



MEDICINA

CFM • Revista de humanidades médicas

Vamos falar de
CORRUPÇÃO?



Leia ainda:

- Remunerar o sujeito de pesquisa
 - O desafio de promover saúde
 - O médico do futuro em debate
 - Humanizar os cuidados de saúde



ANAMNESE

8 | A história faz você

Historiador e editor Jaime Pinsky fala sobre o fascinante campo da história e coloca em análise a relação entre essa ciência, o entendimento dos fatos e de suas consequências e a percepção de tendências sociais.



BIOÉTICA

18 | Uma revolução nas normas de pesquisa

Conheça os debates suscitados pelas novas regras do CNS para pesquisas envolvendo seres humanos, que inauguraram no Brasil a possibilidade de remuneração para o sujeito de pesquisa.

PANORAMA

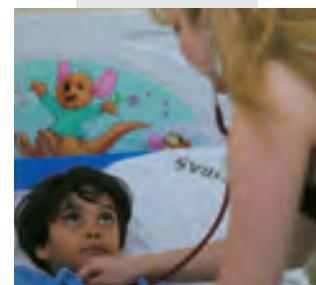
28 | Vida longa e saudável

Repensando o bem estar do homem e da sociedade em que ele está inserido, a Promoção da Saúde ganha destaque mundial. Mas esse enfoque exige uma reflexão profunda sobre como colocar em prática políticas e programas capazes de transformar estruturas e comportamentos.

ARTIGO

44 | Humanizar os cuidados de saúde

Leo Pessini e Luciana Bertachini assinam artigo sobre a filosofia do cuidar e defendem que o amor busca a técnica e a ciência para melhor servir e cuidar a quem mais precisa ou vive uma situação de vulnerabilidade.



CAPA

52 | O ralo fenomenal da corrupção

O escoamento e o esgotamento dos recursos públicos pelos ralos da corrupção trazem prejuízos irreparáveis à sociedade, especialmente aos mais vulneráveis. Confira a nossa reportagem que evoca um debate bastante contemporâneo sobre as facetas desse mal e formas de enfrentamento. Estaria Jean Baudrillard correto ao afirmar que o "espetáculo da corrupção é uma função vital da democracia"?

PAINEL

74 | O médico do futuro

A seção Painel desta edição traz cinco convidados que apresentam seus pontos de vista sobre um importante tema da atualidade: o impacto das novas tecnologias no ensino e na prática médica, o papel da humanização nesse cenário e o resgate de saberes capazes de ampliar o entendimento do ser humano, em benefício da relação médico-paciente.



E AINDA NESTA EDIÇÃO

- 40 | Ciência ao seu dispor
- 96 | Sob as bênçãos de São Lucas
- 103 | Homem e fera cara a cara
- 108 | O silêncio da memória



Publicação do Conselho Federal de Medicina

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

---- DIRETORIA

4

Presidente: Roberto Luiz d'Avila
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: Dalvélia de Paiva Madruga
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 Balduíno Souto Franzen (Rio Grande do Sul), Dalvélia de Paiva Madruga (Paraíba), Desiré Carlos Callegari (São Paulo), Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti (Alagoas), 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 Nôdigi Nogueira Filho (Piauí), Maria das Graças Creão Salgado (Amapá), Mauro Luiz de Britto Ribeiro (Mato Grosso do Sul), Pedro Eduardo Nader Ferreira (Tocantins), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (Roraima), Renato Moreira Fonseca (Acre), Roberto Luiz d'Avila (Santa Catarina), Rubens dos Santos Silva (Rio Grande do Norte), Waldir Cardoso (Pará)

---- CONSELHEIROS SUPLENTES

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), Dílson 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), 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 Britto Ribeiro, Paulo Ernesto Coelho de Oliveira, Roberto Luiz d'Avila

Diretor-executivo: Desiré Carlos Callegari
Editor: Paulo Henrique de Souza
Editora-executiva: Vevila Junqueira
Redação: Ana Isabel de Aquino Corrêa, Nathália Siqueira, Paulo Henrique de Souza, Rejane Medeiros, Thaís Dutra e Vevila Junqueira
Secretária: Amanda Ferreira
Apoio: Amilton Itacaramby
Fotos: Márcio Arruda
Projeto gráfico e impressão: Gráfica e Editora Posigraf
Diagramação: Tânia Lopes (Posigraf)
Revisão: Lisandra Pezoti

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

Quebrando o ovo da serpente

A corrupção pode ser entendida como o ato ou efeito de se corromper. No serviço público, esse ovo da serpente surge quando se oferece ou se recebe algo para obter vantagem. Os dicionários apontam sinônimos duros para essa ação vergonhosa: tornar podre, estragar, decompor, adulterar, depravar, viciar, subornar, peitar, perverter.

Infelizmente, ainda somos obrigados a conjugar esse verbo. Não é exclusividade nacional, mas fenômeno mundial que resiste ao combate promovido por organismos governamentais e não governamentais. Como um vírus resistente, não sucumbe e ainda contamina.

Nesta edição de Medicina CFM, avaliamos as distorções causadas pelas práticas corruptas. A dilapidação do bem comum em benefício de uns poucos merece atenção, pois na área da saúde tem encontrado terreno fértil para drenar recursos públicos para bolsos privados.

O prejuízo maior fica com pacientes, estudantes, trabalhadores, enfim, cidadãos, que pagarão pelo resto de suas vidas as dívidas deixadas pela indiferença dos gestores e pela lentidão da Justiça com atos ímparos de corrompidos e corrompedores.

Talvez a acomodação com este desequilíbrio esteja diminuindo, pelo menos é o que parece ao avaliar os movimentos populares de junho deste ano, que levaram às ruas milhões de brasileiros insatisfeitos com os rumos da Nação. E é essa nossa aposta: em novos ares trazendo luz e Sol para desinfetar antigas práticas.

Mas não é só de uma análise sobre corrupção que se fez esta edição de Medicina CFM. Logo nas primeiras páginas, oferecemos uma conversa com o historiador Jaime Pinsky, que provoca reflexões sobre o processo histórico e nossa participação nele. Afinal, é a partir dessa conscientização que poderemos remar a favor ou contra a maré.

Também abordamos as controvérsias relacionadas à promoção da saúde, que, ao contrário do que muita gente pensa, está longe de ser uma unanimidade. E neste ponto, ressalta-se que, Medicina CFM não toma partido, mas apresenta argumentos de um lado e de outro para que você, leitor, escolha para qual time torcer.

Aliás polêmica não falta à aprovação da Resolução 466/2013, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que abre as portas para uma mudança profunda nas relações com os sujeitos de pesquisa, que, agora, poderão receber pelo seu envolvimento com estudos e pesquisas científicas.

E tem mais nesta edição: textos e artigos sobre a humanização no atendimento aos pacientes; o debate com especialistas sobre o médico do futuro e seus desafios num país como o Brasil; o que é plágio e originalidade na produção artística a partir do caso Yann Martel x Moacyr Scliar; e os fios da memória que se rompem nos pacientes com a Doença de Alzheimer.

Enfim, entregamos a segunda edição com a promessa de continuar nossa proposta de trazer conteúdos e informações para tornar a Medicina um terreno que equilibre técnica, conhecimento e arte.



“O prejuízo maior fica com pacientes, estudantes, trabalhadores, enfim, cidadãos, que pagarão pelo resto de suas vidas as dívidas deixadas pela indiferença dos gestores e pela lentidão da Justiça com atos ímparos de corrompidos e corrompedores.”

Desiré Carlos Callegari
Diretor de Comunicação

Roberto Luiz d'Avila
Presidente



Como participante do primeiro número desta revista, no painel sobre ética na alocação dos recursos públicos para a saúde, expresso regozijo e alento pelo perfil da publicação. Ela se lança no espaço do grande esforço de sinergizar e realinhar as múltiplas faces e fragmentos do conhecimento e suas consequentes instigações, em um histórico leito comum, que é o da edificação do ser humano. Todos sabemos o quanto a prática médica, ao posicionar-se perante a vida e a saúde do indivíduo e da comunidade, ilustra como é decisivo interessar-se, compreender e considerar com o devido peso, as condições e contingências humanas: existenciais, sociais, culturais, e não só biológicas. Destaco a importância decisiva do perfil da mediação, extremamente feliz no caso, feita pela conselheira Cacilda Pedrosa.

Nelson Rodrigues dos Santos
CRM-SP 9848
nelsonrns@fcm.unicamp.br



Recebi com muito entusiasmo e li com muito interesse a revista Medicina. Irei utilizar alguns artigos dessa publicação no nosso curso de pós-graduação em Atenção Materno-Infantil. Também fiquei grato pela homenagem à Pediatria. Esperamos muitas edições. Essa revista da humanidades médicas é muito bem-vinda, merece nossa leitura e reflexões. Neste momento tão conturbado da prática médica e da saúde pública brasileira, merecemos este bálsamo de conhecimentos que nos ampliam os horizontes. Parabéns!

Marcus Renato Lacerda Neves Carvalho
CRM-RJ 396770
Coordenador do Curso de Especialização Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil/UFRJ
marcus@aleitamento.com





A revista de Humanidades Médicas, editada pelo CFM, apresenta artigos de alto nível com sólido embasamento. Uns dos artigos que mais impressionou foi "Doença e cura: a arte de Robert Pope", que todo médico deveria ler. É uma revista que deve ficar em nossa biblioteca para sempre ser consultada. Parabéns ao corpo editorial desta Revista do CFM.

Ronaldo Figueiredo Taddeo
CRM-SP 16576
rftaddeo@gmail.com

Parabenizo a revista do CFM (janeiro/abril 2013) pela preocupação de trazer à baila, dentre outros, temas que ensejam uma análise interdisciplinar, propiciando, por meio do diálogo entre as ciências, um conhecimento que tende a apreender o seu objeto em sua globalidade, em detrimento dos enfoques compartmentados que excluem de sua compreensão as possíveis relações entre as partes e o todo. Essa preocupação com uma abordagem contextualizada da realidade representa um olhar para o futuro, caracterizado pelo filósofo Edgar Morin ("Os sete saberes necessários à educação do futuro") como um princípio do conhecimento pertinente, imprescindível para que se enfrentem os desafios de um mundo cada vez mais complexo.

Eunice Leonel da Cunha
eunice_dacunha@yahoo.com.br

Aprovei plenamente a primeira edição da Revista Medicina CFM e ressalto especialmente as imagens da seção Olhares. Sugeriria que publicassem fotos e reportagens sobre a história da medicina brasileira. Temos muito que contar aos jovens colegas sobre a prática da boa medicina, sem os recursos de hoje mas, principalmente, sobre a boa relação médico-paciente e o saber escutar e não só auscultar.

Walter E. Drummond
CRM-MG 7170
wedrummond@gmail.com

Gostei dos tópicos abordados, e gostaria de sugerir um tema: a origem do hospital e sua função social, evolução e o retorno às suas origens, a atenção multidisciplinar. Um exemplo: unidades de cuidados prolongados, norteados pela Portaria GM/MS 2.809, de 7 de dezembro de 2012.

Hugo dos Reis Jr.
CRM-SP 51933
hugoreisjr@terra.com.br

A Revista Medicina chega ao ambiente da ética médica em boa hora, com discussões sobre humanidades como pretensão maior. É um avanço este contato com a proposta de cuidado em saúde, hoje estimulada no Brasil. Elucidativa sobre questões bioéticas como as diretrizes antecipadas de vontade, aborda ainda a relação médico-paciente e as percepções do corpo humano em suas ordens físico-subjetivas de forma respeitável. Estou contente com este novo meio de comunicação com as discussões éticas do CFM e aguardo ansiosa pela próxima edição.

Camila Vasconcelos
Advogada em Direito Médico e professora no Eixo Ético-Humanístico da Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA)
camilavasconcelos.c@gmail.com

Parabéns ao CFM pela revista! Muito bem escrita, diagramação e imagens incríveis. Traz assuntos de interesse médico, mas com o conteúdo geral, facilitando o contato com áreas que não são exclusivamente científicas, aos profissionais e aos acadêmicos.

Lourenço Duarte Zanotto
Acadêmico do 4º ano de Medicina, Universidade do Planalto Catarinense (Uniplac)
lourenco_zanotto@hotmail.com

Parabenizo a iniciativa do CFM e toda a equipe pelo conteúdo do primeiro número da revista Medicina. Destaco a matéria sobre Bioética, em que é abordada a Resolução 1.995/2012 do CFM de maneira clara em seus diversos aspectos. Excelente a dica ao final do livro Conflitos Bioéticos do viver e do Morrer.

Marcilio Reis
CRM-RJ 361888
marcilio.reis@superig.com.br



A história faz você

//Paulo Henrique de Souza



A história não se esconde nas páginas dos livros. Não é algo estanque, imutável. Ao contrário, ela está viva, passa bem e muda seus rumos a cada instante em função de fatos tornados possíveis por pessoas comuns, como eu, você e todos nós. Afinal, é gente como a gente que ajuda a acender o pavio de mudanças que, muitas vezes, caem na conta de heróis e anti-heróis que povoam as encyclopédias e, mais recentemente, a internet. Entender esse processo histórico é fundamental para nos ajudar a influenciar a nossa trajetória, de forma individual e coletiva, com a pretensão dos que querem saber qual será o porto de chegada, já que ainda não sabemos de onde partimos. É, a história está em nossas mãos. Afinal, ela se escreve com H de humanidade.





Jaime Pinsky fala com paixão sobre história. E é difícil não se prender aos seus argumentos, perfilados com lógica e o brilho no olhar de quem acredita. Professor, com passagem pelas mais importantes universidades brasileiras, ele também já atuou nos Estados Unidos, México, Porto Rico, Cuba, França e Israel. A escrita também é outra paixão, o que explica seu envolvimento na criação de diferentes revistas e na produção de mais de duas dezenas de livros, como autor, co-autor ou organizador. O mais recente é *Por que gostamos de história?* (2013, Editora Contexto, R\$ 29,90), que foi o ponto de partida para uma conversa que dividimos com os leitores de Medicina CFM.

A história é um campo de conhecimento fascinante. Qual sua melhor definição?

História não é simplesmente aquilo que aconteceu com os seres humanos socialmente organizados, mas a forma pela qual nos apropriamos dos acontecimentos. Iluminamos o passado com a luz que emana do nosso tempo. Se não for assim seremos anacrônicos. Logo no início da minha carreira acadêmica, estava em Assis (no interior de São Paulo), submetendo estudantes ao vestibular oral de História. Ao perguntar a uma candidata o que a motivava a se candidatar ao curso ela me deu a resposta padrão: "porque eu adoro história". Muito bem! Até aí estamos de acordo, mas que história você ama? Há um período específico, um tema específico? "Sim", disse ela, "gosto da Idade Média, pois meu sonho sempre foi ser uma princesa medieval". Ai eu expliquei que a chance estatística dela ser uma princesa da Idade Média seria muito remota. A chance maior seria de ela ser uma camponesa, com mãos calejadas. Se fosse bonita, provavelmente, seria violentada pelos senhores. Se fosse feia, trabalharia muito, perdendo os dentes com vinte e poucos anos e morrendo com trinta e poucos. Não quis matar seu sonho de fazer História, quis apenas mostrar que somos, todos nós, frutos do nosso tempo. Nós agimos historicamente, mas em uma realidade histórica concreta, não sonhada. Sendo assim, é muito difícil estabelecer uma das inúmeras definições clássicas de História.

Prefiro dizer que ela é um processo do qual nós participamos, somos agentes e pacientes.

E por que gostamos tanto de história? Por que contamos tantas histórias?

Darei três bons motivos. O primeiro: Temos uma curiosidade imensa de saber de onde viemos e para onde vamos. A religião até tentou dar essas respostas, com sucesso muito relativo. Diante disso, parece que as pessoas que desistiram de saber pra onde vamos, mas, por outro lado, estão cada vez mais ansiosas em estabelecer de onde viemos. Histórias de família, narrativas de origens nacionais, saga de imigrantes, histórias de povos que supostamente nos originaram e até de grupos pré-históricos são muito estudados atualmente. Indo atrás da História queremos, em última instância, compreender a nós mesmos. Segundo: Vamos também procurar na História povos e civilizações bem diferentes da nossa, talvez para ver como elas resolveram questões que nos afetam. Como elas resolviam seus conflitos, que deuses elaboravam, como criavam e educavam seus filhos, como se relacionavam homens e mulheres e por aí afora. Tem gente que ama estudar certas sociedades específicas – e não estou falando de especialistas. Terceiro: Quase todos nós tivemos, quando crianças, alguém que lhes contava histórias, um pai, uma mãe, um tio, um avô,

uma professora. Eram momentos especiais, guardados com muito carinho em nossa memória. Por exemplo, há poucos dias fui cuidar do meu neto número quatro, o Thales. De repente ele se vira e diz assim: "Vô conta a história da batata". A história da batata é uma história surrealista que eu inventei. "Sonhei que um dia era uma batata", começa assim. Contei pra ele faz uns dois meses e o moleque tem dois anos de idade. Tem um monte de gente contado histórias para ele, e ele lembrou que essa história era a história do vovô. Veja bem, há uma lembrança afetiva muito profunda nisso. Se gostamos de histórias na infância, por que não gostar de História na vida adulta?



foto: Shutterstock.com

Fora do noticiário: "A mudança social causada pela pílula anticoncepcional foi tão grande, que, sem dúvida, é um fato histórico da mais alta relevância. Mas ela não foi noticiada, porque não foi percebida."

Qual a diferença entre o fato histórico e o noticiário jornalístico?

São coisas bastante distintas. O jornalista trabalha com o fato, ou seja, aquilo que pode dar repercussão e desperta interesse do leitor. Agora, nem sempre esse fato é relevante no ponto de vista histórico. Por exemplo, essas fofocas entre políticos: "fulano da base aliada é contra não sei o quê". Isso vira manchete, mas em uma semana já não terá importância nenhuma. Aquilo que foi dito, foi desdito e superado por fatos supervenientes. Já um fato histórico tem relevâncias histórica e humana, percebidas ao longo dos anos. Vou dar um exemplo. Quando a pílula anticoncepcional estava sendo desenvolvida, notícias a respeito dela não mereceram mais do que pequenas notas perdidas nas páginas internas dos jornais. Os destaques de primeira página (os fatos jornalísticos importantes) eram desastres de avião, brigas entre políticos, vitórias de um time de futebol sobre outro. Ora, o fato histórico importante, hoje sabemos, foi a descoberta da pílula anticoncepcional, que causou impacto profundo nas relações entre homens e mulheres, fazendo com que a mulher passasse a ter mais controle sobre seu corpo e seu prazer, o que alterou papéis sociais de modo radical. A mudança social causada pela pílula anticoncepcional foi tão grande, que, sem dúvida, é um fato histórico da mais alta relevância. Mas ela não foi noticiada jornalisticamente com a mesma relevância. Isto

não quer dizer que o jornalista tenha feito um mau trabalho, ele fez apenas o seu trabalho. Ele deu destaque aos fatos imediatos. Já o historiador trabalha com os grandes movimentos da história. O objeto de jornalistas e historiadores não é o mesmo, embora aparentem ser.

No começo da nossa conversa o senhor falou sobre a aluna que queria ser princesa. Isso reflete a percepção de que a história se faz só pelos grandes personagens. Neste processo, o homem comum, que nunca vai entrar numa enciclopédia, tem seu lugar? A história dos heróis, como é chamada, tem uma relevância indiscutível. Não podemos deixar de pensar em figuras como Júlio César ou Napoleão, para o bem ou para o mal. Essas figuras têm destaque, mas é importante entender também o contexto em que eles se movimentam. Veja-se o caso de Hitler. Como figura central do nazismo, ele conseguiu despertar no povo alemão uma noção de superioridade racial. Ora, se essa ideia de superioridade não existisse dentro da vida, dentro do dia a dia dos homens e das mulheres alemãs, ele não teria tido sucesso. Imaginar que o mais idiota dos loiros de olhos azuis podia ser intelectualmente superior a Einstein pelo fato de um, supostamente, ser da raça ariana (coisa que não existe) e outro ser judeu, é de uma idiotice suprema. Contudo, o povo alemão aceitou isso. Tanto é que as reações contra Hitler dentro da Alemanha foram muito pouco significativas. Para você entender a história, é importante estudar o herói, no caso o anti-herói (Hitler), mas é importante também estudar a estrutura que está por baixo, os valores de um determinado povo, sua organização social dentro de um determinado momento histórico. Os líderes só alcançam essa posição por responderem aos anseios da sociedade. Ou seja, se você tem 10 líderes potenciais, qual será aquele que vai dominar? Fatalmente aquele que representar melhor os anseios do conjunto com o qual pretende liderar. Desta forma, estudar líderes históricos pode ser uma forma de estudar povos. O que nem sempre acontece, já que biógrafos nem sempre sabem fazer essa relação líder/liderado e se perdem em detalhes insignificantes.

Receita para ideias: "Se você tem 10 supostos líderes, qual que vai dominar? Será o que traduzir os anseios do coletivo." Hitler é um exemplo.



A história permite prever o futuro?

Costumo brincar dizendo que não só os bruxos e os economistas têm o direito de errar, os historiadores também. Nós temos um instrumental e uma memória histórica que, às vezes, outros profissionais não têm. Veja bem, a história não se repete, mas o processo histórico pode ser percebido. O historiador consegue fazer uma leitura larga da história, verificando esses movimentos. Então, não adivinhamos o futuro, mas percebemos as tendências sociais, econômicas etc. Isso não significa que acertaremos em indicar a ação que subirá na bolsa ou o time que ganhará o campeonato. Não se trata disso, mas de que os historiadores dispõem de instrumental que lhes permite perceber movimentos na História com mais acuidade.

*Diretas Já:
“No Brasil,
houve poucos
movimentos como
esse. Algumas
pessoas falaram
em ruptura.
Não! É oposto.
Esse movimento
é de tentativa
de aproximação
da nação com o
Estado.”*

foto: Orlando Brito



O senhor acredita no mau uso da história?

Sem dúvida. Na história, necessariamente, você tem que ser perspectivista. Ou seja, você sai do momento em que está e olha a história a partir da ótica atual. Isso é importante porque a história é reescrita de forma contínua. Nas últimas décadas, com o movimento das mulheres, temos um desenvolvimento da história das mulheres, por exemplo. Então, se começa a ver a história sob uma ótica feminina. Com o desenvolvimento das relações sociais, no último século, a história passa a ser vista no ponto de vista dos oprimidos, não só dos opressores. Sem essas múltiplas percepções não se faz história, pois, nós, no século 21, não conseguimos ver a antiguidade como alguém do século 19 o havia. Isso é perspectivismo. Outra coisa negativa é o presentismo, que ocorre quando se deseja utilizar o passado para provar algo do presente. Vamos usar Hitler novamente como exemplo. Baseado em “estudos”, ele inventou a raça ariana, que não existe, pinçou supostos povos arianos, sempre vencedores, sempre dominadores e utilizou a História para “provar” sua tese de superioridade racial. É um caso de mau uso da história, agora evidente. O historiador não pode fazer isso em hipótese alguma. Evidentemente, um médico que caminha rumo a um diagnóstico, mas constata lá pelas tantas que a conclusão

não bate com a realidade, tem que, humildemente, dizer “errei” e procurar outra saída. O mesmo vale para o historiador. Agora, se o objetivo é fazer o uso da história para provar algo, vai se provar que a raça ariana é superior; que a mulher é inferior; que a culpa é dos holandeses por nós não termos nos desenvolvido adequadamente, por que eles roubaram o Nordeste brasileiro; enfim, qualquer bobagem.

Nas últimas décadas, alguns fatos marcaram a história do Brasil, como o impeachment de Collor ou o julgamento do Mensalão. O senhor acredita que eles influenciarão o futuro do país?

Espero que sim. Já é mais do que hora de nação e Estado caminharem juntos. A nação tem, em diversas ocasiões (como as que você destaca), buscado se aproximar do Estado, exigindo que este a represente, mas a resistência tem sido grande. O grande problema do Brasil é que nós temos um “pecado original”. Em países tão diferentes como Estados Unidos, França, Alemanha, Israel, por motivos diferentes, havia uma nação que constituiu um Estado. Ou seja, onde há um povo com consciência de que tem uma identidade, você tem uma nação e é esta a base do Estado (que é a estrutura jurídico-política da nação). No Brasil, em 1822, aconteceu o contrário: foi criado um Estado sem que houvesse uma nação. Para se ter uma ideia, na época, nem a língua portuguesa era majoritária em nosso território, não havia uma consciência de unidade cultural ou uma reivindicação política comum. Então, como você pode ter uma nação assim? As pessoas não sabiam direito o que tinha acontecido. Sabiam que no lugar do rei agora estava o filho do rei. Foi criada uma estrutura jurídico-política, chamada de Estado, a qual, desde então, caminha em cima da nação, descolada dela e sem representá-la, mas com uma estrutura de poder tremenda.

Mas essas estruturas de poder não vêm da nação?

Não há dúvida de que no Brasil o poder vem do povo, mas ele não é para o povo. Aqui temos um fenômeno: quando o indivíduo chega ao poder, ele muda. É mais ou menos a história do motorista de ônibus. Ele acorda às quatro horas da manhã, caminha para a garagem onde fica o ônibus que vai conduzir (quase é atropelado no caminho por um filhinho de papai voltando da balada). Quando esse motorista finalmente pega seu ônibus para trabalhar, ele não respeita faixa de trânsito, vai em cima de todos os pedestres. Quer dizer, quando ele muda seu status ele muda seu papel. Aqui, nós somos assim, as pessoas quando ascendem às estruturas de poder, parecem que perdem suas referências anteriores. E elas dizem: "Agora estou aqui (no poder, do lado do Estado), não estou mais ali (junto à nação)".

Como isso se expressa na atenção ao público, ao coletivo?

Por exemplo, o americano diz: "Nós deveríamos sair do Afeganistão. Nós!". Aqui nenhum brasileiro afirma assim: "Nós deveríamos governar de uma forma diferente". A gente diz "eles", não "nós". Para nós, o poder são eles, está na terceira pessoa do plural e não na primeira pessoa do plural. Nós não reconhecemos o Estado como nosso representante. Esse é um problema fundamental que existe no país. Todos os movimentos recentes podem ser resumidos como uma tentativa de aproximação. Algumas pessoas falaram em ruptura. Não! É o oposto. Esse movimento é de tentativa de aproximação da nação com o Estado. Dizendo para o Estado: "Gente, vamos nos aproximar, vamos chegar juntos". No Brasil, houve poucos movimentos como esse. É o caso do "Fora Collor", do "Diretas Já". Talvez, o primeiro movimento tenha ocorrido, nos anos 1940, liderado pelos estudantes do Rio de Janeiro exigindo a entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial após vários navios nossos terem sido torpedeados pelos nazistas.

Por que essa busca de aproximação não se consolida como processo contínuo?

Porque existem práticas arraigadas de uso da máquina do Estado por parte daqueles que deveriam estar no poder apenas para representar a nação. Práticas que implicam em "confundir" deliberadamente o público e o privado, de apropriação do coletivo pelo individual, de políticas de apadrinhamento, de chegar ao poder para tentar se perpetuar nele, de usar toda a estrutura do Estado contra e não a favor da nação (e nisso entra desde a repressão até os mecanismos jurídicos, passando pelas práticas condenáveis dos políticos). Essas são as práticas de ruptura, e elas existem por serem muito benéficas para "eles". Quer dizer, o indivíduo chega ao Estado e resolve seus problemas. Ele se permite embarcar toda a família em um avião da FAB (que não tem aeronaves para fiscalizar fronteiras), a nossa presidente vai à Roma e, em lugar de ficar na nossa belíssima embaixada, em Roma, aluga quase um hotel inteiro para sua comitiva. É inconcebível em um país pobre como o nosso esse tipo de exibicionismo. Parece que somos marajás ou emires do petróleo, alguma coisa do gênero. Esse tipo de comportamento é que impede à nação de se aproximar

do Estado. Com base nas manifestações recentes, deste ano, acho que não teremos um fluxo contínuo de reaproximação, mas outros momentos de reaproximação. Penso que o Estado (quando digo isso me refiro ao Legislativo, Executivo e Judiciário) começa a entender que esse distanciamento é muito perigoso e pode causar uma convulsão social bastante importante.

O senhor afirma que exibe certa parcialidade ao falar do Brasil por acreditar que o país poderia estar muito melhor do que estamos hoje. Isso pode acabar algum dia?

Acho que o Brasil pode chegar longe, mas para tanto é fundamental que ocorra essa reaproximação da qual falamos. Sem ela, continuaremos do mesmo jeito. Como, agora, o processo histórico é mais acelerado corremos um perigo enorme de perder o bonde da história. Para tanto, os próximos dez anos serão fundamentais para que as pessoas responsáveis pelo Estado (atuais e futuras) entendam a mensagem da sociedade e demonstrem disposição de perder um pouco das suas vantagens (materiais ou simbólicas).

No início de nossa entrevista, pedimos ao senhor um conceito de história. Para terminar, pedimos outro e uma previsão: professor, o que é cidadania e um dia teremos cidadania plena? A cidadania é um conceito que tem historicidade. Você é cidadão quando tem plenitude de direitos civis, sociais e políticos. Quer dizer, ter o direito de votar não é o suficiente. Se você passa fome, vota naquele que te dá comida. Se você fica viciado em receber esmola do Estado em troca do seu voto, você se desinteressa em participar de forma cidadã. Tudo isso compromete a democracia. As eleições acabam, de fato, não sendo realmente livres, embora formalmente sejam. E o pressuposto básico da cidadania é a liberdade. A cidadania prevê também uma relação totalmente diferente daquela existente no Brasil. Eu insisto nisso: as chamadas autoridades ainda vêm o povo como súditos, não como cidadãos. É um olhar ainda de Dom João VI, de Dom Pedro I. Não é um olhar democrático, do século 21. Por outro lado, não se pode ser exigente demais: os fatos históricos mostram que só em 1945 o país começou a ter alguma democracia real. Esse período democrático seguiu até 1964, foi interrompido pelos governos militares e só foi retomado em 1985. Se você somar aqueles 19 anos com o tempo de 1985 até agora, teremos menos de 50 anos de democracia formal. Então, apesar de tudo, pode se dizer que estamos melhorando. Quer dizer, o povo se manifesta muito pouco, mas penso que se manifestará mais, o que é uma variável para ser levada em consideração. Assim, o aperfeiçoamento da cidadania, no Brasil, depende dos avanços da nação ("nós") e da percepção que a estrutura jurídico-política ("eles") terá disso. Se ela não tiver esse entendimento, corremos o risco de enfrentar movimentos extremamente perigosos, que poderão romper nosso tênuo tecido social. Com respeito à previsão, digo que a perfeição é uma meta inalcançável, assim, nunca teremos cidadania plena. Não consigo imaginar uma sociedade com essa característica. Mas, então, o quê é preciso fazer? Lutar para que essa distância entre "nós" e "eles", hoje em dia macrométrica, seja milimétrica. ■



foto: Orlando Brito

A história em construção: Acima, a derrota da emenda pró-diretas Dante de Oliveira (1984), militares perfilados e silêncio imposto pelas tropas sob o comando do general Newton Cruz até a luta pela redemocratização se refazer. Abaixo, em junho de 2013, manifestantes sobem no teto no Congresso Nacional em protesto contra gastos na Copa, corrupção e por melhorias no transporte público, na saúde e na educação.



foto: Fábio Rodrigues Pozzebom ABr



www.portalmedico.org.br

OS CONSELHOS DE MEDICINA DEFENDEM ESTA SAÍDA. PORQUE O BRASIL TEM



CARREIRA DE ESTADO PARA O MÉDICO DO SUS. É BOM PARA A SAÚDE, É BOM PARA O BRASIL.

A população precisa de um melhor atendimento na saúde. Os médicos precisam de melhores condições de trabalho. Para isso acontecer, o Estado precisa oferecer para os médicos que atendem no SUS as mesmas garantias que já oferece a outras carreiras da função pública: infraestrutura, equipe técnica, materiais, estabilidade e remuneração adequada. Não adianta tentar resolver o problema da falta de assistência com a abertura de novas escolas de Medicina e com a “importação” sem critérios de profissionais formados no exterior. **O Brasil tem urgência de ser bem tratado. E esta é uma luta do CFM, dos CRMs e de todos os brasileiros.**

URGÊNCIA DE SER BEM TRATADO.



CFM | CRMs
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA | CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

Uma revolução nas normas de pesquisa

18
MAI/AGO 2013

//Nathália Siqueira

Novas regras do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos introduziram no Brasil a possibilidade de remuneração para o sujeito de pesquisa, agora chamado de participante. O assunto, como os mais importantes temas da Bioética, é polêmico. Se, por um lado, recebeu ampla contribuição da sociedade, segue modelos já estabelecidos pelos Estados Unidos e Reino Unido, e promete facilitar as pesquisas de novos fármacos, por outro, coloca em questão a influência da compensação financeira especialmente na adesão de indivíduos vulneráveis.

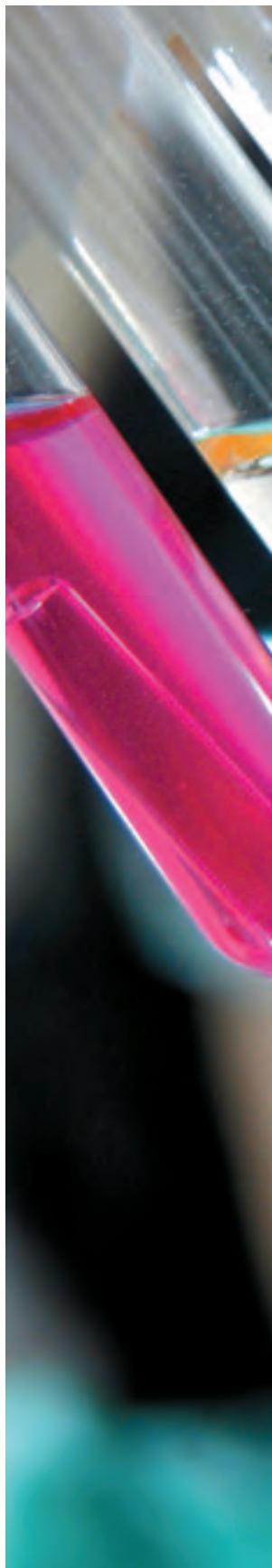




foto: Peter Iliccie / Fiocruz Multimagens

Quase 17 anos após o início da vigência da Resolução nº 196, que estabelece as normas éticas para pesquisas envolvendo seres humanos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) retornou ao tema e aprovou alterações nas regras que norteiam o setor, fiscalizado no âmbito federal pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep). As mudanças trazidas pela Resolução CNS 466/2013, que ainda estão sendo assimiladas pela comunidade acadêmica, introduzem novas formas de relação neste setor de delicado equilíbrio.

Para realizar as alterações na normatização para pesquisas envolvendo seres humanos, o CNS abriu uma consulta pública que recebeu cerca de 1,8 mil colaborações. A maioria das propostas questionava a demora para a aprovação dos protocolos de pesquisa pelos comitês responsáveis. Todas as contribuições foram debatidas por mais de um ano. Ao fim desta etapa, na qual a sociedade foi chamada a colaborar, um relatório foi levado ao Plenário do Conselho para votação.

O grande destaque – e talvez o mais polêmico deles – é a possibilidade de remuneração para o sujeito de pesquisa, agora chamado de participante. Na prática, isso representa que os seres humanos que participarem de estudos clínicos e científicos poderão receber em troca dinheiro ou outro benefício material.

A novidade, no entanto, ainda não tem o detalhamento necessário para que seja colocada em prática. O CNS não chegou a um consenso sobre como a norma poderá ser aplicada. Isso significa dizer que, até o momento, não se sabe como será feito esse pagamento, quantas vezes o voluntário poderá participar de uma pesquisa e nem o montante máximo a ser pago.

O que está definido é que este pagamento só poderá ser realizado em pesquisas na fase I, para as quais se recrutam indivíduos saudáveis. Por exemplo, são estudos que analisam a segurança de uma determinada molécula inovadora ou verificam a bioequivalência e eficácia de um medicamento genérico com relação a uma droga de referência (de marca).

Segundo a Conep, essa alteração facilitará as pesquisas de novos fármacos no país, já que a indústria nacional de medicamentos está em franca expansão e fazendo seus próprios estudos. A doutora em gastroenterologia Gabriela

Marodin, integrante da Comissão, defende a mudança, pois, conforme explica, facilitará a arregimentação de participantes de pesquisa sadios, já que estes devem se afastar de suas atividades laborais ficando alguns dias internados. "Não representa lucro, é uma reposição para o participante". A decisão, no entanto, enfrenta resistência.

O TERRITÓRIO DA VULNERABILIDADE

O principal argumento dos opositores está ancorado na segurança dos indivíduos. A possibilidade de receber para ser participante de um estudo ou pesquisa poderia indevidamente levar uma pessoa a se expor a riscos aos quais não se submeteria na ausência de uma compensação financeira.

O presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Cláudio Lorenzo, é contrário a essa remuneração (mesmo que na fase 1) por entender que a realidade socioeconômica do país tenderá a profissionalizar o sujeito de pesquisa. "Essa relação tem que ser puramente ética. É uma tradição nossa, moral, de não tomar o corpo como algo negociável e não estabelecer relação de comércio dentro do que significa saúde".

A professora de bioética, Corina Bomtempo, também vê com preocupação o quê, para ela, é uma medida de risco: "a pressão financeira maior leva o indivíduo a arriscar mais sua saúde. Esta remuneração proposta pela Conep levaria a selecionar pessoas carentes e vulneráveis".

Aliás, esse é outro flanco que seria aberto. Mais que condição ontológica dos seres humanos ou redução da capacidade para tomada de decisão, esta remuneração poderia representar susceptibilidade para exploração, como lembra Miguel Kottow, renomado bioeticista chileno. Segundo ele, além da vulnerabilidade intrínseca à existência humana, "algumas pessoas tornam-se especialmente vulneráveis pela pobreza, falta de educação e doença".

"algumas pessoas tornam-se especialmente vulneráveis pela pobreza, falta de educação e doença".

MECANISMO ANTIPROFISSIONALIZAÇÃO

Ciente da polêmica, o coordenador-adjunto da Conep, Aníbal Gil, contrapõe seus argumentos às críticas. De acordo com ele, primeiramente, as mudanças aprovadas recriaram os aspectos éticos para a participação de seres humanos em pesquisas. Num segundo momento, outra resolução está sendo estudada, com o intuito de se ater, especificamente, sobre as questões éticas. As novidades, diz Gil, deverão ser apresentadas por um grupo de trabalho ainda em 2013.

Do ponto de vista prático, Aníbal Gil aponta um mecanismo que já consta da regra aprovada e que poderia impedir a profissionalização dos sujeitos de pesquisa. No caso, ele se refere aos artigos desta resolução que impedem sua participação em mais de um estudo por ano.

"Esta compensação por gastos não deve ser de tal monta que induza a participação das pessoas na pesquisa", argumentou o integrante da Conep. Para proteger os indivíduos em situação de vulnerabilidade, ele aponta outros cuidados que integram a nova norma como, por exemplo, a exigência de que não conste pessoas sem vínculo empregatício, o que poderia caracterizar um conflito de interesse.

PRÁTICA GLOBAL

O que surge como novidade no Brasil já é prática corrente em vários outros países, nos quais o pagamento aos sujeitos de pesquisa constitui uma atividade comum na chamada economia informal. Incentivos aos sujeitos de pesquisa estão documentados nos Estados Unidos desde o fim do século 19. No Reino Unido, a prática também é comum há quase um século.

Atualmente, já existem até sites dedicados só a ofertas de "vagas" para participação em experimentos. A página eletrônica Biotrax.com destaca o valor de 400 a 4200 euros (R\$ 1.052 a R\$ 11.046) "para cada experiência necessária". Há, inclusive, textos - verdadeiros manuais - sobre como tornar esta atividade uma profissão. Por exemplo, o site Drugspay.com ensina como conseguir até US\$ 34 mil por ano - o que daria cerca de R\$ 5 mil por mês - só participando de pesquisas.





Direitos e conquistas são reafirmados

Apesar de introduzir o mecanismo da remuneração na relação entre sujeitos de pesquisa e pesquisadores, por outro lado, a Resolução 466/2013, publicada no Diário Oficial da União (DOU) no dia 13 de junho, procura consolidar conquistas antigas. Entre os artigos aprovados constam os que reforçam a privacidade de dados dos participantes de estudos, o resarcimento de eventuais gastos e a possibilidade de abandonar a pesquisa no momento que desejar.

Além disso, as informações sobre a pesquisa, no momento do recrutamento, devem ser repassadas de forma acessível aos participantes, levando em conta aspectos como educação, cultura, idade e condição socioeconômica. É contraindicada a participação, em estudos científicos, de pessoas com possíveis limitações de autonomia, como estudantes, militares, presidiários e internos de centros de readaptação, empregados e moradores de asilos ou vinculados a associações religiosas.

INTERESSE NACIONAL

Outra definição aprovada pelo Conselho Nacional da Saúde foi incluir na nova norma mecanismos para dar maior agilidade na análise de protocolos de pesquisa com seres humanos de interesse do Governo Federal. Financiados ou propostos pela União, por meio dos diferentes órgãos de gestão, esses estudos passarão a contar com uma via diferenciada em seu processo de avaliação e aprovação.

É o caso de protocolos envolvendo técnicas de diagnóstico e de vacinas ainda não desenvolvidas no país ou medicamentos para combater ou tratar doenças negligenciadas. “É o interesse nacional e humanitário acima do comercial”, aponta o coordenador da Conep, Aníbal Gil. Também foi estabelecida uma classificação de riscos às diferentes metodologias de pesquisas, trazendo também maior celeridade de avaliação para os estudos menos invasivos – decisão aclamada pelo vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital Corrêa Lima: “as questões de saúde pública no âmbito nacional inerentes às necessidades sociais pertinentes a valores prevalentes como manutenção e promoção da saúde, constituem-se como elementos suficientes à determinação de prioridade na análise da Conep sobre as solicitações de aprovação das pesquisas a serem realizadas no País”.

A via expressa para análise desses protocolos – inaugurada com a Resolução 466/2013 – define prazo máximo de 60 dias para a sua avaliação ética e de 20 dias para reanálise, caso o pesquisador tenha de fazer modificações no projeto original. O secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha, aposta que, com critérios e princípios claros, o país ganhará “mais transparência, segurança e agilidade” na condução de suas atividades científicas.

Para se ter uma ideia, somente na agenda de prioridades da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de 2011, entre quase 150 temas de relevância estão estudos sobre riscos de transmissão de doenças por meio do sangue, tecidos, células e órgãos; assim como trabalhos de pesquisa, avaliação e validação da qualidade de produtos diagnósticos in vitro.



LIBERDADE ESCLARECIDA

A participação de seres humanos em pesquisas clínicas no Brasil depende do conhecimento e assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Este documento é formulado com base na premissa de que indivíduos competentes têm o direito de escolher livremente se querem - ou não - participar de um estudo.

A preocupação tem relação com a incapacidade dos sujeitos da pesquisa compreenderem o termo. O enfrentamento desse problema passa pelo interesse e a capacitação dos pesquisadores para informarem a eles adequadamente, num esforço de diálogo com a sociedade.

O artigo 101 do Código de Ética Médica (CEM), aprovado em 2010, veda ao médico deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos.

A assinatura no documento só pode ocorrer após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências do trabalho. As mesmas cautelas devem ser adotadas se a pesquisa for realizada dentro de uma comunidade, sendo que, neste caso, se deve “atender ao objetivo de proteção à saúde pública, respeitadas as características locais e a legislação pertinente”.

O CEM aborda também o assentimento de menores de idades, agora incorporado à nova Resolução do CNS. “No caso do sujeito de pesquisa ser menor de idade, além do consentimento de seu representante legal, é necessário seu assentimento livre e esclarecido na medida de sua compreensão”, estabelece o Código. //NS



foto: Vinícius Marinho / Fiocruz Multimagens



Lições do passado

foto: Shutterstock.com



Um olhar sobre a história acentua a importância de se ter sob fiscalização e regulamentação das pesquisas envolvendo seres humanos. No século que acaba de terminar, um episódio trágico atingiu centenas de negros americanos com sífilis, que foram observados durante anos por pesquisadores interessados em acompanhar a evolução dessa doença sem, contudo, oferecer tratamento algum. O estudo durou inacreditáveis 40 anos (de 1932 a 1972) entre moradores pobres da cidade de Tuskegee, no Alabama. Quase todos os 600 participantes morreram da doença ao longo do tempo de realização do estudo. O governo dos Estados Unidos pagou mais de u\$ 10 milhões em indenizações.

No estudo de Tuskegee os pacientes não receberam tratamento, mas também não foram infectados de forma arbitrária – que foi exatamente o que aconteceu entre 1946 e 1948 na Guatemala. Os governos dos EUA e da Guatemala copatrocinaram um estudo sobre sífilis que envolveu a infecção deliberada – e até onde se sabe sem o consentimento – de prisioneiros e pacientes com doenças mentais. O estudo objetivava testar produtos químicos para evitar a propagação da doença. Os pesquisadores tentaram infectar as pessoas pagando-as para terem relações sexuais com prostitutas infectadas ou ferindo a pele de seus pênis e derramando bactérias da sífilis nas feridas. Os doentes receberam penicilina como tratamento.

Durante a Segunda Guerra Mundial, há relatos sobre pesquisadores alemães que realizavam experiências desumanas em prisioneiros dos campos de concentração. Um deles, o médico Josef Mengele, exercia seu “trabalho” em uma área próxima à Auschwitz, na Polônia. Lá, Mengele, que entrou para a história por sua perversidade, dissecava pessoas ainda vivas e amputava pernas e braços de crianças sem anestesia para depois tentar regenerá-los.

A coleção de atrocidades do “Anjo da Morte”, como ficou conhecido, não parava por aí. Entre os atos praticados sob a alegação de busca de novos conhecimentos para elevar a raça ariana a um nível superior, estão as injeções de tinta azul nos olhos de crianças para alterar a cor e a tentativa de criar siameses artificialmente suturando gêmeos recém-nascidos. Tamanhas aberrações causaram forte repercussão depois que vieram a público.

MUDANÇAS A PARTIR DE HELSIQUE

Uma das consequências do Pós-Guerra veio justamente numa maior reflexão sobre os aspectos éticos relacionados às pesquisas envolvendo seres humanos. A comunidade científica internacional acordou para a importância de se assegurar a integridade dos participantes dos estudos (em todos os seus aspectos), preservando sua dignidade de pessoa humana e respeitando seu direito ao anonimato e à privacidade.

A partir de 1964, com a definição dos princípios gerais da Declaração de Helsinque, da Associação Médica Mundial, os estudos clínicos passaram a contar com um novo marco ético. No foco do documento, que serviu de parâmetros para o estabelecimento de normas em diferentes países, estava a preocupação com o controle ético das pesquisas que usam materiais humanos identificáveis e dados pré-existentes.

No Brasil, estes avanços se materializaram na Resolução nº 196/1996, que acaba de ser modernizada, foi aprovada pelo CNS e teve seu cumprimento observado pela Conep. Com ela, por exemplo, as pesquisas médicas envolvendo humanos no país passaram a ser realizada em conformidade com princípios científicos aceitos, conduzidas em laboratórios adequados e baseadas em conhecimento detalhado da literatura científica e de outras fontes relevantes de informações, incluindo experimentos com animais, quando apropriado.

Um detalhe importante é que todos os ensaios clínicos ou estudos de novos medicamentos, após aprovação nos órgãos nacionais, devem ser informados ao Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (Rebec), que os repassa à Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse fluxo permite o acompanhamento dos diferentes tipos de pesquisa em andamento em todo o mundo, tornando públicos os seus resultados. Inclusive, este registro é exigido para a publicação de artigos decorrentes dos estudos.

O Conselho Federal de Medicina (CFM) também contribuiu para reforçar esta malha de proteção ética aos estudos envolvendo seres humanos com a publicação da sua Resolução 1.982/2012. Pela norma, no caso de experimentos sobre procedimentos médicos inéditos ou experimentais, estes ainda precisam ser validados pelo CFM antes de serem colocados em prática nos hospitais e consultórios.

Mesmo os novos procedimentos e terapias médicas já em uso fora do Brasil devem necessariamente ser referendados pelo CFM quanto à sua segurança, eficiência, conveniência e benefícios aos pacientes. A Resolução do CFM disponibiliza aos pesquisadores a metodologia necessária para aprovação de novas técnicas, inclusive, apontando as condições adequadas para sua aplicação.

Validando medicamentos e procedimentos médicos

Para embarcar em uma pesquisa é necessário ficar atento aos seguintes passos*:

1 TESTES PRÉ-CLÍNICOS

Antes de avaliar um procedimento em seres humanos, são feitas experimentações *in vitro* (em laboratório) e em animais para verificar a segurança do experimento.

2 APROVAÇÃO

Toda pesquisa envolvendo seres humanos deve ser submetida à apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), que terá o prazo de 30 dias para dar seu parecer. Somente após esta aprovação o trabalho pode ser iniciado.

3 FASE 1

Desta etapa participam cerca de 50 indivíduos saudáveis. São avaliadas diferentes vias de administração e doses das drogas em estudo. Também são realizados testes iniciais de segurança e de interação com outras drogas ou álcool. Os pacientes são internados em unidades

farmacológicas clínicas. Esta etapa dura, em média, seis meses.

4 FASE 2

São recrutados entre 300 e 500 voluntários portadores da doença nos quais o medicamento ou procedimento será testado. O objetivo é obter mais dados de segurança a curto prazo e avaliar sua eficácia. Os voluntários são divididos em grupos, que recebem doses distintas da droga. Esses procedimentos são denominados “estudos pilotos” e duram de 1 a 2 anos.

5 FASE 3

Grandes estudos multicêntricos acompanham cerca de mil indivíduos com a doença, em um período de dois a quatro anos. A nova droga é comparada a outras existentes ou com placebo. Espera-se obter mais informações sobre segurança, eficácia e interação com outras drogas.

AÇÃO INESCRUPULOSA NO AMAPÁ

O caso veio a público no final de 2005 causando alarde e indignação. Uma pesquisa desenvolvida em comunidades ribeirinhas no Amapá, com o intuito de estudar a dinâmica da transmissão da malária e desenvolver estratégias para sua prevenção, utilizou seres humanos gerando um surto localizado da doença. Dez pessoas participaram do projeto e todas elas foram contaminadas, mas a doença se espalhou entre os outros ribeirinhos.

Coordenada pela Universidade da Flórida e financiada com recursos do Instituto Nacional de Saúde dos EUA (NHI), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a Universidade de São Paulo (USP), a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e a Secretaria de Saúde do Amapá, a pesquisa, em curso desde 2002, só foi descoberta por meio de denúncia do Ministério Público do Estado do Amapá.

O relato inicial do trabalho parecia até inocente: os participantes do estudo eram contratados para fazer a captura de exemplares da fêmea *anopheles*, o mosquito transmissor da malária, durante nove noites consecutivas, em jornadas de seis horas, duas vezes por ano.

Por este trabalho, os membros do povoado de São Raimundo do Pirativa, a 18 quilômetros de Macapá, recebiam uma “ajuda de custo” diária de R\$ 12,00, perfazendo um total de R\$ 108,00. O valor – aparentemente baixo – era significativo para as famílias formadas, em média, por mais de 10 pessoas com renda mensal de R\$ 300,00.

O descalabro apareceu quando se descobriu que o engajamento dos ribeirinhos não se resumia à atividade de captura. Cada um dos “voluntários” tinha que se submeter à ação dos mosquitos em seus braços e pernas. Cada um deveria atingir a meta de 100 picadas por noite, em quatro sessões de 25 picadas. Quem não cumprisse com sua cota, não recebia a diária.

Exemplos como o deste caso do Amapá justificam as preocupações com as questões éticas relacionadas aos ensaios clínicos patrocinados pela indústria farmacêutica. As normas existentes buscam, sobretudo, a proteção dos envolvidos e a prevenção de situações de risco.

As possibilidades para uma prática irregular e antiética existem, já que tudo depende da adesão dos pesquisadores às regras definidas. Os abusos podem ocorrer, por exemplo, nos estudos comparativos em que parte dos voluntários recebem placebo, ficando, portanto, uma parte dos envolvidos sem o tratamento que necessitava, muitas vezes sem compreenderem esta situação.

Há ainda as situações em que podem ser suspensos tratamentos já iniciados, levando pacientes ao desequilíbrio clínico com o objetivo de fazê-los experimentar uma nova droga em estudo. Ou então, casos de descontinuidade do fornecimento de um medicamento para indivíduos com quadro agravado, que melhoraram pela ação da nova fórmula. //NS

Essa fase pode fornecer as informações necessárias para o rótulo e a bula, e a aceitação do medicamento para registro e comercialização.

6 FASE 4

Depois que o medicamento ou procedimento vai para o mercado, ele continua sendo testado. Nessa fase é possível obter detalhes adicionais sobre sua segurança e eficácia. A etapa também é chamada de "estudo pós-marketing". Indivíduos de vários grupos raciais e etários são analisados. Uma parte importante dos estudos é detectar e definir os efeitos colaterais desconhecidos ou inadequadamente qualificados, assim como os fatores de risco relacionados.

7 NOVA INDICAÇÃO

São testes feitos com a mesma droga, para outra indicação. Um exemplo é o Viagra, inicialmente testado para problemas coronarianos. Os cientistas perceberam que a droga não funcionava, mas tinha como efeito colateral a ereção. O estudo voltou para a fase 2, para testar sua eficácia para disfunção erétil. Neste caso, a primeira indicação não deu certo, mas há drogas que recebem mais de uma indicação. A

8 APROVAÇÃO PARA COMERCIALIZAÇÃO

Os resultados de cada fase vão para o órgão responsável pela aprovação do medicamento ou procedimento médico do país (o órgão brasileiro é a Anvisa) que irá analisar os dados e decidir pela aprovação ou não do registro e a comercialização. No Brasil esse processo leva de 8 a 12 meses.

PARA SABER MAIS SOBRE

Filmes

"Cobaias", 1997, Anasazi Productions, se baseia no "Estudo Tuskegee de Sífilis Não Tratada em Homens Negros".

"O jardineiro fiel", Fernando Meirelles, mostra testes de novos medicamentos em seres humanos no Quênia.

Livros

"Problemas atuais de Bioética", Leocir Pessini e Christian de Paul Barchifontaine, Ed. Loyola.

"Ensayos Clínicos en América Latina", Nuria Homedes e Antonio Ugalde, Ed. Lugar.



substância é a mesma, mudam o nome comercial e as doses.

9 APROVAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Após a conclusão do experimento sobre procedimentos médicos inéditos ou experimentais, este ainda precisa ser validado pelo CFM. Mesmo os novos procedimentos e terapias médicas já em uso fora do Brasil, devem necessariamente ser referendados pelo CFM quanto à sua segurança, eficiência, conveniência e benefícios aos pacientes. É a Resolução CFM nº 1982/2012 que disponibiliza a metodologia necessária para aprovação de novos procedimentos e as condições adequadas aos procedimentos.

* detalhamento completo deve ser checado na Resolução CNS nº 466/20132.





Vida longa e saudável

O desafio de promover saúde

//Thaís Dutra

Crescer e envelhecer mantendo-se física e mentalmente saudável é um desejo do indivíduo e também se tornou objetivo de gestores, que trilham passos na busca de promover saúde. Repensando o bem estar do homem e da sociedade em que ele está inserido, a Promoção da Saúde ganhou destaque mundial, conquista cada vez mais investimentos do estado e é elencada por especialistas como o novo elixir.

Apesar do entendimento coletivo ainda condicionar a presença de saúde à ausência de doença, experiências da China e do Canadá relatadas já na década de 1970 impulsionaram uma nova abordagem. Mais do que ausência de enfermidades, a saúde é abordada como um estado global dependente de fatores sociais não relacionados exclusivamente a aspectos biomédicos.

No ano da 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde, realizada entre os dias 10 e 14 de junho de 2013, na Finlândia, sob o tema Saúde em Todas as Políticas, uma superpotência econômica foi surpreendida. Estudos revelam que o investimento de quase US\$ 3 trilhões por ano em serviços de saúde não impediu os Estados Unidos de adoecer. O que deu errado? A complexa Promoção da Saúde parece ter as respostas.

MOTIVAÇÕES E CONCEITOS

O conceito de saúde como ausência de doença ainda está nos livros, orienta pesquisas de produção tecnológica em saúde e encontra defensores fervorosos. Mas, em 1948, a Organização Mundial da Saúde (OMS) introduziu uma nova percepção sobre o tema ao enunciar saúde como completo estado de bem estar físico, mental e social – gerando críticas, que ressaltaram a impossibilidade de medir resultados devido à subjetividade quase utópica da nova abordagem.

Mesmo sendo tão dispare, ambos os conceitos não se excluem e convivem orientando práticas, serviços e discursos. Ainda que sem consenso, há 40 anos a comunidade internacional entende que doença e saúde não formam um binômio antagônico de condições biológicas.

Em 1974, o então Ministro da Saúde do Canadá, Marc Lalonde, documentou que a visão tradicional aceita do campo da saúde “é que a arte ou ciência da medicina tem sido a fonte da qual todas as melhorias em saúde fluíram, e a crença popular iguala o nível de saúde com a qualidade da medicina”. Essa percepção foi desenvolvida no Relatório Lalonde, precursor governamental no ocidente com propostas de ações além do sistema tradicional de saúde.

O cenário internacional seguiu o mesmo caminho e, em 1977, a OMS lançou o movimento Saúde Para Todos no Ano 2000. Isso impulsionou uma abordagem positiva ancorada no conceito, que convergiu na Declaração de Alma-Ata (1978, Cazaquistão) pactuada entre 134 países – inclusive o Brasil.

“Em Alma-Ata se cristalizou a posição de que era preciso ter um conjunto de ações de saúde e de outras áreas de governo para, ao invés de prevenir a doença ou tratá-la, promovermos a saúde. A saúde das pessoas tem profunda relação com questões sociais, econômicas e políticas e não depende apenas da biologia humana, depende também do lugar que elas ocupam no gradiente social”, analisa Paulo Buss – sanitarista coordenador do Centro de Relações Internacionais da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

CONSTRUÇÃO COLETIVA

A Promoção da Saúde começou a ser traçada e foi conceituada na Carta de Ottawa (1986). O documento foi construído na primeira conferência internacional, realizada no Canadá, e estabelece que Promoção da Saúde “é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de melhorá-la”.





“A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem estar”, define a Carta que alterou rumos da assistência.

Direcionamentos práticos também foram definidos em Ottawa e os campos de ação essenciais foram elencados: políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação e participação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos sistemas de saúde. Concluindo-se, então, que o setor de saúde não consegue resolver sozinho os problemas de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 contemplou a Promoção da Saúde no artigo 196 e definiu alguns de seus elementos como responsabilidades do Estado no artigo 200: fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE

Mas, como entender o que de fato é esta nova forma de ver e fazer saúde? A psicóloga Adriana Castro, especialista em Promoção da Saúde pelo Instituto Carlos III da Espanha, dá a primeira pista para decifrar o enigma. “Há que se compreender que, para a Promoção da Saúde, não se pode analisar o modo de viver das pessoas dissociando-se da existência de políticas públicas, do ambiente em que elas vivem, da rede social em que se inserem ou não, do trabalho que possuem ou não. Falar de Promoção da Saúde é falar dos determinantes sociais da saúde”.

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são macro condições ambientais, culturais e socioeconômicas de uma sociedade que interferem diretamente na saúde das populações e em suas escolhas. Os fatores habitação, emprego, saneamento, segurança, serviços de saúde e educação, ambiente de trabalho, redes sociais e comunitárias estão incluídos como determinantes.

Nessa abrangência residem as questões estruturais que permeiam a complexidade da Promoção da Saúde - o que nos leva a questionar se esforços pontuais são suficientes para caracterizar a prática de promover saúde ou se é necessário que haja uma rede estruturada de ações para que isso ocorra.

Diante desse dilema, a médica Vera da Costa e Silva, doutora em Saúde Pública e Epidemiologia pela Fiocruz, expõe uma complexidade quase antagônica. Para ela, “a Promoção da Saúde entra em um universo muito amplo porque não se pode promover saúde sem ter requisitos básicos de um indivíduo preenchidos: alimentação, condições de higiene, socioeconômicas, ar respirável, educação e entendimento”. Por outro lado, afirma que é possível colocar o conceito em prática somente com uma determinada abordagem.

RACIOCÍNIO ECONÔMICO

Assumindo essa ampla dinâmica de Promoção da Saúde e considerando os campos de ação essenciais, o mestre em medicina social Paulo Buss afirma que a política econômica brasileira entra em cena como promotora da saúde. Essa conclusão causa estranheza a alguns por se considerar que as escolhas que levaram à estruturação desse modelo econômico não foram priorizadas por questões de saúde pública.

“O crescimento do produto interno bruto (PIB) e a taxa de desemprego certamente são variáveis importantes de política econômica e têm dominado a agenda de política econômica do governo. Inflação também é importante, embora na minha avaliação tenha sido relegada a um plano inferior na escala de prioridades do governo”, explica Mauricio Canêdo Pinheiro, economista e pesquisador do Instituto Brasileiro de Economia da Fundação Getúlio Vargas (IBRE/FGV).

As mudanças impactam nos indicadores. Segundo estudo da Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE), a economia interferiu diretamente na ascensão social de 35 milhões de brasileiros que, nos últimos 10 anos, passaram a integrar a classe média. Certamente, subir no gradiente social aumenta a possibilidade de bem estar e qualidade de vida, pois melhor educação, boa alimentação e lazer passam a ser opções de consumo.

À beira do emprego pleno em dezembro de 2012 com uma taxa de desocupação de 4,6%, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as decisões econômicas do Brasil repercutiram nesse DSS. Apesar dos índices expressivos, a queda na capacidade de consumo começou a ser percebida pelos brasileiros no primeiro semestre de 2013, a taxa de desocupação subiu para 5,7% em março deste ano (dados do IBGE) e há cenários que se impõem – como mostra o quadro Saúde calibrada no bolso.

Outros dados do governo federal reiteram a relação economia-saúde: no Brasil, homens jovens com maior escolaridade são mais ativos fisicamente; pessoas com 12 ou mais anos de estudo são mais ativas no tempo de lazer do que pessoas que têm de zero a oito anos (24%) e do que pessoas que têm de nove a 11 anos de estudo (35,1%).

SAÚDE CALIBRADA NO BOLSO

Trabalhando 12 horas a mais para comprar os mesmos itens de alimentação que comprava em 2012, o cidadão vive sob impacto da economia brasileira - que interfere na perspectiva da qualidade de vida, ainda que haja tentativa de realizar escolhas pessoais adequadas para a saúde.

O Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) afirma que, "em março, para comprar os gêneros alimentícios essenciais, o trabalhador remunerado pelo salário mínimo precisou realizar, na média de 18 capitais pesquisadas, jornada de 96 horas e 47 minutos, tempo superior às 94 horas e 57 minutos exigidas em fevereiro. Em relação a março de 2012, a jornada comprometida também foi maior, já que naquele mês eram necessárias 84 horas e 53 minutos".

"Onde vamos parar? A farinha é o produto básico da mesa do nordestino pobre. É com ela que se mistura o feijão, o caldo do peixe (pirão) e até a água pura para alimentar crianças cujas famílias não podem comprar leite. Em abril, comprei um quilo de farinha por R\$9,90 em Natal (RN) quando costumava pagar até R\$2,00", ressalta a socióloga Ilza Araújo Leão de Andrade.

"Determinantes sociais de saúde transcendem ao tratamento, à abordagem individual e interferem, por exemplo, no tratamento de uma doença como o câncer. Pessoas em níveis socioeconômicos diferentes têm chances diferentes perante a doença porque uma pessoa tem maior nível educacional, entenderá melhor o tratamento, além de ter ambiente doméstico, condições de saúde e saneamento mais adequados. A pessoa em nível mais baixo tem difícil acesso à rede hospitalar e ao tratamento, menos dinheiro para comprar medicamentos e menos estrutura social e familiar para enfrentar a doença", explica a doutora Vera da Costa e Silva.

RESPONSABILIDADE COMPARTILHADA

A coordenadora-geral de Vigilância de Agravos e Doenças Não Transmissíveis do Ministério da Saúde, Deborah Malta, ressalta que "há evidências suficientes para se afirmar que é possível prevenir a maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como alterar o seu curso, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida dos indivíduos, por meio de ações para a prevenção dos principais fatores de risco para DCNT".

O tabagismo, a alimentação inadequada, o sedentarismo, a hipertensão arterial, a obesidade e o consumo abusivo de álcool são apontados por Deborah Malta como principais fatores de risco. A análise das DCNT também está no foco da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, no ano 2000, constatou que taxas de morbimortalidade de doenças crônicas não transmissíveis representavam cerca de 60% das disfunções, tendendo a aumentar em 13% nos anos seguintes.

Desde então, a OMS emprega esforços para que seus estados-membros invistam em Promoção da Saúde. Pactos internacionais como a Convenção-Quadro do Controle do Tabaco (2003), a Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde (2004) e a Prevenção de Doenças Crônicas: um Investimento Vital (2005), expressam esse objetivo.

No Brasil, é pontualmente perceptível o resultado desses esforços, especialmente quando se trata de combate ao tabagismo. Na década de 1980, era comum ver personagens fumando em novelas ou comerciais com homens bem sucedidos acendendo seus cigarros. Hoje, o comum virou exceção - e não somente nas telas. Desde a implementação da Convenção-Quadro do Controle do Tabaco, a prevalência do tabagismo entre adultos caiu de 32%, em 1989, para a 14,8%, em 2011.

Os dados são do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) realizado com 54 mil entrevistados por ano pelo Ministério da Saúde desde 2006 nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal. O sistema monitora a frequência e a distribuição dos principais determinantes de DCNT subsidiando o governo para a formulação de políticas públicas.

ARTICULAÇÃO GLOBAL

O caso brasileiro não é isolado. Estudos da Organização Pan-Americana de Saúde-OPAS mostram que 12 países das Américas incorporam a Promoção da Saúde em políticas nacionais, sendo o Equador merecedor de destaque. De 2006 a 2011, o Plano

“A saúde é entendida como um recurso para a vida e não como uma finalidade de vida; a saúde é um conceito positivo, que acentua os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas.”

ESTADOS UNIDOS: RIQUEZA SIM, SAÚDE NÃO

Os Estados Unidos foram surpreendidos, em janeiro de 2013, pelo relatório U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health (Saúde dos Estados Unidos em Perspectiva Internacional: vidas mais curtas, saúde pior). Mesmo gastando mais com saúde do que qualquer outro país de alta renda, os norte-americanos morrem mais cedo e apresentam taxas mais altas de doenças e lesões do que as pessoas de outros países ricos.

O Conselho Nacional de Pesquisa e o Instituto de Medicina dos Estados Unidos, autores do relatório, compararam dados norte-americanos com os de 16 países ricos e democráticos. Os indicadores apontam que a população dos Estados Unidos é menos saudável desde o nascimento até os 75 anos.

Apesar de investir mais de US\$8 mil per capita em saúde por ano, o que representa 17,9% da economia nacional, os EUA têm altos índices de obesidade e diabetes, doenças cardíacas, pulmonares crônica e sexualmente transmissíveis (com prevalência de HIV/AIDS). Os números de mortalidade infantil, homicídios e mortes relacionadas a drogas também são elevados.

O relatório foi pautado pela Lancet, uma das mais importantes revistas de publicações científicas da área médica, que apontou a Promoção da Saúde como o caminho para superar esse quadro desfavorável nos Estados Unidos. O editorial da Lancet elencou comportamentos insalubres como parte causadora dos problemas e indicou estratégias da promoção para superá-los.

A tarefa de casa inclui diminuir a taxa de desemprego; elevar o padrão de educação; implementar políticas sociais, econômicas e de meio ambiente; estimular a prática de atividade física e a opção por alimentos saudáveis; melhorar a distribuição de renda; além reduzir uso abusivo de drogas, bebidas alcóolicas e armas de fogo. Se o *check list* for cumprido, pode revolucionar o *american way of life*.

foto: Marcello Casal Jr./ABr



“o conceito [de empoderamento] é amplo e envolve a necessária capacitação das pessoas e comunidades para práticas de saúde”.

PROMOÇÃO X PREVENÇÃO

Promoção e prevenção são processos de saúde distintos que têm suas ações corriqueiramente alocadas na terminologia errada. A confusão é justificável e a abrangência da promoção da saúde é comumente considerada a responsável.

Entender que prevenção tem a atenção voltada para doença enquanto a promoção focaliza a saúde pode ser o primeiro passo para distingui-las. Mas, certamente não será suficiente para conhecê-las. A prevenção de doenças é uma atividade biomédica restrita ao setor de saúde e direcionada a realizar intervenções com base no estudo do risco de enfermidades, tendo a vacinação e o uso de camisinha como exemplos de intervenção preventiva.

Já a promoção intervém em um ponto anterior ao tratamento e à reabilitação. Ela aborda a saúde como produto social diretamente relacionado a aspectos globais que depende da articulação de atores políticos e sociais, podendo ter ações tanto do setor da saúde quanto políticas econômicas e de trânsito, por exemplo, desde que estas interfiram no bem estar individual e coletivo.

Nacional do Bem Viver daquele país impactou na redução da inequidade social com a diminuição em 10% na diferença de renda entre os mais ricos e os mais pobres, e com o aumento na disponibilidade de esgoto e água tratada de 71% para 78% de cobertura, além de dobrar o investimento público e social.

O cubano Joaquín Molina, representante da OPAS/OMS no Brasil, ressaltou que “a Promoção da Saúde gera resultados efetivos, especialmente quando se articulam políticas, programas e ações de aspecto social, político, econômico e cultural, de alcance individual e coletivo, e que envolvam o governo e a sociedade civil”.

De acordo com o representante da OMS no Brasil, as conferências internacionais têm o objetivo de propor e atualizar o debate sobre diretrizes e estratégias, além de reforçar o compromisso de setores e atores em relação à Promoção da Saúde e ao enfrentamento a inequidades, determinantes sociais da saúde e injustiça social.

Desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Otawa (1986), outras sete já foram promovidas e cada uma abordou temas específicos como: Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde (Suécia, 1991) e Chamado para a Ação (Nairóbi, 2009).

A 8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde foi realizada em junho deste ano em Helsinque, na Finlândia, e os principais resultados são o Quadro HiAP (Health in All Policies) e a Declaração de Helsinque, aprovada pelos participantes no último dia do encontro. Os documentos apontam orientações concretas para os países sobre como implementar saúde em todas as políticas públicas.

PRESCREVENDO COMPORTAMENTO
Desde sua conceituação, a Promoção da Saúde está intrinsecamente relacionada à ação de indivíduos e comunidades, que deixam de ser somente receptores de serviços para ocuparem o espaço de gestores do seu próprio bem estar. E, diante do caminho percorrido, é nítido que o sucesso do processo passa necessariamente pelo empoderamento.

Essa postura é a estratégia-chave que preconiza tanto o comprometimento do indivíduo para realizar escolhas adequadas quanto coletivo para promover mudança social. Mas, se o empoderamento parece um processo simples resultante da força de vontade ou do esmorecimento individual, cabe salientar que comunidades e indivíduos estão inseridos em macroestruturas que regulam recursos e poder.

“Creio que a prioridade diante do quadro atual não seria sustentar uma saúde pública baseada na obrigação da gestão individual de riscos, tal como preconiza uma determinada promoção da saúde. Mais importante seria enfrentar e criticar com ênfase o poder econômico altamente concentrado sob a forma de corporações que produzem medicamentos, equipamentos, alimentos etc”, reforça Luís Castiel – médico e doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz.

O PAPEL DO MÉDICO

O coordenador do Centro de Promoção da Saúde da Faculdade de Medicina da USP, Milton Ferreira Junior, ressalta que “o conceito é amplo e envolve a necessária capacitação das pessoas e comunidades para práticas de saúde”. No seu entendimento, ações efetivas que envolvem a participação direta da sociedade no processo são capazes de reduzir causas importantes de morbimortalidade. A lista de exemplos dessas causas engloba violência e acidentes, doenças transmissíveis, doenças crônicas e degenerativas: fatores relacionados às condições de vida, aos hábitos e ao estilo de vida pessoal.

Capacitar os envolvidos é, então, um importante passo para transpor o grande desafio do campo individual: mudar comportamentos. E, nesse momento, o médico é fundamental para que, com orientação e acompanhamento, pessoas saudáveis mantenham-se saudáveis e aquelas com condições crônicas limitadoras conquistem qualidade de vida.

A especialista em Promoção da Saúde Adriana Castro reforça que os profissionais de saúde têm um rol de compromissos e ações importantíssimo. “É somando o nosso conhecimento técnico-científico ao conhecimento das pessoas sobre sua realidade que se pode produzir uma melhor qualidade de vida. Ou, então, corremos o risco de produzir culpa, angústia e sensação de fracasso naqueles de quem devemos cuidar”, pontua.

A qualificação médica é indispensável e, para isso, as escolas entram no circuito para formar profissionais capacitados a permear o atendimento com ações de promoção. Um bom exemplo está no currículo da Faculdade de Medicina da USP, que contempla essa expectativa na matéria Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (PS&PD), obrigatória para alunos do quinto ano e residentes.

Em sala de aula, os futuros médicos são expostos a abordagens que compreendem o aconselhamento para adoção de hábitos saudáveis e o rastreamento de doenças crônicas de alta morbimortalidade. Prática de atividade física, alimentação equilibrada, controle de peso, cessação de tabagismo e consumo moderado de bebida alcoólica também são indicações tratadas pelo currículo da escola desde os primeiros semestres em matérias como Introdução à Medicina, Atenção Primária à Saúde e Propedéutica Médica.

DESAFIOS PARA O FUTURO

Diante dos desafios postos para melhoria da saúde individual e global, o médico Paulo Buss aponta barreiras a serem transpostas. “Interesses empresariais e da indústria da saúde, tanto de serviço quanto de equipamentos e medicamentos, afogam a Promoção da Saúde porque ela não usa equipamentos caros, não dá lucro”, alerta.

Já para a analista de Gestão em Saúde da Fiocruz Adriana Castro, “não se pode analisar o modo de viver das pessoas dissociando-se da existência de políticas públicas, do ambiente em que elas vivem, da rede social em que se inserem ou não, do trabalho que possuem ou não”. Nesse rol de fatores que constroem a Promoção da Saúde estão também as prescrições, que devem ser moduladas e vinculadas a condicionantes, como o acesso a alimentos e a áreas de lazer para prática de exercícios, o horário de trabalho e o tempo de deslocamento entre trabalho e casa.

A Promoção está incluída na base curricular, em alta na política, é foco de debates internacionais, gera resultados significativos e mostra-se como um processo complexo e eficaz. “Tudo que não parece ser efetivo em Promoção da Saúde é o argumento científico de autoridade, a proibição pura e simples ou a culpabilização das pessoas. Promover saúde é produzir as condições necessárias para que as pessoas compreendam os efeitos de suas escolhas na sua saúde, o que podem fazer ou não para viver melhor”, conclui Adriana Castro.



foto: Marcelo Camargo/Abr

A PROMOÇÃO DA SAÚDE, RECONHECIDA PELA OMS, É UMA META TANGÍVEL?

DIANTE DA RELEVÂNCIA DADA AO EMPODERAMENTO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE, EXISTE O RISCO DE PENALIZAÇÃO DO INDIVÍDUO?

O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, TAL QUAL É PRATICADO E ESTIMULADO NO MUNDO, ABRANGE AS DIMENSÕES NECESSÁRIAS À SUPERAÇÃO DA META DO BEM ESTAR INDIVIDUAL E COLETIVO?

O enfoque da Promoção da Saúde (PDS) exige uma reflexão profunda sobre como colocar em prática políticas e programas capazes de transformar estruturas e comportamentos. O protagonismo capaz de impulsionar mudanças favoráveis deve partir de quais setores e como mensurar a responsabilidade de cada um deles?

Convidamos para responder a estas perguntas dois médicos expoentes nessa complexa discussão. Alberto Pellegrini Filho expressa franca concordância com o atual enfoque da PDS. Para ele, as ações sobre determinantes sociais da saúde não são uma utopia e podem perfeitamente ser postas em prática com o estímulo de processos participativos. Luis David Castiel, por sua vez, embora considere os méritos da PDS, apresenta contrapontos para reflexão, como as relações de poder e desigualdades socioeconômicas capazes de moldar aspectos comportamentais que fogem ao controle.

Enquanto o viés mais crítico de Castiel aponta que o empoderamento pode até incorrer em aspectos moralistas de culpabilização da pessoa, Pellegrini Filho aponta o potencial que ele tem de fortalecer a organização de grupos e a inserção destes em ações coletivas. A questão colocada é: Existem caminhos capazes de orientar essas políticas, que estimulem processos participativos, mas ao mesmo tempo não desconsiderem os papéis dos diversos setores implicados e os interesses conflitivos envolvidos? //TD

Conheça as respostas nas páginas seguintes.

DEBATEDORES

Alberto Pellegrini Filho é médico pesquisador em Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e diretor do Centro de Estudos, Políticas e Informação sobre Determinantes Sociais da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Formado na Universidade de São Paulo (USP) e doutor pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), coordenou a Unidade de Promoção e Desenvolvimento da Pesquisa da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Washington (EUA), de 1989 a 2004.

Luis David Castiel é médico pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem mestrado pela Universidade de Londres (1981), doutorado em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 1993) e pós-doutorado pela Universidade de Alicante, Espanha (2005). Atualmente, é pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP), uma das unidades técnico-científicas da Fiocruz e professor dos programas de pós-graduação da instituição.



“A conquista da cidadania implica em direitos e deveres perante si mesmo e os demais membros da comunidade”.

ALBERTO PELLEGRINI

A Promoção da Saúde, reconhecida pela OMS, é uma meta tangível?

O atual enfoque da Promoção da Saúde, baseado em ações sobre os determinantes sociais da saúde, não é uma utopia - podendo ser perfeitamente posto em prática. Documentos técnicos e reuniões internacionais, como a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), de outubro de 2012, no Rio de Janeiro, procuram justamente se concentrar no “como fazer”. Ou seja, nas experiências, estratégias e metodologias que permitam a implantação de políticas e programas de promoção da saúde baseadas na melhoria das condições de vida e de trabalho de indivíduos e de grupos. A CMDSS identificou cinco dimensões que devem orientar essas políticas: a clara definição de responsabilidades de atores e setores envolvidos; o estímulo a processos participativos; o fortalecimento do papel do setor saúde; o monitoramento e a análise da situação de saúde e do impacto de ações sobre ela; e o esforço global coordenado entre os organismos internacionais para apoio aos governos nacionais.

Diante da relevância dada ao empoderamento na promoção da saúde, existe o risco de penalização do indivíduo? Por quê?

Evidentemente, a conquista da cidadania implica em direitos e deveres perante si mesmo e os demais membros da comunidade, mas sinceramente não vejo como esse enfoque do empoderamento tem a ver com “penalização do indivíduo”. De fato, o empoderamento de indivíduos e grupos, particularmente através do acesso amplo a informações e conhecimentos e da criação de espaços e oportunidades de participação é uma das estratégias básicas da Promoção da Saúde - fundamental para superar as iniquidades em saúde. Baseia-se na convicção de que

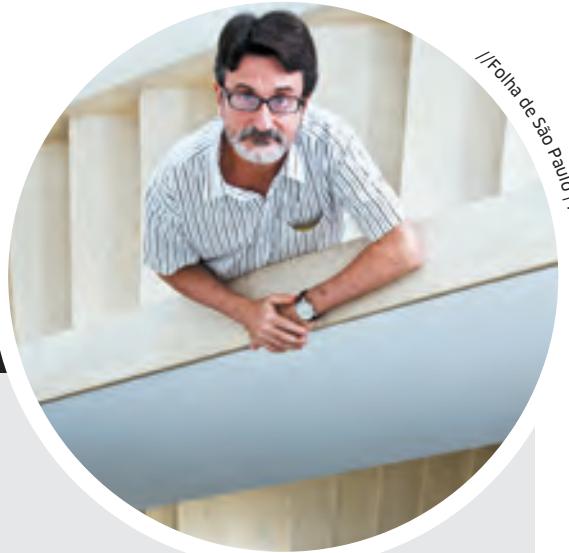
a conquista do direito à saúde depende, em grande medida, da atuação política dos membros de uma dada sociedade para a transformação de estruturas e comportamentos. O empoderamento de grupos excluídos dos processos de tomada de decisões permite aumentar seu conhecimento dos problemas locais e globais, estreitar suas relações com outros grupos e fortalecer sua organização e inserção em ações coletivas. Em última instância permite sua constituição como atores sociais e como cidadãos, fortalecendo o próprio processo democrático.

O conceito de promoção da saúde, tal qual é praticado e estimulado no mundo, abrange as dimensões necessárias à superação da meta do bem estar individual e coletivo?

Há um consenso de que a saúde e a equidade são pilares essenciais para o desenvolvimento sustentável e que o enfoque da Promoção da Saúde baseado nos determinantes sociais da saúde (DSS) é o que permite enfrentar as grandes desigualdades de saúde que impedem o desenvolvimento e o bem estar das populações. Na Conferência Mundial sobre Promoção de Saúde de 1986, foi elaborada a Carta de Ottawa, que reconhece a paz, a educação, a moradia, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, a justiça social e a equidade como requisitos fundamentais para a saúde dos povos. A Carta de Ottawa marcou uma importante mudança de enfoque da Promoção da Saúde ao vincular a saúde com diversas dimensões do desenvolvimento econômico, social e ambiental e as sete Conferências Mundiais sobre Promoção da Saúde que se seguiram contribuíram para consolidar esse enfoque e estabelecer o consenso. A própria revista Lancet, em um editorial de janeiro deste ano, defende que a desvantajosa situação de saúde dos EUA em comparação a outros países desenvolvidos, apesar de ser o que mais gasta em assistência médica, só pode ser superada através de ações sobre os DSS.

“Esforços individuais para a saúde não podem ser separados do contexto maior da produção de perigo”.

LUIS DAVID CASTIEL



II/Folha de São Paulo | Paula Gólio

A Promoção da Saúde, reconhecida pela OMS, é uma meta tangível?

A Promoção da Saúde (PDS) assumiu este formato no início dos anos 1970 em reação aos altos custos do sistema de saúde centrado no hospital e na doença. O custo/benefício era compensatório com a prevenção das doenças. Depois, as metas da PDS incluíram outras ideias-chave: a participação comunitária para definir e buscar soluções para seus problemas de saúde e a ênfase em mudanças comportamentais do indivíduo. A PDS está ligada à nossa finitude, sua grande aposta é a longevidade com vitalidade - algo que não se tem a garantia de obter por mais que nos cuidemos e estejamos dispostos a bancar seus vários custos. Não se trata de demonizar a PDS, que tem méritos, mas vê-la sob outros ângulos permite que, mesmo que as decisões tomadas sejam as mesmas, possamos encará-las de outro modo, com um olhar não necessariamente submetido a aspectos vinculados à medicalização extensiva da vida. Mas, é preciso levar em conta que a mensagem cumulativa da PDS é que a vida atual é vivida numa “zona de perigo” que requer vigilância constante, podendo gerar uma considerável elevação da ansiedade diante dos riscos à vida.

Diante da relevância dada ao empoderamento na promoção da saúde, existe o risco de penalização do indivíduo? Por quê? O empoderamento psicológico é condição necessária, mas não suficiente para a PDS. Empoderar não se trata de enfocar relações de poder e desigualdades socioeconômicas, que envolvem dinâmicas que afetam a saúde. Consiste, em síntese, numa pedagogia do risco para veicular noções de estilo saudável de vida. Inclusive, pode até incorrer em aspectos moralistas de culpabilização da pessoa por não conseguir alterar aspectos comportamentais que escapam ao seu autocontrole. Usualmente, o empoderamento se refere mais à dimensão psicológica e, sob uma ótica crítica, na PDS é visto como

um fenômeno relacional que se manifesta na interação de interesses conflitivos entre sujeitos, grupos/classes sociais. Não cabe colocar empoderamento psicológico e comunitário como opositos, mas em níveis analíticos micro e macro relativos ao conceito mais amplo. E este deve incluir, também, o nível organizacional. Esforços individuais para a saúde não podem ser separados do contexto maior da produção de perigo, do senso de desconfiança e de impotência sobre danos causados por forças externas ao controle individual.

O conceito de promoção da saúde, tal qual é praticado e estimulado no mundo, abrange as dimensões necessárias à superação da meta do bem estar individual e coletivo? Em geral, as forças estruturais determinantes das informações que dispomos para tomar decisões de saúde são muito complexas. Há elementos vigorosos agindo ao mesmo tempo: poderes econômicos corporativos altamente concentrados no âmbito da saúde e a gestão neoliberal individualizada, que postula a obrigação pessoal de autocuidado da saúde. Importa também discutir conceitos coadjuvantes à PDS, como estilo de vida, risco, prazer, autocontrole etc, cujas premissas tendem a ser aceitas sem maiores debates em vários níveis dos sistemas de saúde. Não se pode desconsiderar a questão da ansiedade sobre riscos - efeito colateral do desejo de estender a vida desmedidamente e eliminar as fontes de danos à saúde, que é agravada por uma cultura médica dedicada a identificar perigos para controlá-los. A ansiedade se torna excessiva ao levar à perda de confiança na capacidade de controle individual e nas autoridades políticas, corporativas ou experts. As pessoas podem suspeitar que, por mais que se cumpram regras de vida saudável, as ameaças podem superar nossa capacidade de proteção através da PDS.

THE LANCET Global Health

Search for

Home | Journals | Specialties | Clinical | Global Health | Multimedia | Testimonials | About

Welcome to The Lancet Global Health

We are delighted to announce the forthcoming launch of a new, open access journal, The Lancet Global Health. This will develop The Lancet's commitment to evidence-based global health in low-income and middle-income countries, and unrestricted access to all content. To receive breaking news and add more content.

please sign up for e-alerts to keep abreast of

Watch a video

The Lancet's Editor, Richard Horton, and Associate Editor, Zoë Mullan, discuss the philosophy of the journal.

//Vevila Junqueira

O grupo Lancet lançou, em julho deste ano, o seu novo periódico, "The Lancet Global Health", na modalidade de acesso aberto e exclusivamente on-line. O objetivo é alcançar um público que é muito mais amplo do que a comunidade médica que forma o tradicional núcleo de leitores e trazer pesquisas originais, comentários, correspondências, e blogs sobre assuntos que dizem respeito aos países de baixa e média renda.

Devem receber atenção temas como saúde reprodutiva, materna, neonatal, infantil e do adolescente; doenças infecciosas, incluindo doenças tropicais negligenciadas; doenças não transmissíveis; saúde mental; força de trabalho; e sistemas e políticas de saúde.

Em entrevista à Medicina CFM, a editora responsável pela publicação, Zoë Mullan, ressalta: "Eu acho que é justo dizer que a saúde global agora recebe uma cobertura muito melhor em quase todas as revistas médicas em comparação com algumas décadas atrás, mas há também muito espaço para melhorias, principalmente na publicação de resultados práticos que têm o potencial de afetar diretamente os médicos em suas práticas. Esta foi uma das nossas principais motivações para o lançamento deste periódico", diz.

O Brasil, por conta de sua projeção política, social e econômica, certamente terá papel importante entre os países-alvo da publicação. "O Brasil está se tornando conhecido por ter uma base de pesquisa de alta qualidade, por isso nós certamente esperamos ver algumas contribuições brasileiras interessantes conforme a revista for se tornando estabelecida", diz Mullan.



foto: Divulgação

Zoë Mullan juntou-se ao *The Lancet* como editora assistente em 1999, e tornou-se uma editora sênior em 2002. Ela liderou várias das grandes séries de saúde global e edições especiais, incluindo aquelas sobre doenças crônicas não transmissíveis, saúde materna, saúde global, e deficiência da força de trabalho. Para ela, a melhor maneira de resolver a deturpação da mídia ao tratar sobre ciência é empenhar-se ativamente com os meios de comunicação, e através deles, com o público em geral. Confira abaixo a entrevista na qual ela fala sobre cobertura científica da mídia, interpretação das pesquisas e conflitos de interesses:

O público de publicações científicas costuma ser muito segmentado e educado. No entanto, algumas pesquisas têm um impacto considerável sobre a população em geral – especialmente através da cobertura da mídia. Como você avalia a cobertura científica nos países de baixa e média renda?

Os jornalistas desempenham um papel muito importante em trazer resultados da pesquisa para um público mais amplo. Enquanto esperamos que *The Lancet Global Health* seja acessível a qualquer pessoa com interesse em questões de saúde global, percebemos que o público em geral nem sempre vai ser versado em pesquisas desse tipo, razão pela qual jornalistas de ciência e responsáveis envolvidos são tão importantes para o nosso trabalho. A revista *The Lancet* tem um escritório ativo de relações com a mídia; trabalhamos em estreita colaboração com autores e jornalistas para garantir que as nossas publicações sejam abordadas de forma responsável, e que a informação que afeta o público em geral esteja bem comunicada. A deturpação da mídia ao tratar de ciência pode ser um problema, mas nós acreditamos que a melhor maneira de resolver isso é empenhar-se ativamente com os meios de comunicação, e através deles, com o público em geral.

Sabemos o valor de ensaios clínicos e meta-análise que constroem o consenso médico. Mas é claro que, em vez de apenas sugerir caminhos e escolhas, estes estudos são muitas vezes considerados como absolutos e as especificidades individuais são perdidas. Como podemos agir – e qual é o papel das publicações científicas – para que a medicina não perca a sua característica essencial de uma estrutura que não sabe sobre as “certezas” do paradigma das ciências exatas, mas depende de uma dialética construtiva entre subjetividade e objetividade?

É indiscutível o fato de que os ensaios clínicos randomizados e as revisões sistemáticas são as mais elevadas formas de evidência científica. No entanto, ao mesmo tempo, é importante que a medicina não perca de vista o fato de que os pacientes são indivíduos, razão pela qual a revista *The Lancet* publica

não apenas testes em larga escala, mas os relatórios mais individualizados, como relatos de casos e imagens clínicas. *The Lancet Global Health* também irá publicar comentários que acompanham cada artigo de pesquisa, colocando os resultados em contexto e enfatizando em que medida eles podem ser generalizados. Nossas revistas-irmãs publicam uma amplitude maior de conteúdo que explora o que poderíamos chamar de “arte” da medicina, incluindo revisões de livros, filmes e exposições de arte, ensaios pessoais e entrevistas com personalidades do mundo da medicina. A *The Lancet Global Health* vai começar a incluir tais materiais conforme a revista crescer ao longo dos próximos anos.

Uma das preocupações do Conselho Federal de Medicina é o aspecto ético da relação entre médicos/pesquisadores, da indústria farmacêutica e de cuidados de saúde. Como uma publicação científica garante a transparência nestas relações, incluindo a imparcialidade na interpretação dos dados e divulgação dos resultados?

A revista *The Lancet* pede a todos os nossos autores para declarar quaisquer conflitos de interesse, e também definir explicitamente o papel das fontes de financiamento. No entanto, como qualquer editor de revista sabe, sempre haverá questões de transparência e ética que vão além desses requisitos. Tenho um interesse particular nessa questão porque sou membro do Conselho do *Committee on Publication Ethics* (Comitê de Ética em Publicação), um organismo internacional que presta assessoria sobre aspectos éticos aos editores. Além de proporcionar um fórum para os membros discutirem casos individuais, o Conselho também fornece um Código de Conduta (*Code of conduct and best practice guidelines for journal editors*), atualizado regularmente, que eu acho que é de valor inestimável para ajudar editores de revistas a lidar com algumas das dificuldades éticas que surgem, incluindo a garantia de imparcialidade na interpretação dos dados e divulgação dos resultados. //VJ ■

Atualização na rede

Interessados, curiosos, os bons médicos buscam conhecimento e aprimoramento de suas habilidades durante toda a vida profissional. Nessa jornada, o acesso ao conteúdo científico livre e atualizado é primordial. Para examinar com competência esses conteúdos e fazer boas escolhas a partir desses novos aprendizados, é importante refletir sobre fazer ciência, sobre interpretação de dados e potenciais conflitos de interesses. Selecionamos alguns sites que podem ser referências nesse sentido.

//VJ

O periódico “The Lancet Global Health”, tratado nesta edição, pode ser conhecido em <http://www.thelancet.com/journals/langlo/issue/current>. A edição inaugural, lançada em julho, é o ponto de partida da proposta: acesso sem barreiras, sem necessidade de registro ou pagamento. Na primeira edição, destaque para artigos sobre nutrição materna e infantil; avaliação de programas de cirurgia de catarata; principais causas e melhor tratamento da febre não malária, entre outros temas.



42

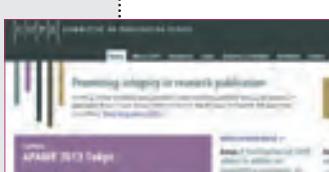
MAI/AGO 2013



O grupo New England Journal of Medicine (NEJM) também tem uma área específica sobre saúde global, com acesso livre. Em <http://www.nejm.org/page/global-health> é possível ler pesquisas, comentários, revisões, casos clínicos etc. Entre os temas em destaque: a resposta global à pandemia de AIDS; os avanços que configuraram uma nova era para as vacinas; a prevenção e o tratamento de traumas (principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo); e as influências da rápida globalização sobre os padrões de saúde humana.



Médicos inscritos no CFM têm acesso gratuito ao portal “Saúde Baseada em Evidências” (<http://portalsaudesaude.saude.gov.br>), lançado pelos ministérios da Saúde e da Educação e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). São treze bases de dados disponíveis, entre elas: o Atheneu, BestPractice, BMJ Learning, BVS, DynaMed e Rebrats.



Um pequeno grupo de editores de periódicos médicos no Reino Unido fundou o Committee on Publication Ethics (<http://publicationethics.org/>), associação aberta a editores de revistas acadêmicas e outros interessados em ética na área editorial que hoje tem mais de 7.000 membros em todo o mundo. O comitê publicou um código de conduta e orientações sobre melhores práticas para editores de revistas (http://publicationethics.org/files/Code_of_conduct_for_journal_editors_Mar11.pdf).



Pelo site do Conselho Federal de Medicina (<http://portal.cfm.org.br/>), é possível consultar as diretrizes éticas para o exercício da medicina, ter acesso a publicações educativas e informes. O Portal também abriga livros on-line, protocolos e cartilhas, e a Revista Bioética – periódico do CFM publicado desde 1993 e que conquistou este ano a sexta referência em bases de dados internacionais.

AGORA VOCÊ PODE TER ACESSO ÀS PUBLICAÇÕES DO CFM EM MÍDIA DIGITAL



Jornais, revistas, normas e trabalhos científicos produzidos pelo CFM podem estar no seu computador, tablet ou smartphone. Baixe gratuitamente o aplicativo ou acesse o Portal Médico. Com isso, você ganha uma fonte inesgotável de informação e ainda contribui com a preservação do meio ambiente, ajudando a reduzir a emissão de carbono e outros poluentes.

Baixe o aplicativo do CFM para dispositivos Android na Google Play e iOS na Apple Store, e comece a acompanhar no seu aparelho suas publicações favoritas.

www.portalmedico.org.br



CFM | CRMs
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA
CONSELHOS REGIONAIS DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

Humanizar os cuidados de saúde

O “Mais coração nas mãos, irmão” esse foi o grito de Camilo de Lellis (1550-1614) junto aos profissionais da saúde de sua época (século XVI), que não perdeu ainda sua atualidade, quatro séculos depois: Ou seja, a competência profissional técnico-científica representada pelas mãos, tem que estar aliada com a competência humana e ética, isto é, com o coração. Nesta perspectiva da filosofia do cuidar, o amor busca a técnica e a ciência para melhor servir e cuidar a quem mais precisa ou vive uma situação de vulnerabilidade. Esta é a essência de todo e qualquer processo de humanização no âmbito dos cuidados de saúde.

Este texto aprofunda em forma reflexiva esta filosofia camiliana de cuidados em seis pontos que exporemos a seguir:

- 1) Humanização dos cuidados de saúde;
- 2) Políticas públicas brasileiras de humanização na área da saúde;
- 3) Cuidar da vida marcada pela dor e sofrimento;
- 4) Ética do exemplo no mundo da saúde;
- 5) Redescobrindo o valor da hospitalidade hoje;
- 6) Como promover a hospitalidade?

//Leo Pessini
Doutor em Teologia Moral/Bioética

//Luciana Bertachini
Mestra em Fonoaudiologia pela UNIFESP

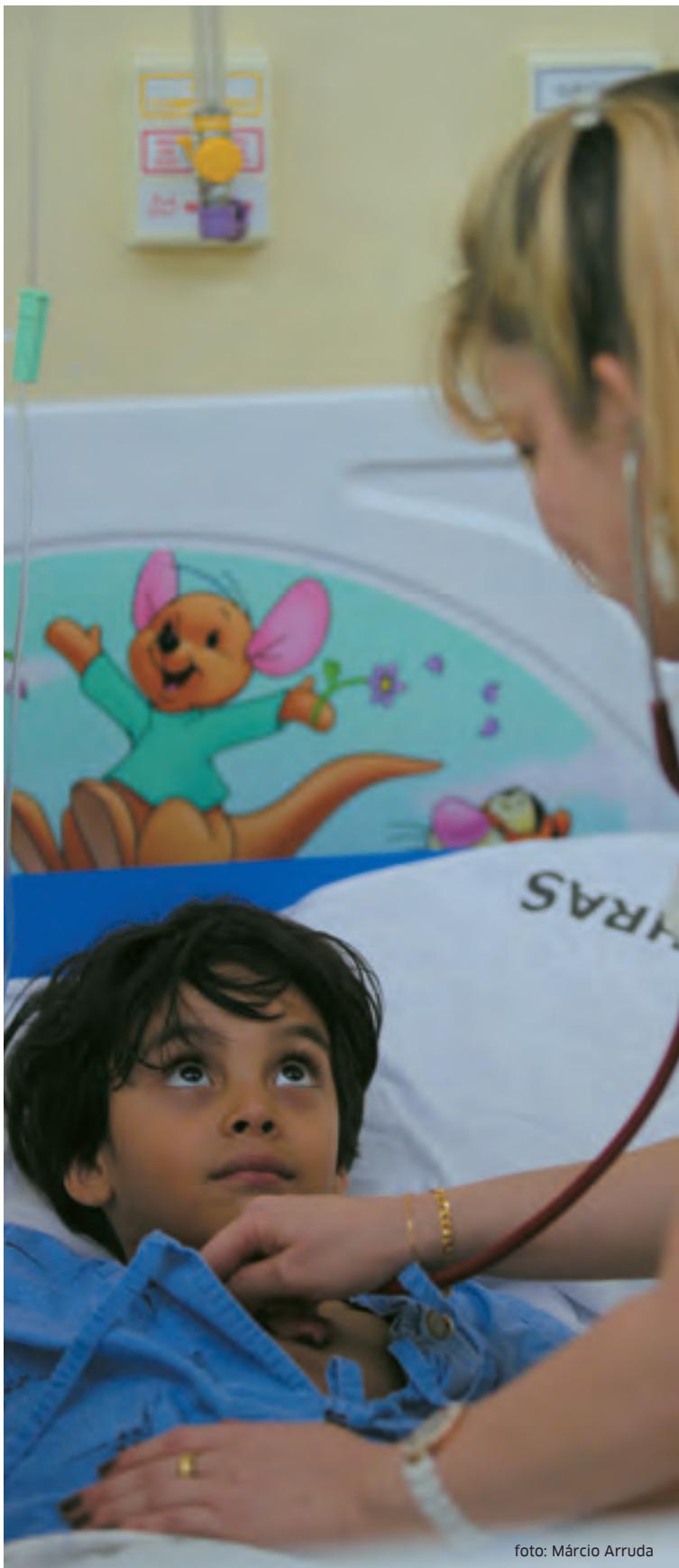


foto: Márcio Arruda

1**HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE**

A reflexão e a viabilização da humanização dos serviços de saúde em geral e da Medicina, em particular, implicam no reconhecimento respeitoso do valor da pessoa humana e de um aprofundamento no valor do cuidado de saúde aliado à sensibilidade humana diante do sofrimento humano. Essa é a premissa para a aspiração da construção de um profissional da saúde comprometido com o bem da pessoa humana fragilizada pela doença, na efetiva promoção de sua saúde, ao considerar a pessoa em sua inteireza física, psíquica, social e espiritual.

Sob a perspectiva mecanicista, a doença foi entendida equivocadamente como “desvio de variáveis biológicas em relação à uma normalidade”. A doença, sob esse prisma simplificado, firmou o distanciamento entre mente e corpo, objeto e sujeito, deixando de considerar aspectos sociais, psicológicos, entre tantos outros aspectos complexos do humano. Apesar dos avanços tecnocientíficos, a relação médico-paciente, por decorrência, se dicotomizou, em várias instâncias, mas sobretudo na incompreensão dos profissionais médicos na esfera comunicacional desta relação.

O avanço da prática médica, do ponto de vista humanístico, permite o desenvolvimento da responsabilidade do médico para com seu paciente no que tange à coparticipação em direção ao alcance dos melhores resultados. Propõe-se, então, a passagem de um modelo até então unidirecional para bidirecional, em que ambos os sujeitos interajam no encaminhamento do processo doença/saúde. A abertura comunicacional exige mudança de postura do profissional médico no intuito de estabelecer com seu paciente e sua equipe de trabalho uma condição relacional empática e autenticamente participativa. A valorização exacerbada e reducionista de “ciência” enfraqueceu a riqueza da experiência pessoal.

O redimensionamento de pressupostos da prática médica para o século XXI permite estabelecer novo enfoque da relação médico-paciente, em que se torne possível o alcance em maior grau da compreensão de cada um de per se e do outro, desencadeando, o crescimento da história pessoal dos envolvidos. Trata-se, na realidade, de um movimento de compreensão e interpretação de si mesmo e do outro, tendo como base “a parceria”. E é a partir dessa proposta que o caminho terapêutico humanizado se desenha. O projeto de humanização desta prática, em suma, contempla o desenvolvimento de novas competências, ou seja, implica considerar o avanço tecnológico como recurso precioso sim, mas não um fim em si mesmo, aliado à construção de relações interpessoais saudáveis.

2**POLÍTICAS PÚBLICAS DE HUMANIZAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE**

Melhorar o atendimento no Sistema Público de Saúde Brasileiro e diminuir as reclamações em relação ao desrespeito, à dignidade humana frente à vulnerabilidade do sofrimento e da doença são grandes desafios ainda a serem enfrentados pelas autoridades sanitárias brasileiras. Em nosso país, o Ministério da Saúde, aprovou a Portaria n. 1820, de 13 de agosto de 2009, que “dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde nos termos da legislação vigente” (Art. 1º), que passam a constituir a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” (art. 9º), publicada no D.O.U, 14 de agosto de 2009.

Trata-se de uma verdadeira carta para o exercício da cidadania no âmbito dos cuidados e serviços de saúde. Espera-se que não fique somente no papel como uma declaração de boas intenções simplesmente. Com vigilância cidadã pode se transformar num instrumento fundamental na humanização dos cuidados de saúde.

O artigo 4º e parágrafo único afirmam: “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos. Parágrafo único: É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou de deficiência, garantindo-lhe: III - nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações, o seguinte: (...) d) aos seus valores éticos, culturais e religiosos; (...) g) o bem estar psíquico e emocional; X - a escolha do local de morte; (...) XIX - o recebimento de visita de religiosos de qualquer credo, sem que isso acarrete mudança na rotina de tratamento e do estabelecimento e ameaça à segurança ou perturbações a si ou aos outros”.

Interessante o Art. 5º quando afirma que “Toda pessoa deve ter seus valores, cultura e direitos respeitados na relação com os serviços de saúde, garantindo-lhe: (...) VIII - o recebimento ou recusa à assistência religiosa, psicológica e social.

Do exposto da portaria do Ministério da Saúde sobre os direitos e deveres dos usuários do sistema de saúde, a questão religiosa é vista de forma positiva, reconhecida como uma necessidade humana que aponta para cuidados aos quais o doente tem direito.

Há um cansaço na cultura contemporânea em relação à medicina que reduz o ser humano meramente à sua dimensão biológica orgânica. Vamos dar um basta na atuação de profissionais “mecânicos e insensíveis”, clama-se por profissionais “humanos e sensíveis”. O ser humano é muito mais do que sua materialidade biológica. Poderíamos dizer que esse cansaço provocou uma crise da medicina técnico-científica que favoreceu o nascimento de um novo modelo - o do paradigma biopsicossocial. É a partir dessa virada antropológica que se pode introduzir a dimensão espiritual do ser humano como uma dimensão fundamental do ser humano, que necessita ser valorizada, implementada no âmbito de cuidados na esfera da saúde.

É importante lembrar que a Associação Médica Mundial, na “Declaração sobre os Direitos do Paciente” (2005) diz que “O paciente tem o direito de receber ou recusar conforto espiritual ou moral, incluindo a ajuda de um ministro de sua religião de escolha”. A dimensão da espiritualidade é fator de bem estar, conforto, esperança e saúde, e precisamos urgentemente que nossas instituições de saúde se organizem no atendimento desta necessidade humana.

3**CUIDAR DA VIDA MARCADA PELA DOR E SOFRIMENTO**

A humanização do cuidado da saúde, da dor e do sofrimento humanos, para além da dimensão de “mistério” portadora de difíceis interrogações existenciais não raramente sem respostas ao porquê, sempre exigem um cuidado que alie competência técnico-científica e humanismo samaritano. Um dos objetivos fundamentais da medicina desde os tempos hipocráticos é justamente minorar o sofrimento humano causado pelas doenças. Com o fantástico progresso da medicina high tech, chegou-se à ilusão de pensar que a gestão técnica da dor seria a solução, mas, além de ser um problema de ordem técnica, a dor e o sofrimento situam-se na esfera ética, e devem ser considerados nas suas várias interfaces, de ordem física, psíquica, social e espiritual. O desenvolvimento e implementação da filosofia dos cuidados paliativos, que se constitui num clamor unânime de todas as partes envolvidas nesta discussão, é num grande lance de esperança para um cuidado digno das pessoas que têm dor e sofrimento atrozes causados por doenças crônico-degenerativas, ou que estejam na fase final de vida.

A dor e o sofrimento humanos no nível fenomenológico enquanto sintomas dolorosos exigem uma intervenção urgente e por vezes emergente, além de cuidados médicos, atuação de toda a equipe de saúde. Lembramos uma preciosa afirmação da exortação apostólica *Salvifici Doloris* de João Paulo II, ao afirmar que “o sofrimento humano suscita compaixão, inspira também respeito e, a seu modo, intimida. Nele, efetivamente, está contida a grandeza de um mistério específico”.

Refletimos objetivamente sobre o sentido desta afirmação. O sofrimento suscita compaixão, isto é, empatia traduzida em ação solidária e não somente uma exclamação anestesiadora de consciência: “que pena”, “que dó”. A indiferença simplesmente mata a vida e também é um fator desumanizante que aumenta mais a dor e o sofrimento. O sofrimento suscita respeito também. Em quem muito sofre acabamos criando uma auréola de sacralidade. Uma criança que nasce com sérios problemas genéticos, por exemplo, os cuidadores profissionais não se intimidam em dizer “é um (a) santinho (a)”. O sofrimento igualmente nos infunde temor, medo, porque nos vemos como que num espelho nossa fragilidade, vulnerabilidade e mortalidade, dimensões de nossa existência humana que nem sempre gostamos de lembrar.

Cuidar da pessoa fragilizada não a reduzindo a um mero corpo biológico, pura e simplesmente é um grande desafio. Uma visão holística, multi, inter e transdisciplinar, é imperiosa. O ser humano é um todo uno um nó de relações. Ser gente é possuir corpo, é ter um psiquismo e coração, é conviver com os outros, é cultivar uma esperança e crescer na perspectiva de fé em valores humanos.

É zelando, promovendo e cuidando desta unidade vulnerável pela dor e sofrimento que estaremos sendo instrumentos de vida digna. Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano do outro, torna-se um radar de alta sensibilidade, se humaniza no processo e além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida humana não é um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido com alegria e partilhado solidariamente com os outros.

4

ÉTICA DO EXEMPLO NO MUNDO DA SAÚDE!

Precisamos repreender a reverenciar os mestres que fazem diferença em nossa sociedade, pela causa que abraçaram e que são sempre inspiração de esperança e vida. Nessa busca encontramos Adib Jatene, cirurgião cardiologista brasileiro. Nasceu no interior do Acre, Xapuri, o pai morreu cedo, a mãe tinha dificuldades para se sustentar. Veio para São Paulo, ingressou na Faculdade de Medicina da USP e chegou a ser professor-titular, secretário de saúde do município de São Paulo e também Ministro da Saúde.

Ao olhar para a sua trajetória histórica de vida, Adib vê três mestres que lhe ajudaram. Quando criança, seu primeiro professor era cego de nascença. “Vi como um cego era capaz de aprender, superando dificuldades”. Com ele, Adib desenvolveu o raciocínio lógico-matemático. Diz ele “Aprendi matemática pelos olhos de um cego. Imagine a força que isso tem para mim”.

O segundo mestre de vida de Jatene foi o Dr. Euryclides Zerbini, pioneiro nos transplantes no Brasil, conhecido carinhosamente como “o operário do coração”, que integrou Adib em sua equipe de cirurgia cardíaca. Diz Jatene: “Mudou minha vida. Meu plano era me formar em saúde pública e voltar para o Acre”. Zerbini criou um ambiente efervescente de pesquisas cardíacas, das quais Jatene participava. Assim como a técnica, Zerbini deixou um pensamento sempre presente na vida de Jatene e principalmente nos momentos mais difíceis: “Não há nada que resista ao trabalho.” Guardamos dele a mensagem de que suas realizações profissionais eram fruto de 99% de transpiração e 1% de inspiração e talvez genialidade. Portanto, todos nós temos a possibilidade de sermos gênios nesta ótica. Aqui temos uma lição a aprender.

O terceiro professor de Jatene foi Dante Pazzanese que além dos conhecimentos científicos, também Jatene eterniza um pensamento que revela muita sabedoria de vida: “Ele me dizia que devemos sempre combater dois sentimentos: a inveja, que não nos deixa reverenciar quem é melhor do que a gente, e a vaidade, que nos faz esquecer que sempre temos algo a aprender com as pessoas”.

Milagres acontecem em nossas vidas quando nos deixamos guiar pela bússola da ética, do humanismo e da solidariedade. Transformações e crescimento consistentes quer sejam, na esfera pessoal, como profissional ou institucional, são sempre frutos de muita dedicação e perseverança, de se levantar nas quedas, aprender humildemente com os erros e planejar estrategicamente o futuro.

Temos a profunda convicção de que o “capital humano” é o maior patrimônio de uma organização e deve ser artisticamente cuidado. Não basta apenas fazermos as coisas na sua forma corretamente prescrita. Muitos o fazem até com perfeição, utilizando-se de refinadas técnicas, mas sem humanismo e ética.

É preciso fazê-lo com beleza, elegância, ternura e encantamento com a vida. Além da competência técnica, o desafio é sempre aliar competência humana e ética. Precisamos de líderes desta estirpe, com este compromisso. Portanto, livre-nos Senhor dos educadores e gestores cínicos, como bem definiu Oscar Wilde, daqueles que “sabem o preço de tudo e o valor de nada” e que, consequentemente, a partir de suas ações sacralizam as “coisas” e coisificam pessoas, esquecidos de que as “coisas” podem ter preço, mas as pessoas possuem dignidade. Sejamos vigilantes em não permitir que sejamos roubados em auto realização humana e profissional.

“O sofrimento humano suscita compaixão, inspira também respeito e, a seu modo, intimida. Nele, efetivamente, está contida a grandeza de um mistério específico.”

João Paulo II



5

REDESCOBRIENDO O VALOR DA HOSPITALIDADE HOJE

A indiferença em relação ao outro, simplesmente mata! Ela é uma marca terrível de nossa sociedade urbana em vias de globalização excludente. Para nos contrapormos a esta cultura de morte temos que descobrir o valor da acolhida e da hospitalidade. Reflitamos ainda que brevemente sobre o sentido dos valores hoje, e da hospitalidade em particular.

Somos seres capazes de valorar, de emitir juízos sobre o valor de algo. Frente a uma novidade dificilmente deixamos de valorar, positiva ou negativamente. Os valores são uma linguagem muito própria da sociedade contemporânea, secular e plural. Os educadores falam hoje do grande desafio de “formação em valores”. Existem muitos valores, e sobre os mais importantes, todos concordamos. Ninguém pensa que a injustiça seria um valor positivo e a justiça um valor negativo! E o que dizemos da justiça vale para a paz, a solidariedade, a espiritualidade, a verdade, o amor, a saúde, a vida, o bem estar, entre tantos outros valores, os quais são claramente universais.

A hospitalidade mais que uma obra de misericórdia ou como um ato de caridade é algo valioso “em si”, significando que tem um “valor intrínseco”. Ocorre o mesmo com a justiça, a paz e a solidariedade. Não podemos conceber uma sociedade em que não haja paz, ou justiça ou solidariedade, em que os seres humanos não se ajudem uns aos outros em suas necessidades. Sem estes valores estamos diante de uma sociedade inumana.



foto: Márcio Arruda

Segundo Diego Gracia, bioeticista espanhol, temos dois tipos de valores, os “valores intrínsecos”, como vimos anteriormente, e “valores instrumentais”. Estes últimos tem valor, somente em referência aos primeiros. O remédio, por exemplo, é valioso enquanto está a serviço de outro valor, o da saúde, de combater a dor e/ou sofrimento. Se não nos ajuda para termos uma saúde melhor, dizemos que “não vale para nada”. Os valores instrumentais estão a serviço dos valores intrínsecos. Estes nos apontam para os fins e sentido maior da vida humana.

É a partir do mundo dos valores que adquire sentido outro mundo, o dos “deveres”, ou seja, o âmbito próprio da ética. Nossa obrigação moral consiste sempre em promover a realização dos valores positivos e evitar aqueles negativos. Por que não temos paz plena entre nós, nosso dever consiste em procurar torná-la possível, concreta. O mesmo pode-se dizer da hospitalidade, não é somente um valor, mas também um dever, portanto um compromisso moral. Os valores se originam sempre no nível pessoal e acabam objetivando-se numa sociedade. O depósito de valores intrínsecos de uma sociedade é o que chamamos de “cultura”, e o conjunto de valores instrumentais, “civilização”. Os valores possuem um apelo utópico e pertence à utopia de nos transportar a horizontes cada vez mais altos e abertos. Sua função é nos desinstalar e fazer andar. Eles se assemelham às estrelas: nunca serão alcançadas por nós, mas orientam os navegadores e iluminam e encantam nossas noites!

Vivemos numa civilização com muitos instrumentos técnicos que facilitaram muito nossas vidas (celular, internet, carro, avião, etc.), porém esta não é a sociedade mais “culto da história”. Nossa sociedade ocidental a partir do século XVIII optou pelos valores instrumentais técnicos, com o consequente endeusamento da técnica caindo na “tecnolatria”, em detrimento dos valores intrínsecos. Aqui surge a necessidade de promover os valores intrínsecos, que mais que lhe dão sentido e possibilidade de viver. Um destes valores é o valor da hospitalidade.

6

COMO PROMOVER A HOSPITALIDADE?

Os desafios para a promoção da hospitalidade são idênticos aos da promoção de qualquer outro valor intrínseco. Ao longo da história, procurou-se promover os valores a partir de três estratégias: 1) Doutrinamento. Foi o que todos nós aprendemos no catecismo. Trata-se de transmitir o valor de umas gerações para outros, dos velhos para os jovens, a fim de que o depósito de valores não se perca. Não procura entender, nem discutir o conteúdo do depósito, mas obedecer. Obediência cega freia o critério deste modo de formar em valores é impróprio para pessoas adultas. 2) Nos últimos tempos ante o fenômeno da secularização e do pluralismo, em que nos defrontamos sempre mais com “estranhos morais” que com “amigos morais” se generalizou outra tática. A educação em valores foi reduzida a um mero processo de “informação” sobre eles, evitando-se qualquer tipo de envolvimento, juízo crítico ou opinião, seja de uma postura ou outra. A tese que impera hoje é a da “neutralidade” axiológica de quem educa. Educar seria simplesmente informar, preservando a completa neutralidade do educador!

Para Diego Gracia, bioeticista espanhol, nenhuma destas duas estratégias é a correta. Precisamos aprender a deliberar em relação aos valores, tanto individual como coletivamente. Aqui nasce a terceira postura “a atitude deliberativa”, que não é impositiva e advoga a neutralidade. “Formar nesta nova atitude é uma das questões mais graves e urgentes do momento atual. A formação em valores é muito complexa, porque diz respeito à dimensão mais profunda de todos os seres humanos”, diz Gracia.

O processo de formação pode ser de três tipos quanto aos objetivos: 1) o conhecimento teórico – permanece simplesmente a formalidade da teoria e estes são os mais fáceis de abordar. Até idades avançadas podemos adquirir conhecimentos. 2) adquirir habilidades – Diferenciam-se dos anteriores por serem práticos e situarem-se nos mundo das relações concretas entre humanos. Adquirem-se não através do estudo teórico, mas da prática, do tirocínio e exercícios. Sabemos que a habilidade do sistema nervoso em adquirir novas habilidades se perde muito rapidamente ao longo da vida. Na área do cuidado dos enfermos, por exemplo, não basta conhecimento teórico, de como cuidar, ou ter competência técnica e humana, somente deste nível teórico é necessário adquirir destreza instrumental e prática e o que conta são as habilidades humanas da arte de cuidar. 3) trabalhar as atitudes e/ou caráter da pessoa. São os mais profundos, se adquirem muito cedo na vida (criança na relação com os pais e avós) e permanecem indeléveis durante toda a vida. O desafio de educar em valores é que tem a ver com estes três níveis, ou seja, com conhecimentos teóricos, habilidades práticas e atitudes e/ou caráter das pessoas. Daí a necessidade que a educação em valores se inicie desde a mais tenra idade. Nas pessoas adultas, as atitudes básicas e as características de caráter não podem se modificar facilmente, a não ser através dos conhecimentos e habilidades. Nisto consiste o procedimento que Gracia denomina de “deliberação”, como sendo “um procedimento intelectual, racional, que nos torna conscientes dos valores que assumimos de modo inconsciente em nossa infância e juventude, e que devemos reafirmá-los ou corrigi-los, e em qualquer caso, analisá-los criticamente e assumi-los de modo autônomo e responsável”. É a partir deste método de educação em valores, exigente e desafiador para a pedagogia contemporânea, que temos de promover a hospitalidade.



foto: Márcio Arruda

BIBLIOGRAFIA

BERTACHINI, I. & PESSINI (Orgs). *Encanto e responsabilidade no cuidado da vida. Lidando com questões éticas difíceis em situações críticas e de final de vida*. São Paulo: Edições Paulinas, 2010.

GRACIA, Diego. *La questão del valor. Discurso de Recepción del Académico Excmo. Sr. D. Diego Gracia Guillén - Real Academia de Ciencias Morales Y Políticas*. Session de dia 11 de enero de 2011. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales e Políticas, 2010.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, CP.; *Problemas atuais de Bioética*. 10. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012.

REVISTA SÃO CAMILO NO BRASIL. *Editoriais elaborados pelo Presidente das Organizações Camilianas Brasileiras, Leo Pessini, ao longo dos anos 2011 e 2012*. São Paulo: Província Camiliana Brasileira, 2013.

SOBRE OS AUTORES

//Leo Pessini

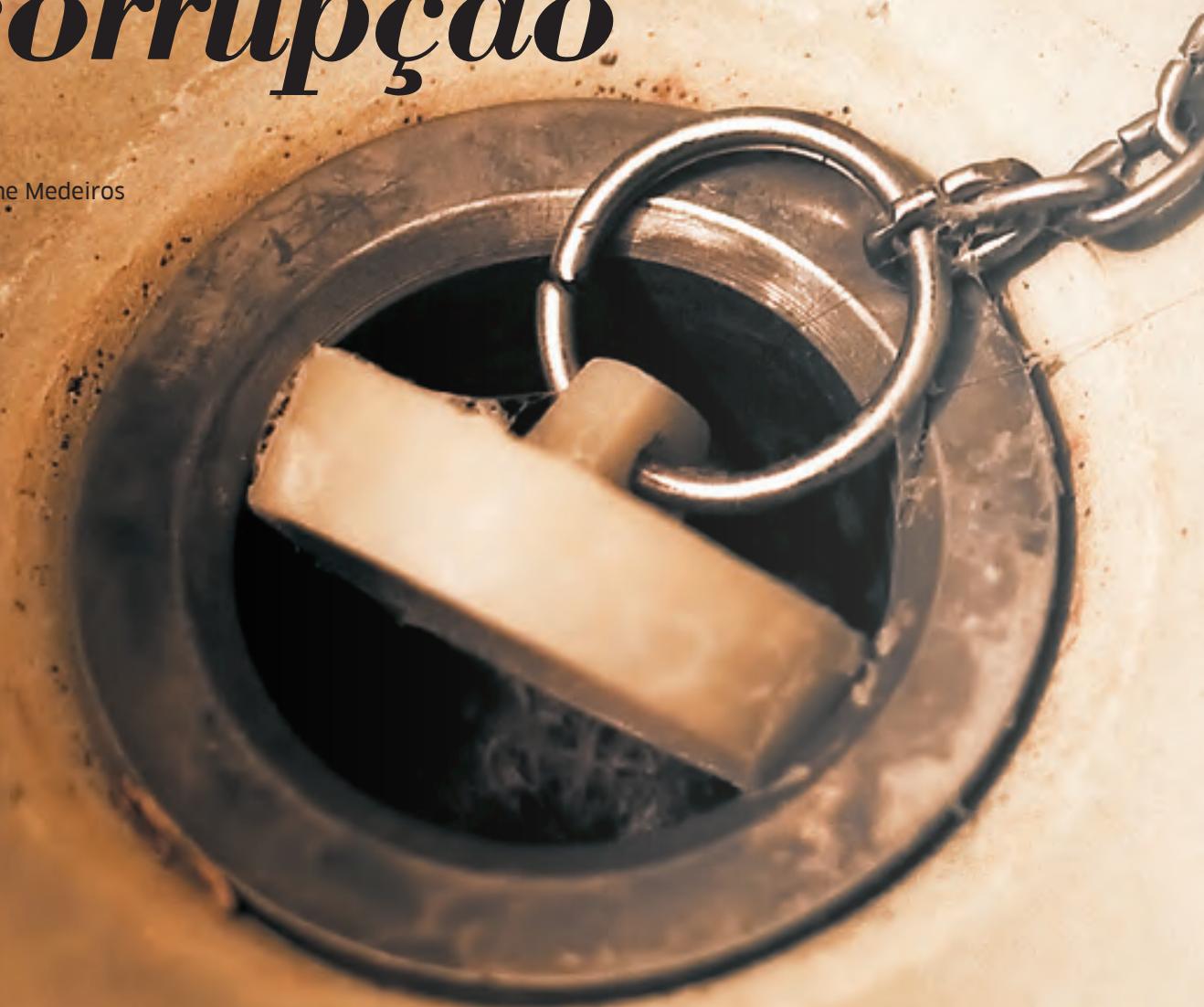
Doutor em Teologia Moral/Bioética. Professor no programa de pós-graduação em bioética (mestrado, doutorado e pós-doutorado do Centro Universitário São Camilo. Autor de inúmeras obras no âmbito da Pastoral da Saúde e Bioética, entre outras co-organizador de: Bioética em tempo de incertezas (São Paulo: Edições Loyola, 2010). Atualmente é o Presidente das Organizações Camilianas Brasileiras (2010-2013).

//Luciana Bertachini

Mestra em Fonoaudiologia pela UNIFESP (SP). Doutoranda em Bioética pelo Centro Universitário São Camilo (SP). Autora de várias obras no âmbito da humanização da saúde entre outras coautora e co-organizadora de Humanização e cuidados paliativos 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2012 e Encanto e responsabilidade no cuidado da vida lidando com questões éticas críticas de final de vida. São Paulo: Edições Paulinas, 2010. Ouvidora Geral da União Social Camiliana.

O ralo fenomenal da corrupção

//Rejane Medeiros





A corrupção tem semelhança com o processo da doença: ambas atacam estruturas saudáveis, levando-as a um estado de degradação que repercute em várias esferas: física, moral, espiritual. Pode ser classificada como uma mudança, segundo Aristóteles, que “vai de algo ao não-ser desse algo”, modificando a ordem natural das coisas, provocando desvios. Quando ocorre no seio do Estado, a corrupção canaliza para uso privado recursos que deveriam ter destino público e, além das perdas econômicas, tira a credibilidade dos sistemas políticos. Apesar de ser uma prática corrente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, não é exclusiva dessas nações. Também não é um mal recente, como mostra a história.

Para a tradição judaico-cristã, Adão e Eva foram os primeiros corrompidos da humanidade. E se os dois não tinham antídotos contra o veneno destilado pela serpente, temos hoje várias vacinas contra a corrupção no setor público, como leis mais rigorosas e a transparência. O problema é que nenhum dos remédios tem eficácia plena. Assim como a doença, a corrupção pode aparecer onde menos se espera.

Materializada em pequenos e grandes atos, a corrupção está mais associada à definição do Dicionário de Política, organizado por Norberto Bobbio, que

a define como “o fenômeno pelo qual um funcionário público é levado a agir de modo diverso dos padrões normativos do sistema, favorecendo interesses particulares em troca de recompensas”.

Esse tipo de corrupção, segundo o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (Unodc) e o Banco Mundial, causa um prejuízo anual de US\$ 40 bilhões aos países em desenvolvimento. De acordo com levantamento da Organização das Nações Unidas (ONU), 30% dos recursos enviados para esses países como assistência são desviados.

“Isso se traduz em pontes, hospitais e escolas que nunca foram construídos, e em pessoas que vivem sem o benefício desses serviços”, repete constantemente o secretário-geral da ONU, Ban Ki-moon, que desde 2007, quando assumiu o posto, tem colocado essa discussão em primeiro plano. A ONU argumenta ainda que a corrupção prejudica os direitos humanos e é um impedimento para que - até 2015 - sejam alcançados os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), cujas metas dizem respeito à redução da pobreza.

ESCALA PLANETÁRIA

Durante painel realizado em março de 2013, na Suíça, sobre o impacto negativo da corrupção, a chefe de Direitos Humanos da ONU, Navi Pillay, afirmou que o dinheiro desviado é suficiente para alimentar 80 vezes todas as pessoas que passam fome no mundo. Disse, também, que propinas e roubos aumentam em 40% o custo de projetos para oferecer água potável e saneamento em todo o mundo.

Nas contas da representante da ONU, de 2000 a 2009, os países em desenvolvimento perderam US\$ 8,44 trilhões para fluxos financeiros ilícitos – o equivalente a 10 vezes a ajuda externa que recebem. “A corrupção é um enorme obstáculo para a implementação de todos os direitos humanos em todas as esferas: civil, política, econômica, social e cultural”, reforçou Navi.

A ONU passou a se preocupar mais com os efeitos nocivos da corrupção a partir dos anos 1990, quando se formou um consenso na comunidade internacional de que os desvios de recursos públicos contribuíam para o aumento da pobreza e prejudicava as relações comerciais.

Em 2000, a Assembleia Geral da ONU estabeleceu um comitê para propor uma Convenção, que foi assinada em 9 de dezembro 2003 por mais de 110 países, incluindo o Brasil, entrando em vigor dois anos depois. Atualmente, 165 países fazem parte da Convenção, que está sob a responsabilidade do Unodc.

Como forma de dar efetividade aos novos dispositivos, o Unodc criou o “Programa Global Contra a Corrupção”, que ajuda os países membros a elaborar políticas anticorrupção e, anualmente, a cada dia 9 de dezembro, promove o Dia Internacional de Combate à Corrupção.

A Convenção foi o primeiro instrumento global a obrigar os Estados a prevenir e a criminalizar a corrupção, a lavagem de dinheiro e a obstrução à Justiça. Ela também prevê a cooperação internacional, com assistência técnica e troca de informações, assim como exige a recuperação dos ativos roubados.





“A corrupção é um enorme obstáculo para a implementação de todos os direitos humanos em todas as esferas: civil, política, econômica, social e cultural”

ESFORÇO BRASILEIRO

No Brasil, o texto da ONU consubstanciou-se no Decreto 5.687/06, promulgado em janeiro de 2006 com força de emenda constitucional. A Convenção traz várias definições do que é considerado crime de corrupção e faz recomendações aos países. A legislação brasileira já atendia parte das recomendações feitas, mesmo assim, foram tomadas algumas medidas de adequação.

Uma delas foi a criação do Programa Nacional de Capacitação e Treinamento para Combate à Corrupção e à Lavagem de Dinheiro (PNLD) e a apresentação de projetos de lei de tipificação de organizações criminosas, de enriquecimento ilícito e de definição de terrorismo e seu financiamento. O Banco Central também emitiu uma circular estabelecendo procedimentos que devem ser observados pelas instituições financeiras caso tenham entre seus clientes agentes públicos qualificados como Pessoas Politicamente Expostas.

Além dessas medidas, foram aprovadas duas leis que deram mais transparência à coisa pública. Uma foi a Lei Complementar 131/09, que obriga os entes da federação a publicar todas as suas despesas, assim como o serviço prestado e o beneficiário do pagamento. A outra foi a Lei de Acesso à Informação (12.527/11), que em maio completou um ano de vigência. Também há o Portal da Transparência, que desde 2010 atualiza diariamente todas as despesas da União.

Ainda está em tramitação o projeto de lei 6826, enviado pelo governo em 2010, que responsabiliza as empresas acusadas de corromper os servidores, geralmente em situações relacionadas a contratos superfaturados. O projeto, já aprovado na Câmara dos Deputados em abril deste ano, agora segue seu percurso no Senado.

Pela proposta, as empresas devem devolver aos cofres públicos os prejuízos causados por atos ilícitos, além de pagarem multas que vão de 0,1% a 20% do faturamento bruto anual, com limite mínimo de R\$ 6 mil e máximo de 6 milhões. As empresas também ficarão sujeitas à perda de bens e à suspensão ou à interdição parcial das suas atividades.

O projeto é bem-vindo. "Assim como a Lei Complementar 131/09 e a lei 12.527/11, este projeto de lei será mais um mecanismo de combate à corrupção, pois hoje as empresas têm conseguido fugir das punições. Assim que são acusadas, o empresário diz 'já afastamos o funcionário, que agia em causa própria e não em nome da empresa' e assim se safam. Mesmo quando a empresa é atingida, muitas vezes fecha e os sócios abrem nova razão social. Então, é preciso alcançar o corruptor", defende um dos fundadores e secretário da ONG Contas Abertas, Gil Castelo Branco.

"Existe um esforço realmente dirigido ao combate à corrupção, que talvez antes não existisse", argumenta a Procuradora Regional da República, Mônica Nicida Garcia. Ela avalia que o país está em uma situação relativamente confortável, com reconhecimento internacional da solidez das instituições, como o Ministério Público e a Controladoria Geral da União, e com uma estrutura equilibrada de poderes prevista na Constituição Federal.

Outra proposição em tramitação, desta vez com o objetivo de reduzir as fraudes no SUS, é o Projeto de Lei do Senado 174/11, de autoria do senador Humberto Costa (PT/PE), que institui a Lei de Responsabilidade Sanitária. Quando ministro da Saúde, Costa denunciou esquema de corrupção na compra de hemoderivados, foi envolvido nas denúncias e, depois, absolvido.

Além de uma legislação abundante, o Brasil também conta com variadas formas de controle interno, como o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), os sistemas de auditoria dos estados e municípios e a Controladoria Geral da União (CGU). Há, também, o controle externo, realizado pelos Tribunais de Contas, e o controle social, praticados pelos conselhos municipais, estaduais e nacionais de saúde.

OS NÚMEROS DENTRO DE CASA

Apesar das instituições sólidas e da legislação abundante, os casos de corrupção no Brasil continuam a minar a confiança da população na democracia (veja ao lado a lista dos escândalos dos últimos 20 anos). A CGU, só para citar um órgão de controle, não para de apontar casos de desvios. De 2002 a 2012, o órgão realizou 17.727 tomadas de contas especiais (TCEs).

Destas, 13.611 (76,7%) foram consideradas irregulares e correspondem a um desvio de R\$ 9,171 bilhões dos cofres públicos.

As TCEs são um procedimento usado pela administração pública para tentar receber de volta o que se perdeu pelo caminho da corrupção. Tecnicamente a CGU prefere dizer que esses bilhões desviados são recursos "com potencial retorno aos cofres públicos". Depois de realizada, a TCE é encaminhada ao Tribunal de Contas da União, que é quem poderá emitir o título executivo obrigando o responsável pelo desvio a fazer o pagamento.

Entre os problemas encontrados pela CGU, os principais são omissão do dever de prestar contas, irregularidade na aplicação dos recursos, não cumprimento do objeto conveniado, prejuízos causados por servidor ou empregado público, não aprovação da prestação de contas e irregularidades na cobrança de procedimentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os ministérios da Saúde, Educação e Integração Nacional respondem por 58,67% dos processos de TCE, sendo responsáveis por 59% dos recursos envolvidos. Só no Ministério da Saúde estão 34% (R\$ 3,12 bilhões) dos que foram desviados e detectados pelas TCE nos últimos 10 anos.

Além das TCE, a CGU também realiza fiscalizações nos municípios a partir de sorteios. Os números também não são diferentes. Desde 2003 foram fiscalizadas 1.965 prefeituras. Em 75% delas, foram encontrados problemas graves em licitações envolvendo recursos federais.

RADIOGRAFIA DO PROBLEMA

O professor de economia da Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro, Claudio Ferraz, resolveu esmiuçar como essa corrupção ocorre e conseguiu fazer uma radiografia das principais práticas. Ele analisou as auditorias realizadas pela CGU - entre 2001 e 2003 - e além de confirmar que mais de 70% das prefeituras fiscalizadas eram corruptas, também radiografou os tipos de desvios mais comuns.

Entre os problemas encontrados estão a criação de empresas fantasmas e a simulação de processos de licitação. Em Itapetinga, na Bahia, o aviso de licitação para compra de merenda escolar era feito apenas uma hora antes do prazo final. O vencedor, não por coincidência, era sempre a mesma empresa, cujos donos tinham fortes laços com a administração local.

Outra forma de desviar recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Atenção Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (Fundeb) é o contrato de empresas de capacitação, que cobram muito para treinar poucos professores ou que recebem por serviços um preço muito além do praticado no mercado. Há casos de prefeituras que afirmam pagar abonos aos docentes, mas não apresentam comprovantes. Questionados, os professores relataram que nunca foram agraciados com os benefícios.

No caso da saúde, os principais problemas estão relacionados às licitações para compra de medicamentos. Há casos que também envolvem equipamentos, que ficaram encaixotados. Também foi constatado que em algumas cidades, onde deveria funcionar o programa Saúde da Família, a maioria dos moradores entrevistados nunca foi visitada por uma equipe.

Em Capelinha (MG), o Ministério da Saúde transferiu R\$ 321,7 mil para o Programa de Atenção Básica e os auditores do CGU comprovaram a existência de recibos falsos no valor de R\$ 166 mil. Os produtos comprados nas transações nunca foram entregues.

Na análise feita por Ferraz, mais da metade dos casos de irregularidade acontecem nas áreas de educação (27%) e saúde (25%). Em seguida, aparecem obras de saneamento (7%) e recursos destinados à agricultura (4%). Confirma-se, aqui, o que diz o secretário-geral da ONU, a corrupção atinge, principalmente, atividades e serviços que beneficiam a população mais carente.

Para demonstrar essa relação, Ferraz, em parceria com Frederico Finan, da Universidade Berkeley (Estados Unidos) e Diana Moreira, do Banco Mundial, cruzou os relatórios feitos pela CGU em 365 municípios com os resultados da Prova Brasil, que mede o desempenho em português e matemática dos alunos do 5º ao 9º ano. Eles descobriram que nas cidades onde há corrupção na educação a nota dos alunos cai até 12 pontos. O abandono escolar e a repetência também são mais altos onde há desvio dos recursos da educação.

UMA META PARA 2015

Os constantes escândalos de corrupção levam a uma percepção de que a prática é generalizada. E, apesar das várias instâncias de controle existentes e das inúmeras leis punindo o desvio de verbas públicas, o Brasil ocupa a 69º posição, num conjunto de 176 países, em ranking elaborado pela ONG Transparéncia Internacional sobre a percepção de corrupção. O índice é elaborado a partir de análise documental e entrevistas com empresários e analistas. Os países que ocupam o primeiro lugar são Dinamarca, Finlândia e Nova Zelândia. Nos últimos estão o Afeganistão, a Coreia do Norte e a Somália.

Mas não são apenas os formadores de opinião que acham ser a corrupção um grave problema para o Brasil. Em seu site, a ONU mantém uma enquete na qual as pessoas votam sobre o que deve constar como metas da agenda mundial após 2015, quando termina o prazo estabelecido na Declaração do Milênio. Os brasileiros acham que um governo honesto e atuante deve ficar como segunda meta, ficando atrás, apenas, de uma educação de qualidade. Em âmbito mundial, um governo menos corrupto está como terceira meta, a segunda é melhoria nos serviços de saúde.

foto: Márcio Arruda

58
MAI/AGO 2013

SUS: utopia irrealizada?

Criado pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem o objetivo de oferecer acesso universal, integral e gratuito à assistência para todos os brasileiros a partir da descentralização dos seus recursos e serviços. No entanto, entre o ideal do marco legal – ainda hoje apontado como referência internacional – e a prática diária, existe um fosso a ser superado.

Passados quase 25 anos, a universalização com qualidade ainda está para ser alcançada. Além disso, o SUS é apontado como um foco permanente de casos de corrupção. De acordo com pesquisa divulgada pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) no começo deste ano, a corrupção é a causa mais citada para o baixo índice, ou ineficiência, dos investimentos do governo na área da saúde. Na avaliação da médica Lígia Bahia, professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro, os problemas começaram logo após a promulgação da nova Carta Magna.



"Aprovaram um sistema regionalizado, mas não garantiram o financiamento. Isso acabou transformando os municípios em grandes compradores de serviços de saúde, sem que houvesse um controle adequado", argumenta. Para ela, um dos grandes problemas é a terceirização dos serviços, que foi uma forma encontrada pelos governos para fugir das amarras da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Lígia Bahia levanta dúvidas quanto à capacidade das organizações sociais e cooperativas oferecerem um serviço mais barato do que a administração direta pode oferecer. Ela, no entanto, diz não ter uma resposta para a questão. "É preciso que seja pensado um novo modelo para o SUS, a partir das especificidades brasileiras. Também temos de mudar as formas de controle, pois em alguns casos há superposição, o que acaba prejudicando a efetiva punição", avalia.

Para o médico Wladimir Taborda, que presidiu a Comissão de Avaliação de Execução de Contas das Organizações Sociais da Secretaria de Saúde de São Paulo de 2007 a 2011 e hoje presta consultoria a estados interessados em expandir e gerir o SUS por meio de OSSs, este modelo é mais eficiente, não só em termos de custos, como na humanização do atendimento.

"Dos R\$ 18 bilhões do orçamento anual do governo paulista para a saúde, R\$ 3 bilhões são recursos repassados para as OSSs, que administram 40 hospitais, 49 ambulatórios, um centro de referência de Idoso, quatro centros de reabilitação, três serviços de diagnósticos por imagem, três centros de análises clínicas, um centro estadual de armazenamento e distribuição de insumos de saúde e uma central de oferta de serviços de saúde", argumenta o médico. Ele argumenta que as OSS, em geral, produzem 30% a mais, registram um tempo médio de permanência 36% menor e têm custos mais baixos.

De acordo com a Coordenadoria de Gestão de Contratos de Serviços de Saúde do estado de São Paulo, o índice de satisfação dos usuários das unidades administradas por OSSs é de 90% entre bom e ótimo. "Esse é um modelo que ajuda a consolidar os 100%", reforça Taborda.

ESFORÇO MINISTERIAL

A presidente do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), Ana Costa, critica a lentidão dos municípios para criar seus Fundos de Saúde. "No início, todo mundo achava que os recursos do SUS eram infinitos e ninguém queria vinculá-los aos fundos. O dinheiro da Saúde passou a ser usado para tudo, até na construção de pontes. E o que já era pouco, diminuiu mais ainda", denuncia. Os Fundos também não eram administrados pelos secretários de Saúde. Em Brasília, até três anos atrás, o governador era o responsável por esses recursos.

O Ministério da Saúde argumenta que tem trabalhado para reduzir as fraudes. A compra centralizada de produtos estratégicos, negociação direta com fornecedores e o Banco de Preços teriam gerado uma economia de R\$ 1,7 bilhão, entre 2010 e 2011. Já a atuação do Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus) aumentou 34%, entre 2011 e

2012, quando foram realizadas 1.339 auditorias, que geraram ações de ressarcimento de R\$ 162,9 milhões. De 2009 até o ano passado, foram realizadas mais de cinco mil auditorias, que detectaram R\$ 916,6 milhões em fraudes.

O governo, no entanto, não conseguiu avançar na implantação do Cartão do SUS, que daria ao Ministério da Saúde condições de saber o que cada brasileiro consumiu em serviços de saúde mantidos pelo SUS. "O Ministério da Saúde já investiu mais de R\$ 2 bilhões comprando hardware e software para ter o cartão SUS e até hoje não tem", denunciou na primeira edição da Revista Medicina o médico e pesquisador Nelson Rodrigues dos Santos.

O cartão SUS não funciona porque os prefeitos não querem, sugere o promotor de justiça do Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, Diaulas Ribeiro. "Se houvesse (o cartão), quem prestasse serviços ao paciente receberia os recursos. Mas os prefeitos querem os recursos, mas não querem prestar os serviços que esses eles financiam", conclui. O Ministério da Saúde argumenta que, aos poucos, o Cartão SUS está sendo implantado. As Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) agora só são pagas se o prestador do serviço apresentar o número do Cartão SUS do paciente. Desde novembro de 2011 também foi criada a Carta SUS, enviada aos pacientes que sofreram internações hospitalares. O objetivo é que o paciente comprove se os procedimentos foram realizados.

MAIS INVESTIMENTOS EM SAÚDE

Ana Costa elogia todas as medidas saneadoras tomadas pelo Ministério da Saúde, mas frisa que a redução da corrupção não significará a redenção do SUS. "Precisamos melhorar a capacidade de auditagens, dar mais transparência aos gastos públicos e melhorar o sistema de avaliação interna, mas mesmo que tudo isso venha a funcionar perfeitamente, ainda teremos problemas na oferta dos serviços, pois o fato é que os recursos são insuficientes", argumenta.

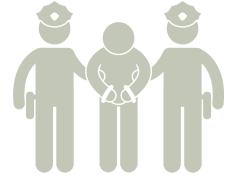
Segundo a Organização Mundial de Saúde, o gasto anual do governo com a saúde de cada brasileiro é de US\$ 477. Um patamar inferior à média mundial (US\$ 716) e apenas uma fração do que países ricos destinam a seus cidadãos. Em Luxemburgo, por exemplo, que lidera a lista, o governo gasta, por ano, US\$ 5,8 mil na saúde de cada habitante. Países vizinhos como Argentina e Chile, que não se propõem a oferecer um regime universalista, investem em saúde, respectivamente, os valores de US\$ 869 e US\$ 607.

Jovita Rosa, presidente da União Nacional dos Auditores do SUS (Unasus), também defende mais recursos para a saúde, mas frisa que um dos problemas é a falta de servidores. "Os auditores lotados no Denasus, órgão de controle do SUS, são provenientes do antigo Inamps e dos 740, hoje em atividade, mais de 400 recebem abono permanência. Quando se aposentarem, não haverá quem os substitua e o controle perderá em qualidade", vaticina. Questionado sobre essa crítica, o Ministério da Saúde não respondeu. //RM

Casos que abalaram a Nação

O quadro a seguir mostra grandes casos de corrupção ocorridos entre 1992 e 2006, assinalando o baixo índice de condenações criminais. Esse cenário cria uma sensação de impunidade que paira sobre a política brasileira e afeta a opinião pública. Foi organizado e atualizado pela revista *Medicina* usando como referência o trabalho de Leonardo Avritzer e Fernando Filgueiras, *Corrupção e controles democráticos no Brasil*, publicado em 2010.

CASO	ANO
Antônio Magri	1992
Collor	1992
Anões do Orçamento	1993
Escândalo dos Precatórios	1996
Sérgio Naya	1998
Escândalo do Judiciário	1998
Caso Sudam	1999
Vampiros	2004
Mensalão	2005
Operação Sanguessugas	2006



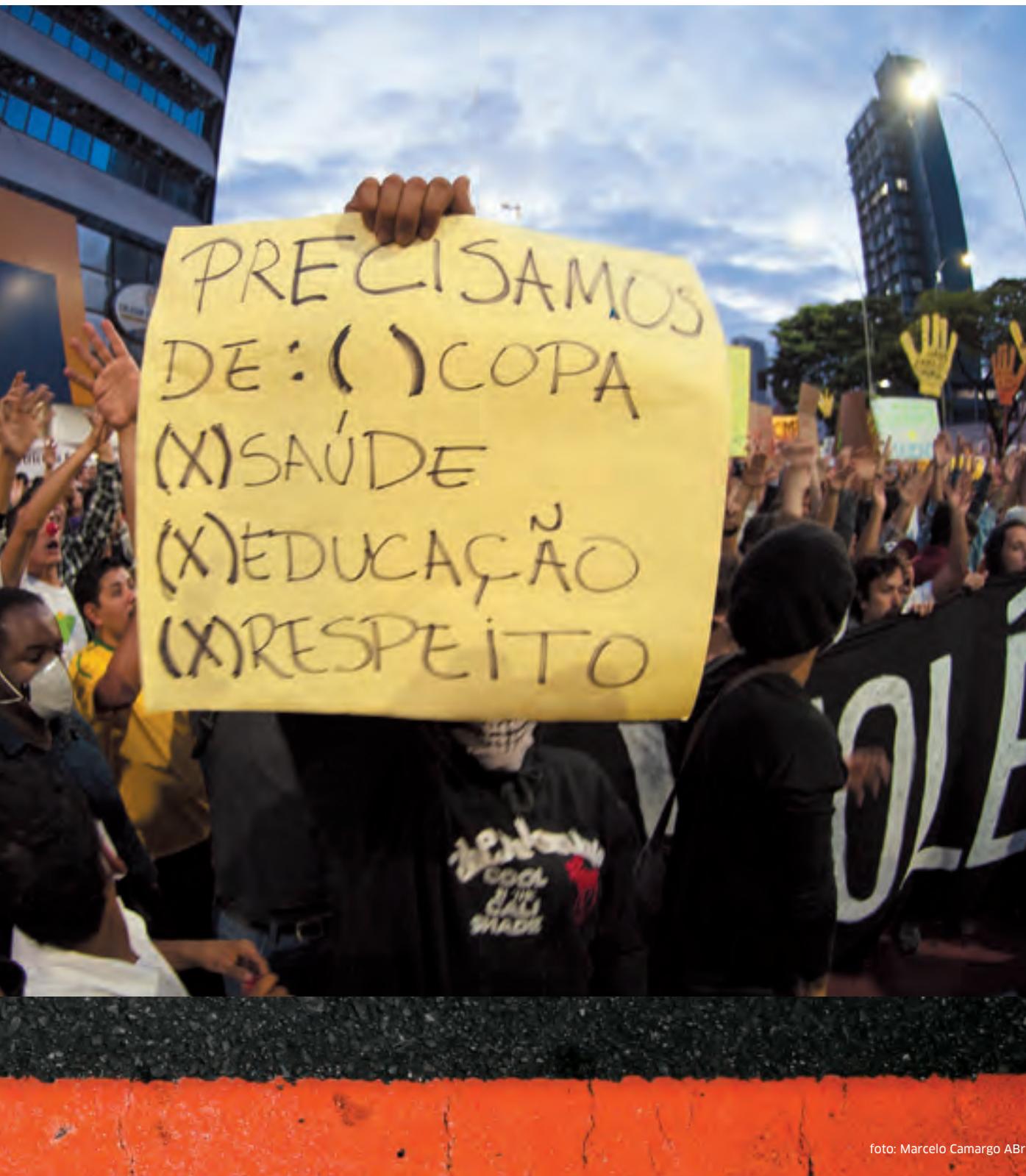
DENÚNCIA	SITUAÇÃO DO PROCESSO
Recebimento de US\$ 30 mil para liberar recursos do FGTS.	Condenado pelo Tribunal Regional Federal (TRF) da 1ª Região pelo crime de corrupção passiva. Aguarda julgamento do recurso no STF desde 2005.
Corrupção passiva, tráfico de influência e formação de quadrilha.	Inocentado pelo STF, em 1994, por falta de provas.
Desvios de recursos do orçamento da União.	Algumas ações tramitam na Justiça. Principal acusado, João Alves, morreu em 2004 sem ser julgado.
Governos estaduais e municipais desviavam recursos obtidos com a emissão de títulos públicos.	Celso Pitta, um dos principais acusados, morreu em 2009, o que impossibilitou a punição. Em 2001, foram prescritas as acusações contra Paulo Maluf, outro acusado. Outros administradores públicos acusados, como o governador Eduardo Campos, foram absolvidos.
Acusado de homicídio pela morte de 8 pessoas do edifício Palace II.	Foi absolvido das mortes. As famílias receberam, até o momento, 40% do que tinham direito pelo desabamento de seus apartamentos.
Desvio de R\$ 169 milhões destinado à construção do TRT paulista.	Juiz Nicolau dos Santos Neto está preso. A Advocacia Geral da União (AGU) fez acordo com grupo OK para recuperar R\$ 468 milhões. Também conseguiu a repatriação de R\$ 11 milhões, que estavam em uma conta do juiz, na Suíça.
Desvio de recursos da Sudam (Superintendência do Desenvolvimento da Amazônia).	Um dos acusados, senador Jader Barbalho, aguarda desde 2004 julgamento do STF.
Fraudes nas licitações para compra de hemoderivados.	Ação tramita desde 2008 na justiça do Distrito Federal. O ministro da Saúde na época, Humberto Costa, foi inocentado em 2010 por falta de provas.
Desvio de recursos públicos, tráfico de influência e formação de quadrilha.	STF condenou os envolvidos em 2010. Processo está na fase dos recursos.
Compra superfaturadas de ambulâncias.	Ação contra o empresário Darci Vedoim tramita na Justiça Federal do Mato Grosso desde 2006.

Nas ruas contra a corrupção

62
■
MAI/AGO 2013

A terceira semana de junho de 2013 entrou para a História brasileira como os dias em que a sociedade se levantou para protestar contra o descaso dos governos com as demandas da população. No dia 17, mais de 275 mil pessoas foram às ruas, em 12 capitais brasileiras*. Na quinta-feira, foram 1,5 milhão, em 135 cidades, sendo 25 capitais. Os manifestantes não tinham uma pauta específica, mas em todas as mobilizações eram comuns cartazes reivindicando mais recursos para a saúde, a educação e o transporte público, denunciando a corrupção e o gasto excessivo com as obras da Copa 2014.





A força das manifestações pegou de surpresa os políticos tradicionais. Organizada pelas redes sociais, a mobilização não tinha um líder, nem partidos tradicionais em sua organização. A presidente Dilma, cujo governo tem sido alvo de inúmeras críticas, saudou os rebeldes no dia 17 e realizou um pronunciamento à nação na noite do dia 21, em rede nacional de televisão, para dizer que estava ouvindo a voz das ruas.

O pronunciamento arrefeceu, mas não desarticulou as mobilizações, que continuaram acontecendo. Até porque as medidas anunciadas pela presidente

“O que falta no Brasil é prevenção. Não é falta de lei, mas de gerenciamento. Parte da vigilância está voltada para depois que o fato ocorre. Mais aí o efeito da punição é reduzido”.

Cláudio Abramo, coordenador da ONG Transparência Brasil.

dependem da aprovação do Congresso Nacional. Para o governo, a importação de médicos estrangeiros sem revalidação, anunciada por Dilma naquela noite, seria a solução para os problemas da saúde pública. Diversos setores, entre eles as entidades médicas, contestam essa abordagem, apontando a falta de investimentos públicos em saúde como o principal problema. “O apelo desesperado das ruas é por mais investimentos do Estado em saúde. É assim que o Brasil terá a saúde e os ‘hospitais padrão Fifa’, exigidos pela população, e não com a importação de médicos”, afirmou o Conselho Federal de Medicina (CFM) e demais entidades médicas em nota divulgada um dia após a fala presidencial.

Ex-padre, correspondente do Vaticano por mais de 20 anos para o jornal *El País*, e, exercendo há 14 anos a mesma função no Brasil, o espanhol Juan Árias captou bem o que levou os jovens brasileiros às ruas. “Querem, por exemplo, serviços públicos de Primeiro Mundo; querem uma escola que, além de acolhê-los, lhes ensine com qualidade. (...) Querem hospitais com dignidade, sem meses de espera, onde sejam tratados como seres humanos, e querem, sobretudo, o que ainda lhes falta politicamente: uma democracia mais madura, em que a polícia não atue como na ditadura. (...) Querem um Brasil melhor, nada mais”.

Em entrevista ao jornal *Folha de São Paulo*, a urbanista Raquel Rolnik e o cientista político Pedro Arruda avaliaram que os protestos mostraram que as pessoas querem participar do processo decisório. Essa também é a avaliação da maioria dos cientistas políticos. “A beleza está na ausência de um grande líder por trás do movimento. Atônitos, os políticos

“A corrupção é um enorme obstáculo para a implementação de todos os direitos humanos em todas as esferas: civil, política, econômica, social e cultural”.

Navi Pillay, chefe de Direitos Humanos da ONU.

“Precisamos melhorar a capacidade de auditagens, dar mais transparência aos gastos públicos e melhorar o sistema de avaliação interna, mas mesmo que tudo isso venha a funcionar perfeitamente, ainda teremos problemas na oferta dos serviços, pois o fato é que os recursos são insuficientes”.

Ana Maria Costa, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes)

vivem a psicose do que ainda está por vir”, afirmou o jornalista político Josias de Souza. Para o professor de filosofia da Universidade de São Paulo e articulista do jornal Folha de S. Paulo, os manifestos vão mudar a forma de fazer política no Brasil, pois as pessoas vão querer interferir nas decisões governamentais. “Uma sociedade, quando passa por mobilizações populares como as que vimos nas últimas semanas, fica para sempre marcada (...) Quando a política popular ganha as ruas em uma reação em cadeia, todo o espectro de demandas sobe à cena”, prevê.

Esse complexo cenário vivido pelos brasileiros indica uma insatisfação com a política representativa tradicional, com os partidos e os políticos. Cada vez mais os cidadãos desejam conquistar lugar no espaço público e participar diretamente das decisões políticas. Outros exemplos de mobilizações predominantemente articuladas pela internet e consequências de anseios políticos, econômicos e sociais ignorados pelas instituições foram a Primavera Árabe, o Occupy All Street (EUA) e os Indignados (Espanha). O que virá daqui para frente só o tempo dirá. //RM

ca pa
controvérsia

foto: Marcello Casal Jr ABr





Para não acabar em samba: transparência e controle social

Se há um clamor pela lisura no encaminhamento dos negócios públicos, por que, então, a corrupção é tão difícil de extirpar? Para o antropólogo Roberto DaMatta, em artigo publicado no livro “Histórias das Transgressões no Brasil”, a colonização do país está na raiz da nossa condescendência com a malandragem e o “jeitinho brasileiro”, que se tornaram instituições sociais.

Para o antropólogo, numa sociedade onde a aristocracia e a hierarquia distinguiam todo o corpo social até 1888 e 1889 (quando os escravos foram libertados e houve a Proclamação da República, respectivamente), há uma dificuldade maior em lidar impessoalmente com leis que se fundam na igualdade como um princípio articulador básico da sociedade e da vida coletiva.

DaMatta também destaca o fato do brasileiro não se sentir corresponsável pela coisa pública. Há uma transferência de responsabilidade verticalizada, que

traz a ideia de que “ser corresponsável pelos recursos públicos é algo que não cabe a nós, cidadãos comuns, mas aos nobres que elegemos como donos do poder”. Para ele, as pessoas não querem administrar o País, o Estado ou a cidade, mas governar e cuidar do povo. Ou seja, ficar no poder.

A médica Ana Maria Costa, presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, concorda com DaMatta de que não há uma valorização do bem público no Brasil. “As pessoas não zelam como se fosse algo seu. Há uma cultura do descomprometimento muito forte. Isso se expressa, por exemplo, quando alguém se apropria de uma caneta da repartição, ou um médico leva remédios do hospital público para sua clínica particular. Fazem isso porque veem tais bens como de um terceiro, que não eles mesmos”, avalia.



MUDANÇA DE PADRÕES

Pesquisa realizada pelo Ibope em 2006, com 2.002 eleitores, comprova que a corrupção não é algo presente apenas na administração pública: 75% dos entrevistados afirmaram que praticariam atos de corrupção, caso tivessem oportunidade. Coincidemente, 75% das prefeituras investigadas pela CGU tinham desviado recursos públicos. A corrupção, como definiu Bobbio, é considerada apenas em termos de legalidade e ilegalidade, do que pode ou não ser detectado pelos órgãos de controle e posteriormente punido, e não pela ótica da moralidade e da imoralidade.

Ana Costa acredita que essa realidade pode ser mudada com punições, transparência e educação. "As escolas têm um papel importante para ensinar novos padrões éticos, para mudar a percepção de que na Casa Grande tudo pode e de que é bonito o 'rouba, mas faz'. Hoje estamos construindo novos padrões civilizatórios", defende.

Para que este novo tempo chegue, não seria importante incrementar os mecanismos de vigilância, fiscalização e punição aos corruptos? Para o procurador Fábio George Cruz da Nóbrega, da 5ª Região, a morosidade é uma das causas do sentimento de impunidade. "Em uma justiça que demora de 10 a 12 anos para punir de maneira efetiva aqueles que malversam recursos públicos, não pode se reconhecer como participante desse processo de depuração das más condutas, das condutas ilícitas em nosso país", argumenta.

Como forma de acelerar a tramitação das ações de improbidade, a diretora-geral da Escola Nacional de Formação e Aperfeiçoamento de Magistrados (Enfam), ministra Eliana Calmon, do Superior Tribunal de Justiça, firmou convênio com o presidente do Supremo Tribunal Federal, ministro Joaquim Barbosa, visando capacitar juízes para o julgamento mais célere das ações de improbidade, colocando como meta levar a julgamento todas as ações de improbidade administrativa ajuizadas até o final de 2011.

FRAGILIDADE NA GESTÃO

A Procuradora Regional da República Eliana Torelly, que acompanha casos de improbidade administrativa, também vê com preocupação a baixa efetividade das ações de resarcimento, já que é pequeno o retorno dos valores desviados para os cofres públicos. Como forma de evitar novos desvios, ela aconselha que o poder público aja preventivamente.

"Vejo que falta estrutura, especialmente nas prefeituras dos pequenos municípios, para o manejo das verbas federais repassadas, que muitas vezes são aplicadas em desconformidade com o objetivo dos convênios firmados, ou são objeto de prestações de contas mal feitas ou até mesmo inexistentes. Um melhor acompanhamento desses convênios certamente contribuiria para a redução dos casos de malversação de recursos públicos", preconiza.

Quem também defende uma ação mais preventiva do poder público é o coordenador da ONG Transparência Brasil, Cláudio Abramo. "O que falta no Brasil é prevenção. Não é falta de lei, mas de gerenciamento. Parte da vigilância está voltada para depois que o fato ocorre. Mais aí o efeito da punição é reduzido", denuncia. Para Abramo, a legislação conflitante também favorece a corrupção.

Gil Castelo Branco, secretário-geral da ONG Contas Abertas, receitua a transparência como instrumento essencial para o controle da corrupção. "O ministro da Suprema Corte americana, Louis Brandeis, já dizia, no início do século passado, que a luz do Sol é um dos melhores desinfetantes. Concordo, pois só a partir da transparência é que as pessoas poderão julgar melhor seus governantes", afirma.

Desde 2005 que o Contas Abertas acompanha a execução orçamentária da União, divulgando casos de mal uso de recursos públicos. O fundador da ONG Contas Abertas cita a Lei da Transparência (Lei Complementar 131/09) e a Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/11) como dois importantes mecanismos para dar mais visibilidade às contas públicas e possibilitar o controle social, mas alerta que a legislação, sozinha, não é capaz de mudar a cultura do sigilo, tão marcante no Brasil. "As pessoas têm de se acostumar a ver a publicidade como um princípio", argumenta.

O PAPEL DA SOCIEDADE ORGANIZADA

Abramo concorda com Castelo Branco que a lei, por si só, não trará mais transparência. Mas, na sua avaliação, cabe às organizações sociais fazer melhor uso das informações disponíveis. "Hoje, quem ainda demanda é a imprensa, quando todas as entidades representativas deveriam ter essa preocupação, pois um cidadão comum não tem como decifrar todo o emaranhado de números divulgados", relata. "Mas, infelizmente, ainda são poucas as entidades que têm esse interesse", constata.



a capacidade operacional do Estado estão sendo afetadas pela maneira como o controle administrativo-burocrático e judicial são exercidos hoje no Brasil", argumentam os dois professores. Os autores lembram, ainda, que como os casos de corrupção passaram a ocupar a atenção da mídia após a democratização, foi criado o senso comum de que ela nasceu com a democratização e não como herança do regime militar.

Idealizador do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e do Banco de Preços em Saúde (BPS) e diretor, durante o governo Lula, do Departamento de Saúde, Investimentos e Desenvolvimento do Ministério da Saúde, o professor de Ciências da Computação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Antonio Elias Jorge, diz que a transparência deve vir acompanhada de visibilidade e legibilidade. "A informação deve ser acessível, mas também ser inteligível, caso contrário, o cidadão não terá como controlar os gastos públicos", defende.

Ele frisa que o Siops e o BPS não são sistemas de auditoria, mas ferramentas para que as pessoas acompanhem os gastos da saúde. "O combate à corrupção exige uma vigilância permanente de vários atores, mas, principalmente, do cidadão. É ele que tem de fazer o controle social, evitando, assim, que o administrador caia na tentação da corrupção", raciocina.

Quem também defende o controle social como forma de combater a corrupção são os colegas de Elias Jorge na UFMG, Leonardo Avritzer e Fernando Filgueiras. No artigo "Corrupção e Controles Democráticos", publicado nos sites da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal) e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), os dois autores argumentam que apesar da existência de órgãos como o TCU, a CGU e a Polícia Federal, o fenômeno continua a ocorrer.

O ESPAÇO PÚBLICO

"O controle aumenta, a punição permanece baixa e os casos de corrupção continuam existindo e pautando negativamente a opinião pública. Ou seja, apenas a eficiência e

O que eles defendem é o fortalecimento do controle público, não estatal, que seria uma forma de a sociedade cobrar resultados dos governos. Pela proposta, órgãos públicos como hospitais, escolas e instituições de pesquisa trabalhariam com metas de gestão. O critério central para a aprovação das contas estaria ligado aos custos para alcançar os resultados.

Para Avritzer e Filgueiras, a Justiça deveria ser acionada apenas nos grandes casos de corrupção, quando deveria ser célere na punição. Os demais casos seriam resolvidos na própria esfera administrativa e por meio do controle social. Ana Costa concorda em parte com as observações dos dois autores. "Quem está dentro do sistema sabe que é preciso uma vigilância maior, pois os conselhos de saúde sozinhos não dão conta de fazer", argumenta.

Como participante do Conselho Nacional de Saúde, a presidente do Cebes diz que os conselhos de saúde são importantes para definir as políticas públicas e até para cobrar dos administradores o cumprimento das metas, mas não podem ter a responsabilidade de coibir a corrupção. "Fazemos a nossa parte, mas não podemos ser corresponsabilizados, por exemplo, pelo desvios de recursos cometidos por um prefeito", contesta.

SEM FÓRMULAS DE SUCESSO

O fato é que não há uma receita pronta para combater a corrupção, pois o que dá certo na Dinamarca, pode não funcionar no Brasil. Também não é exclusiva dos governos, já que também está presente na iniciativa privada, que está sempre na outra ponta quando se fala em corrupção no setor público.

Trata-se, assim, de um problema ético que não se restringe às esferas pública e privada, pois suas consequências são socializadas. E enquanto ela for uma prática corrente servirá de espetáculo, como definiu o sociólogo francês Jean Baudrillard, no seu livro *Tela Total*.

"Ora, o espetáculo da corrupção é uma função vital da democracia: função de divertimento, função pedagógica, função catártica. Mas não desperta amargura profunda, ou então a revolta se faria ouvir em permanência. A corrupção não desperta, no fundo, indignação coletiva (mas claro é cuidadosamente filtrada pela mídia)." Para ele, muito da indignação social é só hipocrisia. O desafio de quem defende outro patamar civilizatório é provar que Baudrillard está errado. //RM



foto: Tânia Rêgo/ABr



foto: Márcio Arruda

Prefeito da cidade de Salvador de 1975-1977, deputado federal constituinte e juiz do Tribunal de Justiça do Distrito Federal (TJDFT) por 12 anos, o ministro-chefe da Controladoria-Geral da União (CGU), **Jorge Hage**, já atuou nos três poderes da República e não titubeia em afirmar que o maior problema para o controle da corrupção está no judiciário, especificamente nas leis processuais. “Graças aos inúmeros recursos, um processo dura até 20 anos”, critica. No cargo de controlador desde 2006, Hage assegura que hoje os controles estão melhores e que a corrupção diminuiu. O que aumentou foi a transparência e, consequentemente, a percepção da sociedade sobre o fenômeno.

O que avançou no Brasil desde a Convenção Interamericana de Combate à Corrupção, em 1996?

Apesar de a Convenção ter sido um marco temporal importante, pois foi o primeiro protocolo internacional a tratar do tema, os avanços se tornaram mais perceptíveis a partir da Convenção da ONU, de 2003, que é mais ampla. Não só pelo fato de alcançar países do mundo inteiro, como também pela evolução do conhecimento global do fenômeno da corrupção. Também foi a partir de 2003, com a criação da CGU, que o governo brasileiro passou a trabalhar com foco mais definido de combate à corrupção, usando todo o cardápio internacionalmente reconhecido como adequado, desde as medidas preventivas, até as medidas repressivas e punitivas. Hoje o Brasil é reconhecido como um dos países líderes no esforço de cumprimento de todo o protocolo da Convenção da ONU, tanto que oferecemos cooperação técnica a outros países nessa matéria, sobretudo na área da transparência, que é a principal subárea no campo da prevenção. Um dos nossos slogans básicos é uma frase do juiz americano Louis Brandeis: “de que não há desinfetante melhor do que a luz do sol.”

A última pesquisa do CNT/Ibope volta a colocar a corrupção como um dos principais problemas do país. Por que o fenômeno voltou a preocupar a população?

Na nossa avaliação, quanto mais se dá divulgação aos casos de corrupção, mais o cidadão se conscientiza sobre os problemas e os desvios que acontecem. Então, por exemplo,

quando nós divulgamos, no Portal da Transparência, todos os pagamentos do Bolsa Família, cada pessoa, sobretudo nas cidades pequenas, pode perceber se a esposa do prefeito, se o irmão do vereador, se a esposa do principal empresário da cidade, estão recebendo o benefício. Verificando o problema, pode denunciar no portal da CGU. O mesmo ocorreu quando da divulgação do chamado cartão corporativo do governo federal. Foi um frisson nacional, seja pela visibilidade de ocorrências reais de desvios ou pela falsa acusação. Eu me recordo de um caso curioso de uma manchete de jornal que acusava o comando da Marinha de comprar bichinhos de pelúcia. Mandamos apurar e verificamos que ocorreu uma compra numa loja chamada Império da Pelúcia, de um tecido de veludo que os órgãos militares usam para forrar bandejas onde põem as medalhas quando vão para cerimônias de condecoração de Ordem do Mérito Naval. Hoje a divulgação dos dados dos cartões corporativos não causa mais celeuma, pois a partir do momento em que se deu transparência, mesmo aqueles casos em que havia mau uso, deixaram de acontecer. Os gestores passaram a tomar mais cuidado, mesmo com aquelas pequenas coisas que não significam propriamente corrupção, mas descaso, pouco zelo com a coisa pública. Há ainda o fato de que quanto mais você investiga e traz à superfície os casos de corrupção, mais você aumenta na população a consciência de que ela existe. Então, é evidente que a transparência aumenta a consciência e a percepção daquilo que ocorre de irregular.

O judiciário é apontado por muitos pesquisadores como um entrave para o combate à corrupção. Como o senhor avalia a atuação da justiça?

Fui juiz por 12 anos e posso falar, com absoluta tranquilidade, que o controle do judiciário é pouco efetivo. Não por culpa dos juízes, mas da legislação processual brasileira, do Código de Processo Civil e do Código de Processo Penal, que permitem de 40 a 60 recursos ou incidentes protelatórios. Não há nenhum país onde o processo judicial seja tão travado como no Brasil. Então, se os corruptos, ou os acusados de corrupção, podem pagar os melhores escritórios de advocacia do país, porque têm dinheiro, porque roubaram esse dinheiro, então, eles têm na sua defesa os advogados mais competentes do país. Combine isso com a legislação processual que possibilita o maior retardamento possível e você constata que um processo no campo do combate à corrupção não se conclui em menos de 10 ou 20 anos.

Como isso ocorre?

A CGU e a Polícia Federal detectam a corrupção. O Ministério Público entra com as ações criminais e a Advocacia Geral da União com as ações cíveis, para recuperar o dinheiro. O juiz de primeira instância pode vir a condenar, porque isso muitas vezes ocorre, mas aí o acusado entra com uma apelação e o processo vai a um tribunal, que com quatro ou cinco anos confirma a sentença do juiz. Ainda assim, o réu não pode ir para a cadeia, porque o Supremo Tribunal Federal entende que não basta essa segunda condenação por um tribunal colegiado, o réu ainda tem direito a um recurso chamado recurso especial para o Superior Tribunal de Justiça (STJ), ou o recurso extraordinário para o STF. E quando o processo chega a esses tribunais, eles estão congestionados por milhares de outros recursos, e a ação dificilmente será julgada em menos de cinco a 10 anos. Ou seja, quando chega o julgamento final, ou a pena já prescreveu, ou o réu já morreu e nada acontece. Então, nós temos a sensação de impunidade pelo baixíssimo número de condenações cumpridas, de corruptos postos efetivamente na cadeia no campo penal. Temos, também, um percentual baixíssimo de recuperação do dinheiro

desviado, que está na casa dos 15%, apesar de todo o esforço da AGU nos últimos anos. Não adianta aumentar a pena do crime de corrupção, criar novas penas, se as condenações não chegam ao fim. O que fazemos, além de investigar e de produzir relatórios de auditoria, é aplicar as penas que são da competência legal da administração: advertência, suspensão e demissão ou destituição do cargo em comissão. Somente nessas duas últimas penas, já conseguimos tirar do serviço público federal em torno de 4 mil pessoas desde a criação da CGU, em 2003. E não são apenas servidores comuns, temos procuradores, auditores fiscais, superintendentes, secretários e dirigentes de estatais.

É possível o controle social ajudar no combate à corrupção?

Sim, mas é preciso que haja transparência de informações. Não adianta falar em controle social se não houver abertura das informações para o cidadão. Caso contrário, seria demagogia. A primeira providência que tomamos foi o Portal da Transparência, onde diariamente divulgamos todos os desembolsos federais feitos no dia anterior. Depois, conseguimos aprovar a Lei de Acesso à Informação (LAI), que permite ao cidadão pedir cópia do documento que ele quer e que ainda não esteja sendo exibido. Desde que a LAI entrou em vigor, recebemos, no Poder Executivo, cerca de 100 mil pedidos de informação específica, dos quais 95% foram atendidos. Também temos o sistema push, que permite a quem quiser se cadastrar, receber, no seu e-mail pessoal, a informação sobre cada repasse de dinheiro para sua cidade. Também criamos programas como o "Olho Vivo no Dinheiro Público", que realiza cursos e distribui cartilhas, orientando o cidadão sobre como ele pode exercer o controle social.

Como o senhor avalia as últimas manifestações realizadas no país, nas quais estavam presentes inúmeros cartazes contra a corrupção política?

Elas têm gerado respostas que, apesar de espasmódicas, são boas. O Congresso já aprovou, inclusive, uma lei, importantíssima, proposta pela CGU, que é a lei responsabilizando a empresa corruptora. Até agora você só tinha uma legislação punindo a pessoa física e o agente público corrompido, mas não tinha uma lei permitindo alcançar o capital da empresa. A lei estabelece uma multa de até 20% do faturamento bruto, que, se não for possível calcular, pode ir até R\$ 60 milhões. Punindo, inclusive, a corrupção transnacional, que é uma medida que o Brasil era devedor na Convenção da OCDE. Estava dependendo do Senado e no conjunto dessa pauta da mobilização, felizmente saiu. É muito importante a mobilização, do mesmo modo que foi importante para a existência da Lei da Ficha Limpa. Evidentemente, o Congresso só reage quando cobrado pela população. Agora, ainda estou esperando a mobilização social cobrar duas coisas do Congresso, uma, é a reforma das leis processuais e a outra o financiamento público exclusivo de campanha. Porque enquanto for permitido o financiamento empresarial, não vamos ter o problema resolvido. ■//RM

A corrupção e seus efeitos

A corrupção e seus efeitos sobre o homem comum e a vida em sociedade, assim como o caminho para enfrentar esse problema que tem raízes na história, já inspiraram inúmeras abordagens. **São filmes, livros e até HQs que bebem na fonte dos abusos cometidos por quem chegou ao poder e usa o público como privado.** Apresentamos alguns títulos que podem ser apenas o início de uma busca bem maior.

//PHS



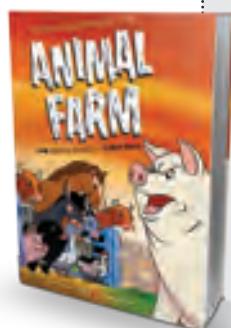
FILMES

Abutres (*Carancho*, 2010, Argentina)

Sosa (Ricardo Darín) é um advogado especializado em acidentes de trânsito que se associa a policiais para ter acesso a informações privilegiadas e conseguir mais casos. Após um acidente, conhece Luján, uma médica recém chegada na cidade. Esse é o início da história de amor e de perda num cenário que terá contra eles o histórico da corrupção de Sosa.

A Revolução dos Bichos (*Animal Farm*, 1956, Inglaterra)

Baseado no livro de George Orwell, que faz uma alegoria sobre a trajetória dos revolucionários stalinistas, essa animação narra a história do fazendeiro Jones, que explora seus animais. Revoltados, eles tomam posse da fazenda, mas aos poucos a harmonia e a igualdade sonhadas sucumbem ante os efeitos da corrupção sobre quem conquista o poder.



Tropa de Elite 2: O Inimigo Agora é Outro (2010, Brasil)

O capitão Nascimento (Wagner Moura) volta à ativa, depois de ter ajudado o Brasil a ganhar o Urso de Ouro no Festival de Berlim, em 2008, com o primeiro *Tropa de Elite*. Neste novo filme, dez anos mais velho, o herói cresce na carreira, coloca o tráfico de drogas de joelhos, mas não percebe que, sem querer, ajuda seus verdadeiros inimigos: policiais e políticos corruptos, com interesses eleitoreiros.

LIVROS

Carnavais, Malandros e Heróis (Roberto DaMatta, 350 págs., 1997, Editora Rocco, R\$ 47,50)
O que torna a sociedade brasileira diferente e única? Os ensaios de 'Carnavais, malandros e heróis' trazem uma visão inovadora para o entendimento das desigualdades no Brasil. Embora o carnaval tenha sido tema de alguns estudos, pela primeira vez um antropólogo considerou a sociedade através dessa e de outras festividades, transformando-as em janelas privilegiadas para as interpretações do país. Para o autor, tanto o carnaval quanto seus malandros e heróis são criações sociais que refletem os problemas e dilemas básicos da sociedade que os concebeu.



Raízes do Brasil (Sérgio Buarque de Hollanda, 224 págs., 1997, Companhia das Letras, R\$ 39,50)
Publicado originalmente em 1936, "Raízes do Brasil" aborda aspectos centrais da história da cultura brasileira. O texto consiste de uma macrointerpretação do processo de formação da sociedade brasileira. Uma das obras fundadoras da historiografia e das ciências sociais modernas no Brasil. Sérgio Buarque elabora categorias centrais para o entendimento da especificidade histórica brasileira, como a do homem cordial, incapaz de agir de acordo com a letra da lei, o que explicaria a fruixidão das instituições e da organização social do país.



Sanguessugas do Brasil (Lucio Vaz, 272 págs., 2002, Geração Editorial, R\$ 35,90)
Os escândalos e bastidores da corrupção que vêm acontecendo no país nas últimas décadas são o foco deste livro-reportagem. Depois de falar dos esquemas no submundo do Congresso em "A Ética da Malandragem", o autor aborda de forma minuciosa estes problemas que flagelam o sistema político brasileiro, por meio da análise de 12 escândalos nacionais com uma linguagem rápida e leve, entremeada por passagens pitorescas que humaniza o que simplesmente poderia nos deixar revoltados.



QUADRINHOS

Sin City: Balas, Garotas e Bebidas (Frank Miller, 154 págs., 2006, Devir, R\$ 38,00)
Frank Miller, o escritor e desenhista responsável por obras-primas como *Ronin*, *Batman: o Cavaleiro das Trevas*, *Batman: Ano Um*, *Elektra* e *300 de Esparta*, faz da corrupção um dos temas de *Sin City: Balas, Garotas e Bebidas*. A coleção de 11 histórias curtas de amor e ódio se passa nesta cidade violenta e sensual. Marv, Dwight, as "meninas" e outros personagens nas ruas e becos escuros de *Sin City* já foram parar até no cinema, em filme dirigido por Robert Rodriguez (*A Balada do Pistoleiro que Era Uma Vez no México*), o próprio Miller e Quentin Tarantino (*Pulp Fiction* e *Kill Bill*).

PALESTRAS EM VÍDEO

Uma nova maneira de combater a corrupção

A raiva provocada pela corrupção causou uma reviravolta na carreira de Shaffi Mather. Suas experiências como advogado em tempo integral geraram uma nova ideia empresarial. Com mais quatro amigos fundaram um serviço de apoio de ambulâncias na Índia parecido com o 190, mas autossustentável e totalmente acessível à população, independente da possibilidade de pagar. Mas a luta atual do empreendedor é contra a corrupção, os subornos e a falta de transparência nos diversos setores da sociedade. Disponível em: <http://goo.gl/Yp4C>



Como expor os Corruptos

Peter Eigen, presidente da Transparência Internacional, justapõe nesse vídeo a grande economia global e a pequena e muito limitada capacidade dos governos tradicionais e suas instituições internacionais de governar, de dar forma a essa economia. Para Eigen, há uma assimetria que cria uma governança fracassada em vários setores. A corrupção e a luta contra a corrupção e seu impacto tem papel central nesse cenário. Disponível em: <http://goo.gl/yKNC>

Minha batalha para expor a corrupção no governo

Nossos líderes precisam prestar contas, diz a jornalista Heather Brooke. E ela fala com propriedade, afinal, conseguiu detalhes das despesas dos membros do Parlamento Britânico que levaram ao maior escândalo político de 2009. Ela realça que nossos líderes sejam inquiridos e que lancemos mão dos atos pela liberdade de informação - uma arma poderosa, com sustentação legal, para solicitar a abertura de informações. Disponível em: <http://goo.gl/FOdUT>



O médico do futuro

O Brasil se aproxima dos 400 mil médicos. Cálculos do CFM apontam que, em sete anos, seremos 500 mil profissionais, atingindo taxa de 2,41 médicos por 1.000 habitantes. Esse contingente sem dúvida terá sua atuação marcada pelo forte desenvolvimento tecnológico assistido nas últimas décadas e demandará a tomada de decisões no âmbito das políticas de saúde e de educação. Que médicos são esses que atuarão nesse cenário? Eles estão prontos para responder às demandas do nosso país?

//Cacilda Pedrosa

//Fotos: César Teixeira e Vevila Junqueira

Todos os anos, novas gerações são recebidas por um mercado já marcado por múltiplas pressões e enfrentam desafios diversos que incluem o amadurecimento das competências profissionais em ambientes muitas vezes permeados por precariedade estrutural e de recursos. As gerações que já estão em atividade buscam atualização constante para acompanhar as novidades tecnológicas que chegam cotidianamente às clínicas, hospitais e revistas científicas, e para assimilar os novos paradigmas científicos e sociais que afetam suas práticas e a relação com seus pacientes. **Que tipo de médico a nossa sociedade precisa e está delineando? Como lidar com as mais prementes questões sociais, econômicas e filosóficas dos nossos tempos? A medicina é uma profissão milenar que se reconstrói ao longo dos séculos para absorver os anseios vigentes, mas em essência continua a mesma?** Para avaliar essas questões, a revista Medicina convidou para um debate o psiquiatra e psicanalista, Abram Eksterman; o professor da Universidade de Brasília (UnB) e presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB), Cláudio Lorenzo; o presidente da Federação Brasileira de Academias de Medicina (FBAM), José Leite Saraiva; e o diretor de Práticas Médicas do Hospital Israelita Albert Einstein, Oscar Fernando Pavão. Fui mediadora dessa discussão, transcrita nas páginas seguintes. Convido o leitor a participar e a refletir conosco, em face dos pontos de vista oferecidos para essas questões de tão alta indagação:



CLÁUDIO LORENZO

ABRAM EKSTERMAN

JOSÉ LEITE SARAIVA

CACILDA PEDROSA

OSCAR FERNANDO PAVÃO

CACILDA - Especialmente da metade do século XX para cá, nós tivemos uma grande modificação nas nossas práticas médicas. Como isso tem modificado a nossa atividade? Houve uma mudança de paradigma que afastou o médico do “sacerdócio”?

ABRAM - A Medicina continua sendo a prática de um sacerdócio, como o foi desde os tempos gregos. Conta a lenda que do amor de Apolo pela ninfa (ou princesa) Coronis foi gerado Asclepius, retirado do corpo da mãe pelo próprio pai Apolo, antes de sua morte pela flecha certeira de Ártemis, irmã do deus, que resolveu punir Coronis por sua infidelidade. O bebê, nascido nessa circunstância trágica, é entregue e cuidado pelo centauro Chiron, que o ensina a arte de curar. Tão hábil e eficaz é sua arte que consegue inclusive ressuscitar mortos, habitantes do mundo de Hades, deus dos inferos, o que leva esse deus a reclamar ao senhor dos olímpicos, Zeus, que nada faz diante das reclamações do irmão, quanto à impiedade de Asclepius em despovoar seu reino. Mas Zeus não perdoa Asclepius quando este recebe uma bolsa de ouro de um rei beneficiado pela cura, fulminando-o com um raio. Esta lenda contém severa advertência aos mercantilistas da prática médica moderna. Os seguidores de Asclepius foram chamados asclepiádes, entre os quais, o mais notável foi Hipócrates (460-377 a.C.), considerado, no Ocidente, o pai da Medicina. Foi Hipócrates quem criou a expressão grega “therapia” na arte médica, palavra que se aplicava ao trabalho do sacerdote no templo, ou seja, “cuidados prestados pelo sacerdote ao seu deus no espaço do templo”. Isso resume toda função ética do médico: cuidar do doente como se este fosse um deus ao qual se dedica conservando-o no templo de seu corpo. O médico não deve, portanto, ser pago pelos serviços, mas receber honorários, retribuição à tarefa nobre ou do nobre. Isso se mantém porque o médico está dedicado à preservação da vida. Essa característica do ato médico ser equivalente a um ato sagrado torna a medicina ocidental, em sua essencialidade, aparentada à medicina oriental, especialmente a chinesa e a indiana. Tanto para os chineses quanto para os hindus (se pudermos falar em paradigmas filosófico-culturais comuns tanto para a cultura indiana quanto para a chinesa) a vida é uma epifania e sua manifestação motivo de culto e reverência como se estivéssemos diante da presença viva da divindade. Servir à vida equivalia a um serviço à própria divindade. Esse conceito ainda se perpetua na compreensão fisiológica do corpo nessas culturas, bem como na aplicação das várias terapêuticas. Todas pretendem resguardar os focos e as correntes de “vida” que circulam de forma permanente nas pessoas. Correndo paralelo a essa tendência ao mundo do psiquismo, a Psicanálise, que nos fez entender o mundo mental, suas tramas e conexões psicossomáticas com o

corpo, e nos permitiu, através da relação humana e do diálogo, construir uma estrutura terapêutica baseada no vínculo afetivo-cognitivo e na produção de consciência, desembaraçando o doente de seus conflitos e sofrimentos psíquicos, oriundos basicamente dos desvios trágicos de sua história e reeditados nos desvãos de seu cotidiano. E, finalmente, descobrirmos que o próprio terapeuta é um poderoso remédio, capaz de diminuir o estresse e estimular a humanização. E assim retomamos a noção de “psyché”, termo grego que significa sopro divino. Apenas deveríamos não nos deixar corromper tornando-nos instrumentos do poder e do dinheiro e assim sermos fulminados em nossa função sacerdotal de agentes de vida.

CACILDA - Oscar Pavão, existem aspectos inegociáveis nessa adequação medicina-sociedade? A medicina tem algo de essencial e intocável que não está sujeito a mudanças?

PAVÃO - Mais do que fé, é algo pétreo dentro do ensino médico o conceito de paciente em primeiro lugar. Quando eu penso nessa medicina que se reconstrói ao longo desses milênios, nessa história toda de construção, tenho na minha mente que sempre esteve no núcleo, no cor da discussão o indivíduo. A Medicina sempre está focada no paciente, através de diferentes métodos de ensinamento, de aprendizagens com técnicas, tecnologia, relacionamento, seja ela tradicional, seja com a introdução de novos métodos, como as ferramentas de técnicas virtuais, 3D, simulação realística. O que nós temos que manter para todos esses médicos que se formam é essa premissa do paciente como prioridade, seja ele como indivíduo, seja ele dentro de uma comunidade, gravitando dos

Abram Eksterman - Psiquiatra e psicanalista; foi titular de várias faculdades e cursos de pós-graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Fundação Getúlio Vargas (FGV) e Universidade de São Paulo (USP); dirige o Centro de Medicina Psicosomática e Psicologia Médica Hospital Geral da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro; autor de Interlúdios em Veneza: os diálogos quase impossíveis entre Freud e Thomas Mann.



espectros da prevenção à reabilitação. Imagino que este conceito seja algo predominante nas diferentes mudanças que as escolas médicas agora apresentam ao preparar esses profissionais para se relacionarem com hospitais, com sistemas de saúde, com o governo, com fontes pagadoras.

CACILDA - Você acha que o conceito de sacerdócio que foi muito ligado à prática médica por milhares de anos é incompatível com a profissionalização da medicina – atualmente com o horário, com cartão de ponto? Como você vê essa relação?

PAVÃO - A medicina era, pelo menos na minha época, algo solitário, ou seja, estudava-se sozinho, desempenhava-se sozinho um papel dominador, havia competição consigo mesmo. Talvez tivesse esse lado do sacerdócio por trás do processo de educação e treinamento, mas ele morreu. A medicina atualmente é participativa, ela é time. Eu não vejo mais a possibilidade do médico isolado, é uma medicina participativa, o médico não trabalha sozinho; o hospital é um parceiro; ele trabalha com um time. O perfil agora é multiprofissional, multiassistencial. Assim, esse conceito do sacerdócio se perde à medida em que esse lado participativo aparece. A partir desse lado integrativo, você vai ter diferentes tipos de médicos, por exemplo, aquele que tem um foco assistencial puro ou aquele médico que é apaixonado por volume – “eu operei 48 vesiculares biliares esse mês”. Tem ainda o médico que está interessado em remuneração, não é pecado, não é ilegal e por fim você tem aquele médico que está preocupado com a qualidade de vida. Tem aquele profissional que não quer trabalhar à noite – “eu tenho outro foco, eu penso na minha família, eu quero acompanhar o crescimento dos meus filhos”. Não se pode esquecer também daqueles profissionais tem foco voltado para o ensino ou pesquisa. Então o desafio que se coloca para a nossa sociedade – através do governo e entidades – é tornar seus espaços permeáveis para cada médico expressar o seu desejo de trabalho através de uma dessas maneiras, e como time.

CACILDA - Cláudio Lorenzo, qual a sua opinião, o sacerdócio pode coexistir com a profissão médica?

LORENZO - Gostaria de partir da indagação inicial sobre se existe algo de essencial na Medicina que não muda com o tempo. Eu acredito que a transformação, a mudança, é a natureza central de tudo aquilo que esteja inserido na História. Desta forma se houvesse alguma essência imutável da Medicina ela teria que estar fora da história, teria que ser

de natureza transcendental, metafísica, e não acredito que essa perspectiva nos sirva muito. A história vai ser exatamente essa luta de contrários entre o que deve persistir e o que deve modificar. Então eu acho que a verdadeira indagação de saída deveria ser: O que nós consideramos que deve persistir na Medicina na forma como ela foi fundada? Eu encontro de forma mais clara a resposta para o que gostaríamos que persistisse na Medicina em uma descrição que o semiólogo alemão Werner Jaeger faz sobre o nascimento da medicina ocidental pela Escola de Cós. Ele afirma que ela se tornou a expressão mais forte de uma prática com um alto grau metodológico, mas que projetava essa prática num fim ético propriamente dito, e que por isso era constantemente invocada para inspirar confiança na fecundidade criadora do saber teórico, sob as bases de um racionalismo filosófico nascente, com vistas à edificação da vida humana. Essa fusão entre saberes, práticas e ética se tornava o maior exemplo de aplicação do conhecimento em uma atividade profissional. O fim ético em que se projetavam esse saber e práticas era a noção do bem, do fazer bem ao paciente, ter a redução do seu sofrimento, como objetivo máximo. É por isso que vale a pena lutar, para que o objetivo da Medicina seja o bem do paciente e seu saber e sua prática se reflitam em um fim ético. Um outro elemento que eu acho que é importantíssimo na Medicina e que vem se perdendo era o fato de que o próprio encontro com o Médico, as próprias trocas de palavras, os efeitos de linguagem, eram capazes de, por si só, pôr um processo terapêutico em andamento, ou mesmo de cura, quando a confiança e o discurso eram capazes de desmontar sintomas que não tinham causas físicas. O objetivismo radical, o positivismo levado às últimas consequências na medicina está terminando com isso, e acho que isso, também é algo que nós deveríamos lutar para persistir.

CACILDA - E o que o senhor pensa sobre a questão do sacerdócio?

LORENZO - Numa perspectiva pessoal, eu não gosto muito desta definição de sacerdócio para a Medicina. Ela nos é cara porque nos coloca como profissionais especiais. De um lado tem a derivação histórica, mas tudo isso muda com o processo de cientificação da Medicina, embora continuemos a ouvir confissões para determinar terapêuticas. Todos sabemos disso, nós ouvimos as coisas mais, digamos assim, esdrúxulas, do que é possível no humano, temos acesso ao inconfessável. A questão é que os sacerdotes ocupam postos altos na hie-

rarquia social, o exercício do sacerdócio é também um exercício de poder, é difícil aos sacerdotes aceitarem publicamente suas dúvidas, seus erros. E continuar remetendo à medicina esses tipos de valores simbólicos, instaura na relação médico-paciente essa dimensão de encontro entre um ser humano comum e um sacerdote, o que prejudica a meu ver a simetria necessária a uma tomada de decisão mais partilhada sobre os caminhos dos cuidados a serem estabelecidos ao paciente.

ABRAM - O sacerdote que utilize o poder em sua missão provavelmente está prestes a ser, ou mesmo já está corrompido e alienado de seu objetivo. Sacerdote é alguém a serviço do próximo e respeitando o próximo dentro do paradigma hipocrático: como um serviço à divindade, no caso do médico, como um servidor da Vida.

CACILDA - Dr. José Saraiva, o senhor também acredita que alguns usos que se faz das tecnologias podem acentuar a assimetria na relação médico-paciente?

SARAIVA - A medicina traz uma contradição muito acentuada. Ela é nada mais do que transitória e nada mais do que perene. Essa é a medicina em si. Quando refletimos se existem aspectos inegociáveis nessa adequação da medicina-sociedade, eu diria que não, porque a medicina evolui a cada dia. O aluno na escola aprende a estudar, a ler, e a aprende a técnica para habilitá-lo. Mas ele não está preparado para o exercício da medicina calcado no relacionamento humanístico. A medicina tinha que estar eternamente vinculada à pessoa, como disse o Professor Danilo Perestrello, que eu louvo e sou seu seguidor na defesa dessa tese. Hoje nós perdemos esse sentimento da solidariedade humana, quando se fala que a medicina hoje exige uma equipe, nós legitimamos a departamentalização do

corpo humano. Cada um vê o seu viés, só aquela parte. Eu quero dar um testemunho pessoal: eu nunca me identifico como médico quando sou o paciente em uma consulta. Se o profissional atende o meu plano de saúde, tudo bem, caso contrário, pago particular. Quando chego, me dirijo ao colega, ele está de costa para mim e de frente para o computador e indaga o que eu sinto e apenas digita. Depois de uns cinco minutos comigo ouvindo o barulho do teclado, ele pede exames, uma lista enorme. Então veja bem que medicina que nós praticamos hoje: a medicina da indústria, onde se valorizam os exames complementares que na nossa geração estavam efetivamente vinculados ao significado complementar. Você fazia o diagnóstico de probabilidade, de suspeição, e ia realmente fazendo os pedidos de acordo com a exclusão daquilo que você tinha certeza da probabilidade, e pedia o mínimo de exames complementares. Hoje não existe isso. Hoje temos uma medicina de diagnóstico, de equipamentos, encarecendo, inclusive, o custo para o paciente. Muitas vezes o médico não se preocupa em se deter um pouco mais na história daquele paciente. Aquele negócio da sensibilidade que o médico sempre utilizou e sempre sentiu, não se usa mais, apela-se para o equipamento. Então, a medicina de hoje torna o profissional refém dessa parafernália de equipamentos. Eu não vejo uma perspectiva, um paradigma de mudança nessa relação entre médico e paciente vigente, e, sobretudo, nas escolas médicas brasileiras, que, guardadas as exceções da regra, são verdadeiras bancas de negócio (aqueelas de origem privada). Nós temos escolas médicas públicas com professores de dedicação exclusiva que não ficam três horas em uma faculdade; nós temos professores que abandonam o aluno na orientação. Eu gostaria que a gente delineasse possíveis caminhos para deixar para uma reflexão para as novas gerações de médicos.

CACILDA - Já falamos sobre alguns aspectos negativos, como a prevalência de um tecnicismo exacerbado. Gostaria que abordássemos o viés positivo que a inclusão de tecnologias pode trazer para a prática médica.

PAVÃO - Eu sou muito mais otimista. Acho fantástico o fato das pessoas terem acesso à informação. O que nós acompanhamos nos últimos 30 anos foi um grande aumento da longevidade. A evolução da expectativa de vida das pessoas mudou e deixou de ser aumentada apenas por medidas básicas de saneamento, medidas primárias. Temos no Estado de São Paulo uma mortalidade infantil que só vai melhorar agora

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 contribuíu para a elaboração da Resolução 1982/2012, que define critérios para validação de novas técnicas e procedimentos médicos.



se a gente equipar as UTIs neonatais. Então, não se pode fugir dessa incorporação tecnológica. Ela veio, ela ficou, ela é importante, e ela acrescenta. E o médico não vai perder a autonomia. Não se pode confundir com aquele lado do sacerdócio quando o médico era soberano – e não autônomo. Hoje temos a autonomia, não a soberania. O paciente agora faz parte da equação. Eu sou de uma geração lá da Escola Paulista de Medicina com nomes como o Oswaldo Ramos e o pai dele, Jairo Ramos. Ele não falava o resultado da pressão arterial para o paciente, considerava que “não era da conta dele”. É um comportamento realmente absurdo em relação à hoje. Hoje o paciente faz parte, você tem que conversar com ele; ele quer saber o que ele tem. Se ele vai ao médico, é porque quer ouvir algo mais. Como é que essas tecnologias podem ajudar? Nós temos um país continental. Nos Estados Unidos, por exemplo, tem trabalhos excelentes sobre consulta médica por Skype. Eu vou falar de um dos exemplos principais, pacientes com Parkinson. Não faz sentido deslocamentos frequentes de um paciente com Parkinson que precisa de uma consulta presencial e está a 400 quilômetros daquele centro fantástico e especializado na doença. Desse modo, faz-se consultas com o médico por Skype, em que o médico vê a casa do paciente, vê os familiares, vê o ambiente, faz os movimentos, vê como ele se encontra, consulta registros que são enviados para a clínica o tempo todo. Trabalhos científicos mostram que eles têm resultados clínicos muito melhores daqueles que vão a uma consulta a cada seis meses com dificuldade de chegar até o local. Eu não tenho a menor dúvida que a gente vai usar a tecnologia de videoconferência, de telemedicina. Só que a gente tem que aprender a usá-las. As questões tecnológicas novas valem para aquilo que está bem estabelecido. Uma avaliação de telemedicina num caso difícil tem pouca importância. Mas, para fazer com que aquele lugar mais distante siga, por exemplo, o protocolo de um derrame, o protocolo de um infarto, é muito, muito importante e eficiente. Nesse caso pode ser um meio de apoio. A tecnologia que vem sendo incorporada está validando práticas atuais, cujos benefícios são comprovados. A gente tem que utilizar no sentido positivo essas novas tecnologias. O que a gente não pode é ficar extremamente tecnicista, a relação do médico com o paciente tem que persistir; a conversa tem que persistir. Mas a tecnologia veio, ela vai ser incorporada e todos nós vamos usar. Quem são os médicos que operam hoje com robótica? A maioria tem entre 30 e 35 anos, sabem mexer nos joysticks, não é para nós. Eles usam a tecnologia do robô e o resultado é melhor: pacientes sobrevivem mais, apresentam menos complicações. Tem que incorporar tecnologia sabendo

que se busca uma boa evidência médica e um bom desfecho. Há diversas outras possibilidades do uso de novas tecnologias: na imagem, em salas híbridas, na medicina intervencionista, em novas especialidades e áreas de atuação. Eu diria para mantermos o correto caminho da medicina, essa linha de pensar no paciente, de zelar pelo relacionamento no consultório, de manter a autonomia (mas não ser soberano), de manter a independência (mas não ser arrogante), e assimilar esta incorporação tecnológica que é fundamental e irreversível.

CACILDA – Como você falou, a incorporação tecnológica na medicina é milenar. Começou com o estetoscópio que hoje nós temos entre os equipamentos básicos de uma maleta de um médico e continua com o oxímetro e até mesmo o ultrassom portátil.

LORENZO – Não tenho dúvida que a tecnologia pode ser e tem sido usada para aquele fim ético primordial do qual falamos que é o bem do paciente, mas a minha questão fundamental é sobretudo poder entender e agir para evitar que a tecnologia deixe de ser meio e torne-se fim, ou seja, quando o fetiche que ela desperta, sobretudo, nos nossos alunos, funde-se com a própria ideia de ser médico. É preciso entender que esse fetiche tecnológico é derivado não pura e simplesmente de uma ocorrência inevitável. Em torno da produção e uso das tecnologias existe uma quantidade muito grande de interesses ideológicos e mercadológicos dirigidos a forjar uma fusão indissolúvel de toda e qualquer prática de cuidado ao seu uso. E as escolas médicas fazem muito pouco ou nada para que os alunos compreendam um pouco mais criticamente o lugar da tecnologia nas estruturas dos modelos de atenção à saúde. O próprio fetiche tecnológico e a hiperespecialização tem tirado do médico aquela característica quase secular de um profissional cultivado, convededor de um pouco de filosofia, literatura, artes. O poder de sensibilização do espírito por esses saberes também influencia na qualidade da relação estabelecida. Uma outra tecnologia que, embora seja uma tecnologia leve, vem influenciando é o saber probabilístico, o cálculo estatístico. Nas decisões clínicas, passa-se a valorizar a posição de um paciente em uma curva de Gauss. Os consensos produzidos pelas associações médicas passam a ser os principais métodos de escolha terapêutica e se esquece que características de personalidade, formas cotidianas de vida e outros aspectos subjetivos influenciam as formas como os pacientes aderem a um tratamento, ou apresentam sintomas.

CACILDA – Eu gostaria que o Dr. Abram comentasse a relação médico-paciente, falasse sobre a medicina como uma área humanística, dentro da relação de saúde.

ABRAM – A tecnologia veio em ajuda da limitação de nossos sentidos. Não foi por outra razão que Laennec inventou o estetoscópio, tornando a ausculta dos órgãos internos mais acessível e precisa. Não substitui o médico; torna-o, sim, mais eficiente e permite melhor diagnóstico de doenças. Sem o médico para pensar o doente, fica este a mercê de um protocolo generalizador, mecânico, como se fora uma máquina a substituir ou recompor peças de seu maquinismo. Isso pode ser eventualmente útil, mas, frequentemente, cria novas dificuldades, além de desencadear novas doenças, o que nós chamamos iatropatogenia (doença provocada pelo médico). Quando o professor Luiz Carlos Lobo, instalou-se na UFRJ, lá pelos meados da década de setenta, vindo de Brasília, chamou-me para assessorá-lo na instalação de estudos sobre relação médico-paciente no recém-fundado Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) e Centro Latino-Americano de Tecnologia Educacional para a Saúde (CLATES), no Centro de Ciências da Saúde da UFRJ. Naturalmente, fiquei maravilhado vendo um magnífico computador fechado em uma sala refrigerada, zumbindo, ligado a dezenas de monitores faiscando suas letrinhas verdes e varrendo suas fichas Hollerith a enorme velocidade, tudo com sua capacidade de memória de 256 kb. Conversávamos muito sobre o futuro da prática médica e um dia, diante de tantas perspectivas tecnológicas, perguntei-lhe o que iria sobrar para o médico. Respondeu-me tudo o que eu queria ouvir: “A relação médico-paciente”. O diagnóstico do doente, como divulgou o professor Danilo Perestrello em sua “Medicina da Pessoa”,

é essencial para o médico singularizar o caso clínico, que de outra forma estaria sujeito a protocolos tipificantes com o risco de iatropatogenia. É, efetivamente, fundamental conhecer-se o doente, o que me levou a criar, a pedido do professor Clementino Fraga Filho, ainda em 1974, um instrumento diagnóstico que chamei “História da Pessoa”, com a finalidade de estabelecer o vínculo terapêutico, singularizar o caso, promover diminuição do estresse, (e, portanto, de queixas funcionais) diante da doença e da eventual hospitalização e, até mesmo, uma psicoterapia básica, acessível à formação do médico clínico, ou mesmo especializado. Poupa, segundo nossas avaliações, cerca de trinta por cento do custo assistencial e seria aquela formação essencial para o médico generalistas de comunidades carentes.

SARAIVA – O que professor está dizendo é verdadeiro. O que eu queria frisar é que não sou contra tecnologia de ponta. Quando se fala em telemedicina, telessaúde, eu continuarei fazendo o contraponto. Eu sempre me recuso, quando estou em uma palestra ou mesa redonda, a comparações com os países desenvolvidos. Eu primeiro quero me situar neste país que eu vivo. Eu quero ter resolutividade neste país, porque a cultura deles é diferente, a educação deles é diferente, a economia deles é diferente, a geografia médica deles é diferente. Eu queria lembrar aqui que este país tem cerca de 18 mil quilômetros de fronteira do Oiapoque ao Chuí, dos quais, aproximadamente 11 mil quilômetros estão na Amazônia Legal – que representa mais de 60% do território nacional. Veja bem, como é que eu vou implantar a tecnologia de ponta da telemedicina e até a telessaúde lá na Amazônia – seja Oriental, seja Ocidental – onde em uma parcela considerável dos municípios não há médicos para operacionalizar tais procedimentos? Quem vai interpretar isso, o leigo? Penso ser um risco para o paciente. A segunda questão é que, simbolicamente, temos vários “Brasis” dentro do Brasil e nós não podemos traçar uma medida universal nesse país, considerando São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, Bahia, Paraíba, que são centros desenvolvidos em relação ao resto do país. Então é uma coisa cultural, a nossa linguagem, entre aspas, é diferente entre o Norte e o Nordeste, Centro-Oeste e Sul e o Sudeste, o nosso clima. A nossa climatologia médica é diferente. A nossa geografia médica é diferente. Então eu sempre defendi que foi um equívoco criar no Norte uma faculdade de medicina aos moldes tradicionais da USP, da UFRJ, UFMG, da UFBA, porque a faculdade de medicina que deveria ter sido priorizada lá

Cláudio Lorenzo – Presidente da Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e integrante do conselho diretor da Rede Latino-Americana e do Caribe de Bioética. Atua como professor do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) e do programa de pós-graduação em Bioética desta universidade; militante nas áreas de ética em pesquisa, ética de políticas públicas e bioética clínica.



era uma que levasse em consideração a medicina tropical com as quatro áreas básicas. Assim você formaria médico que esse país precisa nessas regiões.

CACILDA – Lorenzo, como essas novas tecnologias que a gente vai incorporando na nossa prática como habilidades técnicas essenciais aos médicos, podem ser e devem ser ajustadas à prática humanística e ética da medicina? É possível aliar esses dois vieses ou nós estamos tentando criar um “Frankenstein”?

LORENZO – As provocações que o professor Saraiva fez aqui me levaram a pensar em um elemento importante: o fato de nós estarmos discutindo inicialmente a influência da tecnologia na Medicina através de uma relação estabelecida exclusivamente com esse paciente da classe média, com inclusão digital, e acesso a informação e esquecendo uma característica central de nosso contexto que é a desigualdade social e as iniquidades de acesso. Mas quando tratamos da tecnologia não podemos entendê-la apenas como um produto, um equipamento, gerado através da ciência e do complexo científico-industrial; temos que pensar também nas tecnologias leves, que nascem de saberes científicos teóricos ou práticos que não se transformam em produtos, mas em ações, atitudes, cálculos, racionalidades, ou ainda aqueles que se expressam como técnicas fundamentadas em saberes estruturados, mas diversos da ciência tradicional, as chamadas tecnologias populares, por exemplo, ou os saberes tradicionais de povos indígenas. O Dr. Saraiva reclamou aqui como homem da Amazônia, de algo que também se aplica ao homem do Sertão da Bahia, Estado de onde eu vim. A postura crítica sobre o uso tecnológico e os interesses que o envolvem servem também para fundamentar decisões sobre que tipos de tecnologias eu tenho que escolher para instalar em determinados locais e quais são as melhores opções para eu obter impactos positivos. Isso é tecnologia de pensamento, de organização, do saber. Nós perdemos muito com o processo flexineriano, com o fordismo aplicado ao estudo do corpo humano. E talvez tenhamos construído uma propedéutica que realmente extrai o sujeito, através de uma noção radical e restrita de científicidade. O elemento central do método cartesiano de separar o sujeito da pergunta (*ego cogitans*) da coisa dada ao conhecimento (*res extensa*) aplicado à ciência médica traz sempre o risco de que o médico retire também o sujeito existente no seu objeto de seu estudo, que é enfim o ser humano. Isso se complica ainda mais com o processo crescente no último século e nas primeiras décadas de mercantilização

da Medicina. Então, preparar os estudantes de medicina com algumas noções como estas, oferecer, por exemplo, o acesso à história de como se construiu a relação entre brancos e negros em um país, e de como esses determinantes históricos e o racismo que dele emergiu interferem no acesso a bens e serviços de saúde, e na forma como as pessoas negras são acolhidas na assistência a sua saúde, pode ajudar a uma reflexão autocritica de suas próprias posturas. É preciso talvez também passar uma ideia de antropologia da saúde como uma tecnologia do pensamento, o mesmo para as noções necessárias de filosofia ampliando o entendimento do ser, do eu, da alteridade, das concepções de vida e morte, as quais também precisam ser desenvolvidas e estimuladas dentro das escolas médicas.

CACILDA – Eu gostaria que nos abordássemos os diversos “Brasis” que coexistem. Foi dito que a diminuição da mortalidade infantil hoje em São Paulo depende de investimentos nas UTIs, mas, para diminuir mortalidade infantil na Amazônia, nós precisamos de condições sanitárias básicas. Tendo em vista esse cenário, como você vê a posição da tecnologia, como a telemedicina pode influir positivamente nesse cenário?

PAVÃO – Tem dois aspectos: escola médica/educação continuada e medicina personalizada. Do ponto de vista básico, o currículo médico é absolutamente equivocado no momento e já o era na nossa época. O espaço humanístico dentro dos currículos médicos é bastante reduzido. Mas tem como reforçar esse conteúdo presencialmente ou não – e a tecnologia é grande aliada. Do ponto de vista da educação médica continuada, penso que é impossível fazê-la presencialmente quando nós temos 400 mil médicos no Brasil. Impossível. Ela não vai ser presencial. Ela vai ser a distância. Então, o investimento tem que ser direcionado para isso. Devemos ser inconformistas o suficiente para exigir que a educação médica continuada atinja todos esses lugares. Outro aspecto importante é que a gente só vai descobrir as diferentes necessidades do Brasil a hora que tivermos dados. Este é talvez o maior dos nossos problemas, não saber o que acontece. A nossa base de dados é terrível. Até mesmo a base de dados do atestado de óbito é ruim. Se somos incapazes de ter informações consistentes até na morte, imagine em vida. Então, meu olhar de tecnologia para o Brasil seria uma forte estrutura na obtenção de dados epidemiológicos e clínicos, seria juntar todas as informações do que acontece

para poder fazer análise de frequência, desfechos etc. Ou seja, as necessidades só vão poder ser definidas quando você tiver conhecimento adequado do que está acontecendo. No Uruguai, por exemplo, eles têm informações médicas sobre tudo que acontece. Isso é cultura, é educação. Conseguir personalizar e individualizar talvez seja uma fantasia. Aqui a gente utiliza o dado médio para tudo. Eu trato uma pneumonia baseado na experiência que foi levantada em uma população média e considerando que eles responderam na média. Só que você é um indivíduo e para melhorar a qualidade e o desfecho, eu preciso de conhecimentos adicionais. No Brasil, se fornecermos educação médica continuada e estrutura epidemiológica e gestão consistentes, conseguiremos modificar realidades.

SARAIVA - Veja bem, isso tudo que o senhor colocou é oportuno. Isso gera um questionamento salutar. Devemos considerar também que a estatística é manipulada a serviço, ou de governo, ou de outra força. Isso acontece porque não temos um país que prioriza a educação, desde o fundamental, o médio, até o ensino superior. Eu fui do projeto Rondon e me deparei com um adido militar da Coreia do Sul em uma dessas viagens. Ele queria conhecer o projeto Rondon na prática, porque ele já tinha informações conceituais. Perguntei a ele qual foi milagre da Coreia do Sul para ser hoje uma potência. Aí ele disse que quando houve a divisão das duas Coreias, o plano da Coreia do Sul, exigido pelo povo dos candidatos, era a prioridade à educação. E o eleito não teve outra alternativa: colocou na Constituição alto percentual do orçamento deles durante 20 anos para educação. Ele explicou que se o país precisa de mais médicos, eles tiram vaga da engenharia, do direito e ninguém aumenta vaga para não sobrecarregar o orçamento, ou seja, um alto patamar de planejamento. Eles direcionam até ser satisfeita a necessidade. Foi assim que a Coreia do Sul passou a ser uma potência: priorizando a educação em todos os níveis.

CACILDA - Eu gostaria que o senhor iniciasse os comentários sobre a seguinte questão: nós temos um médico formado em uma estrutura paternalista e protetora, com muita tecnologia. É possível dizer que há um choque entre o ideal ético e as situações com as quais os médicos recém-formados se defrontam na prática médica (pronto-socorros lotados, condições precárias de trabalho, autonomia limitada, pouco tempo para dedicar aos pacientes etc.)?

ABRAM - Estamos longe de formar médicos ideais, em ambientes de treinamento ideais. Temos formado muito mais técnicos

em procedimentos e administradores de remédios industrializados, úteis se os doentes fossem apenas portadores de doenças arroladas em quadros estatísticos. Se o médico for redimensionado em suas funções para somente orientar seu paciente para uma máquina de exames, poderia com vantagem ser substituído por uma atendente simpática e um técnico do procedimento, enquanto um programa de computador poderia processar o diagnóstico e prescrever, utilizando o "Dr. Google", os remédios industrializados indicados. É possível mesmo que já estejamos caminhando para esse tipo de solução social que dispensaria os serviços desse profissional incômodo, ainda chamado médico, que se preocupa, apesar de tudo, com o doente, além de tentar aliviar ou curar a doença, e, sobretudo, querelante quanto às soluções burocráticas saídas das fantasias políticas dos que detém poder. Insisto na ideia de que investir em gente é o maior investimento que uma nação faz. Não são belas estradas e edificações que transmutam um território numa nação. Esta é feita de pessoas capazes de pensar sua tarefa e não apenas executá-la de acordo com protocolos de produção em massa. Gente é um produto único, aparentado a Deus, ou chamemos Natureza - tanto faz -, dotada da capacidade de renovar e criar. Lembremos Tolstoi que, de sua escola experimental em Yasnaya Polyana, nos advertia: "Formamos hoje mais rebanhos para pastores que pastores para rebanhos". É assim que a Coreia do Sul está se destacando no concerto nas nações; foi assim que a Europa sacudiu as cinzas da Segunda Guerra Mundial, assim como o Japão que recentemente apagou os estragos da catástrofe de um tsunami; foi assim que vi meu país

José Leite Saraiva – Aposentado como docente da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), Estado onde também foi secretário de Saúde. Atuou como professor da UFRJ e da UnB. Suas atividades no governo federal incluem o extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Atualmente, exerce a presidência da Federação Brasileira das Academias de Medicina (FBAM).



natal, a Polônia, tornar-se novamente uma nação e tantos outros países que preferiram Ser ao invés de Ter. Não precisaram construir monumentos, nem prédios suntuosos. Construíram seres humanos monumentais.

CACILDA – Gostaria de colocar em discussão como um médico vai exercer a medicina ética, por exemplo, em um pronto-socorro sem condições mínimas para o exercício profissional. Como precisamos nos comportar para fugir da banalização de ética que hoje existe para toda a atividade humana? O médico é realmente o anteparo de tudo o que é condenado no exercício ético nesse país?

LORENZO – Eu gostaria de trazer para a discussão dois aforismos aristotélicos que eu acho que são importantes: o primeiro deles é o de que a Ética é uma práxis. A diferença básica entre a técnica e a ética enquanto práxis é que a técnica não transforma o sujeito da sua prática, enquanto a ética o faz. Quando eu sou ético, eu estou obrigatoriamente dentro de uma relação, e toda relação modifica ambos. O outro aforisma é que a Ética é, em grande medida, dependente da Política, pois a organização da Pólis, pode favorecer ou obstacularizar as relações éticas entre os indivíduos, e eu tomo política aqui neste sentido amplo. Ora, assim sendo pode ser infrutífero discutir uma melhor na simetria na relação médico-paciente quando pessoas passam a noite na fila de um ambulatório de um Hospital Universitário para conseguir ficha no próximo mês para uma consulta especializada. Como é que aquele indivíduo entra e tem 15 ou 20 minutos para se expressar vai ter qualquer relação simétrica? Agora, por outro lado, nós não podemos esquecer – e aí está um pouco minha posição aqui

de contraponto ao que foi dito antes –, é de que a educação do espírito que se faz para uma atitude ética pode ser aplicada no lugar que você estiver. Então o fato de eu ter condições ou circunstâncias desfavoráveis não pode me impelir, ou servir como álibi para o desrespeito, o autoritarismo a frieza. Eu costumava dizer para os meus alunos, em relação à remuneração do Estado: “não vamos valer o que a gente ganha”.

PAVÃO – Esse lado ético deve partir de nós mesmos. Vamos citar Martin Luther King que disse que, de todas as formas de desigualdade, a injustiça na saúde é a mais chocante e a mais desumana. Continuo insistindo em educação, em escola médica de qualidade, em treinamento, em educação médica continuada, em tecnologia para capilarizar a informação. Talvez eu possa me desiludir em breve, ou mesmo em médio e longo prazo, mas eu me recuso a atuar de maneira diferente, e acho que as pessoas que nos leem também têm que ter essa ideia de recusar atuar de uma maneira indiferente aos conceitos e conhecimentos éticos e médicos. Talvez seja um dos modos de modificar essa realidade.

SARAIVA – Eu gostaria de comentar essa questão considerando o cenário brasileiro e o SUS. Na reforma sanitária eu já estava em Brasília. Eu virei para o Hésio [de Albuquerque Cordeiro], que era um dos baluartes junto com o [Sérgio] Arouca. Os dois representavam as duas vertentes da Reforma Sanitária do VIII Conferência Nacional de Saúde. Eu estava no gabinete do Ministro da Previdência, e eu virei para o Hésio, que era o Presidente do Inamps [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social] e pedi que apresentasse a defesa da lei que instituiria o SUS com implementação progressiva em todo o território nacional. Afirmei que ele e o Arouca provavelmente não conheciam bem, por exemplo, a Amazônia Legal, dentro do contexto do Brasil. Lembrei a eles que, recentemente, eu havia sido transferido do Amazonas para Brasília e conhecia bem essa área. Exerci no Amazonas o cargo de Secretário de Estado de Saúde. Como os demais Estados abrangidos pela Amazônia Legal (Acre, Amapá, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins), o Amazonas tinha municípios sem nenhuma estrutura organizacional de secretaria municipal de saúde, sem recursos humanos na área da saúde, incluindo médicos, além de outros obstáculos, contexto que inviabilizaria a implantação do SUS nas condições que se delineavam. Quero deixar registrado que eu apoia o SUS, que era e é uma grande conquista, como política de saúde. Discordava apenas do seu planejamento estratégico de implementação e operacionalização de imediato em todo o território nacional. Ele disse que eu tinha razão, mas que me daria uma resposta dura. Ele disse que estávamos em fim de governo e que o SUS sairia naquele momento ou nunca. Tratava-se de uma questão política, então eu respeitei. E aí está o SUS está com mais de 20 anos de existência e onde é que funciona a Lei Orgânica do SUS, a 8.080 de 1988? Nem nos grandes centros está consolidada, existem apenas pontos focais. É a realidade do desconhecimento que precisamos combater. Todos os gestores de saúde nas unidades federadas pensavam que a descentralização estava incluída a descentralização financeira. Ledo engano. O governo descentralizou obrigações e responsabilidades, mas continuou concentrando o recurso financeiro. Hoje, todo secretário municipal e

Oscar Fernando Pavão - Formado, em 1983, pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Possui especialização, mestrado e doutorado em Nefrologia pela Unifesp, onde também atua como docente. Pós-doutor pela Universidade de Harvard. Em torno do ano de 2000 começou a atuar na gestão da unidade de terapia intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein. Atualmente é diretor de Prática Médica deste hospital.



estadual vai de pires na mão a Brasília e se rezar contra, corta a verba do secretário. Essa é nossa realidade.

CACILDA - Gostaria que os convidados falassem qual o modelo de médico ideal para o futuro, principalmente para o futuro do Brasil, considerando os desafios sobre os quais falamos e o alto desenvolvimento tecnológico?

PAVÃO - É um médico que tem uma boa educação de base, que venha de uma universidade que tem um currículo que inclua modernidades, que inclua questões humanísticas e que ofereça um treinamento adequado. Também, é fundamental que ele possa ter educação médica continuada ao longo da sua carreira e que tenha oportunidades de trabalho na área que ele assim desejar - seja na assistencial, financeira, qualidade de vida, educação ou pesquisa - e que ele possa atuar de maneira multiprofissional. O futuro é o médico trabalhando com enfermagem, com nutrição, com psicologia, com fisioterapia, fonoaudiologia, com outras equipes e parceiro do paciente, com foco no paciente. Esse é o médico ideal.

ABRAM - Sonho com a ideia de voltarmos a criar, no Brasil, novos grandes mestres, ensinando aos jovens a prática humanística, agora enriquecida por Psicologia, Antropologia, Sociologia, Filosofia e enfatizando a cultura geral na formação da pessoa do médico, sobretudo aquele capaz de pensar a gente brasileira. Muitos avanços tecnológicos deverão ser absorvidos, mas é preciso que esse novo médico seja respeitado pelo poder público para se aperfeiçoar como gente e como técnico. E, assim, o médico poderá ser, sobretudo um cidadão e realizar o que William Osler apregoava com muito acerto: "Mais importante que entender a doença é entender quem tem a doença".

LORENZO - Do ponto de vista ético, o importante é que, independente de onde e como atue, e o maior ou menor uso de tecnologias pesadas, que tenha foco no outro, competência técnica direcionada e a serviço do bem estar do outro, em uma relação de parceria, na busca de simetria e de conhecimento do outro, do seu mundo. Que o preconceito racial, de idade, de orientação sexual, não exista nunca em suas consciências e se existirem, que não se concretizem jamais em posturas e ações discriminatórias. Do ponto de vista ético, o foco é retomar a noção hipocrática. Se nós refutamos agora de Hipócrates o paternalismo fundado na autoridade do saber - é muito bom que o tenhamos feito - , eu acho que nós devemos retomar dessa

figura quase mítica a noção de que o método médico tem um fim no princípio ético, ele é fundido ao princípio ético.

SARAIVA - Eu penso que em parte o médico é produto da escola que ele egressa. Então, a primeira condição é termos escolas médicas responsáveis. Já recebi o encargo de fazer a avaliação do Norte a Sul dos hospitais universitários e fiquei estarrecido. Se não houver uma mudança nesse primeiro ponto, o médico do futuro não é completo. Ele vai sair com os cacoetes de hoje, ele vai fazer e vai praticar a antiética, vai para o mercado querer ganhar dinheiro. Você pode até ganhar, mas você não pode usar essa meta como se fosse a verdade da sua profissão. Esse médico tem que ter toda uma formação humanística, ele tem que ter um bom salário, carreira de estado, tudo isso são itens complementares. É possível a coexistência de uma tecnologia de ponta com uma relação médico-paciente perfeitamente digna e humana. ■



NOTA DOS EDITORES – A segunda seção Painel atingiu plenamente o seu objetivo de colocar em perspectiva um importante tema da atualidade: o impacto das novas tecnologias na prática médica, o papel da humanização nesse cenário e o resgate de saberes capazes de ampliar o entendimento do ser humano, em benefício da relação médico-paciente. Convidamos os interessados a aprofundarem sua leitura e oferecemos abaixo os links e referências de alguns textos que inspiraram a discussão:

1. KING, Martin Luther. *O grito da consciência*.

2. PERESTRELLO, Danilo. *A medicina da pessoa*.

3. JAEGER, Werner. *Paidéia: a formação do homem grego*.

4. OGDEN, Jane. *Health psychology: A textbook*.

5. LAIN ENTRALGO, Pedro. *Historia Universal de la Medicina. Especialmente volumes I e II* (a edição toda tem sete volumes).

6. **Tomorrow's Doctors, General Medical Council**

http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf

7. **What We Don't See [emergence and discoveries of pediatrics]**, Margaret Kendrick Hostetter, *The New England Journal of Medicine*

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1111421>

8. **The Past 200 Years in Diabetes**, Kenneth S. Polonsky, *The New England Journal of Medicine*

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1110560>

9. **A Reader's Guide to 200 Years of the New England Journal of Medicine**

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1112812>



Ensino médico

O rigor e a grandeza do aprendizado

// Vevila Junqueira (texto)

// Márcio Arruda e Nathália Siqueira (fotos)

A seção Olhares desta edição traz o registro do aprendizado, da grandeza e da responsabilidade de formar novos profissionais. Estudantes e professores experientes, com ajuda dos pacientes e da tecnologia, abraçam o desafio de se manterem coesos ao rigor técnico e intelectual que rege a atividade médica e o seu ensino. Confira o que as lentes dos nossos repórteres fotográficos captaram: a disciplina, a intuição e os ambientes marcados pelo instante da descoberta.

Os pacientes devem ser capazes de confiar aos médicos suas histórias de vida, suas experiências e condições mais sensíveis, e, acima de tudo, a sua saúde. Como resposta, os médicos devem expressar absoluto respeito pela vida humana. A publicação *Tomorrow's Doctors*, do General Medical Council – o Conselho de Medicina Britânico – recomenda aos profissionais: “Você é pessoalmente responsável por sua prática profissional e deve estar sempre preparado para justificar suas decisões e ações”. Com este engajamento, médicos de todo o mundo buscam o aperfeiçoamento contínuo de suas práticas não só durante a graduação, mas durante toda a sua vida profissional.

A rotina imposta a esses profissionais em formação é inevitavelmente marcada pelos extraordinários avanços tecnológicos que assistimos nas últimas décadas do século 20. No entanto, o futuro médico também é formado nas salas de aula, no contato com os pacientes, nas relações interpessoais com a equipe e tendo seus professores como importante referência.

Como ilustra o médico José Eduardo de Siqueira na introdução de *Conflitos Bioéticos do Viver e do Morrer*, a despeito desse cenário de modernidade, ecoam vozes que reconhecem que a enfermidade é simultaneamente orgânica e psíquica, social e familiar. Para ele, a formação do médico ideal deve resgatar plenamente a arte perdida de cuidar, deve compreender o ensinamento de Maimônides, que considerava imprescindível não esquecer que “o paciente é um semelhante, transido de dor e que jamais deve ser considerado como mero receptáculo de doenças”.



//Processo histórico: a chegada da Família Real e de sua Corte marcou a institucionalização do saber médico no Brasil. Ao longo dos dois séculos que se seguiram, os cursos sofreram influências sociais, políticas e econômicas nacionais e internacionais.



//Uso de tecnologia: os investimentos nesses aparelhos justificam-se pelo seu caráter educativo na busca da autoconfiança do estudante em desenvolver habilidades. O impacto positivo nos custos de aprendizagem também é considerado.





//Modelos de ensino: O uso da simulação para treinamento ganhou impulso com os empreendimentos de Asmund S. Laerdal, que criou a Resusci Anne, manequim notório no mundo todo. Hoje, o uso desses modelos é uma realidade em muitos cursos e escolas.



//Treinamento em serviço: ambientes estimulam a formação prática dos procedimentos e discussões sobre as alterações do estado clínico dos pacientes; habilidades para o trabalho multiprofissional também são desenvolvidas.



//O desafio do contato: pesquisa veiculada pela Revista Brasileira de Educação Médica aponta: embora 62% dos alunos afirmassem sentir-se preparados psicologicamente para o contato direto com o paciente, 73,08% envolveram-se com o sofrimento deste.





//Novo perfil: em 2001, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, que estabelece um perfil de médico dotado de competências nas áreas de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, e educação permanente.

Sob as bênçãos de São Lucas

//Thaís Dutra

96
MAI/AGO 2013

A relação entre a música e a medicina é milenar. Patrono dos médicos, São Lucas Evangelista cuidava dos doentes e encantava-se pelo universo musical já no século I.

Segundo a tradição, era músico, começou a estudar medicina em uma renomada escola na Antioquia (antigo território sírio) e mudou-se para Alexandria, Atenas e Pérgamos - onde se aprimorou nos estudos acadêmicos.

Chamado de 'médico amado' pelo apóstolo Paulo, Lucas foi o autor do terceiro evangelho do Novo Testamento e dos Atos dos Apóstolos.

No calendário católico, o dia 18 de outubro é consagrado a ele - data em que se comemora o dia do médico no Brasil em homenagem ao patrono. Mas não foi apenas sua paixão pela medicina, que ele deixou como legado



A dedicação de São Lucas às pessoas parece influenciar aqueles que se apaixonam pela prática médica e pela música com sensibilidade para cuidar tanto do corpo quanto da alma de quem os procura. Nesta edição, a Revista Medicina reuniu algumas pessoas que juntaram notas e versos à medicina, acalentando mentes, corações e almas.

Samba

NOEL ROSA - VERSOS PARA CANTAR A VIDA

Poeta da Vila, Noel Rosa entrou para a faculdade de medicina na década de 1930 para alegria de sua família - que tinha a esperança de formar um filho doutor que ajudasse a pagar as contas de casa. Mas, tudo o que a escola médica lhe rendeu foi a música *Coração*, também conhecida por Samba Anatômico. O filósofo de Vila Isabel cursou medicina no Rio de Janeiro sem se graduar e resguardou-se em liberdade poética para fazer a composição sem esmero científico.



*Coração
Grande órgão propulsor
Transformador do sangue venoso em arterial
Coração
Não és sentimental
Mas entretanto dizem
Que és o cofre da paixão
Coração*

*Não estás do lado esquerdo
Nem tampouco do direito
Ficas no centro do peito - eis a verdade!
Tu és pro bem-estar do nosso sangue
O que a casa de correção
É para o bem da humanidade*



Baião

ZÉ DANTAS - AS RAÍZES EM CANÇÕES

Mesmo não sendo a paixão do poeta, a medicina sempre permeou a vida do jovem de aparência franzina que extravasava no samba e na boemia sua timidez. Carioca, Noel de Medeiros Rosa nasceu em 1910 com auxílio de fórceps, pois o obstetra afirmou que mãe e filho corriam risco de morrer. A intervenção fraturou a mandíbula do bebê, que cresceu com a fisionomia marcada por uma possível hipoplasia mandibular.

Acometido também de uma doença pulmonar crônica, mudou-se para Belo Horizonte, em 1935, seguindo a orientação do médico Graça Melo, pois era preciso abandonar a boemia carioca. Da capital mineira, escreveu ao doutor:

*“Já apresento melhorias,
Pois levanto muito cedo
E...deitar as nove horas
Para mim é brinquedo!*

*A injeção me tortura
E muito medo me mete
Mas minha temperatura
Não passa de trinta e sete!*

(...)

*Creio que fiz muito mal
Em desprezar o cigarro:
Pois não há material
Para o exame de escarro!”*

Não demorou para o cronista do samba voltar para o Rio de Janeiro. Refém da bebida e do cigarro, morreu aos 26 anos de tuberculose na noite da gravação de *Eu sei sofrer*.

*Mesmo assim não cansei de viver
E na dor eu encontro prazer
Saber sofrer é uma arte
E pondo a modéstia de parte
Eu posso dizer que sei sofrer (...)*

Compositor de xotes e baiões como *Vem Morena* e *A Volta da Asa Branca*, Zé Dantas consagrou-se no Brasil na década de 1950, quando já era médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Nascido no Sertão do Alto Pajeú, em 1921, José de Souza Dantas Filho descobriu a vida boêmia na faculdade, mas seguiu o desejo de seus pais e, em 1949, foi para o Rio de Janeiro trilhar carreira médica.

Na então capital da República, especializou-se em obstetrícia, abriu seu consultório de ginecologia, dirigiu a maternidade do Hospital dos Servidores do Estado, mas não deixou de marcar compasso na caixa de fósforos.

Inspirado na prática médica, Zé Dantas compôs *O Xote das Meninas*, relatando com liberdade poética uma consulta ginecológica.

*De manhã cedo já está pintada
Só vive suspirando
Sonhando acordada
O pai leva ao doutor
A filha adoentada
Não come, num estuda
Num dorme, num quer nada (...)
Mas o doutor nem examina*

*Chamando o pai do lado
Lhe diz logo em surdina
Que o mal é da idade
E que pra tal menina
Não tem um só remédio
Em toda medicina
Ela só quer, só pensa em namorar*



foto: Acervo Fundação Joaquim Nabuco

Parceiro musical de Luiz Gonzaga, compôs também canções como ABC do Sertão e Riacho do Navio que, nas décadas de 1950 e 1960, atingiram os primeiros lugares das rádios e lá se mantiveram por bons meses.

O ritmo de trabalho era intenso. Dirigia produção de LPs, programas de rádio e shows, ensaiava com cantores e apresentava-se em programas de auditório. Logo o compositor ocupou o lugar do médico. Em 1957, Zé Dantas cumpria um plantão semanal e nada mais.

O baião foi reconhecido como gênero musical brasileiro um tanto devido ao trabalho de Zé Dantas e suas toadas, que levaram a cultura nordestina, suas festas, farinhas e novenas para as rádios do Rio de Janeiro relacionando a cultura urbana carioca com a sertaneja nordestina.

Zé Dantas morreu em 1962 e, um ano depois, Gonzagão gravou a música Homenagem a Zedantas – reverenciando o parceiro que lhe rendeu mais de 50 composições.

MPB

ALDIR BLANC – A ESPERANÇA EQUILIBRISTA

100

■

13

MAI/AGO 2013

Letrista, compositor e cronista, o carioca Aldir Blanc há muito se rendeu à arte e dá-nos o prazer de ler, ouvir e cantar suas composições – muitas em parceria com João Bosco e Guinga, como *O Mestre-Sala dos Mares* e *Bala com Bala*.

Aldir Blanc Mendes nasceu em 1946 e, assim como Noel Rosa, foi criado em Vila Isabel. Ingressou na Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro com 19 anos, onde se formou em 1971, especializou-se em psiquiatria e permanece médico inscrito sob o CRM-RJ 160850.

Durante a ditadura militar, compôs em parceria com João Bosco *O Bêbado e a Equilibrista* – até hoje lembrada na voz de Elis Regina. A canção traz diversas inferências e logo nos primeiros acordes fala do personagem Carlitos, homenageando Charles Chaplin morto em 1977. O clássico da MPB também traz o exílio do sociólogo Hebert de Souza (Betinho) em seus versos. Betinho voltou e participou do disco *Aldir Blanc- 50 anos* cantando o hino de uma geração que sonhava com o fim da ditadura e, como “Marias e Clarices”, choravam seus mortos.

Além de música, o futebol também ocupa lugar de honra no coração deste vascaino: “Prefiro ir para a segunda divisão com o Roberto Dinamite, do que ficar na primeira com o Eurico [Miranda]”. E, reforçando o torcedor incorrigível que é, fez questão que uma ressalva à direção do time de São Januário constasse em sua entrevista à Revista Medicina: “Mas, hoje, infelizmente, estou decepcionado com uma gestão que despreza Juninho Pernambucano e Felipe por motivos idiotas. E ainda vende o Dedé, depois de prometer que não o faria.”

*O bêbado com chapéu-coco
Fazia irreverências mil
Prá noite do Brasil.
Meu Brasil!...
Que sonha com a volta
Do irmão do Henfil.
Com tanta gente que partiu*

*Num rabo de foguete
Chora!
A nossa Pátria
Mãe gentil
Choram Marias e Clarisses
No solo do Brasil!...*





foto: Casa da Palavra

De personalidade expressiva e conhecidamente reclusa, **Aldir Blanc** posiciona-se de forma instigante sobre questões que o motivam – como política e futebol. Foi na vida desse personagem que o jornalista Luiz Fernando Vianna imergiu para traçar um perfil da trajetória pessoal e artística do compositor, revelando quase 100 composições inéditas no livro *Aldir Blanc: resposta ao tempo*, lançado pela editora Casa da Palavra.

“Quando ele já era médico e tinha consultório de psiquiatria, duas filhas gêmeas nasceram prematuras e morreram no mesmo dia. O fato teve tamanho impacto que ele resolveu deixar a medicina de lado e se dedicar à música, com a qual já tinha alguns sucessos, como *Bala com Bala* e *Agnus Sei*. Acontecimentos como esses tiveram muita influência na sua maneira não convencional de escrever, compor, combinando humor com um sentimento trágico e cético em relação ao mundo”, conta Vianna.

Sem grandes preocupações com escolas ou estilos, Aldir compõe com riqueza e simplicidade e, dessa forma, faz um rápido bate-bola com Revista Medicina CFM:

Diante de tantas opções, por que escolheu se formar médico e de que forma a vivência nessa faculdade influenciou a sua vida?

AB - Não foi propriamente uma escolha. Quando recebi uma medalha de ouro em Biologia, no Colégio São José, onde estudei do admissão ao científico, atual ensino médio, meu pai disse: “Acho que você tem jeito pra medicina”. Surpreso com a frase dele, resolvi fazer vestibular de medicina e passei.

O senhor cita Noel Rosa como sua grande inspiração. Além da música, outro ponto que os une é o fato de ambos terem cursado medicina. A ele, a medicina inspirou músicas como *Coração*.

E ao senhor, o que a medicina inspirou como compositor, letrista e cronista?

AB - Noel Rosa é fonte de inspiração não só pra mim, mas para grande número de compositores brasileiros. Não sei explicitar como a medicina influenciou minhas letras, mas é óbvio que isso aconteceu, mesmo que de maneira inconsciente. Costumo dizer que ninguém passa impune por um curso como o de medicina. Sempre ficam muitas coisas com a gente, boas ou más.

A vida artística escondeu o médico que é ou são duas faces de Aldir Blanc que convivem?

AB - Eu não sou médico, embora não recuse atendimento. Parei de exercer medicina, para escrever, mais ou menos em 1977, 1978. Por motivos particulares, incluindo o relacionamento com meu pai, mantendo em dia a documentação e o pagamento do CRM, assim como a atualização na especialidade que escolhi, psiquiatria. ■//TD



10.2

MAI/AGO 2013

foto: Jack Bruml Norton

Homem e Fera Cara a Cara

//Vevila Junqueira

A fábula de um rapaz que sobrevive a um naufrágio, à deriva no oceano em um salva-vidas, frente a frente com um felino selvagem; uma insólita aventura. Não é difícil arriscar um palpité sobre este enredo no ano em que *As Aventuras de Pi* rendeu o Oscar de melhor diretor a Ang Lee, além de prêmios nas categorias de fotografia, efeitos visuais e trilha sonora original. O incrível e atual sucesso de público e de crítica, no entanto, traz subjacente mais um capítulo de um antigo debate sobre originalidade e autoria.

O enredo acima, baseado no best-seller do canadense Yann Martel, foi levado às telas pelo diretor taiwanês ao custo estimado de US\$ 120 milhões e arrecadou mais de US\$ 600 milhões nas bilheterias mundiais.

O filme já nasceu sob holofotes por ser considerado, por muitos, impossível de ser feito. A produção, o prestígio após o lançamento e as premiações também reacenderam as discussões em torno da autoria da obra que deu origem ao filme.

No centro da polêmica, o canadense Yann Martel e um brasileiro: o médico e escritor Moacyr Scliar, que, mais de 30 anos antes da saga de Pi chegar aos cinemas, havia escrito uma história muito parecida, *Max e os Felinos*. Afinal, a obra que originou o filme buscou inspiração em Scliar ou se trata de um caso real de plágio na literatura?

*“O que me impulsionou em *A Vida de Pi* foi um comentário que li sobre o romance *Max e os Felinos*, do autor brasileiro Moacyr Scliar.”*

Yann Martel



foto: Divulgação

SEMELHANÇA ARISTOTÉLICA

A hipótese de que Martel tenha plagiado o médico brasileiro Moacyr Scliar, autor de *Max e os felinos*, publicado em 1981 pela L&PM (Porto Alegre), chegou ao conhecimento do público em 2002.

Naquele ano, Martel conquistou, na Inglaterra, o prestigioso prêmio Booker, no valor equivalente hoje a mais de R\$ 170 mil. Imediatamente o jornal britânico *The Guardian* apresentou a questão e a imprensa internacional promoveu um debate intenso.

Jornais importantes, como o inglês *The Sunday Times*, o americano *The New York Times* e o canadense *National Post* abraçaram a polêmica. A imprensa brasileira também repercutiu o fato, com reportagens publicadas em *O Globo*, *Folha de S. Paulo*, *O Estado de S. Paulo*, entre outros.

Martel admitiu publicamente que havia se baseado em *Max e os felinos*, traduzido nos Estados Unidos como *Max and the Cats* (New York, Ballantine Books, 1990) e na França

como *Max et les Chats* (Paris, Presses de la Renaissance, 1991). Em nota da primeira edição canadense menciona Scliar de modo sucinto, ao enumerar as pessoas às quais se sentia grato, atribuindo a ele "a centelha de vida".

Em 2003, em umas das muitas declarações que fez sobre o tema, o canadense disse à revista *Canadian Literature*: "O que me impulsionou em *A Vida de Pi* foi um comentário que li sobre o romance *Max e os Felinos*, do autor brasileiro Moacyr Scliar. Em uma parte dessa novela um homem acaba em um bote salva-vidas com um jaguar. O que me atraiu para essa premissa é que era perfeitamente aristotélico: havia perfeita unidade de tempo, ação e lugar. Enquanto eu estava na Índia, eu decidi contar minha própria história com uma premissa semelhante, porque tinha aquele mix do improvável e do apelo que se adequava a história que eu queria contar (tradução livre)".

O FATOR UPDIKE

As atenções à obra de Scliar renderam a reedição do livro, com um apêndice no qual o autor brasileiro comenta todo o episódio: "Não sou um autor desconhecido, mas certamente nenhum dos meus livros teve a repercussão alcançada por esse", diz o gaúcho. Moacyr Scliar faleceu em 2011 e não testemunhou o sucesso do filme de Ang Lee, baseado na história de Martel. No entanto, se pronunciou diversas vezes sobre a coincidência entre as obras, tratando o tema com educada moderação desde que o assunto ganhou atenção – porém não sem alguma tensão inicial:

"Havia, na notícia, um componente desagradável e estranho, tão estranho quanto desagradável. Yann Martel não tinha, segundo suas declarações, lido a novela. Tomara conhecimento dela através de uma resenha do escritor John Updike para o New York Times, resenha desfavorável, segundo ele. Esta afirmativa me perturbou. *Max and the Cats* não chegou a ser um best-seller, mas os artigos sobre o livro, que me haviam sido enviados pela editora, eram favoráveis – inclusive o do New York Times, assinado por Herbert Mitgang", disse à época.

No texto, Scliar se pergunta: "Teria Updike escrito uma outra resenha – para o mesmo jornal? Se era esse o caso, por que eu não a recebera? Será que os editores só mandavam resenhas favoráveis?". Mais adiante, o gaúcho continua descrevendo o que o deixou desconfortável: "À afirmativa seguia-se um comentário de Martel. Uma pena, dizia ele, que uma ideia boa tivesse sido estragada por um escritor menor. Mas, em seguida, levantava uma outra hipótese: e se eu não fosse um escritor menor? E se Updike tivesse se enganado? De qualquer maneira a ideia principal do livro serviu-lhe de ponto de partida para sua obra *Life of Pi*", conta. Algum tempo depois já estava claro que Scliar nunca fora resenhado por Updike.



foto: Reprodução da capa de *Max e os Felinos*

O MUNDO A ESPERA DE SCLIAR

Mais de 10 anos se passaram desde que, em outubro de 2002, Scliar teve notícia da matéria publicada no The Guardian, colocando em evidência a semelhança entre *Max e os Felinos* e *A Vida de Pi*. Considerando o lançamento da obra brasileira, são mais de 30 anos marcados por transformações políticas importantes.

Mas, essa narrativa fantástica e intrigante de Moacyr Scliar, está longe de ser considerada datada: "Hoje, o livro não perdeu a atualidade, porque continua a evidenciar a importância de se superarem os temores, reais ou imaginários, para a construção de um cidadão pleno e confiante, capaz de garantir uma sociedade justa para si e para os outros.", aponta Regina Zilberman, professora e pesquisadora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Este ano, na 85ª cerimônia de entrega do Oscar, no dia 24 de fevereiro, com a estatueta em mãos por seu prêmio de melhor diretor, Ang Lee disse em seu discurso de 26 segundos para a maior audiência na televisão americana desde 2007: "Eu quero agradecer Yann Martel por ter escrito este livro incrível e inspirador".

O silêncio sobre Scliar, "a centelha de vida", era previsível, pois, mesmo com toda a investida da mídia, o debate se manteve nos "bastidores" como uma questão literária. "Ao assistir As Aventuras de Pi no cinema agora, não pude deixar de sentir um gosto amargo, além das saudades do grande amigo que partiu", disse Luiz Schwarcz, editor que acompanhou o autor brasileiro por muitos anos. "Enquanto o romance de Yann Martel ganhou as telas numa megaprodução, o mundo continua merecendo conhecer melhor os livros de um dos maiores escritores brasileiros do século 20", diz.

Max e os Felinos' foi publicado em 1981, ainda sob a ditadura. Minha geração de escritores foi marcada pelo clima de autoritarismo então reinante e que colocava cada intelectual, cada cidadão, no papel de um naufrago em um bote diante de uma entidade enigmática e ameaçadora"

Moacyr Scliar

A OBRA REVELA O TRAÇO DE SEU AUTOR
Para a professora Regina Zilberman, apesar de seu enredo peculiar, a novela que gerou tanta polêmica apresenta características que a mantém dentro do universo literário criado pelo gaúcho Moacyr Scliar, que se consagrou por abordar temas vinculados à imigração judaica.

"O protagonista, Max, tem alguns elementos que o associam às personagens até então criadas por Scliar: é um imigrante, veio da Europa, precisa se adaptar ao Novo Mundo; mas não é judeu. Seu principal problema é a insegurança, que vai superando aos poucos, após aventuras, umas domésticas, outras quase sobrenaturais (o naufrágio, a que sobrevive, apesar de compartilhar o bote salva-vidas com um jaguar), outras ainda de ordem ideológica, contrapondo-se a grupos nazistas instalados no Brasil. É esse crescimento interior de Max que o livro narra", ressalta Regina.

Moacyr Scliar, na época colunista da Folha, apresentou o contexto em que escreveu Max e os Felinos e também falou sobre as abordagens das obras canadense e brasileira em um artigo intitulado "Déjà vu".

"Parecido? Bastante. É verdade que os textos são diferentes e que a metáfora funciona, em cada caso, de maneira diversa. A visão religiosa de Martel transparece em seu livro. 'Max e os Felinos' foi publicado em 1981, ainda sob a ditadura. Minha geração de escritores foi marcada pelo clima de autoritarismo então reinante e que colocava cada intelectual, cada cidadão, no papel de um naufrago em um bote diante de uma entidade enigmática e ameaçadora", expõe (Moacyr Scliar, Folha de S.Paulo, 16.11.2002, autorizado e/ou fornecido pela Folhapress).



FIOS QUE SE REPETEM

A insólita experiência de coabitar um salva-vidas com um felino selvagem: "Os olhos fechados, as mãos aferradas às bordas do escaler, o corpo sacudido por violentos tremores, (...) esperava pelo fim, que viria, primeiro, com um tremendo golpe da grande pata; logo em seguida a fera se atiraria sobre ele, lhe cravarria as presas no ventre, nos braços, nas coxas, arrancando postas de músculos, triturando ossos, ele morrendo em meio a sofrimentos atrozes... *Senhor, em tuas mãos entrego minha alma*".

Quem assistiu *As aventuras de Pi* deduziria facilmente que o trecho acima foi extraído do livro de Yann Martel. No entanto, pode ver também que *Max e os felinos* foi publicado pelo brasileiro mais de 20 anos antes do lançamento do livro canadense.

O trecho evidencia o "apelo do improvável" ambicionado por Martel, que escreve da seguinte maneira a tomada de consciência, pelo garoto, do outro sobrevivente a bordo, um tigre-de-bengala apelidado Richard: "Tinha agora no meu bote um tigre-de-bengala adulto, de três anos de idade, todo molhado, trêmulo, meio afogado, ofegante e tossindo. Com alguma dificuldade, Richard Parker se ergueu nas quatro patas sobre a lona. Os seus olhos reluziram quando encontraram os meus, as orelhas ficaram bem coladas na cabeça, todas as armas a postos. A cabeça dele era do tamanho e da cor da boia, só que com dentes".

Scliar comenta a premissa: "O texto de Martel é diferente do texto de Max e os felinos. Mas o leitmotiv [ideia, condutor] é, sim, o mesmo. E aí surge o embaraçoso termo: plágio. Embaraçoso não para mim, devo dizer logo. Na verdade, e como disse antes, o fato de Martel ter usado a ideia não chegava a me incomodar. Incomodava-me a suposta resenha e também a maneira pela qual tomei conhecimento do livro".

Para Scliar, se não fosse o prêmio, talvez ele nem ficasse sabendo da existência da obra do canadense: "Depois de muito debate sobre o assunto o livro de Martel finalmente chegou-me às mãos. Li-o sem rancor; ao contrário, achei o texto bem escrito e original. Ali estava a minha ideia, mas era com curiosidade que eu seguia a história; queria ver que rumo tomaria sua narrativa – boa narrativa, aliás, dotada de humor e imaginação. Ficou claro que nossas visões da ideia eram completamente diferentes. As associações que eu fiz são diferentes das que Martel faz", disse.

Essa coincidência entre as obras brasileira e canadense que perpassa mais de 30 anos lança luz sobre a questão da autoria e originalidade. Para Zilberman, Martel se apropriou sim da ideia de Scliar.

Sobre os limites entre explorar uma premissa, a inspiração e o plágio, ela afirma: "Essa é uma questão muito delicada, e Scliar foi bastante generoso a respeito, já que aceitou as desculpas de Martel e deixou o caso por isso mesmo. Mas Martel, creio eu, plagiou, pois se apropriou, indevidamente, da ideia mais original da novela do escritor gaúcho – a da sobrevivência de Max, reapelido de Pi, em um bote salva-vidas, na companhia de uma fera. Se Martel tivesse a intenção de não plagiar, teria reconhecido, desde o início, quando começou a escrever a obra, sua dívida para com Scliar".

A MEDIAÇÃO DO AMIGO

Contudo, a aceitação do brasileiro não foi tão pacífica quanto parece, pelo menos é o que conta Luiz Schwarcz, editor da Companhia das Letras, empresa que publicou mais 20 obras de Scliar. Interlocutor frequente e grande amigo do autor gaúcho, ele narrou no blog da editora (www.blogdacompanhia.com.br) o surgimento da controvérsia e afirmou que Scliar cogitou acionar advogados.

A tensão inicial teria se dissolvido após o editor de Martel, Jamie Byng, da Canongate, entrar em contato: "No telefone, ele garantia a boa fé de Martel e me pedia, em conjunto com o autor, que alcançássemos uma solução pacífica", relata.

O acordo estabelecido foi: "Convenci Moacyr de que o processo seria inviável [os advogados diziam ser impossível mover um processo com base na apropriação de uma ideia, além do custo de uma causa internacional como esta ser altíssimo] e propus que Martel desse uma entrevista valorizando a obra do brasileiro e se retratando das declarações infelizes. Moacyr, por seu lado, daria declarações dizendo que não moveria processo algum".

A polêmica teria rendido ainda o interesse de editoras e agentes importantes dos Estados Unidos, querendo representar mundialmente a obra do escritor. "Infelizmente, seguindo seu caráter superdevotado aos amigos, Scliar não aceitou as propostas das grandes agências que queriam promovê-lo. Se manteve fiel ao agente literário que o representava, que prometeu tirar algum proveito da polêmica e recolocar as obras de Moacyr no mercado de língua inglesa e na Europa – promessa não cumprida", disse Schwarcz.

O silêncio da memória

//Ana Isabel Corrêa



“Meus ontem estão desaparecendo e meus amanhãs são incertos”. Assim fala Alice Howland sobre sua memória e perspectivas para o futuro. Ela é a protagonista da obra *Para Sempre Alice* (Still Alice, Nova Fronteira, 2009, R\$ 34,90), comovente romance de Lisa Genova, p. h. D. em neurociência pela Universidade Harvard. Em seu primeiro livro, a neurocientista conta a estória de uma renomada professora – também de Harvard – que aos 50 anos de idade recebe um inesperado diagnóstico: portadora da doença de Alzheimer de instalação precoce.

109

MEDICINA
CFM

Do passado recente, Alice Howland não sabe o que fez, o que viu e o que sentiu. Ao mesmo tempo teme acordar e estranhar o homem deitado ao seu lado e o próprio reflexo no espelho. Mas ela crê que sua identidade transcende os neurônios e genes defeituosos. E está certa de que, de algum modo, uma parte dela permanecerá imune à devastação causada pela doença de Alzheimer. Seu objetivo, assim, é viver o presente, viver para cada dia, viver para o que está diante de seus olhos e dentro de seu coração.

Muitos são os esquecimentos e os episódios de confusão mental até que a enfermidade ganhasse diagnóstico, relata a autora em *Para Sempre Alice*. O texto deixa o leitor ter dúvidas, vagar entre o concreto e as armadilhas da mente. “Seriam as perturbações da memória causadas por estresse, pelos horários insanos da jornada excessiva de trabalho ou, pelos sintomas da menopausa?

“- Desculpe-me por ter essa doença. Não suporto pensar no quanto isso vai piorar. Não suporto a ideia de um dia olhar para você, para esse rosto que eu amo e não saber quem você é.”

Para a professora da instituição, com notável capacidade de memorização de informações e dados bibliográficos, em princípio, os primeiros sinais não indicavam nada que um bom médico e um medicamento moderno não dessem jeito. Mas, no fim, ela, dona de um cérebro privilegiado, sofrerá com os sintomas da perda da memória.

ESQUECIMENTO RECORRENTE
Alice é uma das mais respeitadas professoras do departamento de Psicologia na Universidade de Harvard, e a doença rapidamente se transforma

em um obstáculo intransponível em sua carreira. Os esquecimentos não pouparam nem mesmo os assuntos a serem tratados em sala de aula.

Chega um momento em que as limitações se tornam indiscutíveis, especialmente no trabalho, mas o amor da família é inabalável, apesar de algumas incompreensões pelos esquecimentos e recorrentes episódios de confusão mental. Casada com um renomado biólogo especializado em oncologia e mãe de três filhos adultos, a personagem constata – atônita – que em alguns anos estará incapaz de reconhecer sua própria família, o que a angustia. Ao marido, desabafa:

“- Desculpe-me por ter essa doença. Não suporto pensar no quanto isso vai piorar. Não suporto a ideia de um dia olhar para você, para esse rosto que eu amo e não saber quem você é.” Tudo o que Alice faz e ama – tudo o que ela é – exige a linguagem. Profissionalmente, produziu importantes documentos da psicolinguística, em 25 anos de carreira. Em pouco tempo, mais do que parar de lecionar, ela não conseguirá ler, escrever, lembrar a receita da sobremesa preferida dos filhos ou mesmo o caminho de casa, que pega todos os dias. Tudo descrito em 288 páginas.

PALAVRA EM FUGA

A catedrática encara constrangedoras situações. Em determinado trecho, Alice é convidada para ser a oradora de uma palestra sobre psicologia cognitiva, já apresentada por ela inúmeras vezes. Mesmo assim, durante a apresentação, a memória falha e, pela primeira vez, uma palavra lhe foge diante da plateia.

Em outro momento, ela se esquece do tema da aula e busca a resposta com os próprios alunos. “Alguém pode ter a bondade de me dizer o que está na sua programação para a aula de hoje? – perguntou à turma. Alice apostou corretamente em que pelo menos alguns de seus alunos agarrariam de um salto a oportunidade de se mostrarem úteis e bem informados. Nem por um segundo preocupou-se com a hipótese de algum deles julgar deplorável ou estranho ela não saber o tema da aula do dia.

Acompanhar o enfrentamento das dificuldades de Alice nos serve de aprendizado. Apesar dos lapsos provocados pela demência, ela batalha para compensar os erros. O romance traz a compreensão de que nossas características ou limitações físicas podem contribuir para nossa capacidade, mas não são determinantes.

A personagem poderia ser qualquer um de nós, já que todos podemos conviver com limitações. Mas devemos nos empenhar para enfrentá-las e elencar esse esforço como meta pessoal. Superar as dificuldades é mais que um desafio, é uma conquista.

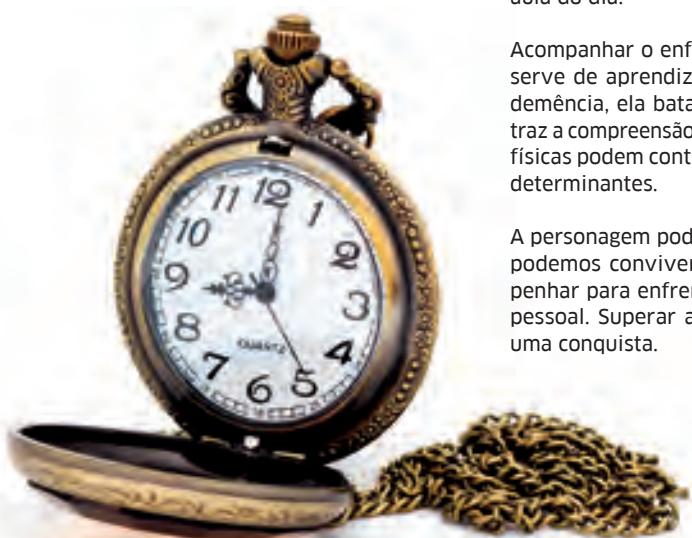




foto: Márcio Arruda

Incurável e sem causa conhecida, a Doença de Alzheimer (DA) é considerada uma doença terminal, de longa evolução, por causar um processo degenerativo, irreversível, progressivo, evolutivo e involutivo do cérebro e ser responsável por uma deterioração geral da saúde. A doença descrita pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, em 1906, é o tipo de demência mais comum em pessoas com mais de 60 anos de idade. E tende a ser cada vez mais recorrente, já que o envelhecimento da população é uma realidade. Em entrevista à Medicina CFM, a geriatria **Claudia Burlá**, uma das fundadoras da Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz) e da Associação para Parentes e Amigos de Pacientes com a Doença (Apaz), fala sobre a rede de cuidados que deve envolver o doente.

Como situar a Doença de Alzheimer em face do envelhecimento populacional?

As demências têm uma alta prevalência entre os idosos. Uma síndrome demencial pode ser decorrente de diferentes doenças, das quais, a Doença de Alzheimer é a mais importante, correspondendo a 60% a 80% dos casos, com maior prevalência a partir dos 60 anos de idade. Em 2012, a OMS publicou o documento Dementia: a public health priority demonstrando a gravidade desse problema e as projeções de incidência e prevalência, em que se verificava o crescimento continuado do número de portadores de demência, especialmente entre os muito velhos. Estimou-se, que, em 2010, havia no mundo em torno de 35,6 milhões de indivíduos com demência e projeta-se que este número dobre a cada 20 anos, ou seja, serão 65,7 milhões, em 2030, e 115,4 milhões, em 2050. O total de casos novos de demência a cada ano no mundo é de quase 7,7 milhões, o que significa um diagnóstico a cada 4 segundos.

Com o envelhecimento da população, as pessoas estão preparadas para lidar com a doença? É possível preveni-la?

Lamentavelmente, ainda não se sabe exatamente qual a causa específica da Doença de Alzheimer. E, por não se saber a sua causa, não há como prevenir a doença. O cenário é diferente, por exemplo, para a demência vascular, em que os fatores de risco cardiovascular podem fazer com que a doença se instale. Para a Doença de Alzheimer, que é uma doença degenerativa primária do cérebro, não há, ainda, como preveni-la. Mas por conhecermos o curso evolutivo da doença, é possível identificar algumas manifestações clínicas, evidenciadas por comportamentos ou atitudes consideradas "estranhas", atípicas do processo fisiológico do envelhecimento. O médico tem condições de fazer o diagnóstico precoce durante a avaliação geriátrica ampla, atento aos sinais e sintomas

apresentados pelo paciente, e com o auxílio de alguns exames complementares. Isso permite que o paciente, ainda com capacidade de compreender a sua doença, e seus familiares se preparem para lidar com a doença.

Como se dá o diagnóstico de Alzheimer?

Especialistas nesse tipo de doença já conseguem precocemente perceber alguns sinais que podem sugerir a doença. Nós não temos ainda um exame complementar que confirme o diagnóstico. Por exemplo, como se dá o diagnóstico de diabetes? Você faz algumas dosagens de glicose no sangue e, se os níveis séricos estiverem acima de um determinado patamar, você fecha um diagnóstico de diabetes. O câncer é diagnosticado por meio de uma biopsia e, depois, à microscopia, identifica-se a presença de células tumorais. Com a Doença de Alzheimer, isso ainda não ocorre porque nós não temos um marcador desta doença. Então o diagnóstico hoje é eminentemente clínico. O que é essencial para um diagnóstico apurado é a história clínica daquela pessoa. É o tipo de comprometimento de memória que afeta diretamente as atividades básicas da vida diária, ou seja, a sua funcionalidade e que mudou nitidamente num determinado curso de tempo. É aquela pessoa que sempre cozinhava muito bem, de repente, começa a fazer confusão na hora de preparar um doce ou de preparar a comida do dia a dia. É aquele contador que começa a ter dificuldade nos números. É aquela pessoa que sempre trabalhou em banco e começa a ter dificuldade na hora do troco. É a pessoa que sai de casa e se confunde no caminho de volta. E muitas vezes - esse é o grande problema - a pessoa não se percebe doente, porque ela, em geral, tem saúde física. Os outros é que flagram as limitações da pessoa. É a perda do "insight" e da autopercepção.

E como a família deve agir e pode se preparar para apoiar um ente portador de Alzheimer?

Deve buscar muito esclarecimento. Como já se conhece o curso evolutivo da doença, a família precisa se preparar, tanto do ponto de vista do cuidado com aquela pessoa, para protegê-la, quanto do ponto de vista legal. Algumas vezes ela tem implicações como um financiamento, imóveis em seu nome, contas bancárias que só ela pode movimentar. Como vai perdendo a sua capacidade cognitiva, é essencial que os membros da família entendam essa doença e façam aquilo que o amparo legal pode dar. No início da doença, ainda é possível se fazer uma procuração. No curso evolutivo, do meio para o final da doença, algumas pessoas vão precisar inclusive ser interditadas para serem protegidas adequadamente. Gostaria de alertar para algo muito importante: que todos nós, quando ainda estivermos saudáveis, expressemos aos nossos familiares ou deixemos por escrito o que queremos e o que não queremos que aconteça conosco ao final da nossa vida. São as diretivas antecipadas de vontade ou testamento vital. Por que se uma pessoa vier a ter doença de Alzheimer e tiver a sua autonomia comprometida, como ela vai ser capaz de expressar sua vontade?

E quanto à equipe de saúde, que assistência deve ser oferecida?

A presença da Equipe Multidisciplinar é essencial, preferencialmente atuando numa abordagem interdisciplinar. A manutenção da capacidade funcional com exercícios bem orientados visando o fortalecimento muscular, o equilíbrio e, consequentemente, diminuindo o risco de quedas deve ser orientado pelos fisioterapeutas e educadores físicos. Caso a pessoa já apresente algum comprometimento da linguagem, alguma limitação na capacidade de comunicação, os fonoaudiólogos podem orientar quanto à linguagem através de estímulos conduzidos, assim como devem acompanhar o paciente na fase mais avançada da doença, em que existe o risco de broncoaspiração e comprometimento da capacidade de deglutição. O declínio cognitivo deve ser minimizado desde o início através de exercícios direcionados e orientados por neuropsicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas e fonoterapeutas, cada um com sua expertise bem direcionada. O acompanhamento e suporte nutricional são essenciais para a manutenção e o equilíbrio da alimentação. Os assistentes sociais podem e devem orientar as famílias como proceder em relação aos direitos e as leis vigentes. A musicoterapia tem um papel relevante porque a memória musical é a mais preservada nas pessoas.

E qual o papel do médico neste processo?

Os profissionais da enfermagem, obviamente, precisam estar muito capacitados para orientar adequadamente a família em relação ao cuidado. Também é importante que se dê uma atenção mais apropriada quando houver uma internação hospitalar. Fundamentalmente, os médicos devem ter a capacidade de diagnosticar precocemente e acompanhar o curso evolutivo desta doença tão devastadora. Nem toda alteração de memória é devida à Doença de Alzheimer. Em contrapartida, nem todo quadro de esquecimentos é benigno ou “da idade”. O esquecimento pode afetar as atividades básicas da vida diária e ser uma fase inicial de Doença de Alzheimer. Se o médico não estiver atento, o sinal é considerado como próprio do processo do envelhecimento. Não só o especialista, mas também o médico de família, o médico da unidade primária devem ter elementos para diagnosticar, precocemente, se aquele esquecimento é próprio do processo de envelhecimento ou se pode ser, já, o início de uma doença neurodegenerativa, ou um quadro de depressão ou ainda alguma outra doença que possa comprometer a cognição.

E há possibilidade de prevenção?

Em relação à Doença de Alzheimer, reitero que não há, ainda, qualquer método aprovado para prevenção. Não adianta tomar altas doses de vitaminas ou usar substâncias químicas com esse objetivo. Já foi desenvolvida, mas ainda não liberada para comercialização uma vacina contra a doença, pois só foi testada em modelos animais até o momento. Independente de não haver prevenção, é importante que as pessoas, ao longo da sua vida, optimizem a sua parte funcional e se envolvam com tarefas de responsabilidade, pois isso amplia a sua reserva cognitiva, e nas pessoas intelectualmente “nutridas”, a doença tende a se instalar um pouco mais tarde. O exemplo do livro *Para Sempre Alice foge ao padrão*, seja pela idade precoce em que a doença se instalou e pelo fato de a protagonista, por ser neuropsicóloga e lidar justamente com pacientes com transtornos cognitivos, ter conseguido se autodiagnosticar. Também quero enfatizar que o diagnóstico é da pessoa, mas a doença é da família; não tem como a família não adoecer junto, porque o curso evolutivo dessa doença é muito longo. A Doença de Alzheimer é singular porque compromete o que temos de mais nobre: a nossa memória, a nossa história. ■//AIC

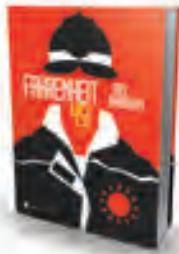
Histórias de esquecimento

livr OS
retrospectiva

Histórias sobre a perda progressiva de memória, levando à demência e à incomunicabilidade, tocam medos interiores de também passar por este processo. Essas são nossas sugestões de livros e filmes que usaram os elos e laços que se perdem ou se estreitam para contar experiências, fazer sentir calafrios, refletir sobre o futuro. //PHS

LIVROS

Fahrenheit 451 (Ray Bradbury, 215 págs., Globo Editora, R\$ 32,00) – Romance distópico de ficção científica, publicado pela primeira vez em 1953. Pode ser interpretado como uma metáfora sobre a doença do esquecimento progressivo que afeta a sociedade, anulando o passado para não colocar o presente em questão. Bradbury apresenta um futuro onde todos os livros são proibidos, as opiniões próprias são consideradas antissociais e o pensamento crítico é suprimido. O personagem central (Guy Montag) trabalha como “bombeiro” (o que na história significa “queimador de livro”). O número 451 é a temperatura (em graus Fahrenheit) da queima do papel, equivalente a 233 graus Celsius.



O Lugar Escuro: Uma História de Senilidade e Loucura (Heloisa Seixas, 2007, 136 págs., Editora Objetiva, R\$ 33,90) – Uma experiência assombrosa. É assim que a autora define seu livro, que tece um relato sobre a convivência com a mãe, que, na época do lançamento já sofria há 12 anos do mal de Alzheimer. Para Heloisa, assim como qualquer doença mental, o Alzheimer coloca os indivíduos no limite do assombro ao ver familiares e amigos sucumbirem a um transtorno que as vira do avesso. No entanto, apesar do peso da experiência, o livro procura abordar o tema com certa leveza, dividindo até alguns sorrisos que permeiam a história.

FILMES

Longe Dela (Away From Her, 2006, Canadá) – A interpretação da atriz inglesa Julie Christie neste filme lhe rendeu sua quarta indicação ao Oscar além de um Globo de Ouro, entre outros prêmios. Christie interpreta Fiona, uma mulher casada com Grant (Gordon Pinsent) que está perdendo contato com a realidade por causa do mal de Alzheimer. O roteiro, assinado pela atriz canadense Sarah Polley – que também estréia como diretora –, utiliza a mesma narrativa fragmentada do conto The Bear Came Over the Mountain, de Alice Munro, no qual é baseado. Com foco nos detalhes e nas sutilezas dos relacionamentos humanos, a história desenreda e coloca em xeque um casamento aparentemente perfeito.



Iris (Iris, 2001, Inglaterra) – Uma história que faz uma reflexão sobre o amor, a tempo e a fragilidade da memória. O filme conta a história da escritora Iris Murdoch (Kate Winslet e Judi Dench, em épocas distintas) e de seu marido, John Bailey. Considerada uma das maiores autoras inglesas do século passado, de personalidade marcante e com uma produção intensa, ela, aos poucos sucumbe à doença, obrigando seu companheiro a lidar com a perda e as escolhas feitas ao longo de décadas.

O Filho da Noiva (El Hijo de la Novia, 2001, Argentina) – Ricardo Darín interpreta o filho de um homem bem humorado de quem herdou seu restaurante. O único arrependimento do pai (Hector Altério) é não ter casado na igreja com sua esposa e decide fazer isso antes de morrer. O problema é que a noiva (Norma Aleandro) está com Alzheimer adiantado e a cerimônia tem que ser apressada. Um dos bons frutos do cinema argentino, que faturou uma indicação ao Oscar de Filme Estrangeiro.



Promoção da saúde no Brasil



//Paulo M. Buss

Professor Titular da Escola Nacional de Saúde Pública e Diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

114



MAI/AGO 2013

Saúde é um direito humano fundamental reconhecido por todos os foros mundiais e em todas as sociedades. Como tal, a saúde se encontra em pé de igualdade com outros direitos garantidos pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948: liberdade, alimentação, educação, segurança, nacionalidade etc. A saúde é amplamente reconhecida como o maior e o melhor recurso para os desenvolvimentos social, econômico e pessoal, assim como uma das mais importantes dimensões da qualidade de vida. Ademais, sabe-se que a saúde não é apenas um fenômeno biológico, mas também um produto das condições econômicas e sociais. Isto é, a saúde é resultado tanto da biologia humana quanto dos chamados determinantes sociais, econômicos e ambientais.

Há cerca de 25 anos, em 1986, a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, gerou um dos mais importantes documentos sobre o tema no cenário mundial - a Carta de Ottawa sobre a Promoção da Saúde, que estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos e definiu seus campos de ação. Quase na mesma época, em 1988, a Constituição Brasileira propugnava no seu artigo 196 que: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Reconhece-se, assim, que além da prevenção de doenças e fatores de risco, da assistência e recuperação dos enfermos, a promoção da saúde é uma das funções essenciais da Medicina.

Para promover a saúde é necessário atuar sobre os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde no plano coletivo ou populacional por meio das políticas públicas promotoras da equidade que, em geral, são funções do Estado nas suas três esferas de governo. Isto significa melhorar a renda, garantir o emprego e o trabalho justo, dotar as famílias de boas habitações, com acesso à água, esgoto, ar limpo e tratamento do lixo e dos resíduos industriais e agrícolas decorrentes do processo de produção e consumo, entre outras políticas públicas e medidas concretas, sob responsabilidade dos governos.

Além disso, é necessário atuar no plano individual com a educação para a saúde, que ajudará a promover hábitos saudáveis, como alimentação e nutrição adequadas, abolir o hábito de fumar e evitar o uso de álcool, promover atividades físicas, saúde oral, higiene corporal, práticas sexuais saudáveis e educação para o trânsito, entre outros aspectos comportamentais. O que também se sabe é que muitas práticas educativas dependem de ambientes sociais, físicos etc. que sejam favoráveis à sua implementação, evitando-se o que muitos especialistas chamam de 'culpabilização das vítimas', ao responsabilizar pessoas que não tem oportunidades efetivas de vivenciar hábitos saudáveis, ainda que o desejassem.

No Brasil contemporâneo, o Programa de Saúde da Família e as unidades de atenção primária de saúde são espaços privilegiados para a implementação da promoção da saúde. Muitas vezes o médico negligencia a conversa com os pacientes sobre hábitos de vida, perdendo ótima oportunidade de implementar ações efetivas de educação para a saúde. Também as escolas e os ambientes de trabalho são espaços para a promoção da saúde, que devem ser devidamente explorados pelos excelentes resultados que apresentam entre estudantes e trabalhadores. Mas, como a promoção da saúde não é exclusivamente dependente do sistema de saúde, torna-se imprescindível a implementação das ações intersetoriais, coerentes e articuladas pelo poder público.

Conclui-se então que, por sua própria natureza, a promoção da saúde é tema individual e coletivo, que depende dos esforços dos profissionais da saúde na sua prática cotidiana, além das ações articuladas de várias políticas públicas, a serem cobradas pelas comunidades aos governos. ■





CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

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

A terceira edição será lançada até dezembro de 2013.