

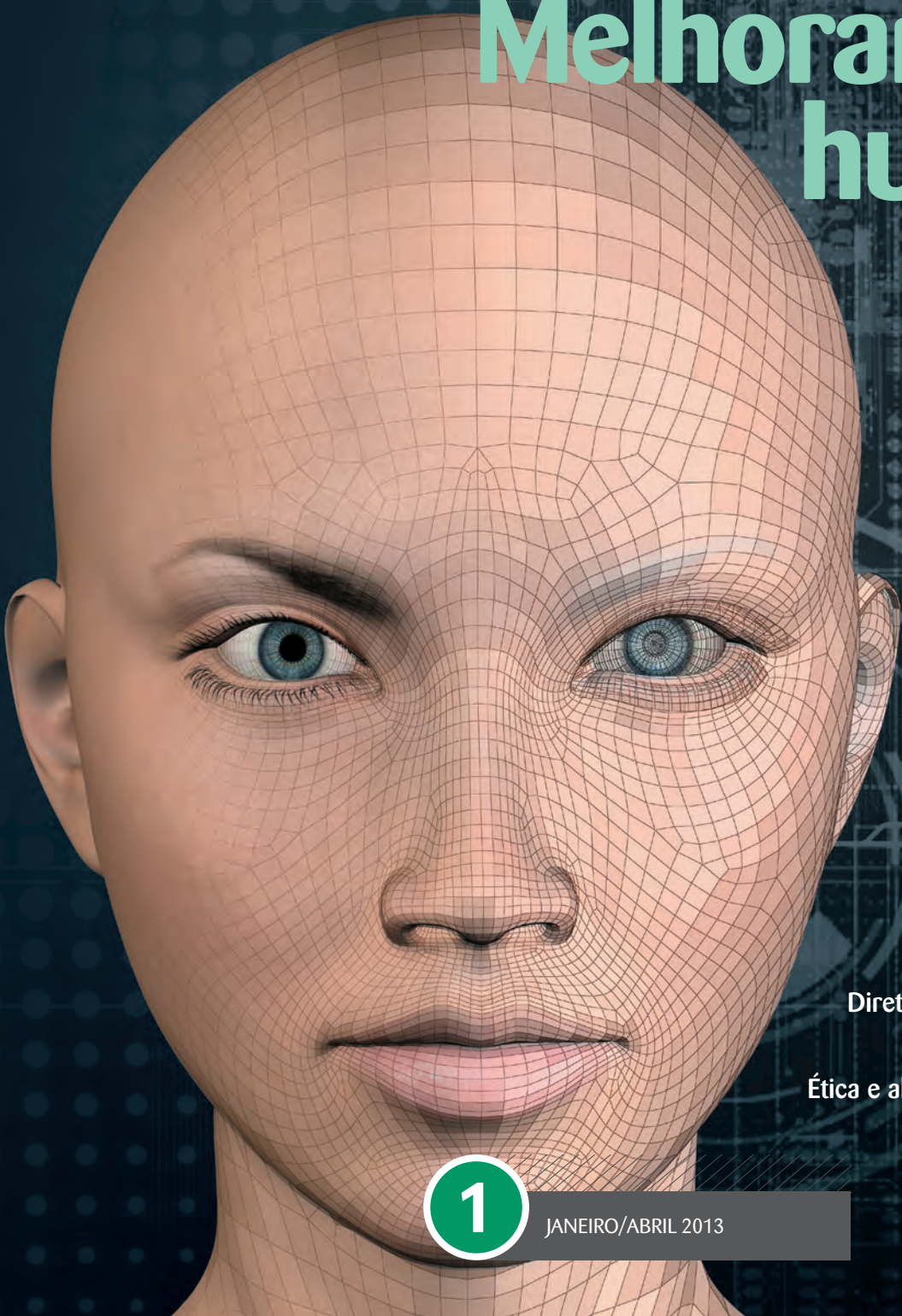


MEDICINA

CFM • Revista de humanidades médicas

Melhoramento humano

Desafios
éticos das
biotecnologias



Leia ainda:

Diretivas antecipadas de vontade

A arte de Robert Pope

Ética e alocação de recursos no SUS

Olhares sobre a pediatria

1

JANEIRO/ABRIL 2013

ANAMNESE

6 | O corpo em imagens

Michael Sappol, curador da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, apresenta seu mais recente livro, um mergulho na representação do corpo humano e suas relações com a cultura médica e a saúde.



BIOÉTICA

16 | Respeito à vontade do paciente

Diferentes aspectos da resolução 1995/2012 são colocados em perspectiva por especialistas em bioética e pacientes num debate sobre o exercício da medicina e os limites impostos pela realidade da morte.

ARTIGO

22 | Doença e cura: a arte de Robert Pope

A trajetória do artista canadense, que morreu aos 36 anos em decorrência de câncer, é abordada pelo médico Thomas "Jock" Murray num relato assombroso que leva o leitor a enxergar com novos olhos aquilo que virou rotina nos hospitais.

CAPA

32 | A busca por um novo homem

Alguns dos maiores especialistas internacionais discutem os desafios éticos das biotecnologias voltadas ao melhoramento da espécie humana. As posições antagônicas de trans-humanistas e bioconservadores; a utopia da integração entre homens e máquinas; e o reflexo desse tema em diferentes formas de manifestação cultural (literatura, cinema, quadrinhos etc.) são tratados num dossiê que deixa uma pergunta no ar: afinal, estamos preparados para essa possibilidade?



PAINEL

44 | Entre o desejo e a razão

O SUS – resposta constitucional ao anseio da sociedade de acesso à assistência – está diante de um dilema: como ser universal e integral com recursos escassos, limitados? Cinco convidados do CFM apresentaram seus argumentos sobre o tema que tem fortes implicações legais, médicas e bioéticas.

OLHARES

60 | Pediatria: quando o cuidado cabe num abraço

Nossos repórteres fotográficos descobriram na pediatria uma fonte inesgotável de imagens sensíveis, emanadas do dia a dia de cuidados e de carinhos.



E AINDA NESTA EDIÇÃO

- 56 | Panorama
- 58 | Agenda
- 68 | Cinema
- 72 | Livros
- 81 | Poema
- 82 | Ponto final



Publicação do Conselho Federal de Medicina

//SGAS 915, Lote 72, Brasília/DF, CEP 70390-150
Telefone: (61) 3445 5900 • Fax: (61) 3346 0231
www.portalmédico.org.br • imprensa@portalmédico.org.br

DIRETORIA

Presidente: Roberto Luiz d'Ávila
1.º vice-presidente: Carlos Vital Tavares Corrêa Lima
2.º vice-presidente: Aloísio Tibiriçá Miranda
3.º vice-presidente: Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti
Secretário-geral: Henrique Batista e Silva
1.º secretário: Desiré Carlos Callegari
2.º secretário: Gerson Zafalon Martins
Tesoureiro: José Hiran da Silva Gallo
2.º tesoureiro: Frederico Henrique de Melo
Corregedor: José Fernando Maia Vinagre
Vice-corregedor: José Albertino Souza

CONSELHEIROS TITULARES

Abdon José Murad Neto (Maranhão), Aldemir Humberto Soares (AMB), Aloísio Tibiriçá Miranda (Rio de Janeiro), Cacilda Pedrosa de Oliveira (Goiás), Carlos Vital Tavares Corrêa Lima (Pernambuco), Celso Murad (Espírito Santo), Cláudio Balduino Souto Franzen (Rio Grande do Sul), Dalvílio de Paiva Madruga (Paraíba), Desiré Carlos Callegari (São Paulo), Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (Alagoas), Frederico Henrique de Melo (Tocantins), Gerson Zafalon Martins (Paraná), Henrique Batista e Silva (Sergipe), Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen (Minas Gerais), Jecé Freitas Brandão (Bahia), José Albertino Souza (Ceará), José Antonio Ribeiro Filho (Distrito Federal), José Fernando Maia Vinagre (Mato Grosso), José Hiran da Silva Gallo (Rondônia), Júlio Rufino Torres (Amazonas), Luiz Nódgi Nogueira Filho (Piauí), Maria das Graças Creão Salgado (Amapá), Mauro Luiz de Brito Ribeiro (Mato Grosso do Sul), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (Roraima), Renato Moreira Fonseca (Acre), Roberto Luiz d'Ávila (Santa Catarina), Rubens dos Santos Silva (Rio Grande do Norte), Waldir Cardoso (Pará)

CONSELHEIROS SUPLENTE

Ademar Carlos Augusto (Amazonas), Alberto Carvalho de Almeida (Mato Grosso), Alceu José Peixoto Pimentel (Alagoas), Aldair Novato Silva (Goiás), Alexandre de Menezes Rodrigues (Minas Gerais), Ana Maria Vieira Rizzo (Mato Grosso do Sul), Antônio Celso Koehler Ayub (Rio Grande do Sul), Antônio de Pádua Silva Sousa (Maranhão), Ceuci de Lima Xavier Nunes (Bahia), Dilson Ferreira da Silva (Amapá), Elias Fernando Miziara (Distrito Federal), Glória Tereza Lima Barreto Lopes (Sergipe), Jailson Luiz Tótola (Espírito Santo), Jeancarlo Fernandes Cavalcante (Rio Grande do Norte), Lisete Rosa e Silva Benzoni (Paraná), Lúcio Flávio Gonzaga Silva (Ceará), Luiz Carlos Beyruth Borges (Acre), Makhoul Moussallem (Rio de Janeiro), Manuel Lopes Lamego (Rondônia), Marta Rinaldi Muller (Santa Catarina), Mauro Shosuka Asato (Roraima), Norberto José da Silva Neto (Paraíba), Pedro Eduardo Nader Ferreira (Tocantins), Renato Françoso Filho (São Paulo), Wilton Mendes da Silva (Piauí)

CONSELHO EDITORIAL

Abdon José Murad Neto, Aloísio Tibiriçá Miranda, Cacilda Pedrosa de Oliveira, Desiré Carlos Callegari, Henrique Batista e Silva, Mauro Luiz de Brito Ribeiro, Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, Roberto Luiz d'Ávila

Diretor-executivo: Desiré Carlos Callegari

Editor: Paulo Henrique de Souza

Editor-executivo: Thiago Brandão

Redação: Ana Isabel de Aquino Corrêa, Milton Júnior, Nathália Siqueira, Paulo Henrique de Souza, Thiago Brandão, Vevila Junqueira

Tradução do artigo de Thomas Murray: Positive Idiomas

Demais traduções: Thiago Brandão

Secretária: Amanda Ferreira

Apoio: Amilton Itacaramby

Fotos: Márcio Arruda

Projeto gráfico e impressão: Gráfica e Editora Posigraf

Diagramação: Heloisa Garrido (Posigraf)

Revisão: Helenn Cordeiro

Os artigos e comentários assinados publicados nesta revista são de inteira responsabilidade dos autores e não representam necessariamente a opinião do CFM.

Humanidades em medicina

Fazer medicina não se resume ao domínio pleno da técnica. O conhecimento pode salvar vidas, mas o ciclo do bom atendimento só se completa quando o médico agrega à sua prática outros elementos, em grande parte ausentes em livros de anatomia ou de farmacologia.

É preciso enxergar o caráter humano de quem se apresenta no consultório ou no hospital. Isso implica no reconhecimento do outro – no caso, do paciente – como parte ativa do processo terapêutico. Torna-se fundamental entender a fragilidade alheia e lançar sementes de força e esperança em terreno, às vezes árido.

Para tanto, o médico necessita superar seus limites. Buscar numa formação global, integral, instrumentos que possam capacitá-lo para esse desafio diário. A leitura constante, o contato com outras ciências angulares – como a filosofia, a antropologia e a sociologia – e o estímulo à sensibilidade pela música, pelo cinema e pelas demais artes são formas de se atingir essa meta.

Consciente de sua missão de estabelecer diretrizes éticas para o exercício da medicina, assim como de zelar pelo bom conceito e pela boa prática da profissão, o Conselho Federal de Medicina (CFM) apresenta a primeira edição de sua revista Medicina. Esta publicação, que se irmana a outras patrocinadas pela entidade – o jornal Medicina (mensal) e a Revista Bioética (quadrimestral) – nasce vocacionada para o debate das humanidades e de suas consequências sobre as ciências médicas.

Quadrimestral, a revista Medicina tem como propósito levar ao leitor – médico e não médico – textos e imagens de dentro do universo da profissão, sobretudo em suas inflexões mais humanas. Além disso, tem a pretensão de estimular discussões, reflexões e análises para cultivar valores éticos e morais.

Neste exemplar, abordamos o passado e o universo imagético da medicina em uma entrevista com Michael Sappol, historiador-curador da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, instituição que detém o maior acervo médico do mundo.

Tangenciamos também o futuro, em reportagens e entrevistas que tratam de implicações éticas do uso de biotecnologias de melhoramento humano. Especialistas de renome internacional, como Julian Savulescu (editor-chefe do Journal of Medical Ethics), Nicholas Agar (pesquisador do Centro Hastings de bioética) e Nick Bostrom (diretor do Instituto Futuro da Humanidade da Universidade de Oxford), aceitaram gentilmente nosso convite para colaborar.

Além disso, falamos em nossas páginas de cinema, literatura, poesia, vida e morte. Assumimos nossa ambição de oferecer um produto denso, compromisso que esperamos manter nas muitas edições vindouras. Assim, fortaleceremos com a revista Medicina o elo de confiança entre os médicos, este Conselho Federal e o espírito de autonomia que deve existir entre os pacientes e os médicos.



“Assumimos nossa ambição de oferecer um produto denso, compromisso que esperamos manter nas muitas edições vindouras. Assim, fortaleceremos com a revista Medicina o elo de confiança entre os médicos, este Conselho Federal e o espírito de autonomia que deve existir entre os pacientes e os médicos.”

Desiré Carlos Callegari
Diretor de Comunicação

Roberto Luiz d'Ávila
Presidente

NOTA DOS EDITORES - Receberemos a partir desta edição cartas com comentários, sugestões e críticas à revista e também fotografias relacionadas à assistência em saúde. A correspondência dos leitores será sempre bem-vinda: imprensa@portalmedico.org.br.





O corpo em imagens

//Thiago Brandão

O desenrolar da história e a forma como homens e mulheres são retratados em desenhos, pinturas e ilustrações. Esses são temas tratados nesta primeira Anamnese, seção da revista Medicina que se dedicará a entrevistas sobre temas e trabalhos de interesse para a área de humanidades. Nas próximas páginas, o leitor será apresentado a um dos maiores especialistas em cultura visual da medicina, cujo mais recente livro – “Tesouro oculto” – apresenta imagens que ajudaram a moldar a experiência do trabalho médico e o imaginário coletivo em relação ao funcionamento e aos mistérios do corpo humano. Essas manifestações gráficas (algumas delas selecionadas para ilustrar esta conversa) são espelhos reveladores de como nos vemos e daquilo que podemos vir a ser.



Historiador-curador da instituição que detém o maior acervo médico do mundo, a Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos, **Michael Sappol** é especialista na história da ilustração e da filmografia médica. Seu mais recente livro é “Tesouro oculto” (*Hidden Treasure*, 2012, *Blast books*, U\$ 30,00, 240 páginas), uma coletânea de imagens originárias de livros que compõem o acervo da Biblioteca (algumas das quais ilustram as páginas seguintes), acompanhada de ensaios analíticos. Nesta entrevista, Sappol fala sobre sua obra, a representação do corpo humano em imagens e as relações entre cultura visual médica, ideais de saúde e interpretações da realidade.

O senhor acredita que imagens como essas que vemos em seu livro moldam nossas concepções de saúde e o modo como nos vemos?

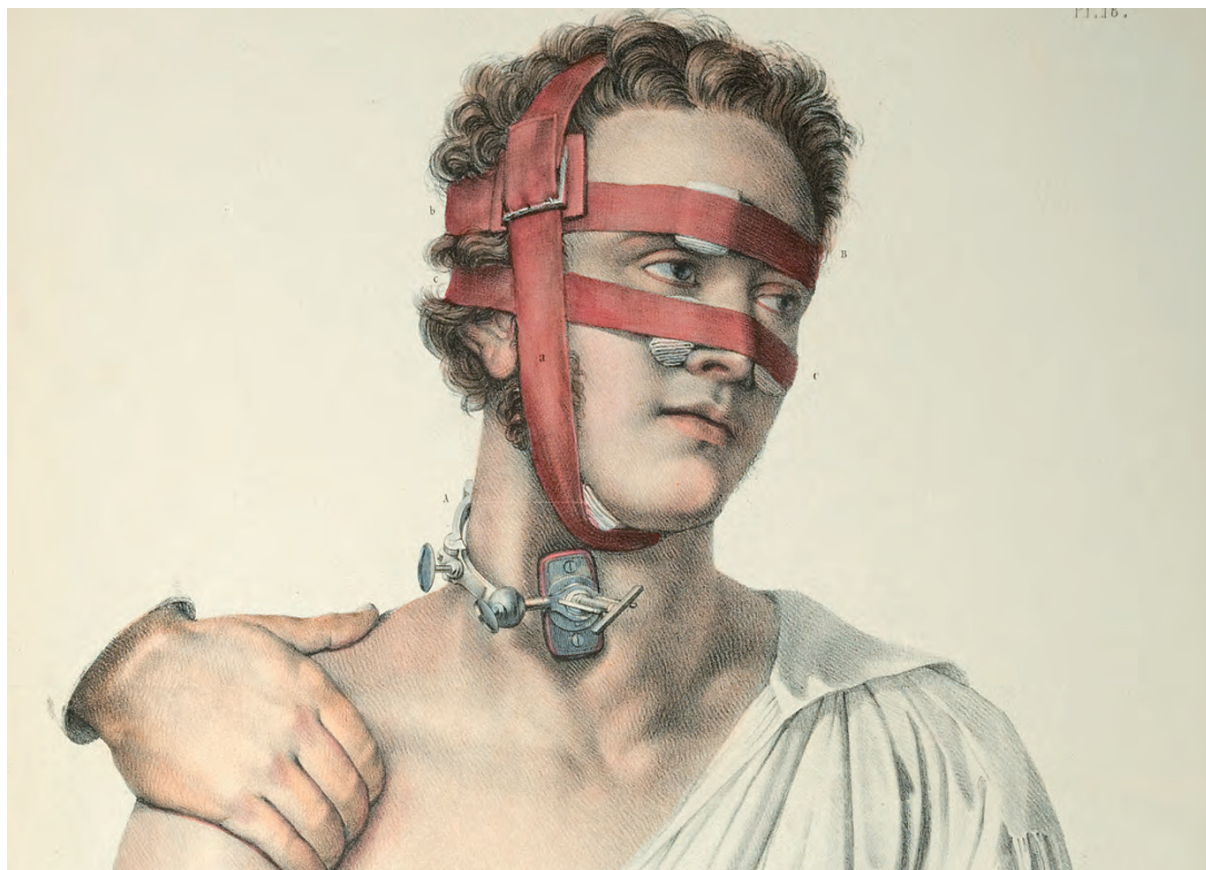
Sim, acredito que nos vemos por imagens. Historicamente, imagens do corpo forneceram um vocabulário visual da própria natureza do corpo. Elas são um tipo de espelho no qual vemos a nós mesmos e aquilo que podemos vir a nos tornar. Digo aquilo que podemos vir a nos tornar porque nossas vidas orgânicas são sujeitas a todos os tipos de doenças e distorções. A depender das circunstâncias podemos ter aparências muito distintas das que temos agora. Imagens médicas e científicas são particularmente poderosas porque são embaladas por um tipo de autoridade. Elas são direta ou indiretamente produtos de opinião especializada. O livro aborda desde escritos médicos medievais muito antigos até representações visuais bem próximas do tempo em que vivemos. Como se vê em “Tesouro oculto”, há maneiras muito diferentes pelas quais podemos nos ver. Às vezes, de modo naturalista, o que significa dizer que a imagem ilustra algo realmente parecido com o corpo; às vezes, de modo bastante esquemático e dividido. Os cientistas e os médicos são influenciados pelos modos de representação disponíveis a eles. Eles veem diagramas arquitetônicos, prédios, ruas, máquinas – são coisas que influenciam seus modos de fazer ciência e medicina. E as imagens sempre têm múltiplos significados, alguns dos quais sequer são claros para quem as produz. Portanto, sim, imagens – desenhos, fotografias, impressos, diagramas, gráficos, tabelas estatísticas – moldam nossas concepções de saúde e doença porque são parte da metodologia de produção de conhecimento, do trabalho da ciência.

Algumas das imagens são alusivas, poéticas e provavelmente não muito precisas. Como temos nos visto ao longo da história? Há ciclos ou padrões?

Não creio que haja ciclos ou padrões. Creio que as coisas são bastante locais, acidentais, culturais e históricas. Pessoas que vivem em uma sociedade em que a agricultura e a arquitetura de pedra são formas culturais dominantes vão ver no corpo humano esses elementos de sua experiência social. Se as pessoas vivem em uma sociedade de automóveis, aviões, ferrovias, telégrafos e telefones, verão isso no corpo. O mesmo ocorre no caminho inverso. Pessoas que trabalham com computadores e programação são frequentemente influenciadas pelo modo como pensam que o cérebro humano e os sentidos funcionam. Então, é uma via de mão dupla. Aqueles que estão fazendo ciência são influenciados pelo que veem no mundo (no mundo amplo que ultrapassa a ciência) e, em troca, abastecem o mundo com imagens e ideias cientificamente autorizadas sobre o corpo humano, elementos estes que se tornam parte de nossa vida diária. E todas as imagens médicas são alusivas e poéticas de alguma maneira. Algumas não foram particularmente produzidas com preocupações relacionadas à precisão ou ao realismo. Muitas delas representam tipos ideais de saúde, beleza, enfermidade, forma. Outras focam nas especificidades de um caso individual. O realismo mesmo é uma forma de retórica, um mecanismo visual para persuadir o observador em direção à ideia de que a imagem corresponde a, e representa com precisão, algo concreto. O realismo tem uma bolsa de truques para alcançar seus objetivos: perspectivas ilusionistas, detalhamento adicional etc.

Beleza e horror caminham juntos no livro, às vezes na mesma imagem. Há diferenças entre períodos?

Em diferentes épocas e lugares, entre diferentes pessoas, classes sociais, etnias, culturas etc., o belo e o feio foram definidos de maneiras muito diferentes. Desde o fim do século XIX, artistas e críticos culturais europeus constroem uma crítica da beleza e da feiura. Frequentemente, eles marcaram os valores presentes nessas duas categorias. *Será a beleza vinculada à verdade, à realidade das coisas? Ou será falsificação, algo que fica no caminho da representação precisa?* Certamente, houve períodos em que as pessoas se permitiam representar apenas o que era ideal e houve regras para o que podia ser representado. Na escultura da Grécia Antiga, do período helênico, clássico, representava-se basicamente o que se entendia por belo, pessoas bonitas. Nesse período, não obstante, começou-se a expandir a variedade de representação, aparecendo então pessoas mais velhas, com má postura ou aleijadas. Mas havia ainda limites para o quanto o que se entendia por feio podia ser representado, havia uma imposição moral sobre isso. De qualquer modo: *O que é feio? O que é belo?* Na esfera da representação médico-científica, na documentação de casos clínicos, os médicos têm uma licença particular para fotografar ou desenhar pessoas em condições terríveis e perturbadoras. O registro dessas condições é parte importante de como aprendemos a lidar com essas condições. No mesmo quadro, e isso aconteceu mais nos séculos XIX e XX, há os *shows* de horrores, em que pessoas se engajam deliberadamente nas deformidades. Claro, no mundo social, nas cidades dos séculos XVII, XVIII e XIX e também em países menos desenvolvidos, você pode ver todos os tipos de deformidade. Muitos são tratáveis ou parcialmente tratáveis em países que têm melhor assistência médica. Questões como *O que se faz com essa situação? Essas pessoas são excluídas? Como essas pessoas estão sendo socialmente segregadas?* são frequentemente retomadas na esfera de desenhos, pinturas e fotografias: *Essas pessoas podem ser fotografadas? Qual o uso que será dado a essas imagens? Qual o modo correto de se fazer essa representação? Esse registro é para proporcionar algum tipo de deleite visual? As pessoas vão olhar de modo zombador ou quero com isso mobilizar pessoas para alguma ação social, para prevenir um mal ou tratá-lo?* Há muitas respostas possíveis a tudo isso. Uma complicação adicional sobre beleza e feiura é a seguinte: no decorrer do desenvolvimento da filosofia e da estética no século XVII, surge a ideia de que a beleza corresponde à verdade; ao lado disso, no romantismo, no século XIX, e também no campo da ciência, há a crítica que diz: a beleza é uma falsificação. A ideia é de que algo na beleza obscurece nossa visão daquilo que o mundo realmente é. Para complicar mais, no século XX, na Europa, muitos disseram que coisas costumeiramente vistas como feias eram na verdade belas. Haveria uma beleza patológica, sublime, selvagem. O poder da beleza seria seu efeito moral sobre o observador; a imagem seria superficial e como que corruptora. Essas coisas ficaram complexas ao longo da história.



Combinação de presilhas e bandagens comprime as artérias faciais do paciente.

//Fonte: *Estudo completo da anatomia humana (1831-54).*

[Traité complet de l'anatomie de l'homme], Paris.

Jean-Baptiste Marc Bourgery, com ilustrações de Nicolas-Henri Jacob.

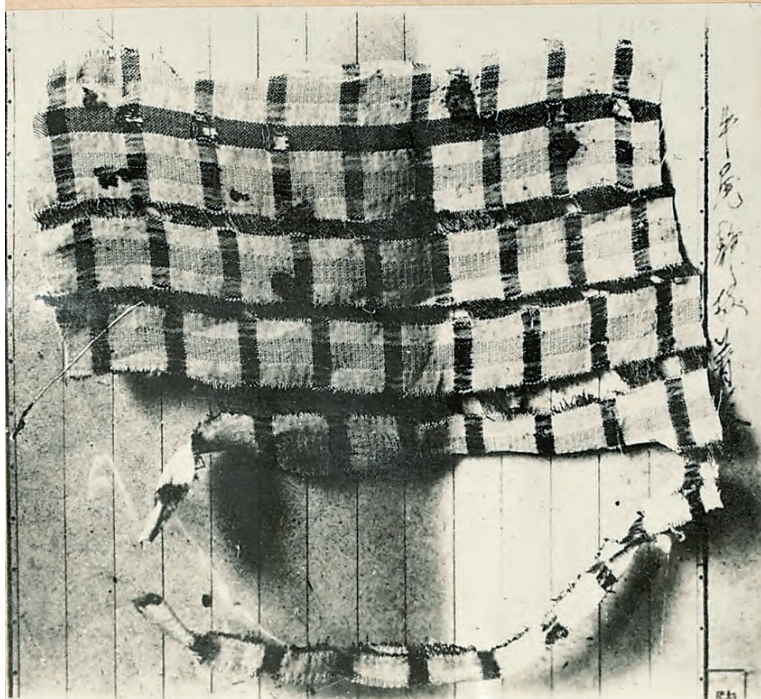
O que o senhor acredita que perdemos e ganhamos com as novas tecnologias usadas pela medicina para retratar o corpo humano? Ganhamos muito, certamente. Pesquisadores podem ver estruturas do corpo jamais vistas antes. Então, as imagens médicas dão atualmente uma grande contribuição ao conhecimento e à habilidade técnica na medicina, na cirurgia, na farmacologia. As novas tecnologias – tomografias computadorizadas, ressonância magnética, tomografias por emissão de pósitrons, microscopia eletrônica etc. – nos permitem conhecer o corpo profundamente. O cirurgião pode ver o interior do corpo enquanto faz a cirurgia e assim trabalha com impressionante precisão. A questão é que essas imagens médicas, tais como as vejo, não são particularmente atraentes. Elas não são interessantes, de certo modo não são ricas, são padronizadas para minimizar ou eliminar variações. Elas também obscurecem algumas coisas com sua estreita concentração em detalhes. Há nelas a tendência de se deslocar decisivamente o foco de observação para longe do amplo contexto social e biográfico no qual pacientes reais desenvolvem e vivenciam suas doenças. Então, é uma situação mista. Mas certamente aprecio o fato de que temos incríveis maneiras de ver o corpo humano por meio do que se chama costumeiramente de imagiologia médica.

De acordo com Paul Theerman, autor do ensaio que acompanha a imagem desta página no livro de Michael Sappol, dois dias após a explosão da bomba atômica em Hiroshima – que matou instantaneamente 70 mil pessoas e feriu, mutilou e envenenou outras 70 mil –, o Colégio Médico do Exército Imperial enviou médicos ao local (os profissionais da cidade estavam eles mesmos feridos ou mortos). Nos meses seguintes, os enviados foram as referências de cuidado à população e também realizaram o trabalho de coleta e análise de informações. Na imagem, o relatório indica correspondência entre as queimaduras de uma mulher e as listras das roupas que ela usava no momento da explosão.

//Fonte: Relatório médico do bombardeio atômico a Hiroshima (1945).
[Medical Report of the Atomic Bombing in Hiroshima], Tokyo.
Imperial Army Medical College and First Tokyo Military Hospital.

Apparel & Burn

S-Ushio female



Her one piece with black & white strips



Burn in the corresponding stripes

Desde quando arte e medicina trabalham juntas? Houve algum período histórico em que esse trabalho foi mais intenso e deliberadamente buscava proporcionar mais prazer estético? *Tesouro oculto* é composto por uma seleção pequena e incompleta desse trabalho conjunto. Medicina e arte – arte entendida em sua acepção ampla, não apenas em termos de representação visual – trabalharam juntas desde sempre. As artes de cura sempre envolveram *performances*, em diferentes culturas: dança, canto, narrações, rituais, construção de imagens e esculturas. E há sempre a encenação, que de algum modo continua a existir hoje. Mesmo quando você vai aos médicos mais cientificistas, aqueles atualizados e conhecedores das tecnologias médicas mais recentes, há um tipo de experiência de construção cênica ocorrendo. É um tipo de arte – e uns fazem isso melhor do que outros. Os médicos e pacientes de hoje nem sempre estão conscientes da cumplicidade que mantêm em suas *performances*. Em termos de representação visual, há, mesmo nas imagens padronizadas resultantes das modernas tecnologias, certas decisões estéticas embutidas sobre o que exibe melhor o que se quer mostrar, sobre como fazer as coisas se tornarem visíveis. Esses aspectos são evidentemente levados em consideração. Às vezes, e isso é possível, o resultado transmite mais credibilidade quando a imagem é tosca e grosseira. Quando começaram a fazer fotografia médica, introduziram uma série de problemas técnicos e estéticos no trabalho de registro fotográfico que antes disso não eram considerados. E mesmo, por exemplo, em máquinas que traçam gráficos das funções do coração ou do cérebro, há uma série de decisões estéticas envolvidas: você vê pequenas elevações, com picos que sobem e descem, alguns em papel, outros em computador; as questões são técnicas mas a representação envolve decisões estéticas.

Aparentemente, havia no passado mais preocupações estéticas com as representações do corpo. Nos livros, os modelos vestiam-se de modo elegante, posavam em posições incomuns, alguns estavam maquiados.

Sem dúvida. Por um longo período houve a presunção de que as imagens médicas deveriam de algum modo agradar o olho. Os trabalhos que tocam a moderna ciência da anatomia são assim: os de Valverde [Juan Valverde de Amusco, século XVI] e Eustáquio [Bartolomeu Eustáquio, século XVI], por exemplo. Isso acontecia quando se pensava, por exemplo, qual cadáver tinha boas proporções e quanta liberdade o artista teria. Às vezes, havia ponderações sobre se o valor estético prevalente deveria ser o realismo, que começou a se tornar importante na arte holandesa no século XVII. Então, a beleza podia estar simplesmente, por exemplo, na textura da pele ou na exibição de uma abertura no quase santuário de prazer que era o corpo. Na ilustração anatômica, isso corresponde a imagens que ilustram o cair das roupas ou a sua simples textura em uma cena da vida diária.

Homem volta-se para o Sol. A arte da capa foi realizada por Ludwig Hohlw-
en (1874-1949), um renomado artista criador de cartazes que trabalhou
para os nazistas mesmo antes de 1933 e ajudou a modelar a identidade
visual da Alemanha nazista.

//Fonte: O homem e a luz do Sol (1924).
[Der Mensch und die Sonne], Stuttgart.

Hans Surén, com fotografias de Gerhard Riebicke, C. J. Luther, J. Gross e
Paul Isenfels.



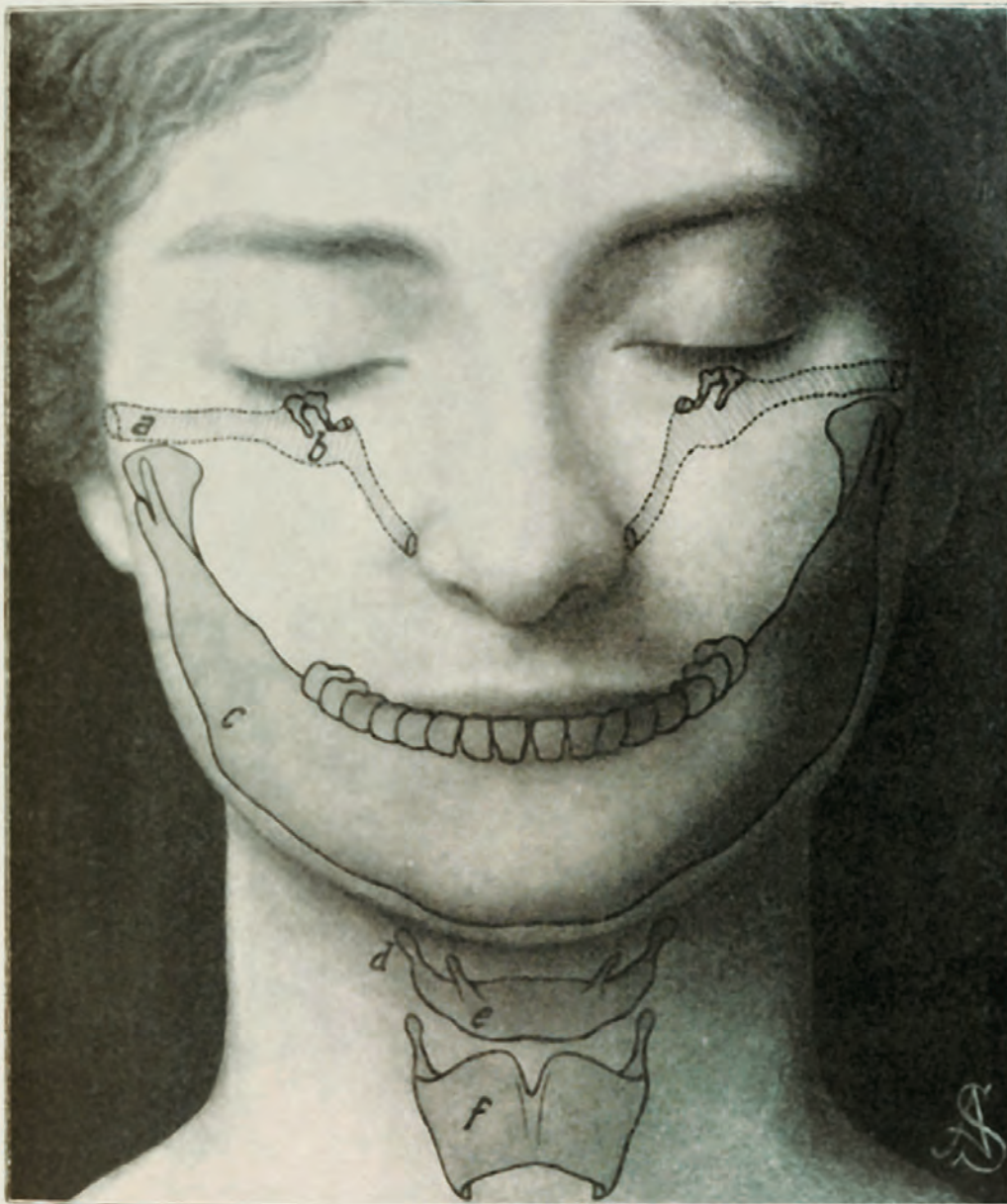


Abb. 73. Die Reste des Kiemenapparats beim Menschen.

Es entstehen aus dem 1. Kiemenang der Ohr-Nasengang (a), aus dem 1. Kiemenbogen die Gehörknöchel (b) und das Knorpelgerüst des Unterkiefers (c), aus dem 2. Kiemenbogen die Fortsätze des Zungenbeins (d), aus dem 3. Kiemenbogen dessen Körper (e), aus dem 4. Kiemenbogen der Schilddrüse des Kehlkopfes (f).

 "Os vestígios do aparato branquial em humanos." Fotomontagem sobrepõe diagrama anatômico à fotografia de uma mulher - trata-se de um paralelo com a sobreposição evolutiva: nosso passado coexiste em nosso corpo com o presente. As estruturas de olhos, orelhas, nariz, mandíbula e garganta exibidas aqui correspondem às estruturas das guelras de peixes.

//Fonte: A maravilha em nós (1921).
 [Wunder in uns], Zurich - Leipzig.
 Hanns Günther.

Em seu livro, as imagens provocam sentimentos, como compaixão, medo, angústia e admiração. Sendo como são, elas têm ensinado algo aos estudantes de medicina ao longo da história? Valores humanos, por exemplo?

Sim, elas ensinam. Atualmente, há um movimento em diferentes países do mundo para se incluir no currículo médico uma matéria chamada humanidades médicas. É algo difícil porque os médicos têm tantos e tão complicados conhecimentos para dominar que é duro inserir novas disciplinas no currículo. De qualquer modo, isso é verdade, algumas imagens foram criadas para provocar compaixão; outras não foram criadas para isso, mas ainda assim provocam esse sentimento. Ao longo da história da ilustração e da filmografia médica, algumas imagens foram também criadas com o propósito oposto, para gerar desapego clínico, para uma resposta deliberadamente não afetiva. Há os casos em que o médico vai cortar alguém ou tratar alguém ou apenas expor a seus colegas ou a um grupo de pessoas uma série de condições enfermas, e isso pode levar a algum tipo de insensibilidade. Você sente isso em muitos filmes e fotos: as pessoas fotografadas parecem às vezes apenas carne. Elas são colocadas diante da câmera sem consideração por qualquer sentimento. Os corpos são apenas expostos. Mas isso não acontece sempre. Há, na Biblioteca, por exemplo, um filme em que um grupo de médicos cuida de crianças que estão morrendo vítimas da doença da raiva. Quando os médicos e enfermeiras são observados pela câmera, aparecem completamente destruídos e angustiados pela experiência de verem aquelas lindas crianças morrendo.

A sensibilidade necessária para se apreciar essas imagens era comum? Ela é comum hoje?

Creio que sim. Muitas pessoas vêm a elas. Os programas de humanidades que mencionei são não tanto sobre encanto e beleza, mas sobre empatia. Então, de algum modo se trabalha essa sensibilidade. Sou favorável aos programas, claro, mas às vezes é de se pensar que é difícil um programa de seis semanas em humanidades médicas ter influência sobre toda uma carreira. Sei que as pessoas fazem o que podem. No contexto da empatia e da sensibilidade, há ainda o sentimento incrível despertado pelo fato de se participar de operações e campanhas que salvam vidas. Há muitos livros recentes em que médicos relatam suas experiências com pacientes. Nos relatos, há um tipo de redenção: os médicos ajudam os pacientes e os pacientes auxiliam os médicos.

Como o senhor avalia a cultura visual de nosso tempo em relação à saúde e medicina?

Sou um historiador e faço o trabalho que faço em parte porque tenho dificuldades para lidar com o presente. Minha visão, parcial, é de que, de muitas maneiras, nossa cultura visual é estéril. Na maior parte do tempo, a safra de imagens médicas e científicas de nosso tempo não é muito interessante ou agradável de se olhar. Muito do que se vê é bastante pobre em relação à riqueza dos séculos XIX e XX e também de outros tempos. Mas é preciso reconhecer que nossa cultura visual é tão variada que inclui quase tudo do passado. Estamos nesse momento peculiar em que praticamente tudo está disponível para nós. Vemos em uma semana mais do que pessoas no passado viam em uma vida inteira.

As agendas de pesquisa e abordagens metodológicas de temas médicos podem ser influenciadas pela cultura visual ao redor?

Sim, acredito nisso. Pensamos com o vocabulário visual e idiomático que temos em mãos (mesmo que ele não seja estável, possa ter seus significados alargados ou cair em desuso). É

importante lembrar que recrutamos imagens de uma variedade de diferentes domínios quando retratamos ou atribuímos conceitos ao corpo: arquitetura, vestuário, paisagem, maquinário. Então, como desenvolvemos uma agenda? Aplicamos esse vocabulário e transpomos a experiência de uma área para outras áreas. Emily Morgan, que é uma grande antropóloga médica, fala, por exemplo, sobre como as pessoas começaram a atribuir significados a seus sistemas imunológicos. Antes da aids, se você perguntasse a alguém na rua qualquer coisa sobre seu sistema imunológico, teria provavelmente como resposta uma expressão de confusão. Depois da aids, no entanto, todos começaram a ter ideias sobre seus sistemas imunológicos. Morgan abordou grupos de pessoas em bares e as entrevistou sobre o assunto. Todos tinham algo a dizer. Paralelamente, pesquisadores que estavam tentando compreender o funcionamento do sistema imunológico estavam usando metáforas do campo militar para se expressarem: “O sistema imunológico é como um forte, tem defesas. Há ameaças e inimigos tentando entrar nesse território e atacar”. As pessoas também usavam essas analogias. Como Morgan pode descrever, alguns pesquisadores começaram a pensar: “Bem, essas metáforas são parte de nossa experiência, o século XX é um século de guerras - na Europa, certamente. Nada disso é adequado para descrever o que ocorre”. Então, eles tentaram criar novas metáforas. É possível que as atuais nos sejam tão familiares que não as vejamos. Nos anos 1920 e 1930, houve grupos que começaram a ver o corpo humano como máquinas. As pessoas viam muito mais máquinas em suas vidas: aparelhos elétricos, eletrônicos, ferrovias, sistemas de comunicação. Todas essas coisas estavam disponíveis para eles quando começaram a estudar como os genes e as proteínas funcionam.

O senhor estuda o uso de cartazes na área de saúde pública. Esse recurso desempenha algum papel nas sociedades modernas?

A criação de cartazes é algo muito interessante. Tornou-se perspicaz usá-los em campanhas de saúde pública no início do século XX. O movimento foi conduzido pelas campanhas de combate às doenças venéreas e à tuberculose e pelo trabalho da Cruz Vermelha. Logo depois, houve muito entusiasmo porque os cartazes podiam mobilizar as pessoas para uma variedade de campanhas: higiene pessoal, vacinação, eliminação de mosquitos etc. Frequentemente, esse recurso foi associado à comunicação por rádio e filmes, em campanhas coordenadas. Passado o entusiasmo, dedicou-se mais atenção ao uso de tecnologia: se você pode espelhar DDT em forma de *spray*, não é mais necessário mobilizar a comunidade. E a busca por essa mobilização também podia vir a ser relacionada a movimentos políticos, a socialismo. Nos Estados Unidos, isso era ambivalente. Na Europa e na América Latina, os cartazes foram bastante usados especialmente devido ao trabalho da Organização Mundial da Saúde, porque você pode alcançar pessoas com menos instrução usando artifícios visuais. Na União Soviética e na China, houve quase um fetiche em relação ao seu uso; há cartazes para abordar quase todos os aspectos da vida humana, não apenas a saúde. A Biblioteca Nacional de Medicina tem uma rica coleção de cartazes, uma das grandes coleções de cartazes no mundo. O prazer de se ver esses trabalhos está no fato de que grandes artistas foram recrutados para produzi-los. Sobre sua efetividade, há diferentes opiniões. Há questões como: *Qual a maneira democrática ou mesmo socialista de se conduzir as campanhas?* Outras linhas preferem valorizar a autoridade dos órgãos de saúde pública. Ainda temos esses debates no campo do que se chama hoje comunicação em saúde. Mas o interesse pelos cartazes é muito menor. Hoje, as atenções estão voltadas para a internet. ■

Saúde no Brasil.
O país tem urgência
de ser bem tratado.
E o seu médico
também.



Como a maioria da população, os médicos não estão contentes com os problemas da saúde no Brasil. Problemas que eles conhecem de perto, trabalhando todos os dias para atender pacientes em condições muitas vezes desfavoráveis. Os médicos já fazem e podem fazer muito mais pela sua saúde. Mas, para resolver os problemas da saúde no país, é preciso que mais pessoas se juntem a eles: pacientes, empresários, entidades de classe, políticos e governantes. A saúde no Brasil depende do compromisso de todos nós.

Conselhos de Medicina. Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.



www.portalmedico.org.br



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CRM_s
CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA





Respeito à vontade do paciente

//Nathália Siqueira

Salvar vidas é a missão básica de todo médico, mas a realidade incontornável da morte impõe o reconhecimento de um limite a esse objetivo. **De acordo com a resolução 1995/2012, do Conselho Federal de Medicina (CFM), é dever do médico respeitar a vontade de seus pacientes em relação a cuidados terminais**

A Norma do CFM publicada em agosto deste ano torna explícita aos médicos brasileiros a obrigação ética de que o paciente seja ouvido e respeitado em relação aos cuidados que deseja receber no fim da vida. Com a resolução, fica estabelecido que o médico tem o dever de observar a vontade de cada paciente individual em relação aos momentos que antecedem a morte.

Trata-se do respeito ao direito daqueles que desejam seguir sua jornada sem interferência. Na Igreja Católica, há exemplos, como o do papa João Paulo II e do cardeal Carlo Maria Martini, que se recusaram a ser internados e permaneceram em casa na fase final de suas doenças, aguardando sua passagem em paz e com dignidade. O mesmo ocorreu quando a ex-primeira-dama americana, Jacqueline Kennedy, decidiu sair do hospital, em 1994, tendo um câncer em estágio avançado, para viver os últimos dias de vida em casa, juntamente com os filhos.

Esses casos são exemplos de ortotanásia. Ao definir essa prática, o doutor em medicina José Eduardo de Siqueira, professor de clínica médica e bioética da Universidade Estadual de Londrina e membro da Comissão de Cuidados Paliativos do CFM, salienta que ela se refere aos cuidados ativos dedicados aos pacientes portadores de enfermidades que não respondem a qualquer tratamento curativo. “Consiste em um sistema de apoio prestado por equipe multidisciplinar de saúde empenhada em ajudar o paciente a viver tão ativamente quanto possível até o momento de sua morte, prestando adicionalmente apoio à família do paciente na elaboração do luto”, explica Siqueira.

No Brasil, também conhecida como testamento vital, a diretiva antecipada de vontade deve ser formalizada no prontuário do paciente, podendo vir a ser registrada em cartório. O documento pode ser elaborado em qualquer momento da vida, mesmo por pessoas que não estão doentes, e pode ser modificado ou revogado a qualquer momento. O documento pode ser usado apenas em relação a quadros terminais e quando o paciente não estiver lúcido para expressar seus desejos.

Desse modo, o paciente poderá, por exemplo, informar que não quer ser submetido a ventilação mecânica (uso de respirador artificial), tratamentos dolorosos ou extenuantes (medicamentosos ou cirúrgicos) ou mesmo reanimação na ocorrência de parada cardiorrespiratória. Esses detalhes devem ser definidos entre médico e paciente, com registro formal em prontuário. O testamento vital é facultativo.

Se o tratamento necessário para tentar curar o paciente estiver entre os que ele optou por não receber, essa vontade será respeitada. No caso de um acidente, por exemplo, mesmo tendo manifestado sua vontade de não ser reanimado, o paciente será levado ao Centro de Terapia Intensiva (CTI) e terá toda a cobertura possível da equipe de saúde, mas, em caso de parada cardíaca, não será reanimado. A norma do CFM é destinada aos médicos brasileiros, mas não tem força de lei. O tema ganha relevância quando o Congresso Nacional avança nas discussões em torno de projeto de lei do senador Gerson Camata (PMDB-ES), que retira a ortotanásia do rol das ilicitudes penais.

Há um outro problema. Caso o paciente deixe registradas suas vontades com determinado médico e seja atendido em situações inesperadas e emergenciais por outro (situações em que a vontade expressa nas diretivas seriam relevantes para a tomada de decisões terapêuticas), sem possibilidade de que o paciente se manifeste, não há meios para que esse novo médico saiba quais são os limites terapêuticos estabelecidos pelo paciente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 2004 que 59 milhões de pessoas morrem por ano no mundo. Os registros evidenciam que apenas cerca de 10% dessas mortes decorrem de causas agudas, acidentes, doenças fatais e catástrofes. Os demais 90% resultam das doenças agudas incapacitantes e enfermidades crônico-degenerativas que podem evoluir com lento e longo processo de morte, dependendo da doença e das comorbidades envolvidas.

DECISÃO INFORMADA

Anelise Pulschen, médica e coordenadora da área de cuidados paliativos do Hospital de Apoio de Brasília, ressalta que as pessoas precisam de muita informação sobre as questões trazidas pelas diretivas. “Antes de o paciente tomar uma decisão, ele tem que ser informado sobre as suas possibilidades e as consequências dos procedimentos e da abdicação deles. O médico tem que checar principalmente se o paciente realmente entendeu toda a conduta”, afirma. Ela destaca que, com o testamento vital, o doente não está rejeitando cuidados paliativos. “Devemos cuidar do paciente até a última instância e trabalhar a qualidade de vida antes da morte”, diz Anelise.

De acordo com Pulschen, o testamento vital vem preencher uma lacuna importante. “Deparamo-nos com pacientes que perdem a consciência antes de se manifestar sobre suas vontades, e então surgem divergências entre os familiares. Um documento prévio garantiria respeito à vontade do próprio paciente”, avalia. Para o presidente da Comissão de Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), o geriatra Daniel Azevedo, um dos maiores desafios consiste em fazer com que a sociedade e os médicos voltem a reconhecer que a vida é finita. “Essa ideia se perdeu, e precisamos reconquistá-la”, afirma a médica.

Para o Conselho Federal de Medicina, equipamentos e novos procedimentos médicos devem proporcionar melhoria das condições de vida e de saúde do paciente. “Essas novidades não podem ser entendidas como um fim em si mesmo. A tecnologia não se justifica quando é utilizada apenas para prolongar um sofrimento desnecessário em detrimento da qualidade de vida, que também deve ser entendida como o direito de se ter uma morte digna”, afirma Roberto d’Ávila, presidente da instituição.

O DOCUMENTO

O testamento vital é um documento escrito no qual uma pessoa dispõe acerca da sua vontade quanto aos cuidados médicos que pretende receber quando perder a capacidade de exprimir seus desejos ou se encontrar em estado de incapacidade de decidir. Na avaliação da professora Maria Júlia Kovacs, do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), é importante dedicar atenção à morte nas várias etapas da vida, não apenas durante uma doença. “O que ajuda é falar sobre o assunto, ter a possibilidade de esclarecimento, de compartilhamento de sentimentos. Poder dizer como gostaria que fosse o processo da morte e, principalmente, o que não gostaria que acontecesse”, diz Kovacs.

Em São Paulo, a aposentada de 71 anos, Celina Maria Rubo, já escolheu um primo como responsável por representá-la caso venha a ser indicado para ela um procedimento específico ao qual não quer ser submetida – a retirada do intestino, um risco que Celina corre por ter obstrução intestinal e diverticulite, problemas que levaram sua mãe à morte. Ela conta que a falta de informação de médicos, advogados e cartórios atrasaram o registro de sua vontade. “Não gostaria de passar por procedimentos que assisti minha mãe ter de passar. Minha decisão sempre foi concreta e racionalizada. A morte é certa e justa. Já que você vai morrer, tem que cuidar disso. Tenho direito de controlar como será minha morte e principalmente de dizer o que não quero”, afirma Celina.

As diretivas antecipadas do paciente também já são realidade nos hospitais. É o que ilustra o caso da dona de casa Rosana Silva, de 24 anos. Casada há sete com Aparecido de Castro, portador de câncer na faringe, Rosana acompanha os últimos dias do marido hospitalizado em Brasília e procura respeitar suas decisões. “Sofro ao atender o pedido dele de não introduzir sonda de alimentação. Eu o vejo sofrendo, emagrecendo, mas quero respeitá-lo, pois estaria invadindo sua moral se não o fizesse”, diz Rosana.

UM COMEÇO

A repercussão recente das discussões sobre as diretivas antecipadas tem aos poucos gerado interesse público, mas o tema ainda é pouco conhecido no país. Para Luciana Dadalto, doutoranda em ciências da saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é necessária uma legislação específica sobre o tema para garantir a pacientes e médicos que não haverá questionamentos do Poder Judiciário sobre essas decisões. “A tendência é de que as diretivas se sobressaiam no Judiciário, desde que registradas em cartório. Mas cabe ao juiz decidir, por isso a lei garantiria respeito às decisões”, avalia Luciana.

Segundo a integrante da Câmara Técnica sobre a Terminalidade da Vida e Cuidados Paliativos do CFM, Cláudia Burlá, os avanços tecnológicos na área médica fizeram com que não só os médicos, mas a sociedade como um todo, perdessem a noção de que a vida é finita. “Os cuidados paliativos constituem, hoje, uma resposta indispensável aos problemas do fim da vida. Em nome da ética, da dignidade e do bem-estar de cada homem, é preciso torná-los cada vez mais uma realidade”, declarou Cláudia.

Na mesma linha, Maria Goretti Sales Maciel, que também faz parte da Câmara Técnica do CFM, defende que a assistência à terminalidade da vida preconizada pelo Conselho Federal de Medicina não significa que não há nada a fazer, que se deve abandonar o paciente e, menos ainda, que ele deva ser sedado. “É, primordialmente, mudar o olhar do médico e de toda a equipe para a pessoa que já passou por várias tentativas de tratar a sua doença e preservar, sem obstinação, sua existência”, diz Maria Goretti, que também é coordenadora do Serviço de Cuidados Paliativos do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE/SP).



foto: Nathália Siqueira

Pesquisa realizada pela consultoria Economist Intelligence Unit e publicada pela revista inglesa The Economist em 2010 coloca o Brasil em 38.º lugar em um *ranking* de 40 países quando o assunto é qualidade de morte. O país fica à frente apenas de Uganda e da Índia. O dado indica que o brasileiro em estado terminal ainda padece de muitos sofrimentos evitáveis.

Rosana Silva (acima) personifica a trajetória daqueles que tentam evitar esse prolongamento da dor, sobretudo em parentes. É o que faz ao respeitar as vontades de Aparecido, seu marido, internado como paciente terminal.

“A morte não é uma doença para a qual devamos achar cura. É necessário que o homem reconheça e aceite a própria realidade e os próprios limites.”

Arcebispo de Aparecida e presidente da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Dom Raymundo Cardeal Damasceno Assis

AS DIRETIVAS NO BRASIL E NO MUNDO

O testamento vital faz parte das regras hospitalares em vários países. Em Portugal, entrou em vigor em agosto de 2012 uma lei federal que autoriza o registro das diretivas antecipadas de vontade. Na Argentina, a legislação sobre o tema tem três anos. Holanda e Espanha também contam com esse dispositivo. Nos Estados Unidos, o testamento vital tem valor legal e existe desde 1970.

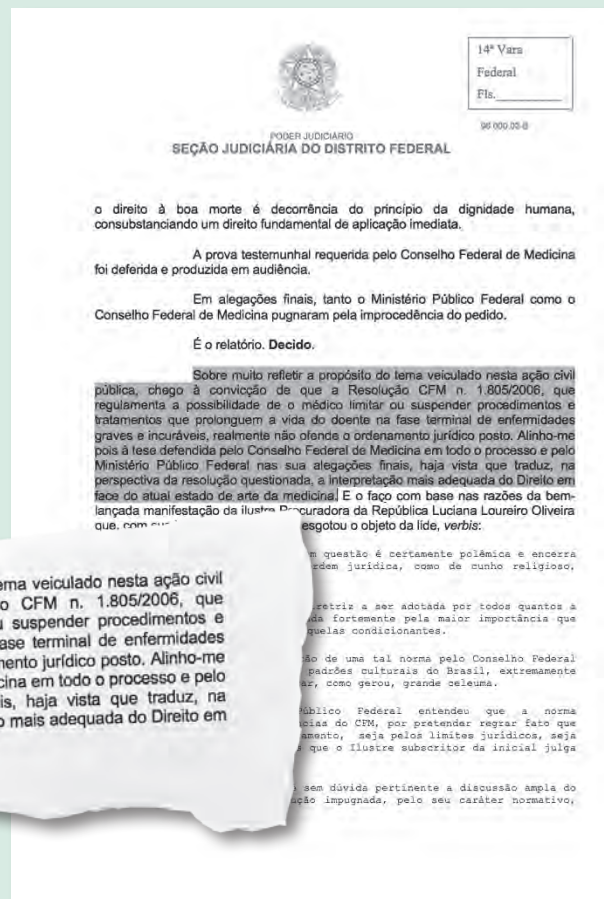
No Brasil, podem constar do documento vontade, tais como estas:

- Não ser submetido a tratamento de suporte artificial das funções vitais;
- Não ser submetido a tratamento fútil, inútil ou desproporcional a seu quadro clínico e de acordo com as boas práticas profissionais, nomeadamente no que concerne às medidas de suporte básico de vida e às medidas de alimentação e hidratação artificiais que apenas visem retardar o processo natural de morte;
- Receber cuidados paliativos adequados;
- Não ser submetido a tratamentos que se encontrem em fase experimental;
- Autorizar ou recusar a participação em programas de investigação científica ou ensaios clínicos.

APOIO DA JUSTIÇA

Em relação ao assunto terminalidade da vida, os conselhos de medicina alcançaram importante vitória nos campos ético e jurídico. No dia 1.º de dezembro de 2010, o juiz Roberto Luis Luchi Demo emitiu sentença considerando improcedente o pedido do Ministério Público Federal de decretação de nulidade da resolução 1805/2006, que prevê que, “na fase terminal de enfermidades graves e incuráveis, é permitido ao médico limitar ou suspender procedimentos e tratamentos que prolonguem a vida do doente, garantindo-lhe os cuidados necessários para aliviar os sintomas que levam ao sofrimento, na perspectiva de uma assistência integral, respeitada a vontade do paciente ou de seu representante legal”. A decisão da 14.ª Vara da Justiça Federal colocou ponto final em disputa que se arrastou por mais de três anos e abriu caminho para a nova norma do CFM sobre testamento vital.

O juiz expressa no documento o entendimento de que a ortotanásia (tema central da ação civil) se insere num contexto científico de medicina paliativa. “Diagnosticada a terminalidade da vida, qualquer terapia extra se afigurará ineficaz. Assim, já não se pode aceitar que o médico deva fazer tudo para salvar a vida do paciente (beneficência), se esta não pode ser salva”, cita o documento.



ÉTICA DOS TEMPOS

A ideia de plena autonomia ao paciente gerou importantes discussões no meio médico em anos recentes e acabou ganhando força com a publicação do último Código de Ética Médica. A autonomia do paciente passou a ter um papel acentuado, especialmente em casos de portadores de doenças incuráveis. Na análise de Elcio Bonamigo, doutor em bioética e biojurídica, membro da Câmara Técnica de Bioética do CFM, ao longo dos anos, “os médicos deixam de ser paternalistas e os pacientes a cada dia ganham voz nos consultórios. Ele deve ter sua autonomia também preservada no fim da vida”.

Foi o ano de 1931, porém, que marcou a primeira produção brasileira na área. Iniciado durante o 1.º Congresso Médico Sindicalista, o Código de Deontologia Médica era uma obra adaptada à realidade do país. Sua elaboração contou com a participação de profissionais e corporações médicas brasileiras. Entretanto, o documento não gozava de *status* jurídico. Em seu artigo 4.º, o texto estabelecia que “o médico, em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas”.

Sob as novas influências que passaram a orientar o campo da bioética, o código de 1988 trouxe reflexões e orientações sobre alguns temas, como direitos humanos, doação e transplantes de órgãos e tecidos e pesquisa médica. Pela primeira vez, o paciente era reconhecido como sujeito de direitos, competente para a tomada de decisões sobre condutas diagnósticas e terapêuticas.

O artigo 46 ilustrava bem o novo posicionamento, vedando ao profissional “efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e o consentimento prévio do paciente ou de seu responsável legal”. Se os documentos anteriores davam brechas para a atenuação ou ocultação dos erros médicos, o código então nascente era taxativo ao pregar o oposto: “é vedado acobertar erro ou conduta antiética de médico”, estabelecia o artigo 79.

Após mais de 20 anos de vigência do código anterior, entrou em vigor no dia 13 de abril de 2010 o sexto Código de Ética Médica reconhecido no Brasil. Suas 31 páginas refletem a revolução silenciosa que se deu em laboratórios, salas de cirurgia e consultórios médicos nas últimas duas décadas. O Código de 2010 introduz diretamente o tema da não prática da distanásia e incentiva a organização dos cuidados paliativos. ■

Veja o texto integral da resolução em <http://www.portalmedico.org.br>.



SAIBA MAIS SOBRE:

Quem pode recorrer ao testamento vital?

O testamento vital pode ser feito por qualquer pessoa maior de idade e na posse das suas capacidades, sem interdição ou anomalia psíquica.

Qual é a orientação da resolução do CFM?

O médico deve levar em consideração as diretivas antecipadas de vontade de pacientes que se encontram incapazes de comunicar-se ou de expressar de maneira livre e independente suas vontades. A norma da entidade também estabelece que caso o paciente tenha designado um representante para tal fim, isso será respeitado pelo médico.

Essa medida antecipa a morte do paciente?

O Código de Ética Médica, em vigor desde abril de 2010, já explicitou que é vedado ao médico abreviar a vida, ainda que a pedido do paciente ou de seu representante legal. Em casos de doenças incuráveis, irreversíveis e terminais, o paciente pode optar antecipadamente por limitar procedimentos.

E se não for conhecida as diretivas antecipadas?

Não sendo conhecidas as diretivas antecipadas de vontade do paciente nem havendo representante designado, familiares disponíveis ou falta de consenso entre estes, o médico pode recorrer ao Comitê de Bioética da instituição, caso exista, ou, na falta deste, à Comissão de Ética Médica do hospital ou ao Conselho Regional de Medicina para fundamentar sua decisão sobre conflitos éticos, quando entender que essa medida seja necessária e conveniente.

O médico pode discordar do testamento vital?

Depende. O médico de confiança deve orientar o paciente e até participar da elaboração do testamento vital. Se surgirem novas opções terapêuticas, o profissional deve apresentá-las ao paciente. Contudo, se o doente já determinou suas vontades e estiver inconsciente, seu desejo deve ser respeitado.

CONFLITOS BIOÉTICOS DO VIVER E DO MORRER – CFM

A obra trata de temas como a definição e aceitação da terminalidade da vida, espiritualidade e cuidados paliativos e assistência à terminalidade (orientação dos cuidados paliativos). Os autores – renomados profissionais que lidam cotidianamente com essas questões – também abordam aspectos como a comunicação das más notícias, cuidados à pessoa que cuida, cuidados paliativos em ambientes críticos, cuidados de fim de vida na criança e em neonatologia, enfoques sobre a morte e o morrer e ortotanásia. Disponível em <http://www.portalmedico.org.br>.

Doença e cura: a arte de Robert Pope

O artista plástico canadense **Robert Pope** (1956-1992) morreu vítima da doença de Hodgkin aos 36 anos, depois de lutar contra a enfermidade por dez. Ele é conhecido por suas telas que exploram a experiência de adoecimento, cuidado em saúde e cura – muitas delas inspiradas em sua própria condição de paciente de câncer. No artigo que tem início nesta página, o professor **Thomas “Jock” Murray**, que conviveu com Pope em seus últimos anos de vida, analisa o artista e sua obra. As reproduções dos trabalhos que ilustram as páginas seguintes foram gentilmente cedidas pela Fundação Robert Pope (www.robertpopefoundation.com)

22

JAN/ABR 2013

//Thomas “Jock” Murray

Professor emérito da Universidade Dalhousie (Canadá); atua nas áreas de neurologia e humanidades médicas.

A última vez que vi Robert Pope foi há cerca de seis anos antes de sua morte, e essa experiência ficou em minha memória como se fosse cena de um de seus quadros. Pouco antes do Natal, no porto de Halifax, o avistamos saindo de um mercado de agricultores, com uma árvore de natal pequena embaixo do braço. Apesar de pálido e magro, cumprimentou a mim e a Janet com o leve sorriso e o brilho nos olhos de sempre. Robert também observava a cena; os segmentos verticais nas construções de pedra, significando força e cura, as curvas leves e horizontais da rua, juntamente com o jovem rapaz que contrastava doença e saúde, medo da morte e esperança, trevas e luz, sonho e realidade. Ele provavelmente apreciou a composição plástica e os contrastes.

Conheci Robert após saber de um artista jovem que estava com câncer, dedicado a seu trabalho e à experiência com a doença. Telefonei para ele explicando que eu era da Faculdade de Medicina da Universidade Dalhousie (Canadá) e perguntei se poderia visitar seu estúdio. Chegamos a um armazém próximo à orla e batemos em uma porta suja. Fomos recebidos por um jovem calado e educado, de aparência frágil, que nos levou a uma sala cheia de gente, com telas e painéis enormes encostados em pilhas em cada uma das paredes. A princípio ele apenas apontava para os quadros ou levantava um painel. Pude ver que observava nossas reações à medida que Janet e eu alternávamos comentários ou perguntas. Quando fomos embora, sentimos que surgira uma ligação.

Mais tarde, nos preocuparíamos com Robert naquele estúdio gelado. Não sabia se ele se importava com a friagem; outras coisas eram claramente mais importantes. Ele havia alcançado uma visão de sua vida profissional, e embora possa ser inapropriado tentar descrever a forma como esse homem calado e gentil trabalhava febrilmente

naquele armazém frio, certamente, ele era determinado, persistente e focado. Robert tinha algo a dizer e estava sempre ciente de que poderia haver um limite de tempo para fazê-lo.

Nos dois anos seguintes, Robert envolveu-se com a Faculdade de Medicina de Dalhousie, com a universidade e com os estudantes de medicina. A principal mostra de seu trabalho na Galeria de Arte de Dalhousie contou com uma boa participação e recebeu apoio unânime, sobretudo de pessoas que também tiveram experiências com câncer. Robert discursou a nossos alunos em um auditório em silêncio e os fez caminhar pela galeria, explicando-lhes os cenários e sentimentos de seus trabalhos. Eles ficaram completamente comovidos. Durante as semanas de exposição, era comum encontrar visitantes parados em frente a um quadro com lágrimas escorrendo pelos olhos e abraçando-se uns aos outros, com recordações das experiências de vidas ameaçadas pelo câncer.



Família esperando, acrílico sobre tela, 1990.

CIÊNCIA E ARTE

A arte de Robert resultou de seu profundo humanismo, associado a seu histórico de formação em ciências. Ele cursou matemática e física na Universidade de Acadia, em Wolfville, Nova Scotia, no Canadá. Três anos depois de concluir o curso, matriculou-se na Faculdade de Arte de Design de Nova Scotia (NSCAD) em Halifax, para desenvolver seu talento artístico.

Seus primeiros desenhos eram sobre adolescentes inquietos e sem rumo que dirigiam noite afora, mas quando ingressou na faculdade de arte seus trabalhos se tornaram mais “conceituais e imitativos”. A NSCAD assumiu uma posição de liderança no contexto da arte dinâmica dos anos 1960, quando se uniu ao entusiasmo da arte conceitual de Nova Iorque e se tornou uma das principais faculdades de arte da América do Norte. Robert foi inserido nesse processo, embora na época de sua graduação, em 1982, ele estivesse preocupado com seu aprendizado, com a indiferença da arte conceitual internacional e com a tendência desta a ter uma linguagem própria e um público limitado. Ele desconfiou das influências americanas na arte mundial dos anos 1970 e 1980 e do elitismo da arte moderna, “preocupada com códigos compreensíveis apenas a poucos”. Ele queria que sua arte falasse às pessoas de forma que todos a pudessem compreender, então, começou de maneira entusiástica a reaprender o sentido de se ser um artista. Depois da graduação na NSCAD, com bacharelado em belas artes, ele alugou um *loft* sem aquecedor no centro de Halifax e começou a trabalhar.



Colapso, acrílico sobre tela, 1989.

“Como médico, considero a arte de Robert poderosa, perturbadora, constrangedora e maravilhosa.”

A DOENÇA DE HODGKIN

Um dia, logo depois da graduação, enquanto se barbeava, Robert encontrou no pescoço um nódulo do tamanho de uma noz. A doença de Hodgkin foi então diagnosticada e considerada por ele uma sentença de morte. A resposta às repetitivas sessões de terapia não era a que se esperava; o câncer sempre voltava. Seu médico, o doutor Ross Langley, o apoiava e era franco. As chances de sobrevivência chegaram a cair para 20% e ele ficou algum tempo no Hospital Princesa Margaret, em Toronto.

Robert recorreu ao método de assumir o controle de sua própria saúde e de seu destino enquanto colaborava com seus conselheiros médicos. Ele adotou a filosofia do movimento macrobiótico, incorporando a dieta, as alterações no estilo de vida e as atitudes mentais recomendadas por essa proposta. Robert não denegria ou criticava a medicina; ao contrário, continuava a se comunicar com ela e a seguir o conselho dos médicos.

COMO SELO SOBRE O TEU CORAÇÃO

A experiência na faculdade de artes foi importante para aprimorar sua visão e técnica. Depois de graduado, ele se voltou ao realismo e ao conceito de múltiplas imagens sobre um mesmo tema. Robert pintava sobre as experiências da vida. Cada quadro estimulava uma perspectiva diferente. Ele foi profundamente influenciado pelo livro de poemas de Elizabeth Smart publicado em 1945, maravilhosamente intitulado "Na estação Grand Central eu sentei e chorei" (*By Grand Central Station I Sat Down and Wept*). Ele refletiu sobre a relação de Smart com seu amante casado (o poeta britânico George Baker) e sua esposa e criou 47 telas em uma coleção chamada "Como selo sobre o teu coração", inspirando-se no verso de "Cânticos dos cânticos", de Salomão.

Os críticos da sua principal exposição de 1988 analisaram características que mais tarde estariam presentes em suas temáticas: embora tenha baseado seu trabalho no caso de amor adúltero de Elizabeth Smart, Robert generalizou a experiência para todos os tipos de relacionamentos. O tema das obras de Robert eram o amor e os relacionamentos. Nancy Bauer, escritora canadense, afirma que as obras de Robert baseadas em Smart eram sobre "lamentação, fim do amor, separação, traição, exílio, mas também sobre o poder da imagem e da linguagem na transformação e no enobrecimento até mesmo da experiência humana mais vulgar ou desacreditada".

"Como selo sobre teu coração" foi sua primeira grande mostra individual. Ele tinha 32 anos na época. Outras exposições estariam por vir. Ao falecer quatro anos mais tarde, Robert deixaria um duradouro legado.



Erica, carvão sobre papel, 1990.

ACIDENTE

Em 1989, houve outra exposição, chamada "Acidente". Ela apresentava uma série de 30 imagens dramáticas e assombrosas de carros e ferros velhos que exploravam a relação das pessoas com a tecnologia e seus ambientes. As telas eram de um realismo gritante, por ele chamado de "realismo em camadas". Conforme descrito no panfleto da mostra, Pope "conseguiu penetrar o clarão da sexualidade explícita e retratar a tensão psicológica básica entre tecnologia e humanidade moderna". A maioria dos críticos observou uma qualidade onírica em seus quadros.

CURA POR MEIO DA ARTE

Entre 1982 e 1989, muitas das obras de Robert foram criadas em momentos de medo e dor, causados pelo diagnóstico e tratamento do câncer. Em 1985, os médicos disseram que ele estava em remissão, ou seja, não havia sinais de atividade da doença, o que não significava, porém, cura definitiva. Ele então resgatou a experiência com a doença para capturá-la em sua arte. Em 1988, Robert voltou ao Hospital Princesa Margaret para conversar com os funcionários e os pacientes. Visitou outros hospitais e teve permissão para assistir a cirurgias. Visitou também laboratórios clínicos e de pesquisa. Embora fosse incômodo retornar ao local em que havia adoecido tanto, considerou esse esforço parte do processo de cura. Começou então a fotografar, desenhar e pintar.

MARCEL DUCHAMP, HANK SNOW E BRUCE SPRINGSTEEN

Robert foi influenciado por várias pessoas e admitia isso abertamente. É possível ver Goya no quadro do doutor Langley e em outros as influências de Edvard Munch, da Bíblia e de Elizabeth Smart. Um dos quadros teria sido influenciado por uma canção de Elvis Presley ou Hank Snow, outro pelas visões de Marshall McLuhan ou por uma letra de Bruce Springsteen. Sua iluminação reflete Caravaggio em alguns quadros, *film noir* em outros. Várias obras, sobretudo as em preto e branco, possuem luminescência e brilho únicos.

Ele se referiu a Marcel Duchamp para explicar seu forte envolvimento com o espectador em suas telas. O plano de visualização vem de alguém olhando da cama ou da mesa de exame, sempre mostrando apenas a metade inferior do corpo do espectador, com os pés separados em posição de mira. Marcel Duchamp acreditava que apenas no momento em que o espectador estava lá é que a obra estava completa.

No final do século XIX, os pintores se afastaram da comunicação com grandes públicos. Os cineastas assumiram essa posição. Várias das imagens de Robert são as da visão de uma câmera. Em minha opinião, a televisão e o cinema foram suas grandes influências. Robert sempre trabalhava com uma câmera e uma pilha de fotos que cortava e colava para montar seus quadros. Nós, espectadores, éramos colocados na tela e nos tornávamos parte da obra.

Seus trabalhos se assemelham à narrativa de um filme, com os múltiplos desenhos de um *storyboard*. Nas notas da Galeria sobre a exposição "Como selo sobre o teu coração", Robin Metcalfe comentou que os quadros eram como as estações da cruz, que faziam recordar os incidentes de uma paixão. Eu os vejo como diagramas soltos de um *storyboard* usado para o planejamento das ações e das cenas de um filme. Muitos deles são parecidos com cliques de um filme em *stop motion*, principalmente as telas em preto e branco.

IMAGENS DO CÂNCER

Quando encontrou seu ambiente, sua visão e sua direção, Robert se tornou apto a abordar aquilo que tinha ocupado seu pensamento e sua vida desde que concluiu a graduação na faculdade de artes: o câncer. Ao falar sobre esse estágio de sua obra, afirmou: "Aquilo que acontece no mundo desesperador e silencioso do câncer revela nossa própria cultura de forma profunda. Busco mostrar o que realmente acontece, aqueles que melhoram, aqueles que morrem, os médicos, os tipos de



Câncer, acrílico sobre tela, 1990.



tratamento, as famílias daqueles que sofrem. Tento explorar a psicologia do câncer e desafiar as percepções de saúde e doença. Ao lidar com o assunto, espero não apenas expressar minha própria experiência, mas ser a voz de milhares de canadenses atingidos por essa enfermidade”.

Robert queria mostrar que a vida pode ser traiçoeira, mas que os relacionamentos e a espiritualidade eram a cura, que sempre há esperança e morrer não é algo necessariamente ruim. O câncer pode trazer uma experiência devastadora, porém, deve ser discutido de forma aberta e realista. Ele não acreditava na arte feita exclusivamente para a elite. Contudo, reconhecia que seus retratos eram multifacetados e lidos em diferentes níveis. O câncer, a doença e a vida eram considerados complexos e pessoais, e ele queria representar a experiência completa.

Seu livro “Doença e cura: imagens do câncer” (*Illness and healing: images of cancer*) foi publicado para coincidir com a abertura de sua exposição na Galeria de Arte Dalhousie, em Halifax, em novembro de 1991. Simultaneamente, acontecia uma mostra de rascunhos e desenhos prévios dessa série em outra galeria de Halifax, a Studio 21. O livro tornou-se um *best-seller* na região e ganhou o Prêmio Literário Memorial Evelyn Richardson de 1992. Ele é composto de 93 quadros e desenhos acompanhados de relatos do autor, sua filosofia e história pessoal. Uma obra importante, de grande prestígio.

Alguns críticos do livro ficaram admirados com sua visão inabalável a respeito do câncer. Porém, um deles afirmou que isso era óbvio, pois ele teve sorte de ter se curado e que teria desenvolvido uma obra diferente se tivesse sido afetado por outro tipo de câncer ou se não tivesse se curado. Ironicamente, na época em que essa crítica foi escrita, Robert já havia falecido.

Após sua morte, a Fundação Robert Pope foi criada. Ela distribui um exemplar do livro de Robert a todos os alunos do primeiro ano do curso de medicina da Universidade Dalhousie; em anos recentes, promoveu a entrega dele a alunos de outras escolas de medicina no Canadá. Ela também concede bolsas de estudos na Faculdade de Arte e *Design* de Nova Scotia e homenageia quem contribui para a compreensão dos conceitos de cura e bem-estar. Há ainda programas voltados para pacientes com câncer no Hospital Geral Victoria e no Hospital Infantil Izaak Walton Killam, ambos em Halifax.



Comida, acrílico sobre tela, 1989.



Doutores, acrílico sobre tela, 1990.

O REALISMO EM CAMADAS

Robert se referia a suas obras como “parábolas da vida contemporânea”, com as quais cada espectador criava sua própria história. Ele misturava mídias a fim de alcançar os efeitos que buscava: acrílico na tela e no papel, desenhos com tintas, pinturas molhadas, aquarelas ou xilogravuras. As cores frequentemente eram silenciadas e as sombras eram notáveis. “A cor é usada em composição. [...] Talvez haja bastante cinza, pois é assim que enxergo as coisas, não em preto e branco. Sou atraído por situações complexas e obscuras”, disse.

Em um primeiro momento, ele esboçava suas ideias em caneta, tinta e carvão, e depois em outras mídias. Para organizar a cena, ele utilizava um grande acervo de fotografias com modelos prontos, deslocando-os para a produção de uma colagem. Seus quadros apagavam vários detalhes desnecessários e se transformavam em imagens claras e fortes. Ele utilizava imagens elementares, como aquelas descritas por Jung e Freud. A água era representada como afirmação da vida, estivesse ela escorrendo de uma torneira, invadindo a costa ou em cascata sobre as rochas. A cruz aparecia na forma de suportes de soro, torres e objetos de criado-mudo.

Ele discutia a distância existente entre indivíduos, camadas sociais e filosofias. Robert se considerava um verdadeiro artista tribal, produtor de uma obra cujo significado todos podiam compreender. Era uma abordagem curadora para uma sociedade fragmentada.

No folheto da exposição “Doença e cura” na galeria Glendon, na Universidade de York, em parceria com Allison Brannen, que também pintava o tema da doença, ele disse que sempre havia um atraso de cinco anos entre a experiência e a criação. “Durante esse período de gestação, as faculdades criativas agem como um filtro em que as informações opacas e caóticas se tornam públicas, transparentes e ordenadas. Esse é um processo de mitologização. Os mitos e os sonhos são parecidos, a única diferença é que os sonhos são particulares e com significados pessoais, enquanto os mitos alcançam significados públicos. [...] A maioria dos mitos implica algum tipo de reconciliação entre o mundo físico e o espiritual. Vejo a mitologia como uma tentativa de estabelecer uma visão holística. Os mitos integram o real e o fantástico e têm como função essencial a cura”, dizia. Astrid Brunner, escritor e crítico de arte, afirmou que a obra de Robert é neorrealista e segue as tradições de Alec Colville e Tom Forrestall, embora esteja mais preocupada com temas sociais e pessoais.

MÉDICOS APRENDEM COM A ARTE

A medicina sempre foi tema para a arte. Os quadros medievais retratam o doente e sua família, com ajudantes ao redor do leito, onde o médico está sempre parado atrás dos outros, fitando o olhar pensativo em um frasco de urina sob um foco de luz. É possível enxergar a anatomia fria nos trabalhos de Michelangelo e Da Vinci ou a combinação social de médicos elegantes nos artistas holandeses. A cena famosa de Sir Luke Fildes na beira da cama, intitulada “O doutor”, ilustra o foco do artista no médico, e não na criança próxima da morte ou dos pais assustados nas sombras. Por quase toda a história da medicina, as imagens foram criadas por artistas que visavam os médicos, os doentes e os moribundos de maneira independente. Robert não buscava apenas chamar a atenção do espectador para a cacofonia das emoções de se estar doente, mas também torná-lo um participante do evento.

Todos nós que trabalhamos com enfermidades temos muito a aprender com a arte de Robert Pope. Como médico, passo muito tempo em hospitais com pacientes. Visito seus quartos, comento sobre o dia ensolarado lá fora e converso sobre como estão se sentindo. Vou até o departamento de radiologia, passo pelas salas de espera, encontro-me com outros profissionais de saúde e com visitantes. Porém, embora venha fazendo isso há muitos anos, nunca vi ou experimentei nada disso da forma como Robert o fez. Sua obra me proporcionou uma nova compreensão da minha realidade médica.

A experiência com a doença é universal. Embora alguns escritores tenham buscado captar a dor, o sofrimento e a solidão das doenças crônicas, bem como a possibilidade de morte, tudo isso é raro em tela. Robert revela uma experiência maior, com contexto familiar, amigos, médicos, quartos de hospital e maquinários. Essa experiência é do tipo que somente pode ser sentida e enxergada por alguém que teve câncer. Como médico, considero a arte de Robert poderosa, perturbadora, constrangedora e maravilhosa.

Ele ensina a comunidade médica a enxergar com novos olhos aquilo que vemos todos os dias. Uma mulher doente e pálida deitada na cama, com faixas cobrindo a calvície causada pela quimioterapia; seu olhar está fixo em uma seringa cheia com uma substância vermelha e ela espera pelo médico que irá injetar o medicamento que lhe trará náuseas e rigidez, esperança e vida. A pequena Erica, calva por conta da quimioterapia, estende o dedo curioso para tocar uma máquina ao lado de sua cama.

Cada retrato assombroso e onírico da experiência deveria ser foco de seminários nas faculdades de medicina. Eles fazem reviver a experiência chocante e perturbadora de exames, tratamentos, efeitos colaterais, relacionamentos modificados. Embora Robert tenha retratado sua história pessoal com o câncer, assim como as de outros indivíduos específicos, ele acabou por retratar a experiência universal da enfermidade.



Montanha, acrílico sobre tela, 1989.

Sua perspicácia incomum não era julgadora, amarga ou cruel. Em posição de sequência, surge uma força espiritual. O simbolismo de cruzes, pacientes, familiares e equipe médica indica uma necessidade crescente de espiritualidade e recursos interiores à medida que a pessoa conhece as expectativas e os limites da ciência. Ele não rejeita um pelo outro, mas une a necessidade das habilidades pessoais aos benefícios da medicina moderna. A obra de Robert me traz poderosos ensinamentos a respeito da minha realidade de médico. Todos podemos nos identificar com a natureza frágil da nossa saúde, bem como de nossas vidas e realidades cotidianas, e por meio dessa visão enxergar esperança e salvação.

ÚLTIMO DISCURSO DE ROBERT

As palavras de Robert servem de conclusão. Em entrevista à rádio CBC em 1992, ele disse: “Durante o tempo em que estive doente, houve certos momentos em que eu sentia dor e me recordo de algumas vezes pensar que seria maravilhoso se eu pudesse somente viver sem as dores. Mas, se você começa a pensar em todas as coisas que podemos desfrutar da vida, como simplesmente conseguir respirar ou apreciar a comida, a companhia de amigos e de pessoas que você ama, as possibilidades então se multiplicam. Há tanta riqueza no mundo de que podemos aproveitar. A sensação de nascer de novo e de uma quase superabundância de coisas boas são o que me invadem”.

E em seu livro ele conclui: “A arte é uma poderosa medicina preventiva. Olhar para um quadro é como caminhar por uma série infinita de portas, em que cada porta à frente nos leva a uma experiência rica e cada vez mais profunda. Essa viagem estimula nossas mentes, emoções e almas e nos torna mais vivos. Por fim, a experiência estética nos cura e nos torna completos”. ■

CRM DIGITAL. MAIS DO QUE UMA NOVA CARTEIRA, UM INSTRUMENTO DE TRABALHO.

O CRM Digital foi criado para você se identificar, inclusive no moderno mundo da informática. Confeccionado em cartão rígido, ele é mais durável, ecológico e seguro. Vem com avançado sistema antifraude, **com chip para certificação digital**. Quando ativado, o sistema permite a elaboração de prontuário eletrônico de paciente, acesso a serviços no Portal Médico, consultas à Receita Federal, entre outras atividades. Para obter o CRM Digital, **procure o Conselho Regional de Medicina** no qual você está inscrito. Saiba mais no www.portalmedico.org.br/crmdigital.



Conselhos de Medicina.
Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.



CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO

CÉDULA DE IDENTIDADE DE MÉDICO

NOME
JOSÉ LUIZ DA SILVA

CRM / UF
00000000-0/BR

FILIAÇÃO
LUIZ CARLOS DA SILVA
MARIA LOURDES DA SILVA

INSCRIÇÃO VIA
2008 01

José Luiz da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



www.portalmedico.org.br

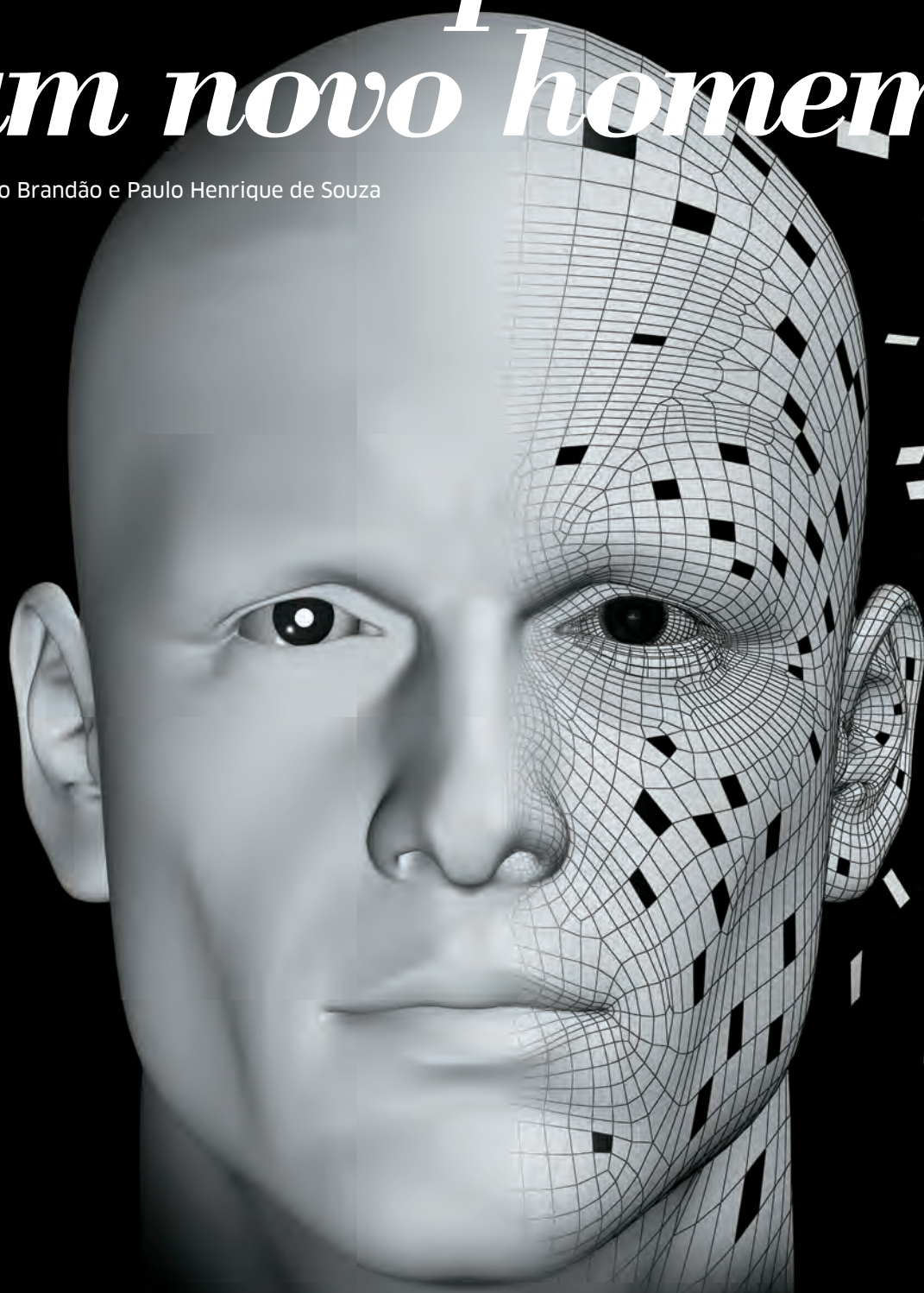


CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CRM_s
CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

A busca por um novo homem

//Thiago Brandão e Paulo Henrique de Souza



A ciência e a tecnologia colocam ao alcance da humanidade uma oportunidade única: melhorar a vida radicalmente. Com o uso de novas drogas e técnicas e novos procedimentos, é possível tornar os indivíduos mais rápidos, inteligentes e aptos ao convívio social. Mas o que aparentemente traz apenas benefícios tem implicações legais, éticas e morais que não podem ser ignoradas. **Afinal, estamos preparados para o melhoramento humano?**

Desde muito antes das teorias evolucionistas de Charles Darwin (1809-1882) mudarem nossa compreensão sobre a origem das espécies, o homem sonha em ser melhor, alcançar desempenhos e variados domínios, impossíveis para seus iguais. Mas o que para muitos era um delírio utópico, típico dos relatos mitológicos e dos exercícios literários e cinematográficos, começa a ganhar contornos plausíveis.

Os avanços científicos, que nunca foram tantos e tão rápidos, tornaram possível o surgimento de algo próximo ao ideal filosófico do super-homem descrito por Friedrich Nietzsche (1844-1900). O filósofo lançou mão desse termo para designar um ser superior aos demais, cuja mera existência configuraria um modelo que levaria a raça humana adiante.

Nesse caso, o avanço humano resultaria de um processo educativo, social e, sobretudo, moral. Atualmente, as possibilidades de surgimento de um super-homem advêm de tecnologias modernas que podem nos transformar muito mais radicalmente e que inauguram um novo debate ético.

JORNADA DE MELHORAMENTO

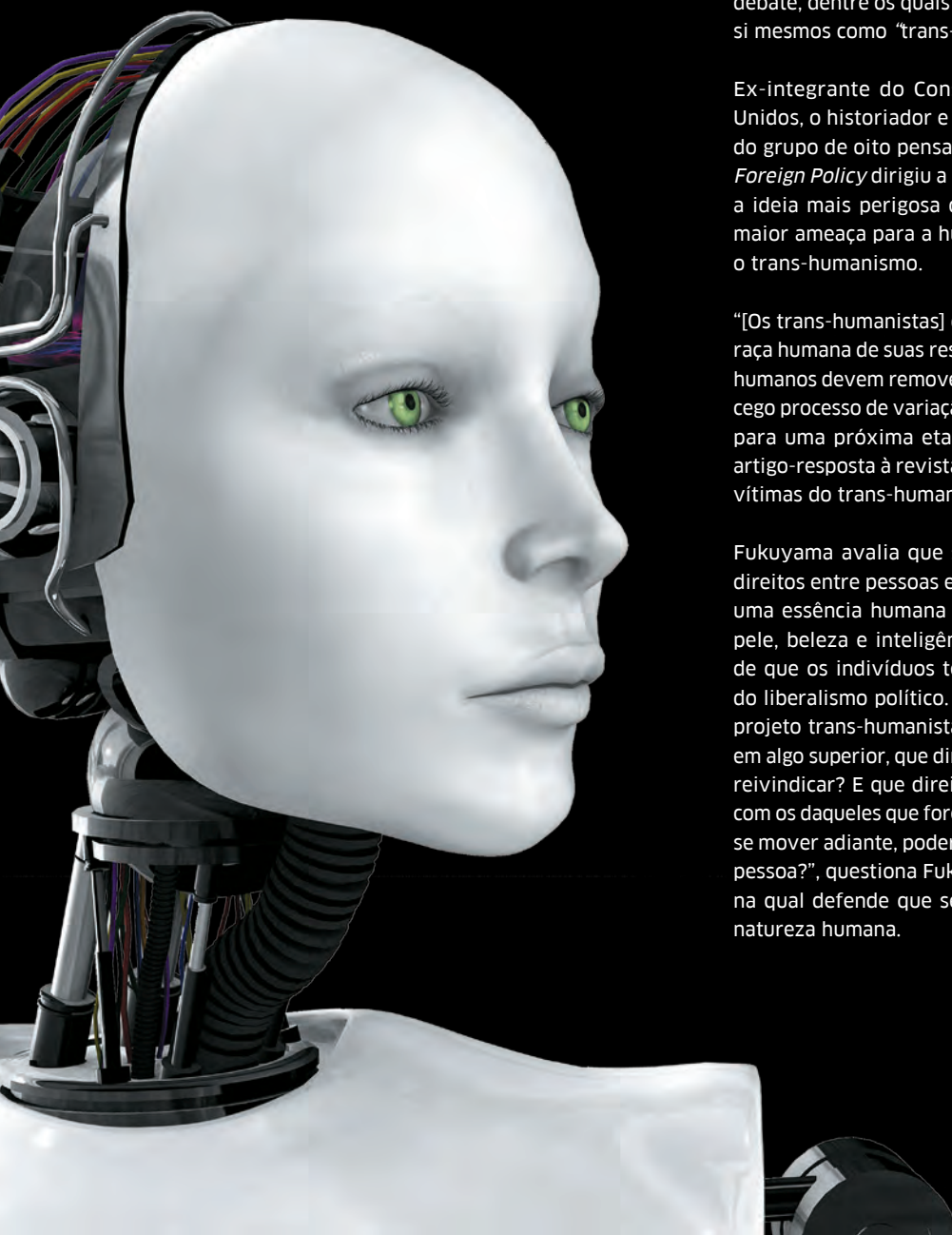
A possibilidade de que a ciência permita ao homem superar os limites impostos pela natureza a seu intelecto, a seu físico, a

sua expectativa de vida e a sua adequação moral e emocional à vida a que aspira tem crescido expressivamente. Além da prevenção e da cura de doenças, a ciência está mais do que nunca engajada na construção de um novo homem.

A procura pelo aperfeiçoamento de diferentes aspectos da vida humana é uma tarefa comum à ciência em geral e à medicina em particular. O que se tem discutido atualmente, no entanto, vai além disso: trata-se da possibilidade de mudança de características de nossa própria natureza, não raro consideradas obstáculos ao gozo de uma vida plena.

“A maioria dos cuidados médicos são formas de melhoramento. São mecanismos de equalização de oportunidades para pessoas doentes ou desabilitadas. Medicamentos para asma e um simples par de óculos habilitam pessoas a trabalharem e a participarem da vida em comunidade”, analisa Steven Miles, professor de bioética da Universidade de Minnesota e autor de “O juramento de Hipócrates e a ética da medicina”, que falou à Medicina. “Mas o termo melhoramento tem sido comumente entendido em referência a serviços extraordinários. Isso inclui terapia gênica, membros biônicos, hormônios e drogas usados para transformar indivíduos em pessoas acima da média”, acrescenta.

“[Os trans-humanistas] querem nada menos do que liberar a raça humana de suas restrições biológicas. Para eles, os seres humanos devem remover seu destino biológico do interior do cego processo de variação randômica e adaptação e mover-se para uma próxima etapa como espécie.”



POSIÇÕES ANTAGÔNICAS

Debates sobre o assunto têm mobilizado as atenções do mundo à medida que se torna plausível tornar indivíduos mais resistentes a doenças, fisicamente mais fortes, possuidores de maior capacidade de concentração, raciocínio e memória, moralmente mais responsáveis, menos violentos e aptos a dispensar o repouso e a viver intervalos de tempo muito superiores aos que são atualmente possíveis.

O Conselho de Bioética da Presidência dos Estados Unidos, criado na gestão de George W. Bush e posteriormente substituído por Barack Obama pela Comissão Presidencial para o Estudo de Assuntos Bioéticos, foi responsável por uma série de relatórios e debates sobre o assunto, que em geral resultaram em posições contrárias a tecnologias e procedimentos de melhoramento. Essa postura rendeu aos membros do Conselho e a seus simpatizantes o rótulo de “bioconservadores” – criado por seus antagonistas – nesse debate, dentre os quais se encontram aqueles que definem a si mesmos como “trans-humanistas”.

Ex-integrante do Conselho da Presidência dos Estados Unidos, o historiador e filósofo Francis Fukuyama fez parte do grupo de oito pensadores aos quais a revista americana *Foreign Policy* dirigiu a seguinte questão: “Qual é atualmente a ideia mais perigosa do mundo, aquela que representa a maior ameaça para a humanidade?”. Fukuyama respondeu: o trans-humanismo.

“[Os trans-humanistas] querem nada menos do que liberar a raça humana de suas restrições biológicas. Para eles, os seres humanos devem remover seu destino biológico do interior do cego processo de variação randômica e adaptação e mover-se para uma próxima etapa como espécie”, explicou em seu artigo-resposta à revista. Na opinião dele, uma das principais vítimas do trans-humanismo seria o princípio da igualdade.

Fukuyama avalia que subjacente à ideia de igualdade de direitos entre pessoas está a crença de que todos possuímos uma essência humana que ofusca diferenças como cor de pele, beleza e inteligência. “Essa essência e a perspectiva de que os indivíduos têm valor inerente estão no coração do liberalismo político. Modificar tal essência é o núcleo do projeto trans-humanista. Se começarmos a nos transformar em algo superior, que direitos essas criaturas melhoradas irão reivindicar? E que direitos elas irão possuir se comparados com os daqueles que forem deixados para trás? Se uma pessoa se mover adiante, poderá alguém permitir-se não seguir essa pessoa?”, questiona Fukuyama na resposta à *Foreign Policy*, na qual defende que sejamos mais humildes em relação à natureza humana.

OBRA EM ANDAMENTO

Nick Bostrom, diretor do Instituto Futuro da Humanidade da Universidade de Oxford e um dos fundadores do Movimento Trans-humanista, respondeu à avaliação de Fukuyama afirmando em artigo que os trans-humanistas advogam, entre outras coisas, financiamento para pesquisas sobre extensão radical de expectativa de vida e desenvolvimento de meios médicos e tecnológicos de aperfeiçoamento das capacidades humanas.

“Os tras-humanistas propõem que todos devem ter a opção de usar tais meios para melhorar variadas dimensões de seu bem-estar cognitivo, emocional e físico. Isso é não apenas uma extensão dos tradicionais objetivos da medicina e da tecnologia, mas também uma grande oportunidade humanitária de aperfeiçoar nossas condições”, escreveu.

Em outros textos, Bostrom assevera que os trans-humanistas veem a natureza humana como um trabalho em andamento, algo que podemos aprender a modelar como quisermos. “A humanidade atual não precisa ser o ponto final da evolução. Esperamos que pelo uso responsável de ciência, tecnologia e outros meios racionais possamos vir a nos tornar pós-humanos, seres com capacidades muito maiores do que aquelas que os atuais humanos possuem.”

Sobre a crítica relativa ao agravamento das desigualdades, Bostrom afirmou, em entrevista exclusiva à Medicina, que a situação é talvez comparável à de restrição de acesso a benefícios proporcionados por tecnologias médicas e por boa educação; de acordo com ele, uma pílula melhoradora de desempenho, por exemplo, é comparativamente muito mais barata e mais fácil de ser universalmente oferecida do que esses benefícios (leia a entrevista na página 37).

NOVAS PERSPECTIVAS

Drogas, como nicotina, cafeína, modafinila, metilfenidato, sildenafil, alprazolam, fluoxetina e toda a sorte de anticoncepcionais e esteroides, constituem tipos de melhoradores, capazes de proporcionar a indivíduos saudáveis que as utilizarem *performances* superiores à de indivíduos que não as utilizam. Elas proveem, cada qual em seu domínio, maior capacidade de memória e concentração, maior aptidão para a atividade sexual, melhor desempenho físico, controle sobre emoções (com implicações morais) e controle sobre o aparelho reprodutivo.

No campo da genética, as possibilidades de melhoramento são ainda maiores. Em 2002, um grupo francês combinou genes de uma espécie de água-viva com os de um coelho – o resultado foi a Alba, uma coelha que ao ser submetida a determinado tipo de iluminação assumia coloração verde fluorescente.

Em 2007, pesquisadores americanos criaram um rato transgênico capaz de correr 6 km com a velocidade média de 20 metros por minuto, desempenho muito superior ao comum. Os ratos usados para comparação pararam de correr depois de percorridos meros 200 metros. Alba e esse super-rato são indicativos daquilo que a engenharia genética é capaz de fazer com os seres humanos.

Na opinião de Marco Antonio Azevedo, médico e professor de filosofia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), a medicina deve incorporar novos valores à tradição hipocrática e refletir sobre o uso de fármacos e tecnologia para fins de melhoramento. “O melhor que podemos fazer para avançar tecnologicamente com segurança é atribuir à medicina a responsabilidade por avaliar a introdução dessas novas atividades”, diz.

Para ele, que se prepara para uma temporada na Universidade de Oxford, onde aprofundará estudos sobre o tema, à medida que surgirem fármacos e outras tecnologias capazes de, por exemplo, melhorar a cognição sem riscos significativos, devemos avaliar a inclusão da oferta dessas alternativas no rol de novas práticas médicas (leia artigo na página 82).

INTERESSE DA SOCIEDADE

Mas essas novas terapias e abordagens não tornariam o desenvolvimento social menos igual? Para Steven Miles, elas incrementam disparidades de saúde e assim ameaçam aumentar também o fosso de oportunidades e de renda. Por essa razão, argumenta Miles, elas não mereceriam suporte público, exceto no contexto de sistemas de saúde que tenham se provado capazes de prover cuidados de rotina para todos, de maneira justa e uniforme.

O problema residiria, portanto, na incapacidade de parte significativa dos Estados modernos de prover a seus cidadãos o mínimo possível para uma vida plena e com dignidade. “Sem garantia de cuidados básicos de saúde, saneamento público, coleta de lixo e redes de combate às endemias e à transmissão por vetores, como pensar em melhoramento?”, pondera Miles.

Arthur Caplan, professor emérito de ética médica e política de saúde da Universidade da Pensilvânia, acrescenta ao debate a variável liberdade de escolha, que deve ser um valor dentro de um sistema regulado de melhoramento. “Não temos direito a melhoramento até que a sociedade crie tal direito. Os indivíduos devem ser livres para buscar aperfeiçoamentos? Sim, dentro de um sistema regulado de cuidado em saúde e bioengenharia que ainda não existe”, enfatiza Caplan, que alcançou notoriedade ao se debruçar sobre temas complexos como pesquisa em transplante e tecnologias de reprodução (leia sobre tópicos controversos das tecnologias de melhoramento a partir da página 38).

PARA ONDE VAMOS?

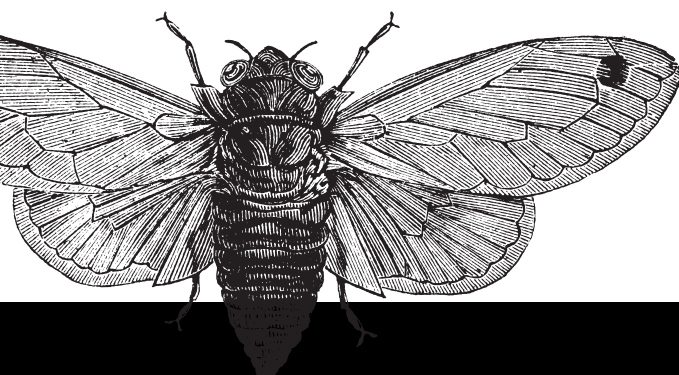
As inúmeras oportunidades surgidas com os avanços da ciência indicam uma rota imprevisível, da qual temos apenas pistas sobre tendências. Passos relevantes para o futuro têm sido dados, como a criação do Projeto Genoma Humano (PGH), cuja origem remonta aos anos de 1980. Na época, foi ressaltada sua meta global de mapear, sequenciar e analisar funcionalmente o genoma humano e promover a aplicação desses conhecimentos na melhoria e simplificação dos métodos de diagnóstico de doenças genéticas, otimização das terapêuticas e prevenção de transtornos multifatoriais.

Atualmente, o projeto ocorre em escala mundial (inclusive com participação brasileira), envolvendo mais de 5.000 cientistas em 250 laboratórios. Isso nos lança num terreno promissor, que tira o futuro das estrelas, focando-o dentro do homem, em seus genes.

Tanto desenvolvimento em tão pouco tempo não deixa dúvidas sobre a cautela que será exigida de médicos e cientistas para reconhecer o risco potencial de que tamanhas possibilidades baseadas no conhecimento do genoma lancem a semente de movimentos eugênicos racistas (como o propagado por Adolf Hitler durante a II Guerra Mundial contra judeus, ciganos e outras minorias étnicas).

LIÇÃO DOS DEUSES

O melhoramento humano não é um fim em si mesmo e pode ser entendido como o caminho para aproximar-se de outro ideal: o da imortalidade, uma antiga aspiração humana. Na mitologia grega, encontramos a história do príncipe mortal Títonus e da deusa Eos. Quando se apaixonaram, ele pediu a sua amada que intercedesse à Zeus para que este o tornasse imortal. Eos o fez, mas esqueceu-se de pedir também a juventude eterna. Assim, Títonus alcançou a imortalidade, mas tanto envelheceu que ficou demente. Como seu amante não podia mais morrer, Eos o transformou em cigarra, símbolo da imortalidade.



Integração entre homens e máquinas

Para além das possibilidades farmacológicas e genéticas de melhoramento, o vertiginoso progresso nos campos da engenharia computacional e da inteligência artificial tem apresentado promessas que há algum tempo seriam inimagináveis no mundo real. Determinadas hipóteses seriam facilmente confundidas como uma trama de ficção científica digna dos irmãos Andy e Lana Wachowski, os visionários diretores da trilogia "Matrix".

O inventor e futurista Ray Kurzweil, por exemplo, defende o argumento de que no universo dos computadores o progresso se dá exponencialmente; sendo assim, diz ele, é possível estimar para 2045 o ano em que máquinas não apenas emularão pensamentos humanos, mas estarão aptas a assimilar o conteúdo de cérebros para o interior de ambientes virtuais.

Mais: a assimilação preservará a noção de identidade pessoal de cada cérebro, de modo que o seu "dono" passará a ter uma vida no ambiente digital, despido do corpo físico - esse indivíduo se tornará, assim, imortal. Kurzweil chama de "Singularidade" o momento histórico em que homens e máquinas se fundirão e afirma ser impossível prever, devido ao ineditismo do evento, o que acontecerá no mundo daí em diante.

As ambições de Kurzweil, que se mobiliza pessoalmente para que suas previsões se realizem, são controversas. Há quem duvide que o futuro projetado por ele possa se materializar. Há quem duvide apenas da possibilidade de que a noção de identidade individual possa ser transposta integralmente para um mundo virtual. E há quem trabalhe incansavelmente pela materialização dessas previsões, especialmente na área da neurociência computacional. A revista americana Time dedicou em 2011 uma capa ao assunto, na qual se lia "2045: O ano em que o homem se torna imortal".

Apesar das dúvidas existentes em relação à união radical entre homens e máquinas, a aproximação de componentes desses dois reinos com os propósitos de aprimoramento da saúde humana e de avanço das expectativas de vida está de fato sendo encaminhada rapidamente pela ciência moderna. "[Os melhoramentos em geral] irão sem dúvida nos aproximar de máquinas. Elas serão integradas a nossos corpos mais do que são agora, com *chips* internos, bombas, órgãos artificiais e partes mecânicas. Usaremos drogas e implantes para sermos mais inteligentes e também para experimentar sensações mais intensas, diminuir e controlar nossos apetites, direcionamentos e compulsões e para aperfeiçoar características de nossas crianças", garante Arthur Caplan.



foto: Future of Humanity Institute/UO

Nick Bostrom é diretor do Instituto Futuro da Humanidade e do Programa sobre o Impacto de Futuras Tecnologias, ambos da Universidade de Oxford. Autor e editor de muitas publicações, entre as quais “Melhoramento humano” (*Human Enhancement*) e “Riscos catastróficos globais” (*Global Catastrophic Risks*), **Bostrom é um dos fundadores do movimento trans-humanista**, que advoga o direito – e também a necessidade – de que as pessoas se aperfeiçoem moral, física e intelectualmente com o auxílio de biotecnologias. Na avaliação do filósofo, os riscos de extinção que a espécie humana enfrenta ou enfrentará no futuro devido a ameaças de variados tipos são razão suficiente para que as tecnologias de melhoramento humano sejam eticamente defendidas. Nesta entrevista exclusiva, ele fala sobre esse assunto.

//TB

Quais são os maiores riscos que enfrentamos?

Creio que todos os maiores riscos existenciais que a humanidade enfrentará estão relacionados com potenciais tecnologias do futuro, que nos darão enormes poderes. Poderes estes que não vamos necessariamente usar de modo sábio e pacífico. Algumas áreas que podem gerar significativos riscos existenciais no futuro incluem biologia sintética, nanotecnologia molecular e inteligência em máquinas. Algumas formas de melhoramento humano biomédico e de tecnologia de vigilância também podem gerar riscos existenciais, mas podem também vir a nos ajudar a reduzir riscos existenciais. Mais pesquisas e análises são necessárias antes que possamos nos sentir confiantes de que sabemos quais direções gerais de desenvolvimento contribuem mais para reduzir os riscos. O problema é muito difícil e as respostas que podem primeiro vir à mente não são necessariamente as corretas.

Não são suficientes para a administração de riscos existenciais o uso de diplomacia, educação, ciência e leis? As tecnologias de melhoramento são mesmo necessárias e moralmente aceitáveis?

A maioria dos melhoramentos biomédicos não impacta na questão dos riscos existenciais. Um tipo de melhoramento que pode ter efeitos benéficos significativos é o melhoramento cognitivo, por exemplo por meio do uso de diagnóstico genético pré-implantacional. Claro que dependendo da definição que se dê para melhoramento é possível ver também a vacinação como uma forma de aperfeiçoamento – no caso, do sistema imunológico –, e esse seria outro melhoramento biomédico que poderia ajudar a reduzir riscos existenciais.

Supondo que não tenhamos que lidar com grandes riscos existenciais, teríamos ainda assim direito de usar tecnologias de melhoramento? Por quê?

Sim, se o uso de melhoradores incrementar o desenvolvimento humano e nos permitir viver vidas mais ricas, inteligentes e completas. Evidentemente, não há uma razão moral para promover melhoradores que proporcionem apenas vantagens posicionais, uma situação em que uma pessoa é tornada melhor apenas em relação a outras. Se uma pessoa tem dentes perfeitamente brancos e alinhados, os dentes de todos os

demais parecerão comparativamente amarelos e tortos, e não são evidentes quaisquer ganhos em rede resultantes disso. Mas se todos forem mais saudáveis, felizes e inteligentes, isso pode levar a uma enorme rede de ganhos, porque esses melhoramentos proporcionariam mais que ganhos posicionais.

O que a atual tecnologia pode realmente proporcionar em termos de melhoramento humano?

Atualmente, as opções de melhoramento biomédico são limitadas. Melhoramentos efetivos para pessoas saudáveis estão disponíveis em algumas poucas áreas, notadamente nos esportes: por exemplo, esteroides anabolizantes podem fazer crescer a massa muscular e eritropoietina pode aumentar a contagem de células vermelhas no sangue. A cosmética é outra área em que melhoramentos são possíveis. O humor pode ser melhorado por curtos períodos com álcool e diversas outras drogas. A energia mental pode ser incrementada também por curtos períodos de tempo com estimulantes, como cafeína ou modafinil (este último pode ainda potencializar a memória para o trabalho). Frequentemente, há uma relação de perda e ganho envolvida: por exemplo, ganhos de curto prazo ao custo de possíveis efeitos negativos em longo prazo. Os benefícios provindos de um melhorador particular também variam bastante entre diferentes indivíduos. Por exemplo, o Adderall pode melhorar de modo muito útil a habilidade de algumas pessoas para se concentrar, mas pode ter efeitos deletérios em outras pessoas. A personalização seria necessária para se obter as maiores vantagens nesses casos: não se trata, portanto, de uma situação em que a mesma medida serve para todos.

Não seria moralmente necessário garantir acesso universal a essas tecnologias? Não há riscos relacionados à seleção de algumas pessoas para desfrutarem desses benefícios?

A situação é talvez comparável à de outras tecnologias médicas. Pessoas que vivem em países ricos têm acesso a caros medicamentos para o tratamento de câncer e a procedimentos cirúrgicos como transplante de órgãos que são negados à maioria dos pobres do mundo. Pessoas ricas podem também enviar seus filhos a escolas de elite. Uma pílula pode ser bem mais barata que boa educação, e assim mais fácil de ser universalmente oferecida. ■

//Thiago Brandão

38
JAN/ABR 2013

PRECISAMOS SER MELHORADOS EM TERMOS MORAIS, COGNITIVOS E FÍSICOS? POR QUÊ?

TEMOS O DIREITO DE SUPERAR NOSSAS ATUAIS LIMITAÇÕES MORAIS, COGNITIVAS E FÍSICAS COM O USO DE TECNOLOGIAS DE MELHORAMENTO? POR QUÊ?

AONDE AS TECNOLOGIAS DE MELHORAMENTO PODEM, OU IRÃO, NOS LEVAR?

As tecnologias de melhoramento humano podem vir a nos proporcionar vidas mais longas, produtivas e felizes e nos tornar mais aptos a lidar com as ameaças que se apresentam a nossa espécie. Mas elas também podem aprofundar desigualdades, mudar nossa natureza de modo indesejado, ferir valores caros a nossa civilização e tornarem-se elas mesmas ameaças a nossa sobrevivência. Diante disso, surgem questões básicas como estas que você lê nesta página.

Convidamos para responder a estas perguntas dois filósofos que estão na linha de frente do debate: Julian Savulescu e Nicholas Agar. Savulescu é abertamente favorável ao uso das tecnologias de melhoramento, enquanto Agar, embora as considere aceitáveis, apresenta significativas restrições a seu uso e tem dúvidas em relação aos argumentos apresentados por seus defensores.

Conheça as respostas dos dois nas páginas seguintes.





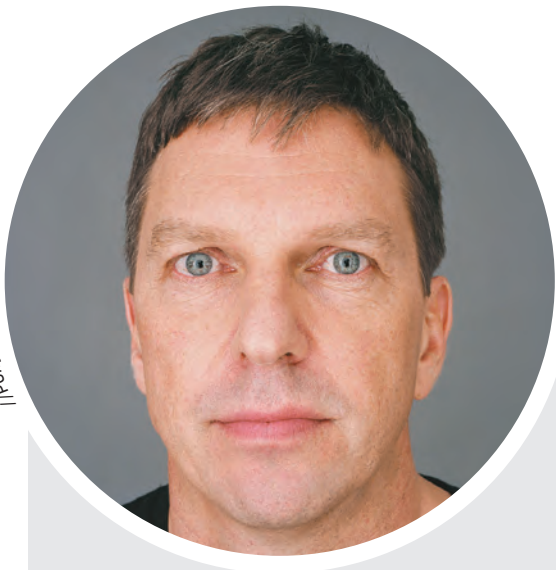
DEBATEDORES

Julian Savulescu é diretor do Centro Uehiro para Ética Prática e do Centro para Neuroética da Universidade de Oxford e editor-chefe do *Journal of Medical Ethics*. É coautor e coeditor de diversos livros, entre os quais estão: “Inaptos para o futuro: a necessidade de melhoramento moral” (*Unfit for the Future: The Need for Moral Enhancement*), “Melhorando capacidades humanas” (*Enhancing Human Capacities*) e “Melhoramento humano” (*Human Enhancement*).

Nicholas Agar é professor da Universidade Vitória de Wellington, na Nova Zelândia, e pesquisador associado do Centro Hastings de bioética, localizado nos Estados Unidos. É autor de “O fim da humanidade: por que devemos rejeitar melhoramento radical” (*Humanity’s End: Why We Should Reject Radical Enhancement*), “O valor intrínseco da vida: ciência, ética e natureza” (*Life’s Intrinsic Value: Science, Ethics, and Nature*), “Cópia perfeita: esclarecendo o debate sobre clonagem” (*Perfect Copy: Unravelling the Cloning Debate*), entre outros.

“Precisamos ser melhorados porque nossa condição natural foi enredada pelo acaso e pela operação de pressões evolutivas.”

|| Polly Borland



JULIAN SAVULESCU

Precisamos ser melhorados em termos morais, cognitivos e físicos? Por quê?

Precisamos ser melhorados porque nossa condição natural foi enredada pelo acaso e pela operação de pressões evolutivas. Fomos projetados para viver tempo o bastante para nos reproduzir e assim passar nossos genes para a geração seguinte. Uma tal maneira de ser tem muitas limitações, que representam impedimentos a uma vida longa e feliz, repleta de bem-estar e capaz de levar a uma existência respeitosa, pacífica e completa com outros seres humanos e demais criaturas vivas. Mais importante: as vantagens, os talentos, as desvantagens, as deficiências e as doenças humanas são desigualmente distribuídas entre as pessoas. Alguns nascem afortunados, talentosos, aptos a viver vidas longas, saudáveis e ricas, enquanto outros nascem severamente desfavorecidos, enfermos e incapacitados. A tecnologia agora coloca em nossas mãos o poder de corrigir essas limitações e desigualdades naturais para prover muitos outros com maior chance de levarem as melhores vidas, tanto em termos de prudência quanto de moral.

Temos o direito de superar nossas atuais limitações morais, cognitivas e físicas com o uso de tecnologias de melhoramento? Por quê?

Nós temos o direito de superar nossas limitações por três razões. Elas comprometem nossos interesses fundamentais e nossas oportunidades de viver vidas que sejam ricas em bem-estar. Algumas de nossas mais básicas capacidades, como a de autocontrole, contribuem tanto quanto a saúde para nosso bem-estar. Para protegermos nosso interesse básico por uma vida boa, temos o direito a tais melhoramentos. Segunda razão, muitas dessas limitações têm consequências morais. Fraco controle de impulso, violência, incapacidade de compreender as consequências de nossas decisões, egoísmo e falta de simpatia e compaixão têm consequências para os outros, que são profundas e de longo alcance em um mundo tecnologicamente globalizado. Por último, nós nos estabelecemos direitos – como o direito de trabalhar – que requerem a superação de limitações biológicas e psicológicas no mundo avançado em que vivemos.

Aonde as tecnologias de melhoramento podem, ou irão, nos levar?

A tecnologia nos levará aonde escolhermos. Pode ser ao olvido, por meio do mau uso de nosso poder sem precedentes de causar o mal definitivo, que consiste em aniquilar toda a vida humana. Ou pode ser a um mundo em que um número nunca visto de pessoas levariam vidas ricas, completas, longas e diversificadas. O caminho que escolhemos para regular e implantar nosso grande poder requer ética – isso se quisermos tornar real uma visão utópica, ao invés de distópica. Uma coisa é certa: nós já temos o poder de destruir a nós mesmos. Então, não fazer nada, deixar tudo à própria sorte ou tentar inutilmente parar o implacável motor da tecnologia são as piores soluções. Precisamos de uma nova ética do melhoramento humano.

“Carecemos de uma boa compreensão filosófica do que nós podemos estar sacrificando ao buscar o melhoramento humano.”

NICHOLAS AGAR



// Arquivo pessoal

Precisamos ser melhorados em termos morais, cognitivos e físicos? Por quê?

Minhas perspectivas liberais me fazem suspeitar da noção de que precisamos ser melhorados em qualquer dessas direções. Não penso que há qualquer coisa errada em se rejeitar melhoramentos. Aqueles que escolhem não melhorar suas crianças não as condenam, por isso, há existências miseráveis. Recentemente, algumas pessoas têm argumentado que precisamos nos tornar moralmente melhores para encarar adequadamente problemas como as mudanças climáticas. Suponho que eles estranhamente veem o melhoramento moral como uma maneira indireta de encaminhar os grandes problemas do nosso tempo. Se alguém despejou uma grande pilha de lixo no jardim da sua casa, você encaminha a questão de como limpar a sujeira. Você teria que estar muito convencido de que o problema estivesse além de seu alcance para pensar que deveria encaminhá-lo, mudando o modo como você realmente é e esperar que essas mudanças tornassem o problema mais simples. Os benefícios práticos do melhoramento moral me parecem bastante incertos.

Temos o direito de superar nossas atuais limitações morais, cognitivas e físicas com o uso de tecnologias de melhoramento? Por quê?

Penso que existe tal direito. É certo que podemos ter livre acesso a uma variedade de tecnologias de melhoramento educacional. Muitas das diferenças morais sugeridas entre essas tecnologias e as de melhoramento genético são ilusórias. Entretanto, eu me preocupo sobre quão bem informadas são nossas escolhas sobre melhoramento. Os benefícios da extensão da vida e do melhoramento cognitivo parecem todos muito óbvios. Carecemos de uma boa compreensão filosófica do que nós podemos estar sacrificando ao buscar o melhoramento humano – especialmente quando buscamos melhoramento radical. Nenhuma intervenção é livre de custos. Médicos dizem aos pacientes quais são os potenciais efeitos colaterais quando prescrevem medicamentos. Precisamos de uma melhor compreensão dos tipos de efeito colateral das tecnologias de melhoramento. De que modo elas podem levar de nós coisas de valor?

Aonde as tecnologias de melhoramento podem, ou irão, nos levar?

Não tenho bola de cristal. Estamos em um estágio inicial de nossa relação com tecnologias de melhoramento. Mas vejo dois caminhos. Um caminho concede às tecnologias de melhoramento um quase ilimitado alcance para nos refazer. Podemos acabar com os intelectos radicalmente aprimorados previstos pelo inventor e futurista Ray Kurzweil. Há outro caminho, que prefiro: melhoramo-nos seletivamente de modo a preservar cuidadosamente valiosos aspectos de nossa humanidade. Nesse caso, empregamos a tecnologias ao invés de nos tornarmos ela. ■

A utopia da perfeição humana

Homens e mulheres perfeitos, em sociedades utópicas. Homens e mulheres imperfeitos, em sociedades distópicas. Personagens e cenários que protagonizam livros, filmes, vídeos, quadrinhos e uma série de outros produtos culturais. Para deleite do público, esse gênero, que também bebe na fonte do melhoramento humano, não cessa nunca de se renovar. Confira alguns títulos, que materializam a busca do super-homem que mora em cada um de nós e, às vezes, das consequências que isso traz.

//PHS/TB

42
JAN/ABR 2013



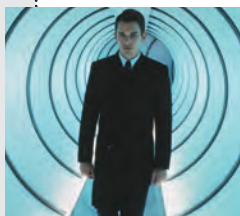
FILMES

Blade runner: o caçador de andróides (*Blade Runner*, 1979, Estados Unidos)

Neste filme, robôs superinteligentes indistinguíveis de seres humanos (e chamados aqui de replicantes) estão banidos da Terra. Dick Deckard (Harrison Ford), caçador de andróides, precisa encontrar um grupo que violou as regras de banimento. No caminho, encontra verdades que nem de longe vislumbrava. Direção: Ridley Scott.

Eu sou a lenda (*I am legend*, 2007, Estados Unidos)

Em 2009, um cientista militar (Will Smith) é a única pessoa, em Nova Iorque, que não foi contaminada por um vírus, criado para a cura do câncer. Os infectados vivem como vampiros, apresentando sintomas parecidos aos da raiva e um comportamento selvagem e ameaçador. O melhoramento dá errado e causa quase a extinção do ser humano. Direção: Francis Lawrence.



Gattaca - Experiência genética (*Gattaca*, 1997, Estados Unidos)

Numa sociedade em que manipulação genética criou castas e os preconceitos são legitimados pela ciência, dois grandes grupos se opõem: os Válidos, que têm as melhores oportunidades, e os Não válidos, destinados às funções subalternas e braçais. Ethan Hawke e Jude Law, juntos, tentam desconstruir o sistema. O melhoramento traz paz, mas gera desigualdade e preconceito. Direção: Andrew Niccol.

THX1138 (*THX1138*, 1971, Estados Unidos)

Num futuro distante, os habitantes de uma sociedade habitam um mundo subterrâneo, conduzem carros supervelozes e cultivam o consumo. A afetividade foi banida e o uso de entorpecentes é obrigatório. São essas drogas que os mantêm pacíficos e submissos ao regime. Um casal (Robert Duvall e Maggie McOmie) se rebela e sai em busca de sua liberdade. O melhoramento causa solidão e crise afetiva. Direção: George Lucas.



LIVROS

Admirável mundo novo (Aldous Huxley, 398 págs., 2009, Globo, R\$ 17,00)

Ano 634 d.F. (depois de Ford). O Estado científico totalitário zela por todos. Nascidos de proveta, os seres humanos (precondicionados) têm comportamentos (preestabelecidos) e ocupam lugares (predeterminados) na sociedade – os alfas no topo da pirâmide, os ípsilons na base. Não existe paixão nem religião. Mas Bernard Marx tem uma infelicidade doentia – acalentando um desejo não natural por solidão. A entrada em contato com uma realidade libertadora muda tudo.



Beyond therapy: biotechnology and the pursuit of happiness (editado pelo Conselho de Bioética da Presidência dos Estados Unidos, 352 págs., 2003, Harper Perennial, US\$ 16,99)

Os membros do Conselho de Bioética da Presidência dos Estados Unidos elaboraram um relatório crítico sobre uso de engenharia genética e farmacologia para aumento de *performance*, controle de humor, melhoramento de crianças e longevidade. A íntegra do texto também está disponível em <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/beyondtherapy/>.

Homem máquina (Max Barry, 272 págs., 2012, Intrínseca, R\$ 29,90)

Engenheiro não tem habilidade social e ama a tecnologia. Quando perde uma perna num acidente de trabalho, não encara a situação como uma tragédia, mas uma oportunidade. Ele sempre achou que o frágil corpo humano poderia ser aperfeiçoado, e então decide colocar em prática algumas ideias. Sátira sobre como a sociedade se tornou dependente da tecnologia.



Human enhancement (editado por Julian Savulescu e Nick Bostrom, 432 págs., Oxford University Press, US\$ 29,75)

Apresenta informações e argumentos recentes aplicáveis ao debate sobre melhoramento humano. Os artigos são escritos por alguns dos mais destacados filósofos e bioeticistas em atividade. O foco recai sobre as formas para atingir os níveis desejados de desempenho e o impacto de sua aplicação sobre as atividades dos usuários.

QUADRINHOS

No universo de nossos heróis, muitos daqueles que sofreram processo de melhoramento genético ou químico ocupam o centro da trama, seja como vilões ou mocinhos. Tornaram-se mais rápidos e ágeis, donos de superpoderes que os colocam numa posição privilegiada. Graças aos X-Men, ao Hulk e ao Homem-Aranha, entre tantos outros, aprendemos o peso que paira sobre os “melhorados”. Afinal, grandes poderes, implicam em grandes responsabilidades.



VÍDEOS

Mantendo a vida humana: biologia e dignidade humana (*Keeping life human: biology and human dignity*)

Em três seminários apresentados na Universidade Princeton, Leon Kass, ex-presidente do Conselho de Bioética da Presidência dos Estados Unidos, apresenta argumentos críticos às tecnologias de melhoramento. Disponível em: http://youtu.be/oN_BOyGFekA.

Melhorar geneticamente a humanidade ou enfrentar a extinção (*Genetically enhance humanity or face extinction*)

Em seminário, Julian Savulescu argumenta que sem mudanças na natureza humana não estaremos aptos para superar as ameaças que se avizinham de nós em um futuro próximo. Disponível em: <http://vimeo.com/7515623>.



Entre o desejo e a razão

A alocação de recursos no Sistema Único de Saúde (SUS) permanece como um desafio para os gestores e defensores desse modelo de atenção, que entra em sua maioria ainda **sem encontrar as respostas para que seus compromissos constitucionais sejam plenamente cumpridos**

//Cacilda Pedrosa
//Fotos: Beatriz Machado

O Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu do anseio da sociedade brasileira de que todos os cidadãos tivessem acesso à assistência em saúde. A Constituição previu que esse sistema operasse sob alguns princípios, entre os quais estão o da universalidade (ou seja: o acesso ao sistema deveria ser irrestrito) e o da integralidade (ou seja: todos os tratamentos necessários à manutenção da boa saúde deveriam ser garantidos). **Os recursos disponíveis para satisfazerem as demandas de saúde da população, no entanto, são finitos, e essas demandas têm se mostrado crescentes historicamente. Diante disso, o que fazer?** Governos, profissionais de saúde, pacientes, representantes do Poder Judiciário e muitos outros atores estão todos os dias envolvidos em discussões práticas sobre o conflito existente entre a escassez de recursos e os princípios legais de universalidade e integralidade. Para avaliar essa questão em suas origens e implicações, a revista Medicina convidou para um debate Clarice Melamed, pesquisadora da área de economia da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Diaulas Ribeiro, procurador do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT) que atua na área de biodireito; Nelson Rodrigues dos Santos, pesquisador da área de saúde pública da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp); e Paulo Antônio de Carvalho Fortes, pesquisador da área de ética aplicada à assistência em saúde da Universidade de São Paulo (USP). Fui a mediadora deste debate, transcrito nas páginas seguintes, e convido o leitor a se envolver na discussão.

A photograph of a meeting in progress. Five people are seated around a long table covered with a white cloth. On the left side of the table, three people are seated: a man in a dark suit, a woman in a dark blazer, and a man in a dark suit. On the right side, two people are seated: a woman in a white short-sleeved shirt and a man in a light-colored striped shirt. The woman in white is gesturing with her hands while speaking. The table is set with papers, pens, a glass of water, and a laptop. The background consists of large windows with vertical blinds, letting in bright light. The overall tone of the image is professional and collaborative.

PAULO ANTÔNIO
DE CARVALHO
FORTES

CACILDA PEDROSA

DIAULAS RIBEIRO

CLARICE MELAMED

NELSON
RODRIGUES
DOS SANTOS

CACILDA – A gestão de um sistema como o SUS, que se propõe universal e integral, impele-nos a avaliarmos o que é correto e justo no âmbito da assistência em saúde pública. O que fazer diante da realidade de recursos escassos e de demandas crescentes? Gostaria de começar o debate com a colaboração da professora Clarice.

CLARICE – Tenho que dizer logo de início que os artigos internacionais sobre alocação de recursos escassos em saúde estão muito mais avançados e trazem argumentos e ideias inaplicáveis no Brasil. Vejo como totalmente intransparente a aplicação de recursos no SUS. O volume de recursos tem crescido muito. Se a gente olha para os últimos 20 anos, da Constituição para cá, observamos que, quanto mais se aumenta o volume de recursos, mais difícil fica avaliar a relação entre a sua aplicação e o resultado disso para a população. Então, as campanhas que pedem mais recursos para a saúde me causam certo mal estar, não porque eu seja contra mais dinheiro para a saúde, mas porque há muitos anos tento deslocar a discussão para o terreno de “o que é feito com os recursos”. O que o Estado paga e a que serviços os pacientes têm acesso real? Qual o resultado efetivo? Não estou nem me referindo a resultados em relação a qualidade de assistência. Não sabemos bem o que acontece em termos de fluxo de recursos e efetiva oferta de serviços. Os números disponíveis no DATASUS [Departamento de Informática do SUS] não correspondem ao que acontece na realidade: por exemplo, o número de procedimentos de média e alta complexidade é muito alto. Com a nossa população, mesmo que todas as pessoas vivessem nos hospitais e nas policlínicas seria impossível que chegassemos ao cenário indicado pelos números oficiais. Os bancos de dados que existem hoje não permitem o confronto entre o que se paga por internações, por consultas etc. e o volume de acesso da população aos serviços.

CACILDA – Onde estão as inconsistências?

CLARICE – Primeiro, os números da produção em saúde são absurdos. A produção não corresponde ao que o IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística] capta quando entrevista a população sobre o tipo de acesso que ela teve ao Sistema no último ano, quantas vezes a pessoa foi internada, quantas vezes ela o procurou etc. Os números não batem. As respostas da população sobre o acesso não correspondem àquilo que o Ministério da Saúde paga. A produção por o que o Ministério paga é várias vezes maior

do que aquilo que a população reconhece como tendo usado. Estou falando em termos brutos e físicos, de quantidade de serviços – não estou falando do dinheiro. Estou falando do volume da produção física, principalmente no segmento de consultas especializadas e de média e alta complexidade, cujos pagamentos são absurdos; estão na casa dos bilhões. Você não consegue confrontar o que se declara em termos de acesso ao SUS com o que o Ministério da Saúde diz que paga. Tenho tentado nos últimos anos mexer com esses dados, sem sucesso. Segundo, toda a ideia que estava na reforma sanitária e que está colocada na legislação, na lei 8.080/90 e na legislação que vem a seguir, sob o ponto de vista do financiamento, não foi implementada. Existem soluções simplórias que os planos de saúde privados adotam largamente no Brasil, relacionadas a controle e comprovação da prestação do serviço, que não foram adotadas no SUS. Por exemplo, se vou por um plano privado a uma consulta médica, assino um documento dizendo que estive ali, naquele consultório. No SUS, esse controle não existe; seria uma coisa simples o cidadão assinar ou então apresentar um cartão eletrônico. Na Inglaterra, por exemplo, cada paciente tem monitorado o uso que faz dos serviços. Existem contratos com provedores dentro do SUS, credenciados, que perduram por décadas sem que uma pessoa como eu, pesquisadora do assunto, tenha condições de avaliar se o recurso que foi aplicado nas clínicas credenciadas gerou algum tipo de benefício para a população e que tipo de benefício gerou. Então, há uma máquina que movimenta bilhões de reais, pelas minhas contas aproximadamente 100

Clarice Melamed – Pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

Economista por formação, Melamed é pós-doutora pela Universidade do Texas e atua nas áreas de economia política, economia da saúde e avaliação de políticas públicas. É coorganizadora do livro “Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde”, publicado em 2011 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).



bilhões de reais ao ano, incluindo as três esferas da Federação, que é dinheiro em qualquer país do mundo, e não há como se avaliar o resultado dessa máquina em termos de serviços prestados à população por região, por faixa de renda etc. É uma questão séria e é obrigação do Estado criar mecanismos, que são facilísimos, que não custam praticamente nada, para relacionar pagamentos e serviços. Não há perspectivas de controle. Acho que o Nelson poderia falar sobre controle social.

NELSON – Estou pensando atualmente sobre que Estado é esse. Apesar de ter uma formação histórica conservadora e atrasada, o Estado brasileiro, nos anos de 1980, vivenciou uma espécie de concordância geral sobre alguns assuntos. Esse Estado foi sacudido por uma grande mobilização, algo que os cientistas sociais e historiadores reconhecem. Houve mobilização da sociedade para participar de um projeto de sociedade e de nação. Isso não chegou a ser feito, mas a sociedade chegou perto. Os estamentos sociais que sempre tomaram conta do Estado se abalaram. Houve esse abalo preliminar às discussões da área da assistência em saúde. As propostas relacionadas à saúde que iam se acumulando na esfera da Assembleia Nacional Constituinte se espelhavam muito no modelo europeu. Na Assembleia, tirou-se uma média do rumo que era dado aos sistemas públicos de saúde nesses países, especialmente na Inglaterra e na Alemanha. Eram países do capitalismo central que garantiam benefícios à sociedade. Estou lembrando disso porque foi muito importante, pois o sistema que temos aqui nasceu da busca de uma média do que estava acontecendo nesses países. Há diferenças brutais de origem, mas todos eles operavam sistemas públicos. Conseguiu-se nesses países adesão da população. Até hoje os dados da OCDE [Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico] confirmam que entre 85% e 90% da população dos países europeus centrais aderem aos sistemas públicos e pressionam para que eles tenham qualidade; e em todos eles existe a opção dos seguros privados. O que acontecia em média nesses lugares serviu de inspiração para o que está na Constituição brasileira. É importante dizer isso porque o SUS não é uma fantasia, uma poesia; ele foi baseado em coisas que estavam dando certo. Podia-se dizer: “Não, o seu país está aplicando a proteção social só para defender o avanço da União Soviética”. Mas então acabou a União Soviética, acabou o socialismo real e os sistemas públicos continuaram. A sociedade se apropriou suficientemente do Estado para que as políticas públicas de

saúde, educação e vários outros direitos humanos básicos permanecessem se consolidando e se aperfeiçoando. Houve na Europa algo que aqui não aconteceu: autocritica. O paternalismo e o perdurismo foram contornados por reflexões sobre custo-efetividade, eficiência etc. E ainda em 1989 os pequenos interesses políticos desvirtuaram aquilo que havia sido escrito na Constituição. Quando houve a votação da lei orgânica do SUS, pensou-se: “Agora, sim, vamos avançar”. Não avançamos. Penso que deveríamos ter avaliado a realidade brasileira para então aplicarmos os princípios de universalidade, integralidade e relevância pública. Deveríamos ter pensado como financiar os primeiros passos, como construir o sistema por etapas, porque não é possível pagar tudo, não há dinheiro para tudo – aliás, nem os países europeus têm dinheiro para tudo, eles têm limitações. Uma das grandes discussões nesses países, Canadá, países europeus e também, atualmente, Austrália e Nova Zelândia, é relativa aos padrões de integralidade: não é tudo para todos. Qual o custo-efetividade? E a renda *per capita* é muito maior nesses lugares. Que atenção básica foi essa que criamos? Qual a qualidade? E o cartão-saúde? Todos os países entraram com o cartão magnético já precocemente, por que nós não entramos ainda? Participamos no fim dos anos de 1990 de planos para ter o cartão-saúde, então, quais eram as forças que impediram a adoção desse mecanismo?

CACILDA – O senhor avalia que há desinvestimento?

NELSON – Sim, você pega a oferta de equipamentos de média e alta complexidade por 100 mil habitantes no âmbito do sistema público e verifica que a oferta desses equipamentos é entre cinco e seis vezes menor do que a oferta encontrada na esfera da saúde suplementar. É um desinvestimento absurdo. No campo de recursos humanos, por exemplo, 60% de quem trabalha no SUS não pertence ao sistema – são terceirizados. Pipocaram no Brasil empresas fornecedoras de recursos humanos que sub-remuneram. Então, houve nacionalmente uma decomposição. Quais são os critérios de remarcação de consulta? Os critérios de fila de espera? Os critérios de encaminhamento? Os critérios até de requisição de exames? São critérios para se ver livre do doente; o doente se tornou um peso na gestão da assistência. Paralelamente, o que o Estado vem fazendo? Ele vem colocando dinheiro na saúde suplementar. Com as várias formas de subsídios indiretos e subvenções. Por volta de 30% do faturamento anual de

todas as operadoras de planos privados corresponde a recursos públicos do Tesouro Nacional, o que dá mais ou menos metade do orçamento do Ministério da Saúde. Este tem cerca de 85 bilhões de orçamento anual. Por que nesses 22 anos do SUS a totalidade das classes médias, a da classe trabalhadora sindicalizada e a das centrais sindicais foram para os serviços privados de saúde? Apenas os pobres ficaram no SUS. Não obstante, as operadoras complementam seus serviços, principalmente aqueles de maior custo, recorrendo ao SUS, inclusive furando a fila de atendimento dos pobres por vários mecanismos. Essa é a política de Estado real, que se opõe à que está na Constituição e na lei orgânica da saúde. Isso não acontece por acaso. Há um direcionamento inteligente voltado para o esvaziamento do SUS.

CACILDA – Trata-se, portanto, de uma realidade incompatível com o que foi previsto inicialmente.

NELSON – Não é apenas incompatível. É o anti-SUS. Na Constituição, está escrito o oposto. Em média, a atenção básica existente nesses países resolve 90% dos casos. Aqui, ela não passa dos 30%, é de baixíssima qualidade, não é nem o anteparo de acesso ao Sistema, e congestionada toda a média e a alta complexidade. Esse congestionamento aciona o chamado complexo médico industrial, e os serviços são pagos ainda por fatura. Não se paga por fatura em nenhum país europeu, nem no Canadá, nem no Japão – nesses lugares se paga por produção, pelo cumprimento de metas que correspondem às necessidades da população e, no mínimo, pelo custo. Não existe pagamento nos sistemas públicos abaixo do custo. Aqui, entre 80% e 90% dos procedimentos da tabela do SUS são remunerados abaixo do custo; é a inversão completa, é o antissistema.

CACILDA – Você quer comentar, professor Paulo?

PAULO – Sim. Concordo com o Nelson e gostaria de complementar a fala dele. Em 1988, escrevemos na Constituição: Sistema Único de Saúde. Mas o Sistema nunca foi único. Já havia inclusive a possibilidade legal de a assistência ser realizada pela iniciativa privada, ou seja, ele nunca foi único como é o inglês e outros sistemas universalistas. Peguei dados bastante recentes da ANS [Agência Nacional de Saúde Suplementar]: mais de 50% dos gastos em saúde do Brasil são do sistema de saúde suplementar. Segundo a ANS, 51,3%. Essa é uma inversão. Onde ocorre isso quando há sistemas públicos universalistas? Tenho aqui dados: França, 79% de gasto público; Inglaterra, 82%; e Suécia, 80%. Portugal está em crise e os dados da OCDE referentes a 2011 indicam que 69% dos investimentos em saúde estão vinculados ao sistema público. Também é interessante ver que o município, no Brasil, ficou com um papel importantíssimo na assistência a partir da década de 1980. Isso é uma realidade unicamente brasileira; nenhum Estado federal tem essa forma de alocar recursos, dividida entre três esferas de governo – Estados Unidos, Canadá, Argentina, México, nenhum deles. Estabelecemos a saúde como um valor na Constituição: a saúde de cada um é um valor, então, precisamos estruturar um sistema universalista. Se você pegar a realidade da América Latina, não é assim. Aliás, o Brasil é o único país que tem esta formatação. Os mexicanos, agora, por meio de uma forma de seguro de saúde, estão tentando chegar à universalização, mas isso é muito recente por lá, tanto que está surgindo um debate na literatura sobre a realidade do México. O Brasil ainda não conseguiu completar exatamente a universalização devido à existência de forças antagônicas. Veja que 51% do gasto é da iniciativa privada. O próprio ministro da Saúde, quando entrou, disse que à medida que melhora a realidade econômica as pessoas tendem a ir para o setor privado. E onde está o setor privado no Brasil? Temos cerca de 48 milhões de habitantes, ou seja, 25% da população brasileira com acesso ao sistema de saúde suplementar; 30 milhões estão no Sudeste e 18 milhões no Estado de São Paulo – isso é quase metade. De Brasília para cima é muito diferente. Estive em Alagoas há algum tempo e o presidente do Conselho Regional de Medicina disse que 90% dos alagoanos contam apenas com o SUS. Aqui em São Paulo, quando conversamos com sindicatos, vemos que eles defendem fundamentalmente a saúde suplementar.

Cacilda Pedrosa – Gastroenterologia e intensivista. Ela se graduou, em 1990, na Universidade Federal de Goiás (UFG) e conquistou seu doutorado, em 2006, na Universidade de São Paulo (USP). Representante de Goiás no CFM, ela tem atuado junto à Comissão de Urgência e Emergência e contribuiu para a elaboração da Resolução 1982/2012, que define critérios para validação de novas técnicas e procedimentos médicos.



NELSON – Eu tive a oportunidade de integrar a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, que foi aprovada por cinco ministros. Ela ficou encarregada de realizar os estudos que comporiam o relatório da 8.^a Conferência Nacional de Saúde, que conteria uma proposta para análise da Assembleia Nacional Constituinte. Nessa Conferência, havia representação dos setores privados lucrativo e não lucrativo, de centrais sindicais de trabalhadores urbanos e rurais, de médicos e outros profissionais de saúde; ela era bastante representativa, portanto. A Comissão Nacional trabalhou um ano e meio, com reuniões mensais. Testemunhei que as centrais sindicais eram favoráveis ao SUS. Fui convidado a ir a dois Estados, Minas Gerais e Goiás, para acompanhar as discussões regionais, e vi que eles atuavam sinceramente a favor do SUS, que não brigavam por planos privados. Os segmentos representativos da classe média também tinham posição favorável ao SUS, porque a história dos sistemas de saúde europeus, canadenses e de alguns outros países repercutia muito nessa época. Era um valor cultural, de direito humano, a existência de sistemas públicos. Já se discutia direito do consumidor e do cidadão e já havia a ideia de que um não deveria excluir o outro. O direito do cidadão era vinculado ao Estado: saúde, educação, trabalho etc. O Estado brasileiro hoje privilegia o direito do consumidor. A ANS está atualmente penalizando empresas pequenas que não estão cumprindo obrigações para com seus consumidores. É defesa do consumidor e é ótimo. Mas por que a mesma coisa não acontece no âmbito do direito do cidadão? Há outra coisa: a ANS também é um agente objetivo de concentração no campo da economia política. As pequenas empresas são pressionadas a sair do mercado. O Estado está promovendo a concentração do capital no modelo americano. Testemunhei nos anos de 1980 as mobilizações democráticas da sociedade em favor do modelo europeu.

PAULO – As forças sociais que têm mais influência no país estão saindo do SUS. Elas o utilizam em geral na média e especialmente na alta complexidade. De qualquer modo, penso que há algo que ainda precisa ser comprovado. Diz-se que a judicialização da assistência em saúde está beneficiando apenas as classes mais poderosas. Penso que isso não é bem verdade. Tenho aqui um estudo do grupo do João Biehl: ele estudou de 2002 a 2008 todos os casos que entraram por via judicial no sistema público estadual de saúde do Rio Grande do Sul e mostrou que mais de 50% das demandas foram

iniciadas por pessoas sem recursos. Aqui, em São Paulo, estamos tentando estudar isso, mas aparentemente não são apenas pessoas ricas. Existem as demandas judiciais e as administrativas. Aqui, na Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo, o item que mais se pede por via administrativa é fralda geriátrica, que é um produto caro. Então, é lógico que há uma demanda das pessoas mais carentes nesse sistema.

CACILDA – Você pode comentar, professor Diaulas?

DIAULAS – Sim. Vou tentar fazer uma avaliação básica dos três níveis de alocação de recursos, sem a preocupação de ser assertivo em termos econômicos ou acadêmicos. Há a macroalocação, que é a previsão orçamentária federal. Há a microalocação, que atende casos individualizados. E há um nível intermediário, que é a alocação de recursos próprios nos estados e nos municípios. A parte orçamentária me parece uma obra muito simplificada: o Estado, tanto a União quanto os estados e municípios, elabora a proposta orçamentária. Não temos um orçamento participativo, debatido com a opinião pública, senão por meio dos parlamentos, e sabemos que esses debates são muitas vezes simbólicos e pouco efetivos. O governo encaminha o orçamento e não se sai muito da discussão mais elementar; aprova-se quase sempre o que o Executivo encaminha. Ao contrário dos regimes parlamentaristas, não temos nenhuma consequência efetiva com a não aprovação do orçamento. Além disso, quando o Legislativo avança contra a proposta, sempre para aumentá-la, há a alternativa do contingenciamento. Ou seja, o nosso orçamento é uma expectativa, é autorizativo, não impositivo. E a sua não aprovação ou implementação não nos leva a qualquer resultado efetivo, por exemplo, a derrubada do governo ou a queda de ministros. No âmbito das Secretarias de Estado, o que se percebe, quase como uma regra nacional, é a absoluta falta de capacidade de gestão, ou seja: não há uma política pública efetivamente focada nas vicissitudes de cada comunidade, de cada região. Evidentemente, o cidadão que mora nos estados da região Amazônica tem demandas diferentes daquele que mora no Sudeste, no Nordeste, no Centro-Oeste ou no Sul. A aplicação de recursos nessa fase intermediária, que deveria ser feita pelos secretários de Saúde, em geral se apresenta como uma fábrica de desmandos, de desperdício, e talvez seja, de fato, o “nó górdio” da saúde no Brasil: um problema de gestão. Há, ainda, o outro âmbito, que chamei acima de

microalocação, e aqui já não falamos mais de dinheiro, mas sim de instrumentos, insumos, recursos humanos; é nesse momento que atua quem está na ponta, no atendimento ao público, que é o profissional de saúde, o médico. E é nessa hora que todo o desmando das estruturas anteriores se apresenta: é quando não há o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, quando não há cama, vaga na UTI, remédio, centro cirúrgico disponível, não há, em resumo, condições de atendimento. É aí que a tragédia mostra a sua face mais horrenda, e talvez por essa razão a opinião pública tenha muito mais indignação contra os médicos que estão na ponta, no atendimento, do que contra o ministro da Saúde que está lá em cima, porque ao paciente não interessa saber quem é o ministro da Saúde ou da Fazenda na hora de uma demanda por atendimento médico-hospitalar. O que o paciente quer é saber se há um médico no posto de saúde ou na emergência para atendê-lo na sua dor. Os responsáveis pela gestão da saúde pública no Brasil não recebem cobranças diretas do paciente. Não há uma demanda cidadã contra o gestor da saúde; o cidadão reclama do médico, do enfermeiro, e, às vezes, quem paga toda essa conta com a população é o guarda que está à porta do hospital. Porque essas são as “caras visíveis” no dia a dia dos estabelecimentos de saúde do nosso país.

CACILDA – E o que fazer diante disso?

DIAULAS – Nesses três estágios – nas alocações macro, micro e intermediária –, precisamos ter o mesmo projeto ético, ou seja: a ética de alocação e aplicação de recursos tem que ser desenhada democraticamente. Pode até ser de cima para baixo, do Ministério da Saúde para um posto de saúde, desde que tenha a participação da população em geral. E aqui penso em

democracia direta, em consultas populares. A representação popular nos Conselhos de Saúde não tem efetividade, e todos nós sabemos disso. Basta perguntar quem indica os conselheiros de saúde em geral. A política de saúde e sua implementação não pode permitir uma ética individualizada do médico que está no atendimento. Não se pode sobrecarregá-lo na tomada de decisões do tipo “quem irá ser atendido primeiro”. Esse debate deve ser conduzido nos níveis do Ministério da Saúde e das Secretarias para que o médico que está no atendimento não tenha que tomar essa decisão. Essa decisão individualizada e eletiva de “quem vou atender ou não vou atender” é que levou a um gravíssimo problema, em minha opinião, que é a judicialização. Falo de dentro do sistema e vejo a judicialização como uma tragédia. Por quê? Porque a demanda judicial é individual; não temos ações coletivas para melhorar a assistência na saúde. E aqui faço uma crítica à minha instituição, que é o Ministério Público: ele permitiu e até patrocinou demandas individuais e não assumiu o seu papel de promover demandas coletivas. Claro que haverá exceções, mas observo a questão de um posto privilegiado, oficiando em processos que chegam ao Tribunal de Justiça de Brasília. Isso levou a dois gravíssimos problemas. É inacreditável que um cidadão brasileiro, protegido pela Constituição, tenha que pedir ao juiz fraldas geriátricas, como acontece diariamente. Mas é mais inacreditável que na maioria das demandas se peça ao juiz um leito de UTI. Então, o primeiro problema é que o Estado não tem leitos de UTI para oferecer à demanda instada por médicos. E o Judiciário – refiro-me especificamente ao que ocorre no Distrito Federal – usa sua mão forte para “confiscar” a propriedade privada, o que é, inclusive, inconstitucional. O Poder Judiciário confisca o leito de UTI de um hospital privado. Ele determina que o hospital privado disponibilize um leito particular a um paciente que deveria ser atendido nos hospitais do SUS. E até há muito pouco tempo o Judiciário determinava atendimento preferencial para aquele paciente; o juiz dizia inclusive que o paciente não estava sujeito a critério de diagnóstico ou de indicação médica de prioridade e que era para se disponibilizar a ele o primeiro leito vazio encontrado na rede privada.

PAULO – Quase todo o ano dou aulas na Faculdade de Direito [USP]. Certo dia uma juíza disse: “Minhas decisões são muito solitárias. Se uma demanda diz ‘grave risco à vida’, não duvido sobre o que fazer. Determino que se atenda o paciente”. Como você vê isso?

Diaulas Ribeiro – Formou-se em Direito pela Faculdade de Direito do Centro Universitário de Brasília (Uniceub), doutor em Direito pela Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, e pós-doutorado pela Universidade Complutense de Madrid, Espanha. Atualmente, é professor e promotor de justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, com atuação em Direito e Bioética, com ênfase em Direito Penal.



DIAULAS – Digo em seguida, Paulo. Vou apenas acrescentar um breve raciocínio sobre o confisco da propriedade privada. Veja que conforto que é para o Estado ter um juiz para resolver o problema da assistência em saúde tomando do particular.

NELSON – O Estado não assume a responsabilidade.

DIAULAS – Sim, não assume a responsabilidade e encontrou um mecanismo muito acessível para dar solução ao problema. A Defensoria Pública é a porta de entrada majoritária das demandas de saúde. Os advogados que trabalham nessa área chegam por uma outra porta que apresentarei a seguir. Vou antes concluir o raciocínio sobre o cerco às UTIs. O Estado, que, no nosso caso, financia a Defensoria Pública, deveria ter feito o leito de UTI e não o fez, mas implantou a Defensoria. Ele cumpre o compromisso constitucional de ter a Defensoria Pública. Ela serve àqueles que a procuram, e os que a procuram querem um leito de UTI. A Defensoria Pública, que é paga pelo Estado, aciona o próprio Estado. Exceto a Defensoria da União, as demais são estaduais. Quem paga a Defensoria Pública é quem paga a internação em um leito de UTI, é quem paga o Secretário de Saúde, o médico, o enfermeiro etc. Acaba aí a história? Não, a história vai muito além, porque para que haja um processo judicial relacionado a um leito de UTI ou a outro pedido semelhante é necessária a intervenção do Ministério Público, que também é pago pelo Estado. Para que haja a sentença, é preciso que entre, no fim da história, o juiz, que também é pago pelo Estado. E, se o juiz garantir um leito de UTI – e em 99,9% dos casos ele garante, como afirmou a juíza mencionada pelo Paulo –, a decisão segue obrigatoriamente para o Tribunal, que irá julgar o chamado recurso “ex-officio” com três desembargadores e um outro membro do Ministério Público, um procurador de Justiça. Então, para dizer que o cidadão tem direito a um leito de UTI, o que está previsto na Constituição Federal, colocou-se todo o Estado a serviço dele. Menos o gestor do SUS. Por que, então, o Estado não contorna de uma vez por todas essa inversão de papéis? Por uma razão muito simples: porque quem vai assumir essa conta, no primeiro momento, é o dono de um hospital privado que tinha um leito vago. Já há um movimento de hospitais privados para desmobilizar leitos de UTI porque hoje a Central de Regulação telefona para esses hospitais para saber se há leito vazio, e os hospitais respondem assim: “Leito regulado? Não.” “E leito não regulado?” “Temos três leitos não regulados.” “Ah, é?”. A

própria Central de Regulação comunica à Defensoria Pública e até ao juiz que o hospital X ou Y não tem leito regulado, mas tem três leitos vazios para atender à demanda de planos de saúde ou de particulares. O juiz, então, confisca um daqueles leitos. Isso acontece todos os dias há vários anos. Há quase dez, pelo menos. E aqui surge um problema muito grave: os juízes determinam que se interne, mas não determinam que se pague imediatamente. Ao contrário, determinam que o hospital deverá cobrar apenas os valores da tabela SUS, cumprindo o último papel de proteção à ineficiência do Estado. Assim, o pagamento pode ser feito pela regra constitucional do precatório.

CACILDA – Como isso se dá?

DIAULAS – O precatório é um quase-calote oficial que o Brasil inventou para não pagar o que deve. É um mecanismo para não se pagar a dívida pública do Estado com particulares. O Estado deve, não nega, mas paga quando quiser, como quiser e às vezes quanto quiser – a tabela SUS é um modelo bem claro desse *quantum* –, pelo sistema de precatórios. Os hospitais, para não testarem a força do Estado – que pode, a seu critério, diferir o pagamento dessa dívida para daqui a 15 ou 20 anos –, começam a fazer negociações para tentar receber esse pagamento como verba alimentar ou contratual, já que boa parte da conta hospitalar se refere a honorários médicos. Eles tentam negociar com o Estado o recebimento dos seus créditos por fora do sistema de precatórios. O Estado não faz assistência em saúde nesses casos. Ele cria outros mecanismos ou usa outras estruturas – e a mais forte delas é o Poder Judiciário – para fazer alocação de recursos em casos individuais, transferindo do particular para o público por uma via absolutamente anômala, que só tem paralelo no confisco da propriedade privada. Sobre a sua pergunta, Paulo, se chegar uma certidão ou um atestado médico, dizendo que há risco de vida, e eu aprendi desde o primeiro dia da faculdade que o direito à vida não se negocia, faço o que for preciso para que o paciente não morra na minha mão. A juíza que lhe deu essa informação está cumprindo o ritual que nos foi e ainda é ensinado. Para concluir: nós não temos, no âmbito da assistência individual hospitalar, demanda significativa de escritórios de advocacia. Os escritórios de advocacia estão em outra frente, à frente dos laboratórios de medicamentos e dos fabricantes de outros produtos.

Essas empresas instigam a prescrição de drogas e tecnologias e encontram sempre alguém que compre a ideia. Aí, entram os advogados particulares, mormente de grandes escritórios. Exemplo: há grandes associações de doentes financiadas por laboratórios; os laboratórios pagam a secretária, o aluguel da sala, contratam advogados, oferecem meios de transporte, dinheiro etc. No âmbito de algumas áreas de alta complexidade, em que os produtos são extremamente caros e não padronizados, os laboratórios financiam as associações e estas saem daquela demanda individual da judicialização tradicional, daquele que procura a Defensoria Pública para internar um paciente em um leito de UTI, e passam a fazer demandas de interesse coletivo. Essa demanda é inicialmente administrativa, porque eles têm muito mais poder de pressão sobre as Secretarias de Saúde. E, quando não conseguem, a judicialização é a outra porta. Um exemplo a mais: as prescrições *off label* são frequentemente viabilizadas por decisões judiciais. Creio que só no Brasil há judicialização no modelo que descrevi. Não conheço outro modelo no mundo em que haja judicialização individual. E conheço muitos modelos. No universo dos que conheço, não ocorre nem a hipótese de um juiz mandar internar um paciente, fazer uma cirurgia, comprar um remédio. O modelo brasileiro prova que o SUS não está cumprindo o seu papel constitucional. A Defensoria Pública, o Ministério Público e os juízes estão cumprindo, sim, algum papel, não sei dizer se estão cumprindo “o seu papel”. Convenhamos, não é função desses órgãos e desse Poder gerir, por via indireta, o SUS. Perdeu-se de tal maneira o controle da gestão que não houve caminho senão a busca de solução pelo Poder Judiciário. E, quando o juiz de primeira instância entra nessa relação, já é muito mau; mas tudo fica muito pior quando o Supremo Tribunal Federal precisa julgar ações individuais para providenciar, por exemplo, medicamentos ao paciente X ou Y.

PAULO - A universalização não é o problema, o problema é que nós inserimos a ideia de integralidade na Constituição sem saber o que ela era. Agora, há muitas discussões, mas quando colocamos na Constituição “atendimento integral” não sabíamos o que era. Nenhum país faz assistência absolutamente integral.

CLARICE - Vou brincar com o Nelson. Ele diz que concorda comigo, mas eu não concordo com ele. Acho sinceramente que o discurso da reforma sanitária está ultrapassado em relação à realidade dos fatos. Não concordo com a avaliação de desinvestimento. Não concordo com a comparação de gasto privado com gasto público.

Essas cifras são usadas reiteradamente na imprensa. Posso justificar as razões. Trabalho com estudos sobre saneamento básico, o que é tão problemático quanto saúde. Vale para as outras políticas públicas também. Você tem orçamentos aos quais a sociedade – inclua-se aí pesquisadores, professores, profissionais etc. – não tem acesso. Toda a discussão sobre a aprovação e a aplicação dos grandes orçamentos é intransparente. O Estado arrecada e tem que prestar contas à população; não pode ser uma coisa sem controle. Repetimos afirmações sobre subfinanciamento, mas questiono uma a uma. Como é que se soma 100 bilhões de reais para a assistência em saúde e se divide esse montante entre os cidadãos, inclusive entre os integrantes da parcela que não usa o SUS, e se considera isso pouco? Não é pouco. O SUS deveria ser, no mínimo, três vezes melhor.

PAULO - Nesse ponto, tenho que dizer que o Brasil é extremamente heterogêneo. O acesso ao SUS, exclusivo ao SUS, no Norte e no Nordeste, é de 90%. Aqui, em São Paulo, é de menos de 50%, então, nós temos uma potência da saúde suplementar aqui em São Paulo. O Sudeste é diferente de outros Estados, e Brasília é mais ou menos como o Sudeste. Nossa formatação constitucional é muito particular. O problema não está exclusivamente no governo federal. Somos o único país em que municípios atuam decisivamente na gestão do sistema de saúde. Você pode discordar dos números do sistema, mas os municípios desempenham um papel importante.

DIAULAS - Concordo que essa característica tem consequências graves. Vejo que muitos prefeitos querem ter o paciente em suas mãos para poder

Nelson Rodrigues dos Santos – Graduado e doutorado em Medicina pela Universidade de São Paulo (1961 e 1967, respectivamente). Foi professor de Saúde Coletiva (na Universidade Estadual de Londrina) e de Medicina Preventiva e Social (na Unicamp). Assumiu funções de direção no Sistema Público de Saúde (SUS), em níveis municipal, estadual e federal, atualmente é do Instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa). Seu foco está em desenvolvimento e controle social no SUS.



barganhar votos. Quando não existe hospital no município, o paciente precisa de transporte, e este quem provê é o prefeito. Então, ele tem que pedir ao prefeito uma ambulância e fica devendo um favor. O problema passa por uma mudança de comportamento nos municípios. Se todo o problema de saúde estivesse em níveis aos quais o paciente, no dia a dia, não tem acesso – ele não fala com o governador, não fala com o presidente da República –, a demanda seria resolvida de outra maneira. Hoje, os prefeitos enterram as mudanças. Muitos deles têm interesses políticos paroquiais na manutenção desse modelo.

CACILDA – O cartão SUS poderia ajudar.

NELSON – Sim, é um instrumento entre dezenas. Por que não temos o cartão SUS até hoje? O Ministério da Saúde já investiu mais de dois bilhões comprando *hardware* e *software* para ter o cartão SUS, e até hoje não tem.

DIAULAS – Por que não querem o cartão SUS? Porque o cartão SUS é o começo de um questionamento sobre recursos. Se houvesse o cartão SUS, quem prestasse serviços ao paciente receberia o recurso. Os prefeitos não querem isso. Eles querem os recursos, mas não querem prestar os serviços que esses recursos financiam. Relembrem-se que até pouco tempo os prefeitos gastavam recursos do SUS com saneamento básico. Claro que saneamento básico contribui para a prevenção de doenças. Mas não cabe ao Ministério da Saúde nem às respectivas Secretarias estaduais de saúde financiarem saneamento, limpeza de ruas etc.

NELSON – A situação é complexa. Os problemas que estamos listando aqui são decorrência de um “salve-se quem puder” instalado na área da saúde. Há uma série de interesses corporativos e políticos por trás das discussões e temos visto o Estado se tornar promotor de acumulação de capital no âmbito da assistência suplementar. O governo federal vem cofinanciando planos privados para a totalidade dos servidores federais; isso não existe em nenhum sistema público do mundo. Nós não passamos de uma corruptela do modelo americano. Quando a sociedade se democratizou, apontou para o modelo europeu, então nós estamos vivendo esse impasse, que é de macropolítica e macroeconomia.

DIAULAS – Na avaliação de vocês, onde está o principal problema do SUS? Na falta de leitos, na alta complexidade? O governo tem afirmado que o problema é a falta de médicos. Como solução, promete abrir vagas em cursos de medicina e discute facilitar a revalidação de diplomas médicos obtidos no exterior. Mas o que é que de fato se apresenta como problema? A atenção básica, a falta de medicamentos? É a questão da integralidade? Precisaríamos hierarquizar procedimentos? O idoso que tem câncer no pâncreas e demanda uma medicação que custa 200 mil reais ao mês deveria ter menos prioridade porque com esse dinheiro o Estado poderia tratar uma grande quantidade de crianças? Enfim, o que vocês veem como mais importante na gestão do SUS?

NELSON – Os ingleses resolveram a questão da integralidade há muito tempo.

PAULO – Sim, os ingleses são bastante utilitaristas.

CLARICE – São todos esses problemas que você citou. Acho que falta ao SUS sobretudo regulação na aplicação dos recursos financeiros, o que pode ser feito de forma simples, por exemplo, com o uso do cartão SUS e a coleta da assinatura do paciente para atestar os serviços de fato prestados pelo sistema. A regulação aproximaria o SUS real do SUS que está na lei.

NELSON – Penso que a questão é de economia política, de acumulação intensiva de capital no sistema suplementar. A recente suspensão temporária dessas 300 e tantas operadoras para cumprimento de prazos e melhoria do atendimento não ocorre somente por defesa dos direitos dos consumidores. Isso faz parte do sistema de concentração de capital. Se isso não mudar, vamos ficar com cerca de dez operadoras. Essa acumulação, que é uma questão de economia política, gera distorções no sistema público.

CACILDA – O problema está no diagnóstico ou no tratamento do paciente?

NELSON – A integralidade deveria pressupor prevenção e cura, simultaneamente. Mas a grande chave, para mim, por ser a chave estratégica, é a atenção básica. Ela deve ser desenvolvida em etapas seguras e efetivas. Deve ser pensado o financiamento,

Paulo Antônio de Carvalho Fortes – Possui graduação em Medicina (1974), mestrado em Pediatria (1986) e doutorado em Saúde Pública (1994). Todos os títulos da Universidade de São Paulo (USP), onde é atualmente professor. Foi membro do Conselho Diretor (2007-2010) e do Comitê Assessor (2010-2012) da REDBIOÉTICA/América Latina e Caribe/UNESCO. Em sua trajetória, acumula experiência em Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública e em Bioética.



a preparação, as condições de trabalho, a capacitação e a adesão dos recursos humanos. Assim, a atenção básica pode cobrir 90% da população e resolver entre 85% e 90% das necessidades de saúde dos cidadãos. Com esse eixo estratégico, muitos problemas caem por gravidade. A atenção básica tem que surgir de uma política pública de Estado com a participação da sociedade. Ela precisa olhar para os trabalhadores de saúde e os demais profissionais e vê-los como aliados da população. Esse seria um valor de sociedade. É preciso levar em consideração os projetos de vida desses profissionais e de suas famílias e investir pesado. Não há segredos técnicos; todo mundo sabe como tem que ser feito. Deve haver uma decisão de Estado, e não do governo da ocasião.

PAULO – Concorro com isso. Deve haver um projeto que valorize a atenção básica. Historicamente, valorizamos os outros níveis de atenção. O profissional do hospital foi visto historicamente como melhor do que o que estava na atenção básica. E fazer investimentos eventuais também não resolve. O profissional de saúde não pode viver sozinho. Antigamente, tínhamos uma imagem idílica do que é viver no interior, mas você tem que ter um projeto de vida, satisfazê-lo e trabalhar com qualidade. Ficar sozinho em uma cidade sem articulação dentro do sistema não funciona; o profissional fica um pouco, junta algum dinheiro e vai embora. O governo municipal de São Paulo nos últimos anos resolveu passar a execução da atenção básica para as Organizações Sociais (OSs). As OSs pagam três a quatro vezes mais do que aquilo que é pago aos servidores municipais, mas a rotatividade é enorme. Eles pagam relativamente bem, mas os profissionais trabalham em um modelo de plantão baseado em queixas de pacientes, o que é muito ruim.

CACILDA – Sim, não há resolutividade. E sobre o médico de família há o fato de que ele tem uma residência que em muitos casos provê pouca informação clínica. Às vezes, há na residência mais discussões sobre política de saúde do que sobre resolutividade clínica. É preciso considerar que não é porque a atenção é básica que ela é simples. A atenção básica é uma área rica em complexidade.

DIAULAS – O brasileiro precisa perceber que o Estado é nosso ou somos nós. E, como tudo o que é nosso, precisa ser preservado, cuidado. O Estado não é um ente etéreo, sem dono. Ele é cada um de nós. As redes sociais parecem desempenhar aí um importante papel. Na hora que o povo resolver entrar nas redes e começar a mostrar os problemas que existem e a cobrar resultados, como fez recentemente Isadora Faber em relação a sua escola – uma aluna de 13 anos, de Santa Catarina, que não estava satisfeita

(com razão) com a escola pública em que estudava e que criou um *blog* com o sugestivo nome de “Diário de Classe” para relatar os seus problemas –, teremos melhorias nos hospitais. Quando crianças e adolescentes começam a exigir mudanças de comportamento dos gestores da “coisa” pública, temos o excelente sinal de que ainda há lugar para a esperança. ■



NOTA DOS EDITORES – Ousada em seu formato, a primeira seção Painel atingiu plenamente seu objetivo de colocar em perspectiva um importante tema da atualidade, diretamente vinculado às questões da saúde pública e da bioética. No entanto, não pudemos transpor a íntegra da interação dos nossos debatedores, a qual está disponível no *site* do CFM (www.portalmédico.org.br). Convidamos os interessados a aprofundarem sua leitura e oferecemos abaixo os *links* de alguns textos que inspiraram a discussão realizada.

1. A study on the ethics of microallocation of scarce resources in health care, de P A C Fortes e E L C P Zoboli
<http://jme.bmj.com/content/28/4/266.full.pdf+html?sid=8eb7coe3-8717-4da7-b2cf-6115d8645a97>

2. Bioeticistas e a priorização de recursos de saúde no sistema público de saúde brasileiro, de Paulo Antonio de Carvalho Fortes
http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/573/545

3. Biomedical ethics reviews 1994: allocating health care resources, de Julian Savulescu
<http://jme.bmj.com/content/21/6/366.full.pdf+html?sid=9fb220fd-93d8-42b7-8032-6df5c689a485>

4. Direito à saúde, recursos escassos e equidade: os riscos da interpretação judicial dominante, de Octávio Luiz Motta Ferraz e Fabiola Sulpino Vieira
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52582009000100007&script=sci_arttext

5. Justiça distributiva, critérios de alocação de recursos escassos em saúde e suas críticas, de Maria Elisa Villas-Bôas
http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_2/VillasBoas.pdf

6. Justice and allocation of medical resources, de Raanan Gillon
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1416877/pdf/bmjcred00458-0038.pdf>

7. On the relevance of personal responsibility in priority setting: a cross-sectional survey among Norwegian medical doctors, de Berit Bringedal e Eli Feiring
<http://jme.bmj.com/content/37/6/357.full.pdf+html?sid=8eb7coe3-8717-4da7-b2cf-6115d8645a97>

8. Principles for allocation of scarce medical interventions, de Govind Persad, Alan Wertheimer e Ezekiel J Emanuel
<http://www.ncpa.org/pdfs/PIISo140673609601379.pdf>

9. Priorities in the allocation of scarce resources, de K M Boyd e B T Potter
<http://jme.bmj.com/content/12/4/197.full.pdf+html?sid=8eb7coe3-8717-4da7-b2cf-6115d8645a97>

10. Randomisation and resource allocation: a missed opportunity for evaluating health care and social interventions, de Tami Toroyan, Ian Roberts e Ann Oakley
<http://jme.bmj.com/content/26/5/319.full.pdf+html?sid=9fb220fd-93d8-42b7-8032-6df5c689a485>

11. The ethics of allocation of scarce health care resources: a view from the centre, de K C Calman
<http://jme.bmj.com/content/20/2/71.full.pdf+html?sid=8eb7coe3-8717-4da7-b2cf-6115d8645a97>

12. The principle of QALY maximisation as the basis for allocating health care resources, de John Cubbon
<http://jme.bmj.com/content/17/4/181.full.pdf+html?sid=9fb220fd-93d8-42b7-8032-6df5c689a485>



II CONGRESSO BRASILEIRO DE HUMANIDADES EM MEDICINA

O II Congresso Brasileiro de Humanidades em Medicina, realizado em São Paulo (SP) em outubro de 2012, foi palco de debates sobre a prática médica contemporânea e suas implicações éticas e humanísticas. Em conferências e painéis, o encontro provocou reflexões sobre a formação humana dos médicos em um momento histórico marcado por rápido avanço tecnológico e mecanização da assistência em saúde. Entre os temas de discussão estavam: humanismo e inovações tecnológicas em saúde, determinações sociais da saúde e suas repercussões no ensino médico, desafios éticos relacionados às novas tecnologias e perspectivas para a prática assistencial do futuro.

No painel sobre a crise da relação médico-paciente realizado durante o Congresso, o professor José Ricardo Ayres, da Universidade de São Paulo, defendeu o conceito de “cuidado” como fundamental para o resgate da relação entre os médicos e seus pacientes. “Do lado do paciente, a crise da relação com o médico se expressa, por exemplo, em queixas como ‘Ele não me olhou’, ‘Não escutou o que eu disse’, ‘Sequer sabe o meu nome’, ‘Não me cumprimentou’, ‘Não me explicou o que eu deveria fazer’”, disse Ayres. Para ele, a objetividade tecnocientífica da medicina moderna associada à precariedade das condições de trabalho médico são obstáculos ao pleno atendimento aos anseios dos pacientes. “A observância da singularidade e da subjetividade de cada paciente é vital para que a relação tenha êxito. Isso é algo que escapa ao escopo técnico-científico da medicina”, afirmou.

O psiquiatra e psicanalista Abram Eksterman, por sua vez, propôs em sua conferência o deslocamento do foco prioritário da reflexão diagnóstica: do polo biológico para o antropológico. “A doença é uma entidade teórica. Ocorreu ao longo da história da prática médica uma deformação que fez com que a relação do médico passasse a se dar com as doenças, e não mais com os doentes. Recuperar o espaço real do ‘ser humano doente’ é não só uma necessidade urgente para a prática integral da medicina, mas a essência do que se pretende com humanização”, avaliou.

Eksterman afirmou ainda que humanizar a prática médica requer que se conheça o doente e que isso obriga o profissional a estabelecer um vínculo com a biografia e as expressões afetivas do paciente – disso surgiria uma autêntica relação terapêutica. “Isso requer aprendizado e técnica; não se trata de simples simpatia, acolhimento ou prática de filosofia humanística”, disse.

Informações adicionais e *slides* das apresentações realizadas no Congresso podem ser obtidas em <http://www.eventos.cfm.org.br>. A terceira edição do Congresso deve ocorrer em outubro de 2013, em Salvador (BA).

REVISTA BIOÉTICA

A “Revista Bioética”, editada pelo Conselho Federal de Medicina, recebeu em 2012 duas novas classificações Qualis Capes – que consiste em um conjunto de procedimentos utilizados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação para estratificar a qualidade da produção científica. Os novos conceitos foram conferidos nas categorias *Filosofia/Teologia*, com conceito B2, e *Sociologia na versão on-line*, que recebeu classificação B5. Os indicativos de qualidade vão de A1 (o mais elevado) a C (peso zero), passando por A2, B1, B2, B3, B4, B5. A “Revista Bioética” contabiliza atualmente 14 classificações – em diferentes categorias – no extrato superior da faixa B.



BIOÉTICAS, PODERES E INJUSTIÇAS

O livro “Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois” foi lançado pelo Conselho Federal de Medicina durante o IV Congresso Internacional de Bioética, Direitos Humanos e Inclusão Social para a América Latina e Caribe, realizado em Brasília (DF) entre 29 de novembro e 1.º de dezembro de 2012. O livro é uma coletânea de algumas das mais significativas conferências proferidas no IX Congresso Brasileiro de Bioética e no I Congresso Brasileiro de Bioética Clínica, ambos realizados em 2011. Com a publicação, que também celebra os 20 anos de existência da “Revista Bioética”, o Conselho reforça seu apoio institucional ao desenvolvimento da reflexão bioética no país. A primeira edição do livro terá tiragem inicial de cinco mil exemplares. Esse e outros livros editados pelo CFM estão disponíveis para *download* gratuito em <http://www.portalm medico.org.br>.

SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Os 383 mil médicos brasileiros contam com um novo instrumento para auxiliá-los gratuitamente na tomada de decisões clínicas. O portal Saúde Baseada em Evidências, mantido pelo governo federal e criado com o apoio do Conselho Federal de Medicina e de outras instituições da área da assistência em saúde, possibilita acesso a bases de dados científicas que contêm informações atualizadas e referenciadas sobre doenças, diagnósticos e tratamentos. Por meio do portal, os profissionais também podem utilizar ferramentas, como calculadoras médicas e de análise estatística. Para ter acesso ao conteúdo (<http://periodicos.saude.gov.br>), médicos e demais profissionais de saúde precisam apenas preencher um pequeno cadastro.

Entre as bases disponíveis está a Micromedex, que oferece acesso a dois módulos: o *Diseasedex – Emergency Medicine* e o *Diseasedex – General Medicine*. O primeiro fornece informações técnicas para a condução das primeiras 72 horas de uma emergência médica, como suporte à vida, tratamentos e apresentação clínica. O segundo trata do período posterior às primeiras horas de uma emergência médica, com informações sobre prevenções, sintomas e complicações.

Também disponível no portal, a base *Dynamed* é útil para uso no local de tratamento do paciente; criada por médicos e voltada para médicos, contém sumários clinicamente organizados e inclui calculadoras médicas. A *Best Practice – British Medical Journal (BMJ)*, por sua vez, fornece informações detalhadas sobre como fazer diagnósticos, incluindo testes, diagnósticos diferenciais e diretrizes. Pelo portal, os médicos podem ainda acessar as bases *Rebrats*, *Embase*, *ProQuest Hospital Collection* e *Atheneu*. ■

II CONGRESSO INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Data: 15 e 16 de março de 2013

Local: São Paulo (SP)

Inscrições: abertas

O encontro reunirá profissionais de medicina, farmácia, educação, assistência social e de outras áreas das ciências humanas e da saúde. O objetivo é refletir em grupo sobre os valores pessoais, culturais e sociais que se articulam com os componentes biológicos da saúde e da enfermidade.

Os organizadores do congresso são também responsáveis pela Revista Internacional de Humanidades Médicas, um periódico acadêmico revisado por pares que publica trabalhos que relacionam artes, ciências humanas e ciências da saúde. Os inscritos no congresso receberão uma assinatura da revista pelo período de um ano. Mais informações sobre o evento e a revista podem ser obtidas em www.humanidadesmedicas.com/conference-2013.

Além deste encontro, coloque em sua agenda outras atividades para o primeiro semestre de 2013. Confira a seguir.

JANEIRO

XV MOSTRA DE CINEMA DE TIRADENTES

Data: 20 a 28 de janeiro de 2013

Local: Tiradentes (MG)

Informações:

www.feiradolivropocosdecaldas.com.br

III FESTIVAL INTERNACIONAL SESC DE MÚSICA

Data: 14 a 26 de janeiro de 2013

Local: Pelotas (RS)

Acesso: gratuito

Informações:

www.sesc-rs.com.br/festival

ABRIL

FESTIVAL INTERNACIONAL DE DOCUMENTÁRIOS: É TUDO VERDADE

Data: 4 a 14 de abril de 2013

Local: São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ)

Acesso: gratuito

Informações:

www.itsalltrue.com.br/2013

FEIRA FOTOGRAFAR 2013

Data: 16 a 18 de abril de 2013

Local: São Paulo (SP)

Acesso: mediante credenciamento

Informações:

www.feirafotografar.com.br

V FESTA LITERÁRIA DE PORTO ALEGRE

Data: 18 a 28 de abril de 2013

Local: Porto Alegre (RS)

Acesso: gratuito

Informações:

www.festipoaliteraria.com

VIII FEIRA NACIONAL DO LIVRO DE POÇOS DE CALDAS: FLIPOÇOS 2013

Data: 27 de abril a 5 de maio de 2013

Local: Poços de Caldas (MG)

Acesso: gratuito

Informações:

www.feiradolivropocosdecaldas.com.br

MAIO

XI CONGRESSO INTERNACIONAL DE DIREITO CONSTITUCIONAL

Data: 16 a 18 de maio de 2013

Local: Natal (RN)

Inscrições: abertas

Informações:

www.congressosebec.com.br

VII CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO

Data: 20 a 23 de maio de 2013

Local: Cuiabá (MT)

Inscrições: abertas

Informações:

www.ufmt.br/cbhe7

JUNHO

OLHAR DE CINEMA: FESTIVAL INTERNACIONAL DE CURITIBA

Data: 5 e 14 de junho de 2013

Local: Curitiba (PR)

Acesso: gratuito

Informações:

www.olhardecinema.com.br

VII MOSTRA DE CINEMA DE OURO PRETO

Data: 20 a 25 de junho de 2013

Local: Ouro Preto (MG)

Acesso: gratuito

Informações:

www.cineop.com.br

Pediatria

Quando o cuidado cabe num abraço

//Márcio Arruda (cores) e Nathália Siqueira (preto e branco)

Nesta primeira seção Olhares, nossos repórteres fotográficos direcionam suas lentes para o universo da pediatria. **As fotografias registram a espera, o procedimento, o repouso, o trabalho e a distração dos personagens que ocupam os ambientes da assistência pediátrica e expõem com admiração faces e vestígios humanos.** A cada edição, a revista Medicina apresentará ao leitor imagens de pacientes, profissionais, instrumentos e espaços próprios dos diferentes ramos da medicina.

A prática da medicina está entre as mais antigas atividades exercidas pelo homem. Desde Hipócrates, há 2.500 anos, ela se desenvolve e se organiza sistematicamente. De acordo com o Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, o surgimento da especialidade não está desvinculado do passado remoto da própria medicina. A pediatria emergiu paulatinamente, em diferentes regiões do mundo, com os cuidados especializados que a saúde da infância e da adolescência passou a requerer.

O aparecimento das especialidades médicas, entre elas a pediatria, foi descrito por Theodor Zwinger, na Basileia (Suíça). Foi ele quem primeiro comparou o comportamento de enfermidades em crianças e adultos, registrando e descrevendo diferenças e salientando que o organismo infantil reage de forma diferente às doenças.

A ação do pediatra é essencial aos sistemas de saúde. O maior desafio da área hoje é garantir o direito da criança e do adolescente ao atendimento médico, compreendido como assistência e prevenção em saúde e promoção da qualidade de vida.





//Estima-se que 130 milhões de crianças nascem todos os anos no mundo e que os programas de imunização salvem a vida de entre dois e três milhões delas.



//De zero a seis anos de idade, a criança estabelece a arquitetura cerebral que lhe permitirá aprender, sentir, relacionar-se, comportar-se e desenvolver-se ao longo da vida.



//São fartas as evidências científicas sobre o caráter insubstituível dos cuidados com a infância e a adolescência para a saúde e a qualidade de vida, em todas as fases.



//Mais de 22 milhões de crianças em todo o mundo não receberam, em 2011, as três doses da vacina contra difteria, tétano e



coqueluche, consideradas essenciais durante o primeiro ano de vida. Os dados são da Organização Mundial da Saúde (OMS).



//De acordo com o estudo Demografia Médica no Brasil, realizado pelo Conselho Federal de Medicina em 2011, existem 27.232 pediatras no país.



//Um relatório independente de peritos da Organização das Nações Unidas (ONU), divulgado em setembro de 2012 ,indica que a maioria dos países com elevadas taxas de mortalidade infantil e materna deverá falhar no cumprimento dos Objetivos do Milênio no que se refere à saúde de mães e filhos até 2015. ■

Retrato de uma médica quando jovem

//Thiago Brandão

O drama de uma residente em psiquiatria, que narra em primeira pessoa sua crise existencial e profissional, chega aos cinemas. Esse é o tema do novo filme do diretor Marcelo Gomes, que foi buscar inspiração para “Era uma vez eu, Verônica” também na medicina

Uma médica recém-formada inicia residência em psiquiatria em um hospital público de Recife (PE). Esse é o pano de fundo sobre o qual o diretor pernambucano Marcelo Gomes retrata a crise existencial e profissional de sua protagonista em “Era uma vez eu, Verônica”. Com muitas dúvidas sobre o presente e o futuro, Verônica (Hermila Guedes) percebe-se incapaz de envolver-se emocionalmente com o trabalho e com o amigo Gustavo (João Miguel), com quem mantém um relacionamento sexual inconstante – exibido na tela de modo naturalista.

A crise de Verônica se agrava porque seu pai, um bancário aposentado com quem ela divide o apartamento, fica doente. Em casa, diante do espelho, ela observa o surgimento dos primeiros fios de cabelo branco. No hospital, onde trabalha, ela precisa conter os problemas pessoais e administrar o desamparo profissional enquanto navega nos fragmentos de discurso de seus pacientes, que sofrem de doenças variadas – esquizofrenia, depressão, estresse nervoso. Em uma das cenas, um paciente insatisfeito lhe cospe no rosto.

Em entrevista à Medicina (veja a íntegra nas páginas 70 e 71), Marcelo Gomes disse ter visitado hospitais públicos para compor a história. “Os atores visitaram, eu visitei [hospitais]. Falei com psiquiatras. Achei que os hospitais eram dez vezes menos duros. É impressionante. O dia a dia de um hospital público é impressionante e a vida dos profissionais é dura. Os médicos às vezes têm que atender inúmeros pacientes em um tempo exíguo. Quinze pacientes em quatro horas. Eles entram em crise profissional. Isso está exposto no filme”, disse.

Depois de realizar “Cinema, aspirinas e urubus” (2005), que recebeu mais de 50 prêmios nacionais e internacionais, e “Viajo porque preciso, volto porque te amo” (2009), Gomes queria ter uma protagonista feminina. “Adoro cinema e filmes com personagens femininos; posso citar pelo menos dois que foram importantes para a construção de Verônica: ‘Mônica e o desejo’ [de Ingmar Bergman] e ‘Um bonde chamado desejo’ [de Elia Kazan]”, afirmou. O filme levou em 2012 seis prêmios no Festival de Brasília do Cinema Brasileiro e dois no Amazonas Film Festival – em ambos foi considerado o melhor longa-metragem. “Era uma vez eu, Verônica” está em cartaz em cinemas de todo o país.

VEJA O TRAILER >





O cineasta Marcelo Gomes, diretor de “Era uma vez eu, Verônica” falou à Medicina sobre o filme. Nesta entrevista, ele analisa a crise de sua personagem e a relação dela com seus pacientes

//TB

Quem é a Verônica? O que é essa crise? Tentei entender o que se passa na cabeça do jovem de hoje em dia. Convidei trinta jovens que tinham um perfil parecido com a da personagem que eu imaginava e fiz longas entrevistas com elas. Eram entrevistas que se pareciam com sessões de psicanálise, duravam duas, três horas. Elas conversavam comigo sobre afeto, amor, desamor, vida em sociedade, individualidade, profissão, relações afetivas, que são cada vez mais verticais ao invés de horizontais, e também sobre maturidade: aquele momento da vida em que você já não tem a desculpa de ser estudante, você tem que encarar a vida adulta. Como é amadurecer no Brasil contemporâneo, com urbanização caótica, violência? Então, a Verônica é todas essas mulheres que entrevistei. São mulheres que têm muito mais liberdade do que as mães tiveram. Acho que a crise é sartreana. [Jean-Paul] Sartre associava a angústia ao fato de que você tem muita liberdade e precisa decidir um só tipo de vida: “Quero ser engenheira, casar e ter três filhos”. E depois você fica imaginando como seriam as muitas outras opções que deixou para trás. É uma angústia sartreana. A Verônica é uma personagem sartreana, existencialista e tropicalista – tropicalista porque ela não mora em Estocolmo, mas em Recife, uma cidade luminosa.

Ela representa bem a geração a que pertence?

Ela representa a geração que eu quis construir a partir das conversas que tive. A crise feminina parece ser implosiva. Tenho a impressão de que a crise masculina é explosiva e de que a feminina é mais interior. Acho que a crise da Verônica é a de todos nós. Como vamos lidar com a perda, o amadurecimento, as relações afetivas, o futuro e o que é que queremos do nosso trabalho, todas essas questões. A Verônica é uma personagem comum, próxima de nós, cheia de dúvidas.

Você tem alguma crítica ao modo como ela se comporta ou a compreende completamente?

Ela é politicamente incorreta. Às vezes, é extremamente egoísta e tenta resolver seus problemas sem se preocupar com as repercussões. Isso é muito contemporâneo. O egoísmo é algo presente atualmente. O interessante é que ela assume esse egoísmo, não tenta escondê-lo. Eu não queria fazer um personagem politicamente correto. Queria fazer um filme que fosse como um diário íntimo que você abre e começa a ler. Por isso, ele foi feito em primeira pessoa e há cenas de intimidade muito grande. Essa é a vida íntima e verdadeira da Verônica. E Verônica em latim quer dizer a verdadeira imagem. Queria construir esse personagem e ir à intimidade dele. E na nossa intimidade temos nossas contradições e egoísmos, e não somos a pessoa perfeita que os outros projetam.

A Verônica é médica. A profissão que ela exerce desempenha um papel nessa crise?

Ela vem de uma estrutura social protegida, de classe média. Inicialmente, é um choque para ela se encontrar com aquele outro Brasil, dos hospitais em crise. Aos poucos, esse outro Brasil se torna também espelho dos problemas dela. A partir daí, ela se humaniza e humaniza o próprio trabalho. Não é sem razão que começa a cantar para os pacientes e apertar a sua mão. Assim, encontra um caminho pessoal para ser médica. Coloca a personalidade dentro da profissão e se sente assim mais madura, a ponto de ser escolhida pelos pacientes para atendê-los. Fiz da Verônica uma psiquiatra para que ela ouvisse problemas o dia inteiro e depois tivesse que pensar os próprios problemas. Aqueles personagens são um pouco uma caixa de ressonância.

Os pacientes da Verônica têm sérias dificuldades para articular seus problemas, o que acentua a crise e o isolamento em que eles e a Verônica parecem viver. Ser uma psiquiatra naquelas circunstâncias é um agravante?

Queríamos fazer um filme filosófico, focado primeiramente no ser humano. A Verônica sente um vazio e não sabe por quê, assim como seus pacientes. Mas estes não tiveram educação, apoio social, então, os problemas deles são maiores. É muito difícil esses personagens relatarem com discernimento seus problemas para o médico. O interessante é que a Verônica, como médica, tenta compreender todos aqueles pacientes, tudo o que eles sentem, e fazer um diagnóstico; ao mesmo tempo, os pacientes a refletem e ela é diagnosticada a partir do que ouve deles. Há uma paciente que conta uma história de depressão muito parecida com a da própria Verônica e ela se solidariza com essa paciente a ponto de levá-la em casa, em um bairro pobre de Recife. Então, existem problemas sociais graves, mas também há problemas existenciais e filosóficos em todos nós; eles independem de classe social. ■

Mulheres em conflito

cine **ma**
retrospectiva

O sexo feminino está longe de ser frágil. Determinadas, apaixonadas, donas dos seus destinos, as mulheres conseguem conjugar seus inúmeros papéis – mãe, irmã, profissional, amante etc – sem deixar de refletir sobre qual rumo tomar em suas vidas. Seleccionamos três filmes que – como em “Era Uma Vez Eu, Veronica” – têm seus eixos sobre a vida de **mulheres difíceis de esquecer**.

//PHS

As Horas

(The Hours, 2001, Reino Unido, EUA)

O que une o destino de mulheres de três períodos diferentes? A resposta é o livro *Mrs. Dalloway*, redigido, em 1923, por Virginia Woolf, que no filme se debate entre depressão e ideias de suicídio. Em 1949, vive Laura Brown (Julianne Moore) – dona de casa, moradora de um subúrbio de Los Angeles e insatisfeita com sua vida cor-de-rosa – que não consegue parar de ler o livro. Nos dias atuais, encontramos Clarissa Vaughn (Meryl Streep), uma editora literária de Nova Iorque, dividida entre a amante, a filha e o ex-namorado, Richard (Ed Harris), escritor com aids que está morrendo. Elegante e sutil, o filme acompanha as idas e vindas de um roteiro perfeito, focado no impacto nas decisões ao longo do tempo. Direção: Stephen Daldry.



O Piano

(The Piano, 1993, Nova Zelândia)

Quando Ada McGrath (Holly Hunter), uma mulher que aos seis anos de idade resolveu parar de falar, surge na tela, o espectador sabe que terá pela frente 131 minutos intensos. Vítima de um casamento arranjado com Stewart (Sam Neill), ela rompe sem pestanejar tradições da Nova Zelândia do século XVIII, mesmo que isso lhe custe muito caro. Entre a intensa paixão com um rude capataz (Harvey Keitel) e os conflitos com sua filha Flora (Anna Paquin), nada a separa de seu piano e da liberdade que representa. O visual impecável (fotografia, figurino e direção de arte) e a trilha sonora de Michael Nyman ajudam a compor esse painel sobre o direito de escolher o próprio destino. Direção: Jane Campion.



Deixa Ela Entrar

(Låt den rätte komma in, 2008, Suécia)

Eli (Lina Leandersson) é uma menina de cabelos desalinhados e que anda descalça sobre a neve. Do nada, ela aparece em Blackeberg, subúrbio de Estocolmo, onde seduz Oskar (Kare Hedebrant), um garoto vítima de *bullying*, que aos 12 anos sente a falta dos pais e não consegue se relacionar com o mundo. O que seria um drama vira suspense e evolui para o terror, quando se descobre que Eli é uma vampira com fome e disposta a tudo para continuar sua jornada que brinca com o medo e o imprevisível. Já mereceu uma refilmagem nos Estados Unidos. Direção: Tomas Alfredson.







Alguma esperança em meio ao terror

//Vevila Junqueira

A convite da organização **Médicos Sem Fronteiras (MSF)**, vencedora do Prêmio Nobel da Paz em 1998 por seu trabalho humanitário, escritores testemunham a atuação de médicos em missões da instituição em diferentes partes do mundo e relatam a experiência em gêneros literários diversos no livro “Dignidade!”

73

MEDICINA
CFW



“Nesse momento, compreendo profundamente o que necessitam aquelas pessoas: não é outra coisa senão se fazer ouvir. Querem contar suas particularidades, seus piores momentos, fazer-se merecedoras de uma individualidade mínima que seja. Nisso não se diferenciam do resto dos humanos, dos homens e das mulheres do mundo livre e opulento: que alguém as escute, não existe um desejo mais premente, fazer-se ouvir.”

Alicia Giménez Bartlett



O embate com a extrema indignidade, o abandono e a violação, sobretudo dos mais vulneráveis – mulheres e crianças –, é o caminho que percorrerá o leitor de “Dignidade!” (Leya, 2012, 268 páginas, R\$ 33,00). Nove escritores especialmente convocados para descrever as circunstâncias em que é realizado o trabalho da organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) em áreas carentes de assistência médica em diferentes países do mundo, marcadas pela inexistência quase absoluta de instituições, expõem ao leitor situações que o colocam diante de um mundo à parte daquele em que a dignidade humana mínima é garantida. E ninguém está a salvo de cruzar a linha da dignidade nos relatos do livro, nem mesmo as equipes da MSF.

É desse limite que nunca deveria ser ultrapassado, dessa zona de desrespeito aos mais elementares preceitos de direitos humanos, que os relatos – capazes de ultrajar a consciência do leitor – ocorrem. Nesse time de autores, estão Mario Vargas Llosa, Eliane Brum, Paolo Giordano, Catherine Dunne, Alicia Gimenez Bartlett, James A. Levine, Esmahan Aykol, Tishani Doshi e Wilfried N’Sondé.

Os cenários são os mais diversos. Deles emergem os conflitos, as rivalidades étnicas, os deslocamentos frenéticos de populações e os genocídios da República Democrática do Congo; o mal de Chagas da Bolívia; e a precariedade da vida em favelas de Bangladesh, que sujeitam enormes contingentes ao calazar ou leishmaniose visceral. Emergem as feridas deixadas pelo regime do *apartheid*, somadas à ignorância e ao estigma que coexistem com as altas taxas de HIV e tuberculose e com as consequentes reações violentas e irracionais contra os contaminados na África do Sul; as condições subumanas dos imigrantes irregulares amontoados nos campos de detenção provisória da Grécia; a falta de perspectivas em saúde no Estado de Nagaland, na Índia; a luta contra o HIV no Maláui; e o desastre físico e social de mulheres que desenvolvem fístulas obstétricas no Burundi.

A obra, no entanto, não é documental ou jornalística – tampouco apresenta o ponto de vista estritamente médico. A perspectiva é sobretudo humana, artística e vivencial. Os relatos incluem os diversos atores da organização e das comunidades atendidas.

Os recursos utilizados pelos autores são muitos – narrativas ficcionais, relatos, descrições e composições diversas que revelam uma gama de transgressões à dignidade humana em pontos esquecidos e obscuros, ou nem tanto, do globo. Algumas técnicas empregadas podem confundir o leitor inadvertido, mas enriquecem os textos ao trazerem aspectos subjacentes à realidade e exporem uma conexão sutil dos escritores com as situações vividas.

Do mesmo modo, as expressões presentes nos textos – horror, infecção, violência, corrupção, matança, vítima, enfermigo, impotência, miséria, sujeira, desânimo – podem ser hostis ao leitor. Mas isso se dá simplesmente porque impõem uma verdade inconveniente. Elas podem soar inclusive como uma acusação de omissão. A mensagem, de qualquer modo, é voltada a expor o problema, torná-lo público e fazer ressoar vozes emudecidas pelo terror.

Percebe-se que, muito abatidos e combalidos, profissionais de saúde e comunidades não se curvam à desesperança. A obra apresenta comoventes traços de força e fé que marcam a conduta humana dos indivíduos. Mesmo aqueles que legitimamente poderiam desistir, não o fazem – e não o farão. Essa pungente verdade continua revisitando a memória do leitor após o término do livro, chamando à reflexão constante. Se o objetivo era criar uma fagulha de transformação individual, a obra cumpre sua missão.



foto: Robin Meldrum

“O problema número um do Congo são os estupros.”

Tharcisse

“Matam mais mulheres que o cólera, a febre amarela e a malária. Cada bando, facção, grupo rebelde, inclusive o Exército, onde encontra uma mulher procedente do inimigo, a estupra. Ou melhor, a estupram. Dois, cinco, dez, quantos sejam. Aqui, o sexo nada tem a ver com o prazer, só com o ódio. É uma maneira de humilhar e desmoralizar o adversário.”

Mario Vargas Llosa



foto: Anna Surinyach

“Ao desembarcar em Cochabamba, Maria descobriu que a cidade era como ela tinha imaginado. Entre ruas largas e olhos indiferentes, Cristina não era apenas a sua bússola, mas toda a sua geografia. Era sua aldeia e também os morros, as espigas de milho e o rio onde ela se banhava aos domingos. Cristina era o mundo que sabia dela, Maria. E foi assim que à noite elas decidiram dormir na mesma cama para não se perderem uma da outra e também de si mesmas, enquanto esperavam a cirurgia que emprestaria um compasso regular ao seu coração.”

Eliane Brum (veja entrevista na página ao lado)



A jornalista e escritora brasileira Eliane Brum é uma das autoras de “Dignidade!”. Nesta entrevista, ela fala sobre a experiência de contato com vítimas do mal de Chagas na Bolívia

//VJ

Você disse que a princípio planejava escrever um conto de terror sobre o mal de Chagas na região de Narciso Campero, mas que, ao conhecer os percursos da vida daquelas pessoas, a história tornou-se excessivamente real. Como foi o resgate das histórias de Sonia, Maria, Cristina e Nora?

Permaneci na região de Narciso Campero por uma semana. A organização Médicos Sem Fronteiras não permite, por questões de segurança, que jornalistas fiquem mais tempo. A princípio, eu pensei em escrever uma história de ficção, a partir da realidade. Mas, ao começar a conversar com as pessoas, em suas casas, descobri que transformá-las em personagens de uma ficção seria uma espécie de traição a elas. As chamadas doenças negligenciadas, como Chagas, são as doenças da porção invisível do mundo, que atingem as populações mais pobres, aqueles que não têm dinheiro para pagar por tratamento e, no caso dessa população boliviana, nem mesmo por casas seguras. Por serem doenças da pobreza, a indústria farmacêutica não tem interesse em desenvolver nem medicamentos nem vacinas, razão pela qual a doença até hoje é tratada com um medicamento de 1960, muito agressivo e que pode provocar efeitos colaterais que inviabilizam seu uso em algumas pessoas, como a Norita.

Quanto tempo ficou no povoado ouvindo-as e como foi a entrega delas para falar sobre suas experiências?

Passei uma semana vendo todos os dias a família Cotrina Veizaga – na qual os pais e todos os filhos têm Chagas – e também entrevistando Cristina e Maria, o outro eixo da minha reportagem, que são duas mulheres que fazem uma viagem à cidade grande em busca de um marca-passo para salvar suas vidas e, para fazer isso, precisam atravessar mundos. Conversei com todos separadamente e em conjunto, longamente. Percebi que aquelas pessoas nunca tinham sido ouvidas sobre o que é viver com Chagas, o que é conviver com a *vinchuca* (palavra em quéchuwa para o inseto “barbeiro”). E para elas era muito importante poder falar, contar sua história para o mundo e romper a barreira da invisibilidade. Por isso, escolhi fazer uma reportagem. Porque essas pessoas existem, têm rosto, nome e sobrenome e vivem uma situação de horror inimaginável, vítimas de uma doença que poderia ser erradicada se alguém se importasse com elas.

Os relatos e as descrições sobre a *vinchuca* acabaram trazendo uma atmosfera de bastante terror. Sentimos uma espécie de demonização do bicho, como por exemplo, quando você diz o “farfalar agourento das asas”. Como se deu a criação desse cenário em que você descreve o pavor e a série de recursos inúteis que os camponeses usam para tentar conter o inseto?

Sim, é uma história de terror, mas de terror real. Aquele tipo de terror que só a realidade é capaz de produzir. Eu não demonizo a *vinchuca* (o barbeiro, o vetor). Eu capto e transporto para a escrita o lugar que ela ocupa na vida daquelas pessoas. Quando chamo a *vinchuca* de “vampiro”, não é uma graça, uma brincadeira, mas uma escolha que dá conta da forma como ela é vista por aquelas comunidades. A *vinchuca* para eles não é um inseto, mas uma entidade onipresente que assinala as suas vidas, que está lá, em todos os momentos, e estará também na sua morte. Que faz com que as mulheres hoje gritem mais no parto por medo de seus bebês serem soropositivos do que pelas dores, que está lá na sua morte, como causadora desta. Que está lá quando fazem amor, quando se casam, quando brincam, quando choram. Até a chegada da MSF, parte da comunidade acreditava que as pessoas morriam porque ficavam enfraquecidas de tanto a *vinchuca* sugar seu sangue. Só com a MSF muitos souberam que a morte súbita, que costumava ser a da maioria, era causada pela doença de Chagas – e esta era causada por um protozoário transmitido pelas fezes da *vinchuca*. As cenas que as pessoas descrevem – como as paredes pintadas com seu sangue ao tentar esmagar os insetos; ou a fogueira e o posterior “enterro” das *vinchucas* no lado de fora da casa, na tentativa de acabar com elas (não com aquelas, mas com todas); ou a morte de dois irmãos de Cristina, ainda crianças, porque o número de insetos era tão numeroso que asfixiaram os meninos ao entrar pela sua boca – são cenas reais.

Podemos concluir que você encontrou elementos “reais” de terror naquelas histórias?

É um terror, sim. Um terror real. Um terror invisível para a porção do mundo que tem o dever moral e humano de enxergar essas pessoas. Como todos nós sabemos, a realidade é mais absurda que qualquer ficção. Nesse caso, o terror real é maior do que um ficcionista seria capaz de criar, por temer soar inverossímil. Só que esses vampiros não movimentam milhões de dólares na indústria de entretenimento – seria necessário menos que isso, talvez, para que os vampiros reais pudessem ser destruídos. Por isso, eu escolhi colocar o título da minha reportagem de “Os vampiros da realidade só matam pobres”. ■

Sôbolos rios que vão

//Thiago Brandão

Escritor português descreve em romance a vertigem de um homem que se vê diante de um câncer

No romance “Sôbolos rios que vão” (Alfaguara, 192 páginas, R\$ 29,90), publicado no Brasil em 2012, o escritor português António Lobo Antunes narra a experiência angustiante de um paciente de câncer que passa os dias oprimido pela possibilidade de morrer em pouco tempo. O livro carrega o estilo que se tornou característico do autor, com prosa não linear, divagações paralelas à narração dos acontecimentos e pontuação avessa à rigidez das normas gramaticais – leia trecho na próxima página.

O título tem origem em versos de Luís Vaz de Camões [“Sôbolos rios que vão / Por Babilônia m’achei, / Onde sentado chorei / As lembranças de Sião, / E quanto nela passei (...)”]. Sôbolos é uma contração da preposição “sobre” com o artigo definido arcaico “lo”; a palavra era usada em português antigo com o significado de “por cima dos” ou “sobre os”.

Acosado por dores e pelo desespero advindo da consciência de sofrer de uma doença grave, o protagonista do romance – chamado Antoninho ou senhor Antunes – lembra-se da infância entre familiares e estranhos, imagina situações possíveis e impossíveis e faz especulações sobre o câncer e a fragilidade de seu corpo: “sentir-se-ia mais sozinho e com mais medo, que designação esquisita a seu respeito, cancro, que impensável morrer”. A matéria do livro é o mergulho do senhor Antunes em um turbilhão de lembranças amargas e felizes, reflexões fortuitas sobre o passado e o presente e reminiscências de sensações contraditórias.

António Lobo Antunes, que é provavelmente o escritor português vivo mais conhecido fora de seu país, superou ele próprio um câncer em 2007, ano em que também recebeu o Prêmio Camões – o mais prestigiado prêmio literário concedido exclusivamente a escritores de língua portuguesa. Formado em medicina, ele atuou como médico de campanha na Guerra Colonial Portuguesa em Angola – experiência em que se baseia a narrativa do romance de 1979, “Os cus de Judas”.

foto: divulgação



ANTÓNIO LOBO ANTUNES

Trecho de “Sôbolos rios que vão”, de António Lobo Antunes

21 de março de 2007.

Da janela do hospital em Lisboa não eram as pessoas que entravam nem os automóveis entre as árvores nem uma ambulância que via, era o comboio a seguir aos pinheiros, casas, mais pinheiros e a serra ao fundo com o nevoeiro afastando-a dele, era o pássaro do seu medo sem galho onde poisar a tremer os lábios das asas, o ouriço de um castanheiro dantes à entrada do quintal e hoje no interior de si a que o médico chamava cancro aumentando em silêncio, assim que o médico lhe chamou cancro os sinos da igreja começaram o dobre e um cortejo alongou-se na direcção do cemitério com a urna aberta e uma criança dentro, outras crianças vestidas de serafim de guarda ao caixão, gente de que notava apenas o ruído das botas e portanto não gente, solas e solas, quando a avó no muro com ele desistiu de persignar-se sentiu o cheiro das compotas na despensa, vasos em cada degrau da escada e como os vasos intactos não aconteceu fosse o que fosse, por um triz, estendido na maca à saída do exame, não perguntou ao médico

– Não aconteceu fosse o que fosse pois não?

e não aconteceu fosse o que fosse dado que os vasos intactos, a avó que morreu há tantos anos ali viva com ele, o avô defunto há mais tempo a ler o jornal com o seu aparelho de surdo, o silêncio do avô alarmou-o fazendo com que o ouriço se lhe dilatasse nas tripas arranhando, doendo, colocou-o numa placa de granito, bato com o martelo e a doença esmagada, alguém que não distinguia empurrava-lhe a maca corredor adiante, notava a chuva, caras, letreiros, a governanta do senhor vigário no alpendre enquanto pensava

– É o meu esquite que empurram

a oferecer-lhe uvas

– Apetecem-te uvas menino?

e desapareceu logo, não se lembrar do nome da governanta do senhor vigário preocupou-o, lembrava-se do avental, dos chinelos, do riso, não se lembrava do nome e por não se lembrar do nome não iria curar-se, o avô dobrou o jornal no sofá e não o olhou sequer, quis pedir

– Não consegue fazer nada por mim?

e o mais que podia esperar era a concha da mão na orelha

– O quê?

e sobrancelhas juntas no sentido de ninguém

– Que disse ele?

de forma que o pássaro do seu medo continuava aos círculos, olha as raízes dos pés e os dedos que apertam o lençol, os pobres, aqueles que esperavam o elevador deixaram a maca entrar primeiro, fitaram-no um momento e esqueceram-se, achou impossível que não se recordassem dele, a avó punha-lhe um chapéu de palha com o elástico roto durante as vindimas, qual a razão de todos os chapéus de palha com o elástico roto e quase todas as chávenas sem um pedaço da pega, tinha seis, sete anos, descobria calhaus de mica e girava-os para a direita e para a esquerda a reflectirem a luz, não acreditava que o não notassem na varanda para a serra procurando apanhar os insectos da trepadeira com uma caixa de fósforos vazia e nunca apanhou nenhum, não estava no hospital em março, à chuva, estava em agosto na vila, se o mandavam fazer recados trocava de passeio antes de alcançar a moradia com a dona Lucrecia na cadeira de inválida ao alto dos degraus a acenar-lhe a bengala

– Aproxima-te rapaz

e ele sem ninguém que o protegesse

[...] ■

livros retrospectiva

Relatos de vida

Um médico, um jornalista e um fotógrafo de moda: em comum, o talento de conduzir o leitor pela mão por mundos desconhecidos. Estas são nossas sugestões de relatos de vida, cuja identificação gerada pode expor também os sentimentos daqueles que se atrevem – e apreciam – lançar o olhar sobre a vida dos outros.

//PHS

Carcereiros (Drauzio Varella, 2012, 232 págs., Companhia das Letras, R\$ 33,00)

Em 1999, o médico Drauzio Varella ganhou fama por “Estação Carandiru”, em que relatava sem meias palavras o cotidiano do maior presídio da América do Sul. Esse livro ganhou prêmios literários, vendeu mais de 500 mil cópias e virou filme sob a batuta de Hector Babenco. Catorze anos depois, o autor retorna ao mesmo universo com “Carcereiros”, que promete ser o segundo volume de uma trilogia que será concluída com “Prisioneiras” (sobre seu trabalho na Penitenciária Feminina de São Paulo). Drama e riso – mesmo que amargo – confundem-se em “Carcereiro” que tira o foco dos detentos e dá voz aos homens encarregados de manter sob controle uma panela de pressão prestes a estourar. O projeto, que teve início há dois anos, fatura com o ponto de vista de alguém que, pelo contato direto com aqueles homens, conseguiu traçar o perfil de uma função que testemunha a violência, a tristeza e a esperança dos dias aprisionados, transformando-os em especialistas em seres humanos.



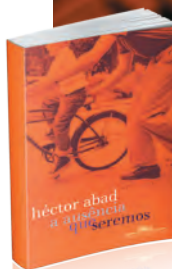
Cadernos de Viagem (J.R.Duran, 2012, 344 págs., Benvirá, R\$ 54,90)

Compartilhar do quarto de um dos mais conhecidos fotógrafos do Brasil, J.R.Duran, parece um convite à frivolidade do mundo dos ricos e famosos. No entanto, essa proposta inicial não toma forma em “Cadernos de viagem”. No livro, o autor revela seu olhar terno, o raciocínio rápido e a pena leve de quem já consolidou sua trajetória como fotógrafo e transfere a mesma elegância para a literatura. Discreto em suas revelações e observações sobre os “famosos” que compõem a cena, J.R.Duran, catalão de nascimento, prefere mostrar a angústia do “goleiro antes do pênalti”. Afinal, pouca gente sabe o que aconteceu antes “daquele” clique antológico. Além disso, há o prazer de viajar ao redor do mundo sem sair do mesmo lugar, tendo como refúgio o quarto dos hotéis transformados em delicadas aquarelas.



A ausência Que Seremos (Héctor Abad, 2011, 320 págs., Companhia das Letras, R\$ 46,00)

Encontramos, aqui, uma biografia atípica: o autor é um filho apaixonado pelo pai, o médico sanitariano colombiano Héctor Abad Gómez (1921-87), defensor de causas sociais e dos direitos humanos, executado pelos esquadrões da morte que golpearam seu país nos anos 1980. No texto, que flui como um rio, aprendemos mais sobre uma família e a Colômbia. Elegante em suas observações, Abad – o filho – foge do elogio gratuito, tarefa difícil ainda se considerarmos a proximidade entre autor e biografado. Como ferramenta, usou a mesma realidade abordada em diversos planos, sob diversos olhares. Seu ponto de vista pessoal se integra ao do próprio protagonista, em trechos dos escritos que legou, e de amigos, colegas e conhecidos, da viúva e das filhas, que emprestam sua voz para montar este caleidoscópio. Ao final, entendemos como tantos sentimentos intensos – muitas vezes contraditórios – podem morar na mesma alma, que funciona como o espelho de uma nação.



Encontro

// Paulo Roberto de Madureira

clínica
é ouvir o não dito.

sem saber
responder,
muitas vezes sabendo
calar.

é se reservar
esperar
apressar
intuir
e todos os verbos
que conjuguem plural.

mas clínica
é sobretudo
trocar
parte do que sobra
com parte do que falta
de modo
que um e outro
sejam mais do que dois.

//O autor é professor no Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Publicou em 2002 o livro de poemas "O eu e os nós" (Ucitem) e, mais recentemente, exibiu banners de poemas em uma coleção intitulada "Palavras precisas". Em 2012, foi um dos vencedores do Prêmio OFF FLIP de Literatura, organizado em paralelo à Festa Internacional Literária de Paraty.

Melhoramento humano e o futuro da ética médica



//Marco Antonio Azevedo

Médico e professor do programa de pós-graduação em filosofia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos); membro da Câmara Técnica de Ética Médica e Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio Grande do Sul (Cremers)

Acostumamo-nos a entender a medicina como uma profissão voltada a promover, proteger e reabilitar a saúde das pessoas. Mas não poderia a medicina também ser empregada para “melhorá-las”? Alguns diriam que a resposta afirmativa é óbvia. Mas isso se deve ao fato de que a diferença entre promover a saúde de alguém e melhorá-la não seja uma diferença transparente. É verdade que tratamentos médicos bem-sucedidos “melhoram” os pacientes; tratamentos que pioram são, afinal, iatrogênicos. Contudo, há vários exemplos em que o uso de alguma substância não visa a apenas manter ou aprimorar a saúde global de alguém, e sim melhorar uma função ou capacidade. Tomamos café para melhorar nossa atenção, e não para nos tornarmos mais saudáveis. Considere o caso de cirurgias plásticas com finalidade estética. Faria sentido dizer que sempre promovemos a saúde de alguém ao recomendá-las? Aplicações de botox sempre promovem a saúde? E quanto ao uso de psicoestimulantes, como o metilfenidato? Nem toda pessoa que os utiliza (mesmo ilegalmente) o faz por mera ingenuidade. O mesmo se pode dizer dos desportistas que apelam ao *doping*. Há muita imprudência, é verdade. Mas e se houver formas seguras de uso dessas substâncias, quicâ num futuro próximo? E se um dia for possível melhorar nossos genes, permitindo às pessoas capacidades melhores que as médias atuais? E se for possível um dia “criar” um velocista mais rápido que Usain Bolt?

Dizer simplesmente que melhoramentos afrontam os objetivos da medicina não serve como resposta. Isso simplesmente mata a questão antes de sequer abordá-la. O mero temor de que a incorporação de objetivos melhoristas descaracterizaria a medicina também não é um bom argumento. Afinal, não é verdade que a saúde é o único bem visado pela medicina. Em doentes com doenças graves em fase terminal, não recomendamos cuidados paliativos com a intenção de preservar sua saúde (como tal, inelutavelmente prejudicada); além disso, a dor é um mal e aliviá-la é um bem, independentemente de que com isso estejamos promovendo a saúde daquele que sofre. A medicina visa a outros objetivos além da saúde humana.

Ainda assim, melhoramentos humanos são tidos por médicos e filósofos como objetivos problemáticos. Alguns alegam que se um medicamento não protege, promove ou recupera a saúde, segue-se que é possível que cause parefeitos indesejáveis. Na ignorância, *primum non nocere!* Nessa ótica, meros melhoramentos deveriam ser contraindicados, já que seriam potencialmente iatrogênicos. Mas e se houver evidências suficientes de que não há parefeitos significativos? Não deveriam nesse caso os médicos indicá-los? O problema é que, se um medicamento for comprovadamente benéfico para o tratamento ou alívio dos sintomas de uma doença, não prescrevê-lo implica negligência. Suponhamos que aceitemos um dia como razoável a inclusão no rol dos objetivos da medicina de práticas melhoristas. Em ética médica, valeria nesses casos o mesmo raciocínio válido para tratamentos em geral? Se um médico deixar de recomendar um melhoramento, estaria seu paciente também “perdendo uma chance”? Imagine que com o tempo venhamos a dispor de técnicas eugênicas. Suponhamos que venha a existir no futuro uma substância não nociva capaz de melhorar a cognição para além do que consideramos normal ou saudável. Deixar de prescrevê-la, nesse caso, não seria deixar de oferecer ao paciente a oportunidade de escolha? Devo dizer que essa consequência parece-me exagerada. Deixar de oferecer um tratamento é intuitivamente uma omissão mais grave do que deixar de propor um melhoramento. Por outro lado, a sugestão de que em ambos os casos o médico atua em negligência não é por certo uma sugestão absurda. Deveríamos, com efeito, levar a sério a discussão sobre o melhoramento humano. Ela tem muito a dizer sobre o que pensamos atualmente e sobre como passaremos a ver a ética da medicina num futuro muito próximo. ■

Um texto mais detalhado sobre melhoramento humano está disponível na seção de artigos do site www.portalmédico.org.br.



CFM

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

Esta revista está integralmente disponível em www.portalmedico.org.br

A segunda edição será lançada em maio de 2013.