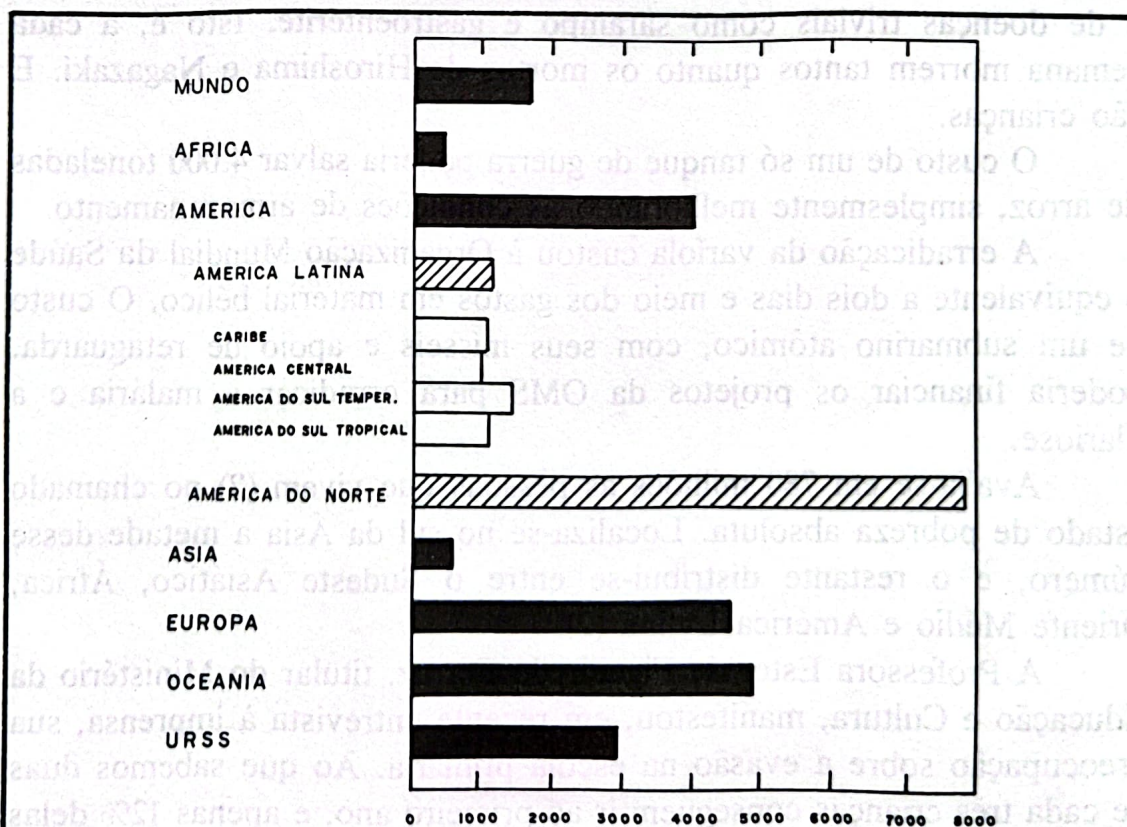
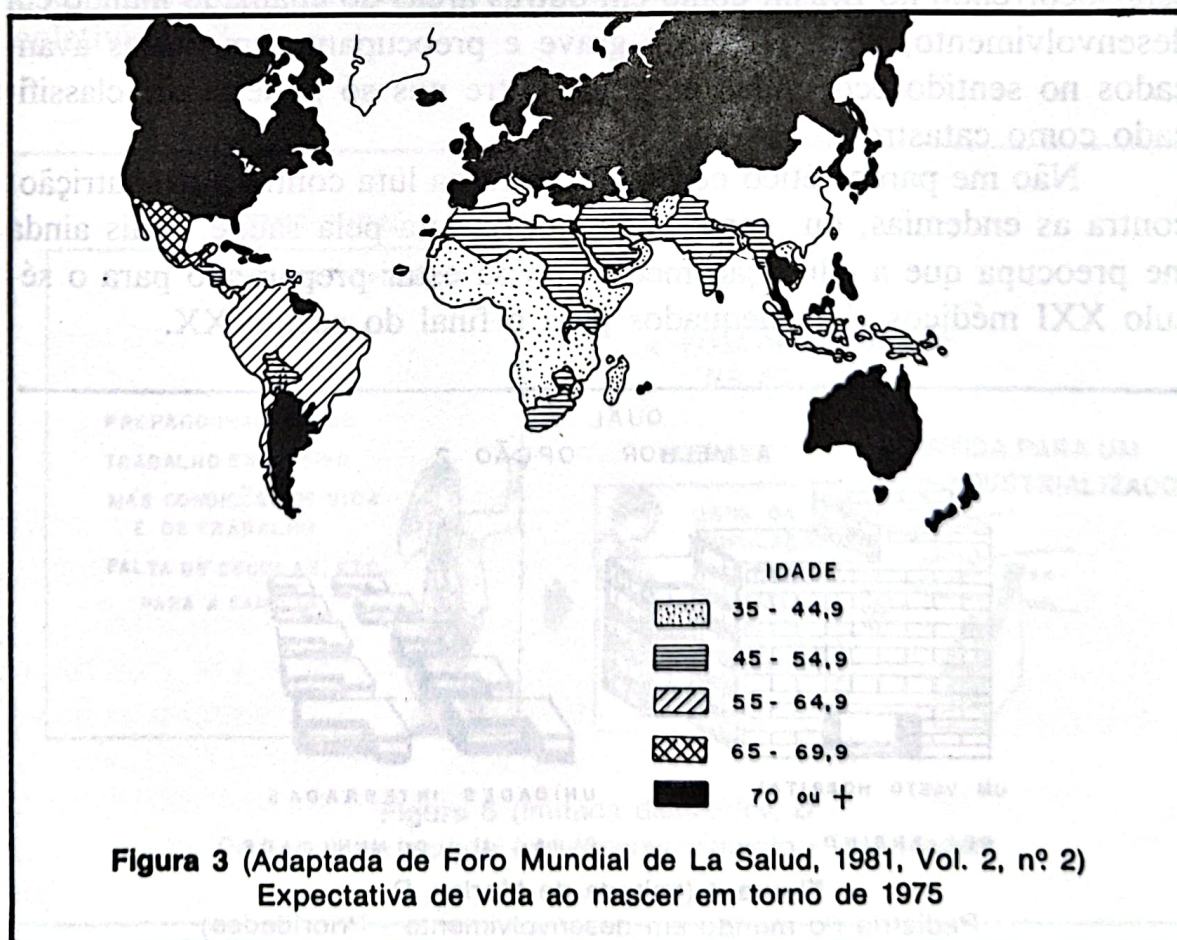
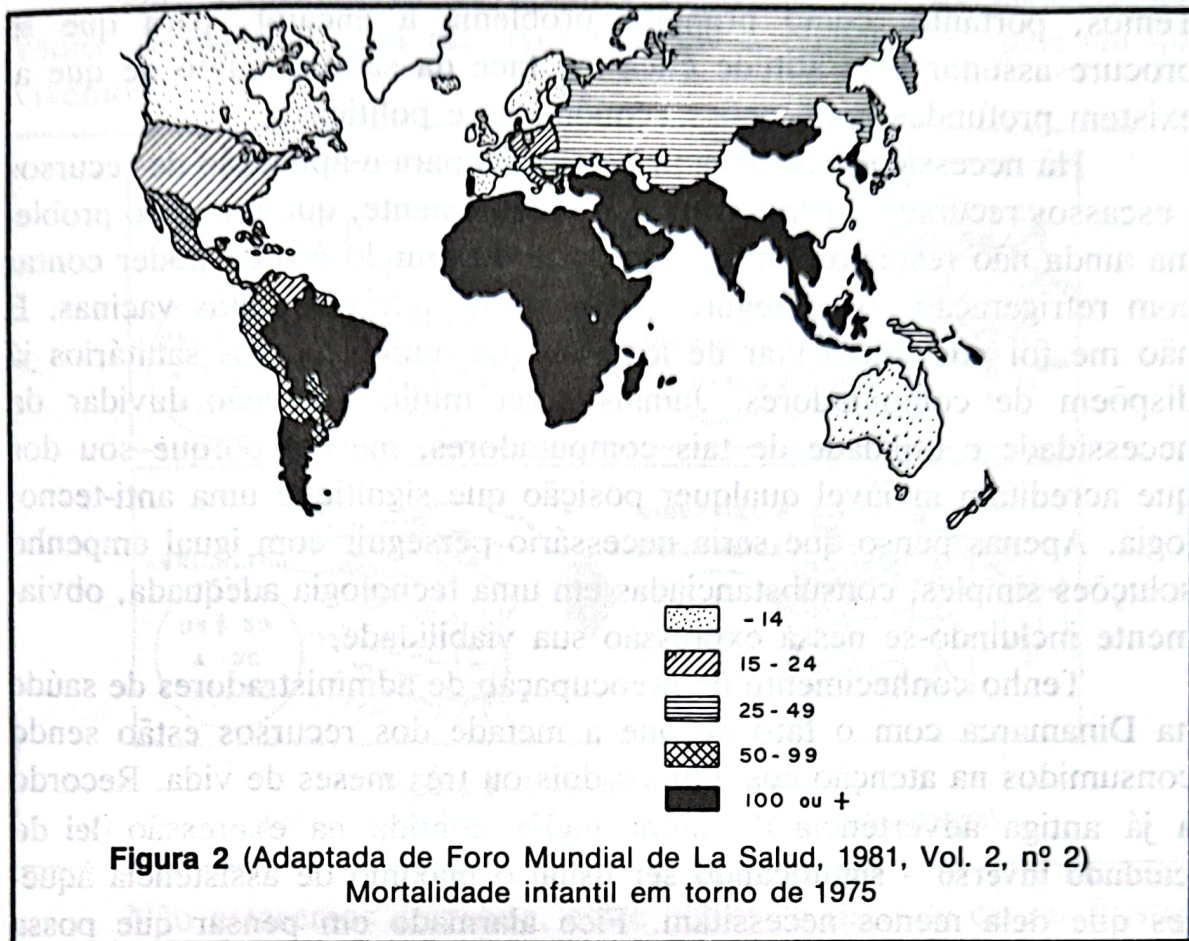


Figura 1 (Adaptada de Foro Mundial de La Salud, 1981, Vol 2, nº 2)
Rendas médias por habitante, por continente e região.

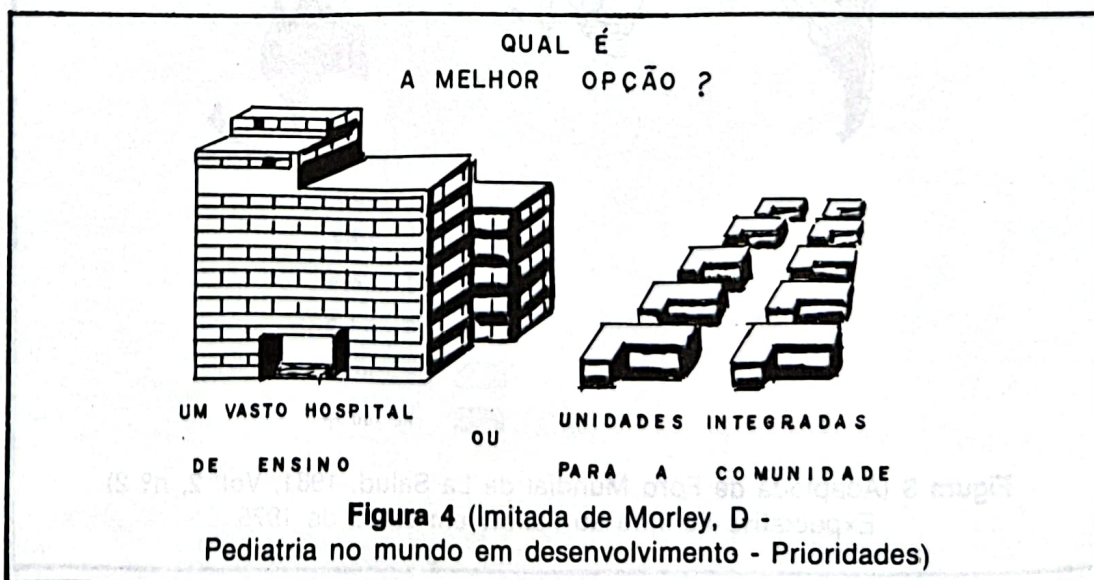


Temos, portanto, como primeiro problema a encarar, para que se procure assumir uma atitude ética em face da saúde, o fato de que aí existem profundas implicações econômicas e políticas.

Há necessidade de discutir as opções para a aplicação de recursos - escassos recursos - disponíveis. Lí, recentemente, que um sério problema ainda não resolvido em grande parte do mundo é o de poder contar com refrigeração que assegure a real efetividade de muitas vacinas. E não me foi possível deixar de lembrar que muitos órgãos sanitários já dispõem de computadores. Jamais seria minha intenção duvidar da necessidade e utilidade de tais computadores, mesmo porque sou dos que acreditam inviável qualquer posição que signifique uma anti-tecnologia. Apenas penso que seria necessário perseguir com igual empenho soluções simples, consubstanciadas em uma tecnologia adequada, obviamente incluindo-se nessa expressão sua viabilidade.

Tenho conhecimento da preocupação de administradores de saúde na Dinamarca com o fato de que a metade dos recursos estão sendo consumidos na atenção aos últimos dois ou três meses de vida. Recordo a já antiga advertência de autor inglês contida na expressão **lei do cuidado inverso** - significando ser usual o máximo de assistência àqueles que dela menos necessitam. Fico alarmado em pensar que possa estar ocorrendo no Brasil, como em outras áreas do chamado mundo em desenvolvimento, algo que, se é grave e preocupante em países avançados no sentido econômico e social, entre nós só poderia ser classificado como catastrófico!

Não me parece ético nosso empenho na luta contra a desnutrição, contra as endemias, ou, para ser breve, na luta pela saúde. Mais ainda me preocupa que a educação médica possa estar preparando para o século XXI médicos já inadequados para o final do século XX.



Que expectativas deveríamos alimentar para os médicos que vamos formando? Será razoável esquecer a realidade do país em que vivemos?

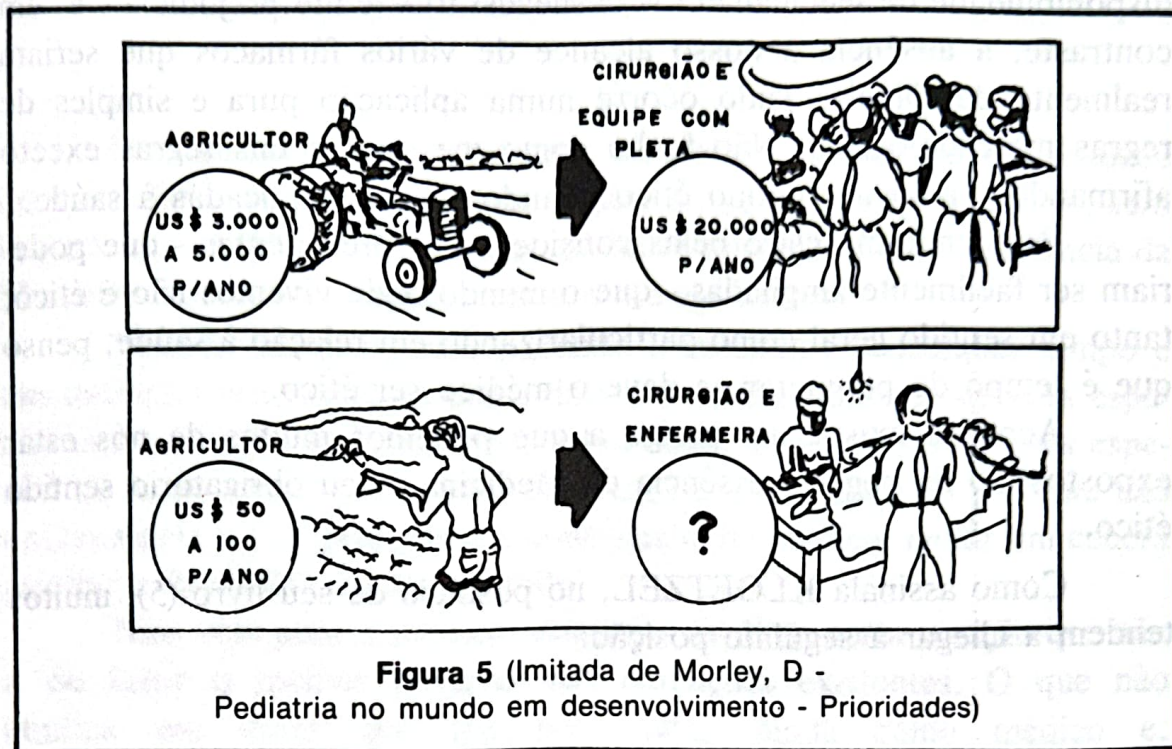


Figura 5 (limitada de Morley, D -
Pediatría no mundo em desenvolvimento - Prioridades)

Não estaremos correndo, entre outros, o risco de causar frustrações insanáveis para os profissionais e os mais graves prejuízos para a coletividade?

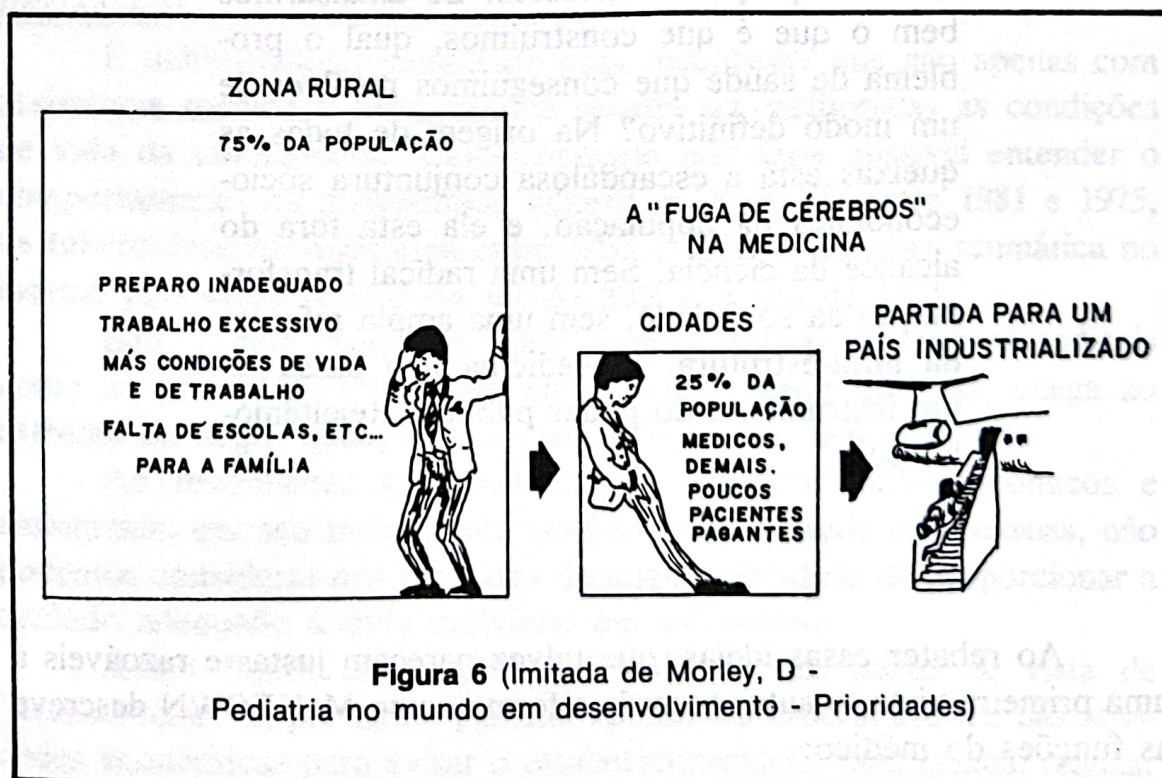


Figura 6 (limitada de Morley, D -
Pediatría no mundo em desenvolvimento - Prioridades)

Não me parece ético muito do que ocorre em relação aos medicamentos, e já procurei sustentar esse ponto de vista em outras oportunidades (4). Assistimos, penso que de maneira excessivamente tolerante, a disponibilidade de medicamentos desnecessários e até prejudiciais e, em contraste, a ausência a nosso alcance de vários fármacos que seriam realmente desejáveis. Tudo ocorre numa aplicação pura e simples de regras mercadológicas. Não tenho como me opor a tais regras exceto afirmando a falta de sentido ético quando elas são aplicadas à saúde.

Parecendo-me claro pelas considerações precedentes - que poderiam ser facilmente ampliadas - que o mundo onde vivemos não é ético, tanto em sentido geral como particularizando em relação à saúde, penso que é tempo de perguntar se deve o médico ser ético.

Acredito existir um perigo a que podemos muitos de nós estar expostos - o de negar a essência da Medicina e seu obrigatório sentido ético.

Como assinala KLOETZEL, no posfácio de seu livro (5), muitos tendem a chegar à seguinte posição:

“A Medicina que fazemos não passa de uma farsa, de um embuste, que só beneficia uma pequena elite que dela se serve para promover seus próprios interesses. Se analisarmos bem o que é que construímos, qual o problema de saúde que conseguimos resolver de um modo definitivo? Na origem de todas as queixas está a escandalosa conjuntura sócio-econômica da população, e ela está fora do alcance da ciência. Sem uma radical transformação da sociedade, sem uma ampla reforma da infra-estrutura, a Medicina não passa de um instrumento do poder público. Rejeitêmo-la, pois.”

Ao rebater essas idéias, que talvez pareçam justas e razoáveis a uma primeira vista, o autor recorda a forma como McKEOWN descreve as funções do médico:

“Assistir-nos a vir ao mundo com o mínimo de risco e dele nos retirar com o máximo de conforto e, no decorrer da vida, proteger os sadios e cuidar dos doentes e inválidos.”

Não me parece possível fugir da clareza, correção e objetividade do conceito expresso pelo autor inglês. E, se a ele nos ativermos, será imperiosa a conclusão que negar qualquer possibilidade da existência da Medicina sem ética. Mesmo em um mundo aético.

Quando se encontram paciente e médico, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, o que existe é o estabelecimento de uma especialíssima relação entre dois seres humanos, creio até que a mais especial de todas as relações. Se a esperança e a confiança do paciente não encontrarem a competência e a consciência do médico, então sim caberá rejeitar a Medicina como um todo.

Não vejo para o médico, enquanto médico, outra posição que não a de fazer o melhor possível nas condições existentes. O que não implica em dizer que lhe não caiba, ainda como médico e, principalmente, como pessoa, lutar pela modificação de condições que lhe pareçam inadequadas. Cabe mesmo recordar as palavras de VIRCHOW - que estamos mais acostumados a recordar como o Pai da Patologia - afirmando que **“MEDICINA É UMA CIÊNCIA SOCIAL, E POLÍTICA NADA MAIS É DO QUE MEDICINA EM GRANDE ESCALA.”**

É indispensável humildade para reconhecer que não apenas com assistência médica e farmacêutica podem ser melhoradas as condições de vida da coletividade. Caso contrário não seria possível entender o comportamento da mortalidade infantil na Austrália entre 1881 e 1975, da tuberculose na Inglaterra entre 1855 e 1964, e da febre reumática no mesmo país entre o final do século XIX e o ano de 1973.

Isto, porém, não nos pode levar a aceitar afirmativas radicais como as de ILLICH (6) que, entre muitas idéias corretas, chega ao extremo de negar qualquer utilidade à Medicina como um todo.

Ao reconhecer a importância dos fatores sócio-econômicos e ambientais, em seu mais amplo sentido, para a saúde das pessoas, não podemos considerar-nos eximidos da responsabilidade de proporcionar a cuidado adequado a cada indivíduo em sofrimento.

Adam Smith conceituou o Estado de um ponto de vista de **“laissez faire”** e, por conseqüência, apenas lhe caberia intervir nas atividades econômicas para evitar o estabelecimento de monopólios, realizar

ÍNDICE DE MORTALIDADE INFANTIL

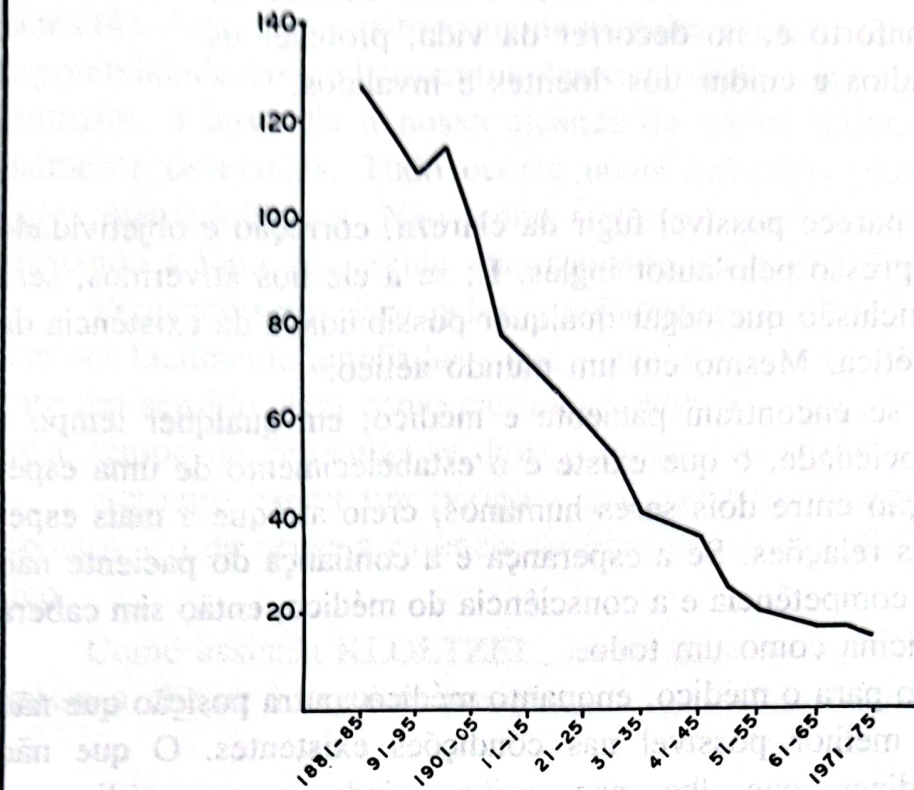


Figura 7 (limitada de Taylor, R - Medicine out of control)

*Mortalidade infantil, Austria, 1981-1975

MORTES POR 100.000 HABITANTES

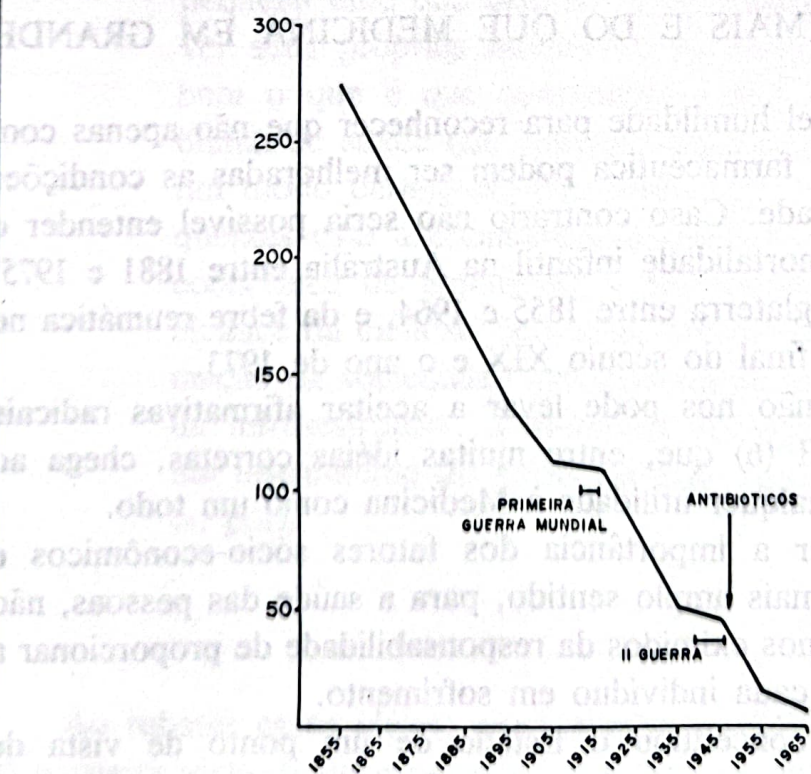
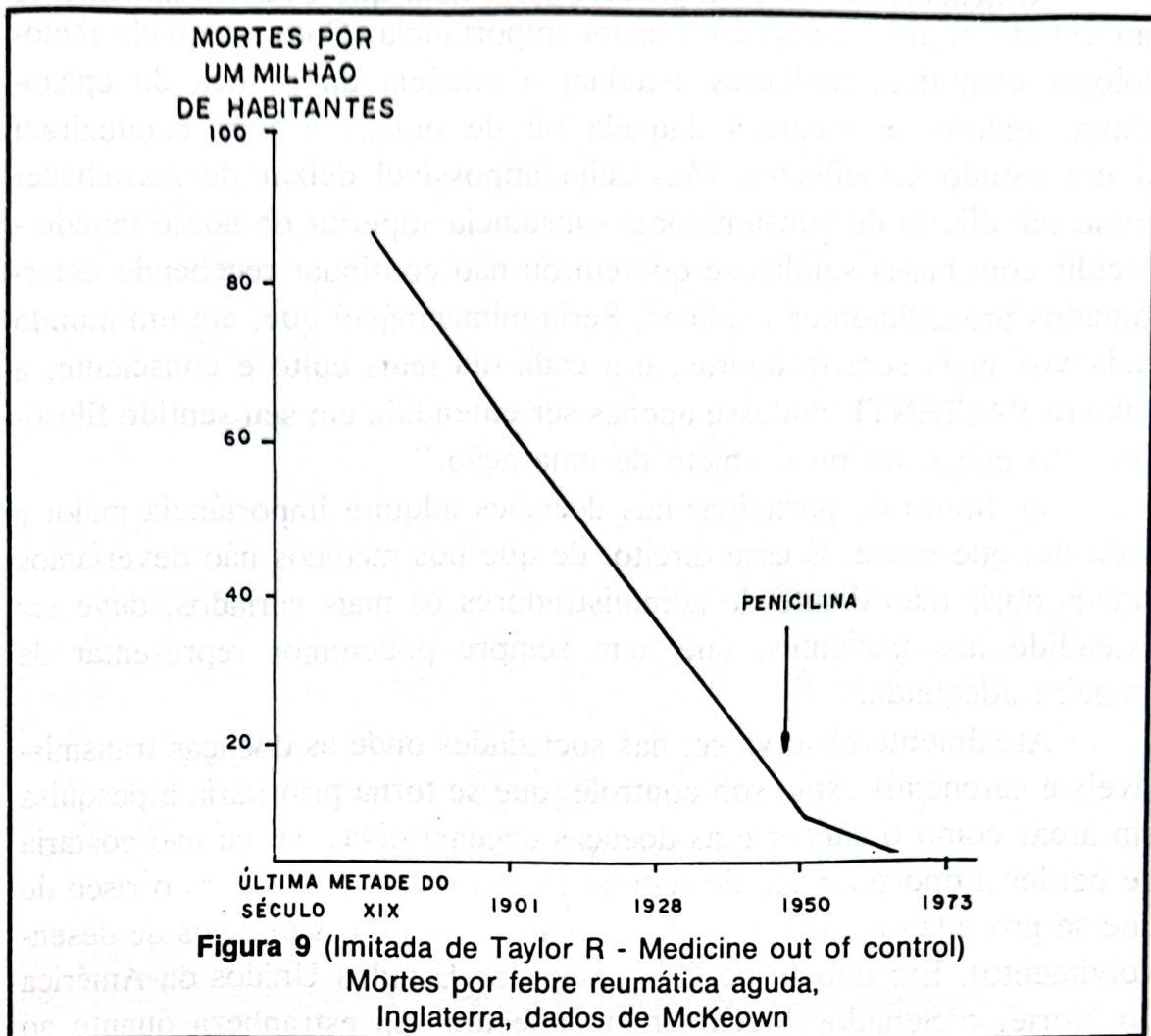


Figura 8 (limitada de Taylor, R - Medicine out of control)

Mortes por tuberculose pulmonar, Inglaterra, 1885 - 1964



dispendiosas obras públicas ou regular as situações dos aprendizes. Tudo isto era admissível no mundo anterior à Revolução Industrial. Mundo onde a Medicina era aceita como privilégio dos que por ela podiam pagar, restando ainda a faixa da caridade para atender a alguns desafortunados.

Hoje vivemos em um outro mundo. Onde não mais se aceita que a saúde deixe de ser encarada como um dos direitos fundamentais dos seres humanos. E, se outros monopólios eram vigiados no próprio Estado do "laissez faire", não cabe pensar possível um monopólio de saber e de poder sobre a saúde, nos dias de hoje e de amanhã.

A aceitação ou reivindicação, pelo médico, da posição de único depositário dos conhecimentos necessários para a preservação e recuperação da saúde, seria certamente uma perigosa atuação monopolística. Acho importante manifestar o meu receio de que isto possa ter sido uma realidade, da qual muitas são as conseqüências ainda hoje vividas.

É assim que chegamos à compreensão de que podem e devem as comunidades, sempre e cada vez mais, participar, junto aos médicos e outros profissionais, das decisões que repercutirão sobre suas condições de saúde, tanto quanto sobre os outros aspectos de suas vidas.

Notícias recentes da Inglaterra informam que está em andamento um estudo originalíssimo e da maior importância. Com adequada metodologia científica, mulheres estudam a eficácia da prática da episiotomia. Ignoro se médicos daquela ou de outras nações conduziram já um estudo semelhante. Mas acho impossível deixar de reconhecer como um direito de consumidores - instância superior de nosso mundo - decidir com bases sólidas se querem ou não continuar recebendo determinados procedimentos médicos. Seria inimaginável que, em um mundo cada vez mais sem fronteiras, e a cada dia mais culto e consciente, a palavra PACIENTE pudesse apenas ser entendida em seu sentido filosófico: "o que sofre ou é objeto de uma ação."

O direito de participar nas decisões adquire importância maior a cada dia que passa. E esse direito, de que nós médicos não deveríamos jamais abrir mão diante de administradores os mais variados, deve ser estendido aos pacientes, que nem sempre poderemos representar de maneira adequada.

Atualmente observa-se, nas sociedades onde as doenças transmissíveis e carenciais estão sob controle, que se torna prioritária a pesquisa em áreas como o câncer e as doenças degenerativas. (E eu não gostaria de perder a oportunidade de reiterar minha preocupação para o risco de que se proceda de igual maneira em países em outros estágios de desenvolvimento). Em debate no Congresso dos Estados Unidos da América do Norte, o Senador McGovern manifestou sua estranheza quanto ao fato de continuarem buscas de uma ilusória cura quando tantas indicações existem de que muitos cânceres podem ser prevenidos. Citava, especificamente, sua preocupação ao verificar que pouco mais de 1% dos fundos do National Cancer Institute estivessem sendo propostos para o estudo das relações entre dieta e câncer. Esta informação é retirada do livro de Richard Taylor (7), e o autor a faz seguir de considerações sobre o fato de que os médicos guiam a pesquisa em direção de seus interesses, constituindo uma verdadeira tecnocracia, com os poderes e perigos que todas as tecnocracias representam. Acho que o autor possa estar sendo eventualmente injusto. Mas não posso deixar de reconhecer o terrível e antigo descompasso entre a medicina curativa (que alguns preferem denominar lucrativa) e a medicina preventiva. Esse descompasso nega a essência da profissão médica, mas é impossível deixar de reconhecer que tem existido e tenta perpetuar-se muitas vezes.

Todo o livro de TAYLOR parece-me merecer leitura e reflexão. Como igualmente as merece o do Professor Jaime Landman (Evitando a saúde e promovendo a doença). Não é provável que possamos concordar com todas as afirmativas desses dois autores. Mas é totalmente impossível que deixemos de reconhecer a veracidade e importância dos problemas abordados. E, portanto, dessa leitura e reflexão é que pode-

remos partir para, individual e coletivamente, revisar nossos conceitos e atualizar nossas posições.

Acreditando que o livro de TAYLOR não seja facilmente acessível tentarei transmitir algumas informações nele contidas. Assinale-se que desconheço títulos ou credenciais do autor, mas a alta qualidade da bibliografia apresentada vale como inegável apoio ao texto.

No capítulo "Os super-especialistas" fala-nos inclusive sobre os super-super-especialistas, citando como exemplo os gastroenterologistas de órgãos ocos e os gastroenterologistas de órgãos sólidos. Igualmente faz referência aos cardiologistas invasivos e não-invasivos.

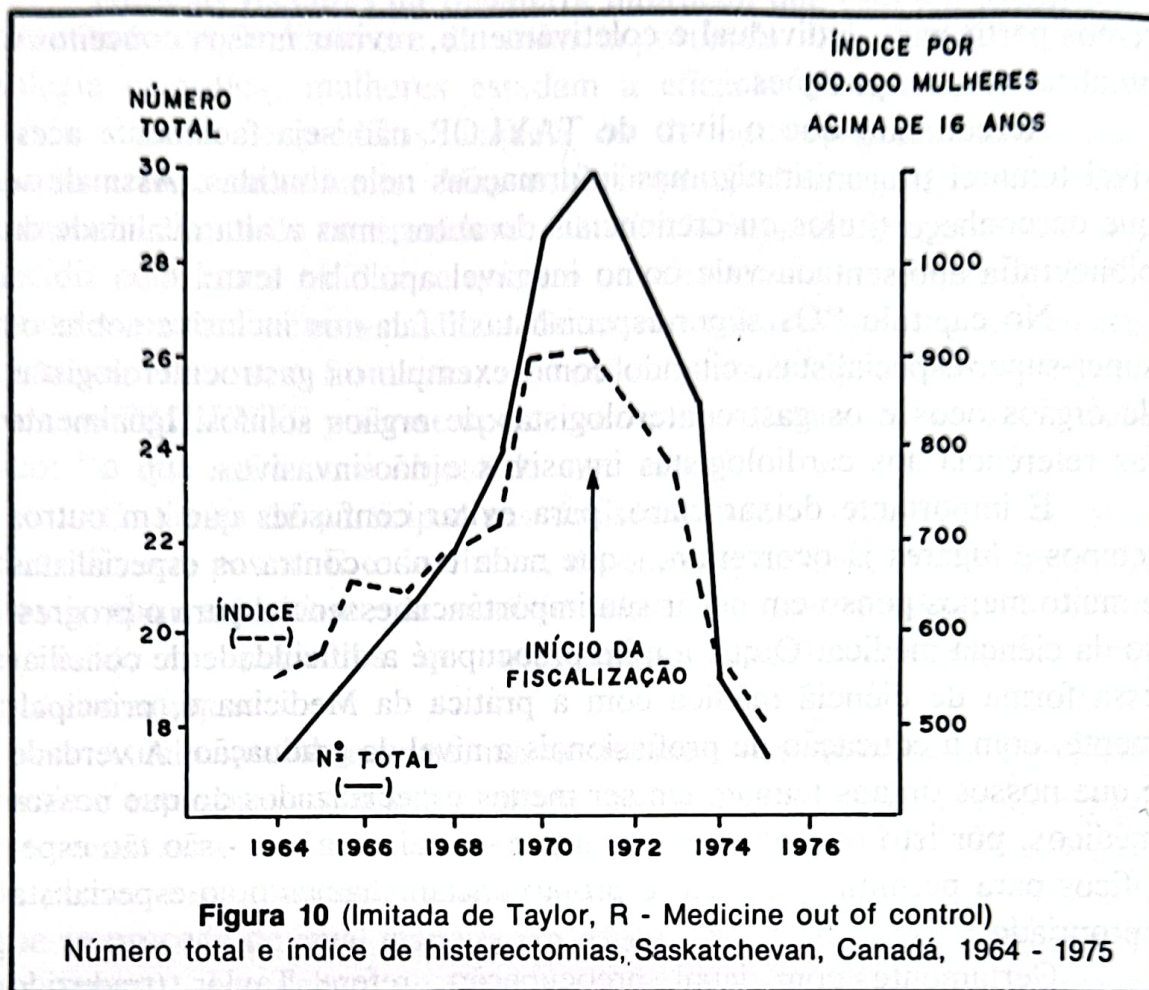
É importante deixar claro, para evitar confusões que em outros tempos e lugares já ocorreram, - que nada tenho contra os especialistas e muito menos penso em negar sua importância essencial para o progresso da ciência médica. O que a mim preocupa é a dificuldade de conciliar essa forma de ciência médica com a prática da Medicina e, principalmente, com a educação de profissionais a nível de graduação. A verdade é que nossos órgãos teimam em ser menos especializados do que nossos médicos, por isto os sintomas raramente - se alguma vez - são tão específicos para permitir o correto e pronto encaminhamento ao especialista apropriado.

Certamente com igual preocupação, refere Taylor (traduzido livremente)

Pacientes cujos sintomas não indiquem imediatamente o órgão doente correm de um a outro especialista - ou super-especialista - às vezes até o acidental encontro com um adequado para solucionar seu problema. Os que tenham vários problemas de saúde são tratados por vários profissionais, simultânea ou sucessivamente, o que resulta em um aumentado risco de ações iatrogênicas especialmente em função de interações de drogas, em disputas por áreas de competência, em acúmulo de informações contraditórias que dificultam ou impedem a efetiva educação do paciente. Sem contar que tudo isto pode levar ao retardamento de decisões importantes e ao aumento exponencial dos custos de assistência médica.

O capítulo prossegue com uma lúcida discussão sobre as causas assim como sobre os efeitos adversos da super-especialização.

Outras partes do livro são as que comentam aspectos da tecnologia em Medicina, e a facilidade com que ela pode ficar fora de controle, sistematicamente com enormes aumentos de custos, raramente com efetivos benefícios, e muitas vezes com riscos para os pacientes.



Não faltam - e nem poderiam faltar - informações sobre cirurgias desnecessárias. Desse capítulo retirei o gráfico do conhecido (e humilhante, para nós médicos) trabalho realizado na Província de Saskatchewan, no Canadá, do qual eu já tinha conhecimento há vários anos por publicação em "The New England Journal of Medicine."

A discussão sobre pacientização da população talvez pareça chocante em seus ataques aos procedimentos de "screening" e "check up". Penso que seria um excelente complemento a leitura de textos da Organização Mundial da Saúde sobre esses temas, bem como a de uma publicação mais recente oriunda de órgãos governamentais canadenses. Em todas o que se encontra é a busca de uma racionalização adequada sobre a utilidade e viabilidade de diferentes procedimentos, levando em conta, inclusive, a relação custo-benefício.

O livro de Taylor contém um capítulo sobre imperialismo médico. E é encerrado com uma discussão sobre os mecanismos de mudanças que devem ser ativados para corrigir as distorções discutidas.

Muito importante para nós, brasileiros, é ler e refletir sobre o recente livro de MÁRIO CHAVES - "SAÚDE - UMA ESTRATÉGIA DE MUDANÇA". Lutei contra a tentação de citar vários trechos desse

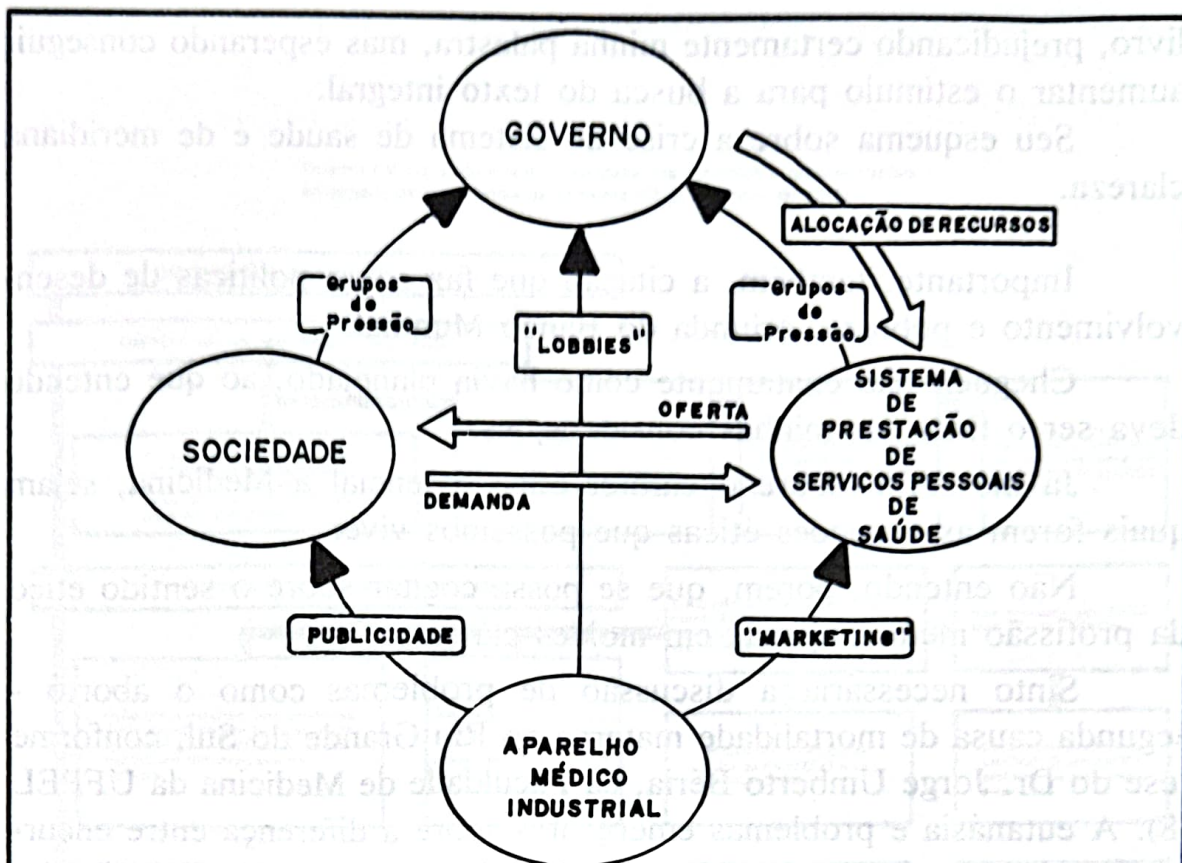


Figura 11 (Reproduzida de Chaves, M - Saúde - uma estratégia de mudança. A crise do sistema

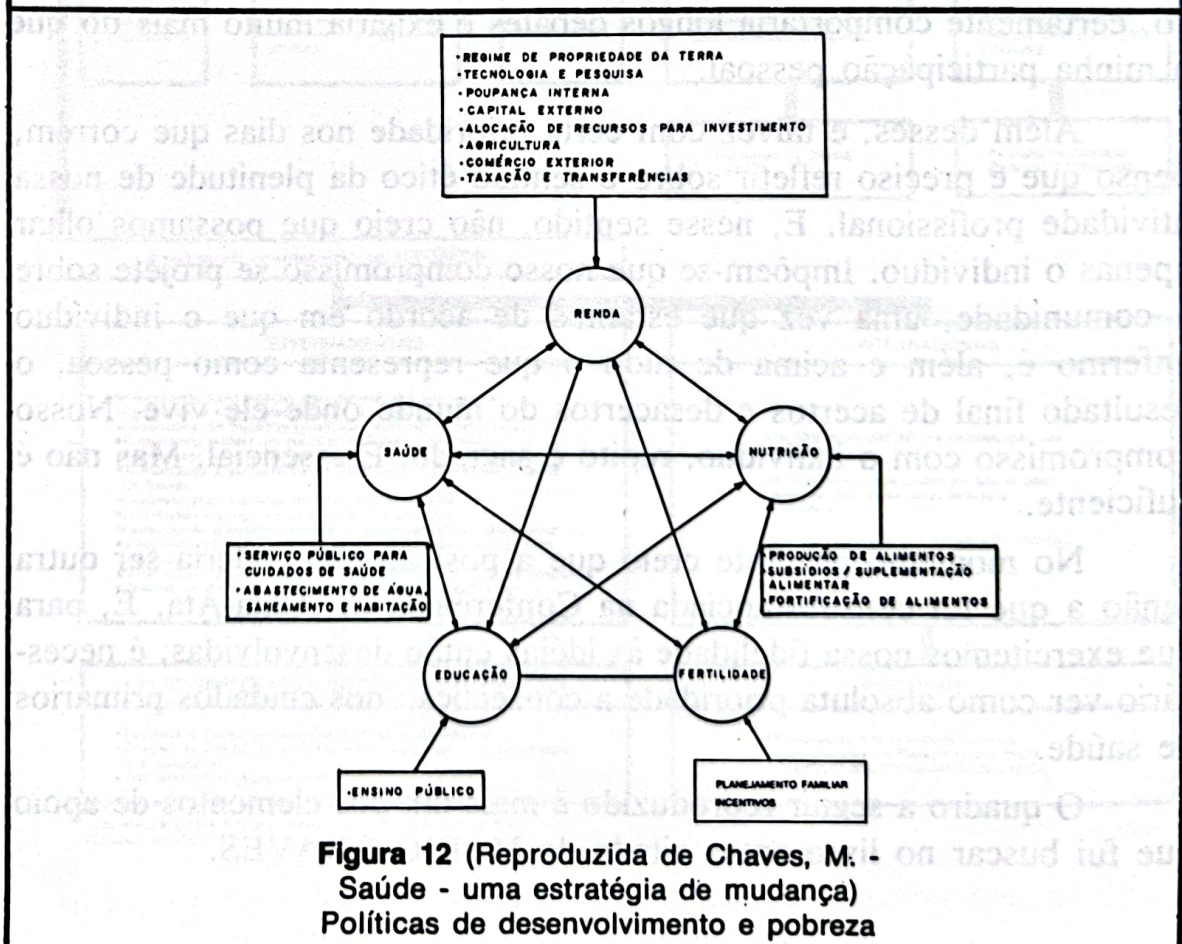


Figura 12 (Reproduzida de Chaves, M. - Saúde - uma estratégia de mudança) Políticas de desenvolvimento e pobreza

livro, prejudicando certamente minha palestra, mas esperando conseguir aumentar o estímulo para a busca do texto integral.

Seu esquema sobre a crise do sistema de saúde é de meridiana clareza.

Importante, também, a citação que faz sobre políticas de desenvolvimento e pobreza, oriunda do Banco Mundial.

Cheguei, não exatamente como havia planejado, ao que entendo deva ser o final das minhas considerações.

Já me defini sobre o caráter ético essencial à Medicina, sejam quais forem as situações éticas que possamos viver.

Não entendo, porém, que se possa cogitar sobre o sentido ético da profissão médica apenas em moldes clássicos.

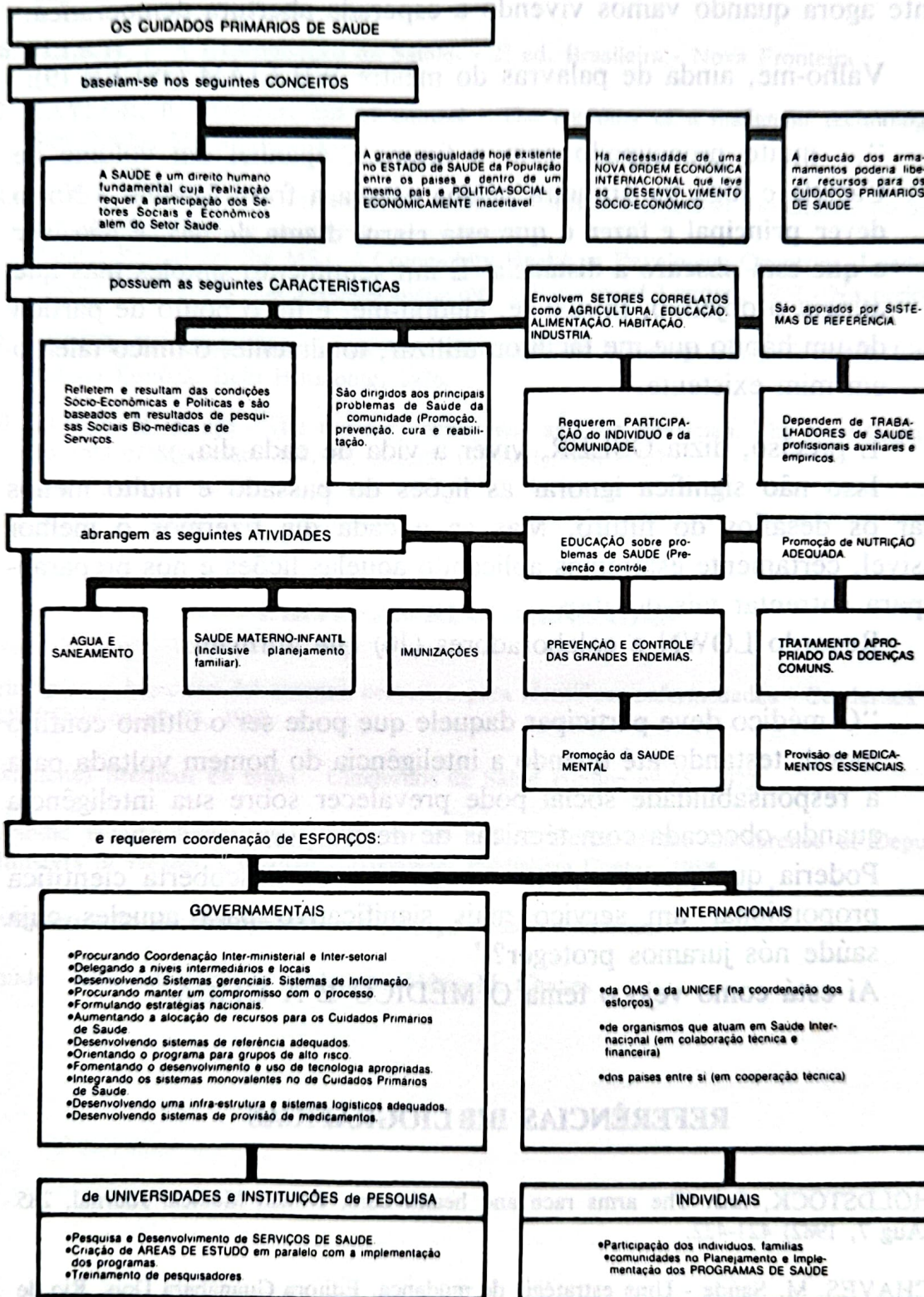
Sinto necessária a discussão de problemas como o aborto - segunda causa de mortalidade materna no Rio Grande do Sul, conforme tese do Dr. Jorge Umberto Béria, da Faculdade de Medicina da UFPEL (8). A eutanásia e problemas emergentes sobre a diferença entre encurtar a vida e prolongar a morte. O conceito de morte e a licitude dos transplantes que nele se apoiam. A psicocirurgia, a esterilização bem como as doações de semen e de óvulos. Cada um desses tópicos, por si só, certamente comportaria longos debates e exigiria muito mais do que a minha participação pessoal.

Além desses, e talvez com certa prioridade nos dias que correm, penso que é preciso refletir sobre o sentido ético da plenitude de nossa atividade profissional. E, nesse sentido, não creio que possamos olhar apenas o indivíduo. Impõem-se que nosso compromisso se projete sobre a comunidade, uma vez que estamos de acordo em que o indivíduo enfermo é, além e acima de tudo o que representa como pessoa, o resultado final de acertos e desacertos do mundo onde ele vive. Nosso compromisso com o indivíduo, repito é sagrado. É essencial. Mas não é suficiente.

No momento presente creio que a posição não poderia ser outra senão a que foi consubstanciada na Conferência de Alma-Ata. E, para que exercitemos nossa fidelidade às idéias então desenvolvidas, é necessário ver como absoluta prioridade a consecução dos cuidados primários de saúde.

O quadro a seguir reproduzido é mais um dos elementos de apoio que fui buscar no livro antes citado de MARIO CHAVES.

Quadro I Visão abreviada e consolidada dos conceitos e recomendações emanados da conferência de Alma-Ata (12 de setembro de 1978)



*Ver Alma-Ata 1978 Primary Health Care OMS Genebra, 1978 (Copiado de Mario Chaves. Obra citada)

Penso que para todos nós está claro que vivemos, no Brasil, uma situação de crise da Medicina. Crise que se caracteriza por uma total insatisfação - insatisfação do Poder Público, insatisfação da população, insatisfação dos médicos. Como é das crises que se deve partir para a busca de soluções entendo que o momento é dos mais oportunos, mormente agora quando vamos vivendo a esperada abertura democrática.

Valho-me, ainda de palavras do mestre WILLIAM OSLER (9):

“... muito preocupado com o futuro... apanhei um volume de Carlyle e logo na primeira página estava a frase familiar - Nosso dever principal é fazer o que está claro, diante de nós, e não, ver o que está obscuro à distância. É um sentimento simples mas que atingiu o objetivo, firmou-se, ajudou-me, e foi o ponto de partida de um hábito que me facilitou utilizar, totalmente, o único talento em mim existente.”

É preciso, dizia OSLER, viver a vida de cada dia.

Isso não significa ignorar as lições do passado e muito menos negar os desafios do futuro. Mas se a cada dia fizermos o melhor possível, certamente estaremos aplicando aquelas lições e nos preparando para enfrentar tais desafios.

Recordo LOWN e colaboradores (10) que afirmam:

“O médico deve participar daquele que pode ser o último conflito moral, testando até quando a inteligência do homem voltada para a responsabilidade social pode prevalecer sobre sua inteligência quando obcecada com técnicas de destruição.

Poderia qualquer progresso terapêutico ou descoberta científica proporcionar um serviço mais significativo para aqueles cuja saúde nós juramos proteger?”

Aí está como vejo o tema O MÉDICO E A ÉTICA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. HOLDSTOCK, D.J. The arms race and health care. *British Medical Journal*, 285 (Aug 7, 1982) 421-422.
2. CHAVES, M. Saúde - Uma estratégia de mudança. Editora Guanabara Dois, Rio de Janeiro, 1982.
3. Los principales problemas de salud en el mundo. (Repr. de OMS - Sexto Informe

- sobre la situacion sanitaria mundial) Foro Mundial de La Salud, 2 (2), 1981, 305-323.
4. GIGANTE, A.G. Ética Médica em Medicamentos e Indústria Farmacêutica. Revista AMRIGS, 20, 4, 1976, 171-179.
 5. KLOETZEL, K. Clínica Médica - Raciocínio e Conduta. EPU, São Paulo, 1980, pág. 187-190.
 6. ILLICH, I. A Expropriação da Saúde. - 2ª ed. Brasileira - Nova Fronteira
 7. TAYLOR, R. Medicine out of control - The anatomy of a malignant technology. Sun Books, Melbourne, 1979.
 8. BERIA, J.U. Variations in maternal mortality rates in districts of Rio Grande do Sul, Brazil - Relationship with health care factors. Project Report for the MSc in Community Health in Developing Countries, London. School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, 1982. (No prelo)
 9. OSLER, W. Uma Filosofia de Vida (Tradução de Elizabeth Sinay Tavares). Livr. Itatiaia Editora, Belo Horizonte, 1976.
 10. LOWN, B. et alli - The nuclear - arms race and the Physician. The New England Journal of Medicine, 304, 12, (March 19, 1981), 726 - 727.

LEITURAS RECOMENDADAS

Princípios y Métodos del examen colectivo para identificar enfermedades - Cuadernos de Salud Pública nº 34, 1969.

Exámenes Médicos en masa - Cuadernos de Salud Pública nº 45, 1972.

Periodic Health Examination - Report of a Task Force of the Conference of Deputy Ministers of Health. Canadian Government Publishing Center, 1980.

Evitando a Saúde e Promovendo a Doença - Jaime Landman.

Saúde - uma estratégia de mudança - Mário M. Chaves

6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Doutorando sempre significou uma situação de angústia. Através dos tempos as piadas (expressões de ansiedade ?) foram coerentes, embora diferindo em aspectos superficiais.

“Hoje doutorando. Amanhã, doutorzinho”... Alguns acrescentavam mais uma palavra. Mas eu sou antigo, sou do tempo em que m... era nome feio...)

“Ontem esperança do Brasil. Hoje problema social!”

Realmente parece que o simples recordar dessas duas frases, separadas no tempo e análogas no conteúdo, bem demonstra a persistência de uma angústia. Com caráter crescente.

Já se faz comum o problema do desemprego de jovens médicos. E igualmente surgem idéias simplistas (serão ?) - “É preciso conter a natalidade médica!” - bradam alguns, inclusive em cargos que os colocam como porta-vozes dos médicos. Confesso que esta proposição me alarma. Receio que a ela se possa seguir algo que eu denominaria “Operação Herodes”... Ou, como reação dos mais jovens, uma decidida eliminação dos mais antigos (desculpem, não me agrada dizer mais velhos...). Nessas idéias aparentemente simplistas ignoram-se alguns fatos e até, aparentemente, números são manipulados. Sei que a Inglaterra forma quatro mil médicos por ano, número adequado para suprir as necessidades de seu sistema de saúde. Parece-me, então, que se esquece a proporção entre as populações, pela qual poderíamos formar número bem maior do que o atual. Isto, entretanto, não é tudo. Ignora-se que o Brasil carece de um sistema de saúde definido e, em tais condições, limitar a formação de profissionais poderia vir a constituir a mais fácil medida para a manutenção do NÃO SISTEMA. Manutenção que pode interessar a alguns, mas certamente não interessa a todos os médicos e, principalmente, em absoluto interessa à comunidade.

Não poucos anos de atuação em educação médica, longos e penosos anos dela afastado em seu aspectos formais, assim como o retorno à sua prática, têm contribuído para algumas reflexões que me sinto obrigado a repartir com os colegas, especialmente os jovens de qualquer idade.

Pergunto-me, freqüentemente: devemos formar médicos para quando? Para onde? Para que?

A primeira dessas interrogações é a de mais fácil resposta. Devemos formar médicos para o século XXI. Para depois do ano 2000, que marca o compromisso mundialmente assumido da SAÚDE PARA TODOS.

Para onde e para que são perguntas mais difíceis que, se de alguma forma podem ter suas respostas facilitadas, essa forma deve ser a utilização da meta reiteradamente proclamada pela Organização Mundial da Saúde.

Impõe-se, portanto, sempre e cada vez mais, passar do ensino informativo para o ensino formativo. Ou seja, passar da instrução para a educação.

Devemos reduzir vagas nas escolas médicas? Penso que sim. Penso que essa redução deva ser feita em percentuais variáveis, de 1 a 100%, em diferentes escolas. Assim como penso que algumas provavelmente comportariam maior número de alunos do que os atualmente recebidos.

Reduzir ou não o número total de vagas? Neste momento minha tendência seria responder pela negativa. Se a Inglaterra, com seus 50 milhões de habitantes, absorve quatro mil médicos por ano, acho improvável que o Brasil não possa fazer o mesmo com os falados oito ou nove mil (até nesse número existem controvérsias!).

Mais preocupante do que o número, para mim, é a qualidade dos profissionais formados. Por isto entendo que os percentuais devam ser estudados diante da realidade de cada escola. E, principalmente, que ao lado da preocupação quantitativa demos grande atenção aos aspectos qualitativos.

A que qualidade eu me refiro? Penso que necessitamos de médicos geniais? Permitam-me que responda com um sumário e sonoro NÃO. As pessoas geniais serão sempre exceções. Os médicos nada mais precisam ser do que pessoas adestradas em umas tantas habilidades e, por isto, capazes de desempenhar determinadas funções. Desde que estejam fortemente decididas a ser úteis.

Ando há muito procurando uma definição do médico que desejamos formar. Claro que minha procura se faz na esteira de muitos e importantes trabalhos mais científicos do que as considerações que me sinto pessoalmente habilitado a fazer. Mesmo sabendo que possam parecer utópicas (já me acostumei com o bom e verdadeiro sentido da palavra UTOPIA - freqüentemente mal entendida pelos que a consideram sinônimos de QUIMERA) penso que me animo a definir o médico

que me agradaria ajudar a formar.

Médico é alguém comprometido com os seres humanos. Como tal ele segue algumas regras em suas atividades:

- jamais pratica em ato profissional desnecessário, seja esse ato uma consulta, a solicitação de um exame, a indicação de um especialista, a prescrição de qualquer terapêutica;
- tem permanente consciência de suas dificuldades e limitações e, por isto, cria e mantém hábitos de estudo para procurar ser o mais útil e o menos prejudicial dentro de sua capacidade;
- é capaz de ver nos colegas companheiros de trabalho antes de competidores;
- é capaz de pretender a remuneração como justa paga de todos os seus esforços, jamais como objetivo primeiro de seu trabalho;
- sabe reconhecer que ao médico exige-se, em todos os tempos e em quaisquer sociedades, alto sentido de solidariedade humana o que implica em cercear qualquer forma de individualismo. E, portanto, sente-se obrigado a abandonar o exercício da profissão ao perceber que suas exigências ultrapassam de maneira humanamente compreensível suas possibilidades e/ou preferências.

Parece que o perfil acima é impossível? Estou seguro de que é necessário. Se impossível parecer há de constituir uma tarefa para nós a busca de sua possibilidade. A história do aperfeiçoamento do homem é o resultado da superação de muitos aparentes impossíveis. O Homem, o que há de fazer jús à denominação auto-concedida de SAPIENS, talvez ainda não exista em sua plenitude. Parece-me ser esse o pensamento de Teilhard de Chardin. Mas duvidar que a hominização seja possível parece-me uma atitude inaceitável. E a - histórica, uma vez que, apesar de muitos tropeços, parece-me indubitável que a história da humanidade é, - embora lenta - a história do aperfeiçoamento do homem. Quantas e quais ciências têm contribuído nessa direção caberá a cada um procurar

considerar. E, se às vezes parece angustiante a lentidão desse aperfeiçoamento, talvez seja bom recordar que muitas dessas ciências são demasiado recentes para que já pudessem ter dado todos os frutos desejáveis.

De repente encontro-me falando em **HOMEM** e em **CIÊNCIA**. Mas isto, ainda que não seja parte de um plano pré-estabelecido, não me parece inadequado para falar a médicos.

Receio que minhas considerações sobre o que deva ser um médico pareçam pouco claras ou inadequadas, ocorre-me tentar definir o que não deve ser um médico.

Um médico não deve ser um individualista, nem imediatista. Porque se o for poderá até ser um sucesso. Mas não será mais médico. Por outro lado não pode ser onipotente. E este é um aspecto dramático, porque não existe qualquer outro trabalho ou função em que a onipotência mais seja desejada - pelo que trabalhe como pelos que do trabalho dependem.

Se for o médico um individualista e/ou imediatista chegará, no mínimo, a contribuir para que se criem situações altamente indesejáveis. É comum na literatura médica a referência a pacientes - histéricos, hipocondríacos que tendem a praticar o "medical shopping". Um médico individualista e/ou imediatista facilmente tenderá a fazer o que eu proporia denominar "symptoms marketing"... (as expressões em língua estrangeira creio que têm motivos facilmente compreensíveis e, por isto, desculpáveis pelo leitor).

A onipotência - desejo íntimo nosso e dos pacientes - é um outro grave defeito, capaz de conduzir às piores conseqüências. Penso desnecessário exemplificar.

Receio que alguém entenda estar eu defendendo a conveniência de formar médicos para um mundo ideal. E acho necessário deixar bem claro que há muito abandonei a esperança de que tal mundo exista. Mas não tenho qualquer dúvida de que é necessário formar médicos preocupados com o aperfeiçoamento do mundo. Aperfeiçoamento que se há de

procurar no puro e simples atendimento de pessoas como na preocupação com a coletividade. Até que nível cada um deve ir, quais as formas que a cada um parecerão mais adequadas? Essas são respostas que não me cabem. Mas que, estou seguro, podem ser procuradas na história da Medicina em todos os tempos e em todos os lugares.

Será que vim apenas acrescentar angústias a angustiados doutorandos? Espero que não, mas admito que sim. E, em ambas as alternativas, acho que estou apenas cumprindo o papel que me cabe e manifestando o afeto com que me dirijo aos jovens colegas. Bem como homenageando, dentro de minhas limitações, aos colegas que possibilitaram minha existência como profissional e me animam a persistir como cultor dessa maravilhosa forma de amor ao próximo que é a Medicina.

Comissão de Avaliação de Cursos
CURSO DE MEDICINA
ARCS - ARCS LDB
Rua Dr. ...
...
...
...
...
...
...



