



# MEDICINA

CFM • *Revista de humanidades médicas*

## O invisível na saúde

*Doenças negligenciadas*

Leia ainda:

- O impacto da saúde na Economia
- Como recuperar a confiança na ciência
- Entre a objeção de consciência e o dever de cuidar
- Razão e emoção: um desafio frente a Medicina

5

MAIO/AGOSTO 2014





## ANAMNESE

### 8 | Notícias do front

*Os bastidores da precária situação da saúde pública são revelados no livro do cirurgião Marcio Maranhão. Em entrevista à Medicina CFM, ele conta as dificuldades enfrentadas, que se manifestam sob a forma da falta de leitos, materiais, estrutura e recursos humanos. É "a carência estrutural que não me deixa agir, não me permite atuar com qualidade e nem trabalhar. Nessa rotina, parece que a gente rema contra a correnteza".*



## ECONOMIA

### 16 | Saúde em cifras

*Comprar um comprimido na farmácia, ser internado após ter sofrido um acidente de trânsito ou até mesmo faltar ao trabalho por conta de um resfriado causam impactos econômicos pouco perceptíveis para a maioria das pessoas, mas com repercussão nas políticas de saúde. O leitor vai entender um pouco mais sobre essas dimensões econômicas, incluindo os desafios para a melhoria dos serviços prestados no setor público e privado.*

## ÉTICA MÉDICA

### 28 | Ditames da consciência e o dever de cuidar

*A prerrogativa garantida ao médico de se negar a obedecer uma norma emanada pelo Estado, quando entender que o ato fere sua opinião ou autonomia, é defendida em todo o mundo. Mas o exercício desse direito – a chamada objeção de consciência – na assistência à saúde pode ser motivo de impasse entre médicos, pacientes e estabelecimentos de saúde. Como buscar uma solução equilibrada e justa para que médicos não sejam ofendidos em suas convicções morais, e pacientes, por sua vez, não sofram um acréscimo de sofrimento ante à recusa apresentada?*



## ARTIGO

### 48 | Pesquisa médica: como recuperar a confiança

*Artigo assinado pelo diretor do Centro de Ética em Cuidados de Saúde da Universidade de Duquesne em Pittsburgh (EUA), Henk ten Have, explora a crise de confiança nos cientistas. Para o professor, o problema não é a ausência de uma estrutura ética para a ética na ciência, e sim a sua implementação e aplicação. Ele crê que a confiança na ciência requer, além de uma crítica séria, a transformação das condições atuais da pesquisa científica.*



## CAPA

### 54 | Na sombra do esquecimento

*Saiba mais sobre as chamadas doenças tropicais negligenciadas (NTD), que afetam 1 bilhão de pessoas, geralmente pobres, e, apesar da mortalidade que provocam, não despertam o interesse da indústria farmacêutica. O que caracteriza essas doenças? Que desafios vencer para fazer os diagnósticos com rapidez e oferecer o melhor tratamento? É possível mensurar os prejuízos econômicos e sociais para as populações afetadas?*

## PAINEL

### 72 | Razão e emoção: um desafio frente a Medicina

*No Painel desta edição, discutiremos como as emoções interferem nas decisões médicas e quanto da atuação desses profissionais é afetada por situações extremas de violência urbana, injustiça, negligência, abusos, etc. Será que as emoções – positivas ou negativas, oriundas de contextos adversos ou simplesmente suscitadas pelo que há de humano no contato médico-paciente – vão influir na conduta do médico, no diagnóstico e mesmo no tratamento?*



## E AINDA NESTA EDIÇÃO

### 42 | Panorama CFM

### 84 | Olhares: Anatomia patológica

### 94 | Cinema: Melodrama sem culpa

### 98 | Ponto Final: Suicídio médico: a tirania da perfeição



## Publicação do Conselho Federal de Medicina

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

### ----- DIRETORIA

**Presidente:** Roberto Luiz d'Ávila  
**1º vice-presidente:** Carlos Vital Tavares Corrêa Lima  
**2º vice-presidente:** Aloísio Tibiriçá Miranda  
**3º vice-presidente:** Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti  
**Secretário-geral:** Henrique Batista e Silva  
**1º secretário:** Desiré Carlos Callegari  
**2º secretário:** Gerson Zafalon Martins  
**Tesoureiro:** José Hiran da Silva Gallo  
**2º tesoureiro:** Dalvélio 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 Balduino Souto Franzen (Rio Grande do Sul), Dalvélio 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), Maria das Graças Creão Salgado (Amapá), Mauro Luiz de Britto Ribeiro (Mato Grosso do Sul), Paulo Ernesto Coelho de Oliveira (Roraima), Pedro Eduardo Nader Ferreira (Tocantins), Renato Moreira Fonseca (Acre), Roberto Luiz d'Ávila (Santa Catarina), Rubens dos Santos Silva (Rio Grande do Norte), Waldir Cardoso (Pará), Wilton Mendes da Silva (Piauí)

### ----- 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 Francisco Filho (São Paulo)

### ----- 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'Ávila

**Diretor-executivo:** Desiré Carlos Callegari

**Editor:** Paulo Henrique de Souza

**Editora-executiva:** Vevila Junqueira

**Redação:** Ana Isabel de Aquino Corrêa, Milton Junior, Nathália Siqueira, Rejane Medeiros e Thais Dutra

**Secretária:** Amanda Ferreira

**Apoio:** Amilton Itacaramby

**Fotos:** Márcio Arruda

**Projeto gráfico e impressão:** Gráfica e Editora Posigraf

**Diagramação:** Denize Braga Pimentel e Tânia Lopes

**Revisão:** Elisabete Franczak Branco

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



# A rota do conhecimento

No atual processo de formação do médico, tem sido muito valorizada uma concepção da vida em que as partes prevalecem sobre o todo. Trata-se de uma abordagem que desvia o foco do paciente como ser humano. Sem uma autocrítica, corre-se o risco de cada vez mais nos determos na doença do homem, e não no homem doente em toda a sua complexidade.

Nessa encruzilhada, a Revista Medicina CFM reafirma seu propósito de enfrentar essa visão distorcida e, infelizmente, prevalente. Os artigos e reportagens têm a ambição de provocar uma reflexão sobre como fazemos e exercemos nossa profissão.

Medicina é ciência, mas também arte. Ousaríamos dizer que também bebe da filosofia, antropologia, política, comunicação, história. Assim, como o paciente precisa ser visto de forma integral, a Medicina também tem que lançar um olhar generoso sobre o mundo.

O exercício da Medicina exige um entendimento amplo dos indivíduos e da sociedade. E não é apenas nos consultórios e nas salas de cirurgia que se construirá essa percepção. O médico, que almeja compreender o equilíbrio delicado entre a saúde e a doença, precisa estar atento ao que o rodeia.

Com esse propósito, na edição que chega às mãos dos nossos leitores, Medicina CFM procura introduzi-los em discussões relevantes sobre o impacto da economia no atendimento de pacientes, nas decisões dos gestores e no trabalho dos médicos. Ciências aparentemente distantes, economia e medicina se encontram em favor do bem-estar e da saúde.

Convidamos ainda todos a uma viagem ao universo das doenças negligenciadas. Aqui, buscamos inspiração no olhar etnocêntrico, na visão antropológica e social da doença, que nos ajuda a entender esses problemas, sua origem e os desafios para superá-los.

Adepta da diversidade em suas abordagens, nossa Revista ainda mergulha no debate sobre o peso das emoções nas tomadas de decisão dos médicos, na análise sobre os limites da consciência e na avaliação sobre o desenvolvimento de pesquisas científicas.

Em todos os textos, tomamos o caminho mais simples para abordar a complexidade dos temas, sem a pretensão de esgotá-los, mas de estimular o interesse do leitor por aprender mais sobre cada um.

Assim, reconhecemos a incompletude dos saberes, de que estes não se resumem às experiências ou às teorias, para descortinar ângulos não visualizados ou que se confundem com a paisagem. Aliás, para os bons observadores, o enigma foi revelado: as respostas às nossas inquietações mais profundas estão ao nosso redor.

Basta lançar luz ou um novo olhar sobre o prosaico ou irrelevante, o que não aparenta ser definitivo, para identificar as pistas que nos levam ao conhecimento, terreno dividido entre o conforto da certeza e a angústia da dúvida.

O bom médico resultará dessa construção contínua, baseada no reconhecimento dos próprios limites e da curiosidade que caminha amparada nas contribuições que fogem, mas em alguns momentos podem até beber do óbvio.



*“Medicina é ciência, mas também arte. Ousaríamos dizer que também bebe da filosofia, antropologia, política, comunicação, história.”*

Desiré Carlos Callegari  
Diretor de Comunicação

Roberto Luiz d'Avila  
Presidente



Quero parabenizar o CFM por mais uma publicação de grande teor literário que vai fazer muito bem aos nossos leitores, em especial à nossa classe. Estou com a quarta edição em mãos e, ao ler o editorial "Cardápio de primeira", me senti emocionado. A palavra "mudanças" aparece no sétimo parágrafo, quando Desiré Carlos Callegari, ilustre primeiro secretário, e Roberto Luiz d'Ávila, insigne presidente, afirmam: "Da mesma forma, acreditamos que a abordagem e as contribuições arrebanhadas serão relevantes para futuros desdobramentos no enfrentamento deste problema [referindo-se ao assédio sexual em ambiente médico e hospitalar, descrito no parágrafo anterior que afeta médicos e pacientes]. Alegra-nos saber que essa publicação cumpre seu papel de estimular a reflexão e gerar mudanças.

Marco Aurelio Smith Filgueiras  
Médico Neurologista do Ministério da Saúde  
CRM-PB 1368  
mafsmith@hotmail.com



Tivemos acesso à "Medicina CFM: Revista de Humanidades Médicas" e gostaríamos, nesta oportunidade, de expressar nossa admiração e parabenizá-los pelo primoroso trabalho na edição. Na Abimed, acreditamos que as informações e reflexões sobre os assuntos do setor da saúde devem ser disseminadas o mais largamente possível, e a Revista Medicina CFM vem tratando tais assuntos com profundidade e clareza, desempenhando assim com muita propriedade o papel de porta-voz das principais discussões da atualidade e ajudando a construir o futuro que desejamos para a saúde do Brasil.

Carlos Alberto Pereira Goulart  
Presidente Executivo da Associação Brasileira de Alta Tecnologia de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico-Hospitalares (Abimed)  
abimed@abimed.org.br



Como professora responsável pelas Disciplinas de Introdução à Antropologia da Saúde e Psicologia para os Cursos de Medicina e Enfermagem, considero indispensável a inclusão de elementos ligados à cultura na formação do profissional de saúde, viabilizando a ampliação do pensamento excessivamente focado nos aspectos biomédicos dessas profissões. A Revista Medicina CFM, focada em conteúdos voltados para a área de humanidades, representa a materialização do interesse desta entidade na saúde encarada de modo expandido, permeada pelos aspectos biopsicosociespirituais que caracterizam o indivíduo. Parabenizo o CFM pela iniciativa e pela qualidade da publicação!

Tânia Valente  
Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UFJR)  
CRM-SP 55147  
valenteunirio@gmail.com

Nossos cumprimentos e parabéns à revista Medicina CFM pela excelente matéria publicada na seção Olhares (edição janeiro/abril 2014). Matérias dessa grandeza colaboram para dar evidência ao importante assunto da Medicina Rural e para a divulgação do trabalho que o Grupo de Trabalho de Medicina Rural da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) vem desenvolvendo no país. Para maiores informações: [www.sbmfc.org.br/medicinarural](http://www.sbmfc.org.br/medicinarural) ou [medicinarural@sbmfc.org.br](mailto:medicinarural@sbmfc.org.br).

Nilson Massakazu Ando / André Luiz da Silva  
Diretor de Residência e Pós-graduação Lato Sensu da SBMFC / Diretor de Medicina Rural da SBMFC  
CRM-AM 4304 / CRM-RS 29598  
[nilsonando@yahoo.com](mailto:nilsonando@yahoo.com) / [barmitzvar@yahoo.com.br](mailto:barmitzvar@yahoo.com.br)



Considero a revista muito importante, pois a tendência no dia a dia da profissão médica tem sido priorizar a abordagem do corpo biológico em detrimento de aspectos sociais e humanos. É certo que a atuação sobre os aspectos biológicos é fundamental na nossa prática médica. No entanto, tenho sempre em mente as palavras do antropólogo italiano Tullio Seppilli, professor na área de antropologia médica em um curso de antropologia de curta duração do qual tive o privilégio de participar, quando disse: a medicina está se tornando científica de menos, e não científica demais, como afirmam alguns, ao se afastar das ciências sociais e humanas. Essa tendência, que vem ocorrendo nas últimas décadas a partir dos grandes avanços científicos e tecnológicos, nos afasta, como médicos, de nossa principal missão, que é aliviar o sofrimento humano trazido pela doença. Nesse sentido, a revista Medicina CFM tem sido muito útil para rever temas relacionados aos aspectos humanos da medicina, de forma leve. É de leitura agradável, traz temas atuais em diferentes linguagens, depoimentos de profissionais conceituados e aborda questões que não têm espaço em outros canais de comunicação médica.

Silvia Cardoso Bittencourt  
Professora da Universidade do Sul de Santa Catarina (Unisul)  
CRM-SC 6304  
[silvia.bittencourt@unisul.br](mailto:silvia.bittencourt@unisul.br)

É sempre um prazer ler a revista Medicina CFM, pois sempre lança o profissional no mundo da cultura nos mais recentes tópicos da atualidade, ampliando o conhecimento do médico tanto para seu desenvolvimento individual quanto para sua relação com o paciente. Agradeço o espaço concedido a mim na entrevista da matéria "Medicina em horário nobre", na edição de janeiro/abril de 2014. Parabéns Medicina CFM: Revista de Humanidades Médicas.

Luiz Felipe Loureiro Comparato (Doc Comparato)  
Cardiologista e Roteirista  
CRM-165652  
[docomparato@hotmail.com](mailto:docomparato@hotmail.com)



A revista de humanidades médicas do Conselho Federal de Medicina foi surpreendente pelo valor do material editorial e pela repercussão. "Quando a medicina leva ao podium" foi uma incursão inusitada da relação medicina-esporte, tendo como pano de fundo o futebol em sua jornada mundial e os reflexos no nosso dia a dia. Agradeço a referência privilegiada, enquanto médico de convivência dos esportes, com meus passos sendo seguidos pelos quatro filhos, todos médicos e também especialistas em ortopedia e traumatologia. Nossas trajetórias, em óbvios tempos distintos, mostram o quanto a medicina evoluiu e vem evoluindo neste campo. Parabéns pela excelente publicação, um privilégio para a classe médica.

José Francisco Schiavon  
CRM-PR 2346  
[contato@ortopediaschiavon.com.br](mailto:contato@ortopediaschiavon.com.br)



Cumprimentos ao CFM por mais uma edição primorosa da revista Medicina, a quarta, que traz em destaque a aparência e os avanços da Medicina. O conteúdo sobre bioética e medicina do esporte, com material pré-Copa do Mundo de Futebol, é de grande interesse para o médico e a sociedade. O capítulo sobre doping merece especial atenção, sobretudo num momento que se avizinha a realização das Olimpíadas e Paralimpíadas, quando mais uma vez os olhares do mundo estarão direcionados para o nosso Brasil.

Benno Kreisel  
Presidente da Associação de Hospitais do Estado do Paraná e vice-presidente da Federação Brasileira de Hospitais (FBH)  
CRM-PR 9169  
[bkreisel@ig.com.br](mailto:bkreisel@ig.com.br)



Excelente publicação. Assuntos variados, bem colocados e comentados, gostei muito! Uma agradável e importante leitura!

Maria Angélica de Arruda Guerra Vido  
CRM-SP 56657  
[mareavido@hotmail.com](mailto:mareavido@hotmail.com)

Errata: A versão impressa da edição passada (número 4), assinalada como referente a maio/agosto 2014, é, na verdade, referente a janeiro/abril 2014. Na versão digital da revista, presente em nossa plataforma online de publicações, a referência foi ajustada e aparece corretamente.

# Notícias do front

//Paulo Henrique de Souza

Nos prontos-socorros públicos brasileiros, o tempo escorre entre gritos, lágrimas, lamentos de revolta e desespero. Para o paciente, as horas numa sala de espera não são fáceis. Os médicos e outros profissionais da saúde que se revezam no atendimento também sentem o peso de sua passagem. Neste *front* improvisado, de uma guerra que nunca deveria existir, todos aguardam respostas de gestores – seres que, de tão distantes, parecem irreais –, na esperança de que uma trégua ocupe o território das urgências e emergências e traga paz para quem cuida e quem espera cuidado. Ficar em silêncio diante dessa crise não faz bem. A história mostra que mudanças surgem da crítica feita a partir de uma realidade nada atraente. São relatos assim, como o que veremos a seguir, nesta edição, que podem contribuir para que possam surgir flores das trincheiras cavadas nos hospitais.









Imagem: Paulo Henrique de Souza

O cirurgião torácico **Márcio Maranhão**, 44 anos, carioca da Gávea, entrou no Sistema Único de Saúde (SUS) por concurso público, em 2001, com um salário de R\$ 1.247 para uma jornada de 20 horas semanais. Nos nove anos que passou na função, teve um aumento de R\$ 100. Mas não foi apenas a baixa valorização como profissional que marcou seu tempo na rede pública, pela qual se declara ainda apaixonado. Os anos nas urgências e prontos-socorros o tornaram testemunha ocular de uma guerra diária, na qual profissionais e pacientes sofrem as consequências da falta de recursos e da má gestão. Suas memórias deste território minado inspiraram seu livro *“Sob pressão: a rotina de guerra de um médico brasileiro”* (2014, Editora Foz, R\$ 38,90), um relato cativante, a ser devorado num fôlego só, que gera reflexão a partir da descrição da dura realidade da medicina no Brasil. Nesta entrevista, fala de suas angústias, frustrações e expectativas. Sobre o futuro, é cético: *“Me preocupa muito o que vem por aí, não acho que seja paz. Creio que será mais guerra para podermos tentar transformar um pouco esse cenário que temos”*.

**Qual a rotina de um médico brasileiro, especialmente daquele inserido no Sistema Único de Saúde (SUS)?**

É uma rotina de guerra, na qual há o enfrentamento diário de uma situação totalmente adversa de quando se deseja e se quer - de fato - realizar uma medicina de boa qualidade, quando a intenção é exercer a profissão em sua plenitude. Isso implicaria numa prática médica com condições mínimas fundamentais que contemplem a humanidade e a dignidade no atendimento do paciente. No dia a dia, na prática, os obstáculos aparecem na falta de condições e leitos; na inexistência de um dreno torácico e de um fio; na ausência de um anestesista. Enfim, na carência estrutural que não me deixa agir, não me permite atuar com qualidade e nem me permite trabalhar. Nessa rotina, parece que a gente rema contra a correnteza.

**Nesse processo, em algum momento, o senhor já foi obrigado a fazer uma escolha de Sofia?**

Sim, por diversas vezes. E isso é muito angustiante. O médico fica frente ao problema e tem que tomar uma decisão à beira do leito. Não se trata de uma decisão meramente clínica, mas de uma decisão de gestor. Você fica face a face com o

paciente, olho no olho, no momento de fazer escolhas muito perigosas, pois muitas vezes são feitas concessões, que são em si perigosas. Isso ocorre porque não há alternativas de resolução imediata para a situação. Houve vezes em que encontrei pacientes que precisavam ser drenados com urgência e não havia local adequado para isso; pessoas abandonadas, desassistidas, sem uma linha de cuidado, sem alguém responsável, sem um dono. O doente público não tem dono. Ele fica abandonado, não tem um profissional de saúde que tome uma posição: *“olha, eu sou o dono desse paciente, eu estou traçando a conduta, eu sou responsável pela conduta”*. Então, a escolha de Sofia vem na forma de uma pergunta: *“o que fazer nesse momento?”*.

**E como se age nesses casos?**

Particularmente, eu corria o risco de colocar o doente em risco, pois meu maior temor sempre foi ser negligente, omissivo, diante de uma situação. Negar socorro é uma situação angustiante, que eu não tolero e não me permito. Eu não saberia conviver com isso. Essas são as armadilhas que o sistema nos coloca, nos impõe, por falta de alternativas. Se eu não tinha nenhuma

outra opção, eu tentava fazer meu melhor, usando os recursos possíveis e dentro de minha realidade, usando o que me davam. Você vai fazendo essas concessões, mas chega um momento em que se chega ao limite: “*não, não vou fazer mais concessão nenhuma, porque isso implica riscos altos para o paciente*”. Aí você para, pensa, coloca o pé no freio: “*não, eu não quero mais isso para mim!*”. Só que até esse ponto, há muito desgaste, pois alertamos: “*olha, sem esse equipamento não posso fazer isso*”. Sim, mais o doente continua precisando do procedimento, e como não tem uma solução, você se sensibiliza, você enfraquece, você acaba cedendo: “*tá bom, eu vou fazer dessa maneira, correndo um risco maior*”. Isso é o que chamo de rotina de guerra.

#### **Nessa rotina de guerra, médico e paciente são vítimas?**

São situações difíceis, mas incomparáveis. A situação do médico não se iguala ao sofrimento no qual o doente se encontra. Mas, de certa forma, quando o médico não tem condições de praticar o que aprendeu, aquilo a que se propôs fazer de forma digna, plena, com segurança, ele está sendo penalizado. Classificá-lo como vítima seria até leviano, mas acho que o médico sofre por causa de várias condições, como a falta de honorários justos, de um modelo de remuneração que preze pelos resultados, pelo comprometimento dele, obrigando-o a manter vários vínculos para ter uma vida digna.

#### **E como isso se materializa para o paciente?**

Em todos os sentidos. Ele sofre com a falta de perspectivas. Apesar de termos uma ampliação do acesso da população à saúde, a qualidade não melhorou. Piorou. Então, o paciente é vítima quando há fila de espera, quando pessoas morrem à espera de atendimento, de um procedimento cirúrgico, de alguma assistência, seja primária, secundária, terciária. Hoje,

pacientes morrem por falta de leitos de terapia intensiva, um gargalo no nosso sistema. Não há leitos nas UTIs em quantidade suficiente para atender à demanda da população. Eu não sei o que pode ser mais grave do que esse cenário, que envolve insuficiência de leitos, superlotação de emergências, falta de insumos e de equipamentos. Além disso tudo, falta ainda dignidade. Os pacientes estão jogados, abandonados, como retratam todos os dias as páginas dos jornais. É preciso mais humanidade à assistência médica.

#### **Quem é responsável por esse quadro?**

Há vários players envolvidos. Não há uma política pública que vislumbre e realmente forneça o financiamento que o Sistema Único de Saúde precisa. Isso é notório. Não sou estudioso da área, mas é um consenso dizer que o SUS é subfinanciado, o que o impede de ser o que deveria: universal e para todos, e não exclusivamente para um segmento. Hoje, o SUS é destinado para a população de baixa renda. Então, o SUS é pobre, pois não é pensado para todos como usuários. Certamente, nesses últimos 26 anos de governo – não importa quem estava no comando –, não se pensou no SUS com uma política de Estado, como prioridade de governo. Houve avanços, mas foram pontuais, através de políticas focalizadas e pouco abrangentes. Isso é um grande problema. Também há pouca integração entre as diferentes esferas de gestão – federal, estadual e municipal –, o que também causa dificuldade, bem como a má gestão em si. Assim, a culpa por esse quadro recai sobre todos esses fatores, mais agravado ainda pela falta de incentivo para o profissional médico. Mas dentre essas responsabilidades, não posso eximir a classe médica, que já foi muito mais ativa, mas ficou estagnada, paralisada, diante da natureza complexa dos problemas.

*“A situação do médico não se iguala ao sofrimento no qual o doente se encontra. Mas, de certa forma, quando o médico não tem condições de praticar o que aprendeu, aquilo a que se propôs fazer de forma digna, plena, com segurança, ele está sendo penalizado.”*



imagem: Cremepe



**O que levou a esse esmorecimento de parte da classe médica na defesa do SUS?**

A classe médica não é imune a várias distorções que se apresentam num cenário de inexistência de perspectivas. Dou um exemplo. Em determinado momento, eu trabalhava num hospital com uma remuneração de concursado do estado. Ao meu lado tinha um colega, menos qualificado, contratado por meio de um vínculo temporário, mas com um salário três vezes maior que o meu e com uma jornada igual ou menor. Então se criou uma distorção que favorece, na verdade, a fragmentação da classe médica. Eu não tinha nenhum problema com esse colega, mas eu acho que ele também deveria ter entendido que os prejuízos causados por um vínculo temporário, sem a segurança, os benefícios, de um concurso público. Assim, vejo uma carreira de estado, um concurso público federal, estadual, municipal, como o suprassumo. Mas claro que é preciso ter instrumentos de gestão para tornar o profissional com esse vínculo realmente produtivo.

**Porque alguns médicos aceitam essa precarização do trabalho?**

Eu tenho 20 anos de formado e, de fato, demorei a entender onde estava inserido, qual seria o meu papel no contexto da saúde pública. Acho que os órgãos representativos de classe têm um papel fundamental nessa conscientização de quem é recém-chegado ao mercado de trabalho. Hoje o egresso tem muita urgência em ganhar dinheiro, de ter alguma coisa antes de ser alguma coisa. Isso é fruto de uma formação médica muitas vezes superficial. Eu tenho convivido com muitos que deixam a faculdade, que me viam trabalhar e aprenderam comigo, e logo em seguida tinham como meta ganhar dinheiro.

Há uma urgência, um imediatismo muito grande, que os coloca diante de um dilema: *“eu não vou ganhar esse salário, não quero saber de carreira pública, quero ganhar o meu”*. Essa postura gera fragmentação dentro da classe médica e repulsa ao serviço público, o que colabora para que tenhamos um cenário cheio de distorções.

**Os jovens médicos ainda acreditam no SUS ou estão abandonando-o?**

Atualmente, o que se vê é um ceticismo muito grande. O recém-formado vai ao SUS, vê o cenário, vê o caos, e fala: *“pronto, já conheci o caos; sei como é e não quero isso pra mim”*. Então, de certa forma, existe um contexto que afasta o médico ou o faz se sentir repellido. Sem fatores que o estimulem a ficar, ele pensa: *“não vou ficar aqui, pois é um quadro de guerra, caótico”*. Até sabemos que essa não é uma verdade absoluta, pois há ilhas de excelência no SUS. E nesse mar de abandono porque não podemos ter outras ilhas de excelência, que podem ser replicadas? Esses modelos existem também, principalmente, pelo comprometimento e esforço pessoal do médico, chefe do serviço, e pela produção de conhecimento de que ele é capaz. Quem não se enquadra nessa categoria, resiste até não sei quando, pois o universo não conspira a favor. Conheço hospitais com serviços dotados de profissionais capacitadíssimos, gabaritadíssimos, mas que não têm condições de operar um doente, pois não há leitos disponíveis no Centro de Tratamento Intensivo, não tem equipamento, não existe uma estrutura mínima para que se possa oferecer um cuidado cirúrgico digno. Assim, o jovem médico chega, vê a falta de perspectivas - seja salarial, de infraestrutura ou política - e percebe que isso tudo não é convidativo.

**O senhor demonstra muita paixão pelo exercício da medicina. De forma geral, isso mudou?**

Acho que se perdeu a essência da profissão, sua humanidade. É uma atividade na qual tem que se gostar de gente, tem que se ter compaixão pelo próximo. Eu sempre entendi assim. Fui movido a fazer medicina por conta disso. E esse lado humano ficou lá pra trás, está esquecido. Se hoje quisermos falar de alguma inovação, eu entendo como oportuno fazer um resgate daquilo que se perdeu. Falo que só há uma maneira de pensarmos a prática médica: retornar a ter disponibilidade para o doente, expressar compaixão por ele. Isso seria um diferencial, que se perdeu em algum momento. Tive a sorte de ter professores, colegas, que muito me inspiraram. Foram referências que balizaram minha formação, além das que trago de casa, dos meus pais. Nosso papel é pensar na profissão de forma mais humana. A nossa prática exige isso. Assusta-me ver recém-formados, que, como eu disse, querem ter alguma coisa antes de ser alguma coisa. Trabalho com residentes e há vezes em que me pego procurando algum deles para me ajudar a fazer um procedimento. Vejo uma inversão de papéis: no meu tempo de formação, eu que corria atrás dos meus professores perguntando por algum procedimento, por uma cirurgia, com sede de conhecimento. Por situações assim, vejo uma crise também de valores na formação médica.

**Em sua opinião, vivemos um tempo de brutalização da assistência?**

Entendo que há a brutalização do sistema. Vê-se a falta de dignidade no atendimento ao paciente. Atende-se o paciente em maca no corredor, sem nenhuma privacidade, totalmente desprovido de sigilo, quanto mais de humanidade, de dignidade



Foto: Osmar Bustos / Cremesp



para que tenha ali seu problema resolvido. Essa brutalização é fruto desse cenário caótico e é brutal também para o médico, que tem de conversar com o doente perto de outros pacientes, sem a menor privacidade, situações que ferem nosso código de ética. O sistema nos brutaliza. O jaleco sai branquinho da faculdade e vai amarelado com o tempo. Na verdade, nós vamos sendo endurecidos pelo sistema. Não podemos deixar que isso se torne a normalidade. Isso não é normal, não podemos nos acostumar com isso.

**A maior parte de sua vida profissional foi passada em serviços de urgência e emergência. Nesses locais, a precariedade e a grande demanda são frequentes. Mesmo assim, é possível estabelecer uma relação médico-paciente?**

Em qualquer momento, a relação médico-paciente se estabelece. Basta ter vontade e disponibilidade para isso. Esse vínculo interpessoal - médico-paciente - pode acontecer dentro de uma ambulância, como eu fiz várias vezes. Pode existir também dentro de uma comunidade não pacificada, na casa do doente. Trabalhei no Samu, o que me propiciou enxergar o doente dentro do contexto social dele. Assim, tinha acesso a informações muito relevantes, até para me ajudar num diagnóstico. Essa relação é sagrada, um rito. Na sua postura

comprometida com o paciente, no acolhimento que se dá a ele e a seus familiares, por mais que seja em uma emergência, se estabelece uma relação robusta, de confiança, que não se mede em minutos, mas na intensidade.

**Várias reportagens e algumas pesquisas de comportamento apontam uma crítica do paciente em relação ao médico. Sempre se fala em um distanciamento entre esses dois polos. O que tem prejudicado esse vínculo?**

Touchar no paciente faz toda a diferença. Dar-lhe a mão, olhá-lo e escutá-lo são atitudes que compõem a grande revolução para haver uma mudança. É preciso trazer um pouco daquilo que se perdeu, dado o imediatismo da profissão, a fragmentação do cuidado, a necessidade de pedir exames complementares. Não se pode prescindir dessa relação médico-paciente. Isso é fundamental, a essência do nosso ofício. Essa confiança passa pelo olhar, pelo toque, o que gera repercussões positivas no tratamento e é emblemático. Pode-se fazer isso independentemente das condições.

**Como resgatar esse pilar da medicina?**

Existem muitas escolas de medicina, mas não se vê por aí a qualidade necessária na formação. Há muito mais uma necessidade de capital, mercantilista, de ganhar dinheiro com o curso de medicina, que é caro e tem demanda. É preocupante a situação dos médicos que ingressam no mercado de trabalho com essa formação rasa, que não passa pelo lado filosófico, antropológico, ético e social da medicina. Também acompanhamos escolas de medicina tradicionais prejudicadas pela falta de incentivo, com um hospital universitário sucateado. Defendo que a formação do médico passe por um centro de produção do conhecimento, de pesquisa. Sou muito simpático a essa ideia. Na verdade, atualmente o médico se torna a face da inoperância do Estado. E aos olhos da população, recai sobre o médico essa ineficiência. Não quero ser corporativista, mas me preocupa muito uma sociedade sem a figura de um médico ou de um professor valorizado. Temos notícias de médicos que faltam ao plantão, porém não se fala dos médicos que salvam vidas, que trabalham arduamente em péssimas condições, que produzem ciência, que publicam, que continuam no *front* de batalha, tentando fazer uma medicina de qualidade.

**Vivemos em um país com um modelo de assistência híbrido, em que público e privado convivem. Essa realidade também afeta o comprometimento do médico com o paciente?**

Não deveria, mas acho que atrapalha quando cria distorções. Há confusão nesse sistema misto, no qual políticas de governo são pontuais e equivocadas, e se incentiva o crescimento dos planos de saúde como se fossem a solução para a Saúde do Brasil. Este hibridismo público e privado pode até conviver, mas atualmente transparece um quadro de desequilíbrio. O país tem um sistema privado para 50 milhões de brasileiros, no qual os usuários não estão satisfeitos, as operadoras não estão satisfeitas e os prestadores de serviços também não estão satisfeitos. E há o SUS para 150 milhões, onde também não vemos a satisfação. Como é isso de ter dois modelos e nos dois há insatisfação?

**O que levou o senhor a escrever “Sob Pressão”?**

Nunca tive uma militância política propriamente dita. Minha militância sempre foi à beira do leito, brigando com o diretor do hospital porque precisava de um dreno, de uma sala de cirurgia, de um leito para acomodar o doente. Essa militância, ali no *front*, nas emergências, foi durante toda a minha carreira. Todos os meus 20 anos de profissão foram de luta para conseguir condições mínimas, para poder trabalhar direito. Isso desgasta, cansa, gera indignação e inconformismo. Chegou ao ponto de eu pedir exoneração. Foi difícil tomar essa decisão, de deixar o serviço público estadual. No fim, é inevitável esperar um posicionamento de algum órgão ou secretário, que alguém diga: “Não vá embora; precisamos de você”. Ilusão minha. O Estado deveria ter dito: “Precisamos de um cirurgião torácico”.

**Como existe um serviço público sem um cirurgião torácico?**

Fiz concurso com outros oito cirurgiões

torácicos, e atualmente não tem mais nenhum lotado no hospital em que eu trabalhava. Todo mundo foi embora. O que nos é proposto é uma solução provisória: “Vai ficando, vai levando, vai enrolando”. Isso sempre me incomodou. Em determinado momento, a forma que encontrei de aliviar essa tensão foi relatar o que testemunhei. As pessoas não acreditavam quando liam as histórias. De uma maneira geral, a sociedade não tem a real dimensão do que acontece todos os dias nas emergências públicas. Parece que o SUS é somente para a população pobre e, então, muita gente não considera isso um problema seu. Mas é um problema seríssimo, e de todos.

**Esse livro tem um objetivo?**

Claro que tem. Não é só um projeto pessoal, mas uma forma de contribuir com essa discussão necessária sobre o Sistema Único de Saúde, que tive de abandonar em 2009. Essa saída me causou desconforto e frustração, além dessa vontade de falar do SUS. Assim, meu objetivo com o livro é estimular a discussão e o debate sobre o modelo público, mostrar para as pessoas, que não têm nem noção, como as coisas ocorrem lá dentro, sob a perspectiva de um médico. A intenção é mostrar que o SUS é de todo mundo, teria que ser da população. Na Inglaterra, o sistema de saúde é um patrimônio da sociedade. Temos que ter na saúde pública um patrimônio nosso, um motivo para se orgulhar. Pensar que estamos muito bem com o nosso plano de saúde é ilusão. Mas insisto em dizer que não podemos levantar a bandeira do SUS apenas na véspera das eleições. Precisamos falar do sistema de saúde pública e universal sempre. Desejar profundamente uma saúde pública de qualidade. Se eu puder contribuir para que essa discussão esteja viva na nossa sociedade, ficarei bastante feliz e satisfeito.

**Depois da guerra vem a paz?**

Continuamos em guerra. Não sei o que vem depois, mas vivemos um momento estranho, de incertezas políticas. Honestamente, me preocupa muito o que vem por aí, não acho que seja paz. Creio que será mais guerra, para podermos tentar transformar um pouco o cenário atual. E para transformar, precisamos conhecer, conscientizar, sensibilizar e fortalecer o SUS. Esse foi o caminho que encontrei para continuar contribuindo de alguma forma. Vejo colegas médicos paralisados, com vontade de trabalhar no SUS, mas não sabem como mudar esse cenário.

**Como mudar esse cenário?**

Começa perguntando: “Que tipo de saúde queremos ter?”. Depois, perguntando para nossos candidatos, políticos e governantes se o SUS é para todos mesmo ou apenas para os pobres; se eles e seus familiares se veem como usuários do SUS ou isso só vale na Inglaterra. Esse é o primeiro passo. ■







# *Saúde em cifras*

//Milton Júnior

16  
MAI/AGO 2014

Comprar um comprimido na farmácia, ser internado após ter sofrido um acidente de trânsito ou até mesmo faltar ao trabalho por causa de um resfriado são situações que causam impactos econômicos pouco perceptíveis para a maioria das pessoas, mas reverberam no mundo da saúde. Todos os dias, governos, universidades, empresas e famílias investem em saúde, seja pela compra direta de medicamentos e serviços ou pelo financiamento indireto do setor por meio dos impostos. Só no ano passado, o segmento movimentou quase meio trilhão de reais na economia brasileira, o equivalente a 10,2% de toda a riqueza gerada no país. Nesta edição, conheça mais sobre a relação entre as ciências da saúde e da economia e como elas podem afetar seu bolso.







Moradora de Acari – pequena cidade a 200 quilômetros de Natal (RN) –, Sandra Maria de Medeiros, 42 anos, precisou passar por uma cirurgia em novembro de 2013 e, mesmo pagando mensalmente R\$ 215 por um plano de saúde, preferiu buscar atendimento na rede pública a enfrentar a burocrática liberação da operadora. “Fui picada nas costas por uma muriçoca – aqui em Acari tem muitas – e, como sou diabética, a ferida se transformou numa espécie de nódulo. Achei que seria uma cirurgia simples, mas acabei internada no Hospital Maternidade da cidade por três dias”.

Dois meses depois da internação, ela recebeu da Ouvidoria-Geral do Ministério da Saúde a Carta SUS. O documento trazia informações sobre a data de entrada e de alta no hospital, o motivo da internação e pedia ainda que ela avaliasse a qualidade do atendimento que lhe foi prestado durante sua estadia na unidade de saúde. “Aqui todos se conhecem e fui muito bem tratada por todos os profissionais. É como se todos fossem da família”.

Ela conta ainda que, pela primeira vez, teve a oportunidade de saber exatamente quanto custou sua internação para o Sistema Único de Saúde (SUS) – um dos trechos da carta indicava o valor de R\$ 369,80 como a quantia paga à unidade de saúde que a atendeu. “É muito pouco. Fiquei internada e ainda precisei

voltar ao hospital por pelo menos duas semanas para tomar antibiótico, sem falar nos curativos, medicamentos e tantas outras coisas que usaram para me tratar lá”.

Por atender Sandra e outros tantos pacientes da cidade, o filantrópico Hospital Maternidade de Acari recebe, por mês, entre R\$ 10 mil e R\$ 15 mil do SUS, segundo sua diretora, Ivete Cabral. “É vergonhoso o que eles nos pagam”, resume ela, que há 23 anos trabalha na unidade. De acordo com a diretora, pela cirurgia e pelos cuidados prestados à Sandra, o médico que a atendeu recebeu R\$ 59.

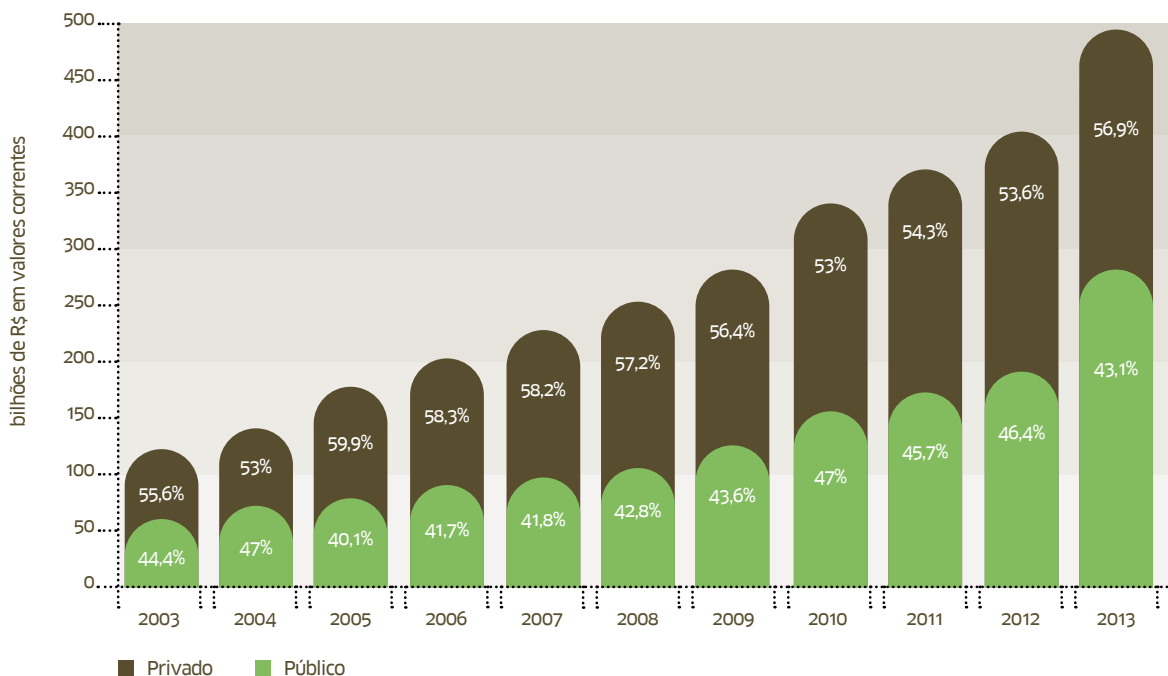
O que Sandra e Ivete não sabiam é que, apesar de “pouco”, as dimensões econômicas da saúde, seja na rede pública ou privada, extrapolam – e muito – os R\$ 369,80 informados na Carta SUS. Entre 2008 e março de 2013, por exemplo, segundo pesquisadores do Núcleo Especializado em Tecnologia da Informação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), os mais de 6.800 hospitais que atendem aos SUS realizaram quase 59 milhões de internações hospitalares. As de caráter de urgência, como a de Sandra, corresponderam a 78,6% dos casos e custaram R\$ 49 bilhões. Junto aos procedimentos eletivos, a fatura de internações hospitalares alcançou R\$ 63 bilhões no período.



Sandra Maria de Medeiros, 42 anos, mesmo pagando mensalmente R\$ 215 por um plano de saúde, preferiu buscar atendimento na rede pública a enfrentar a burocrática liberação da operadora.

Imagem: Arquivo pessoal

## Despesas com Saúde no Brasil



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar/Elaboração: CFM

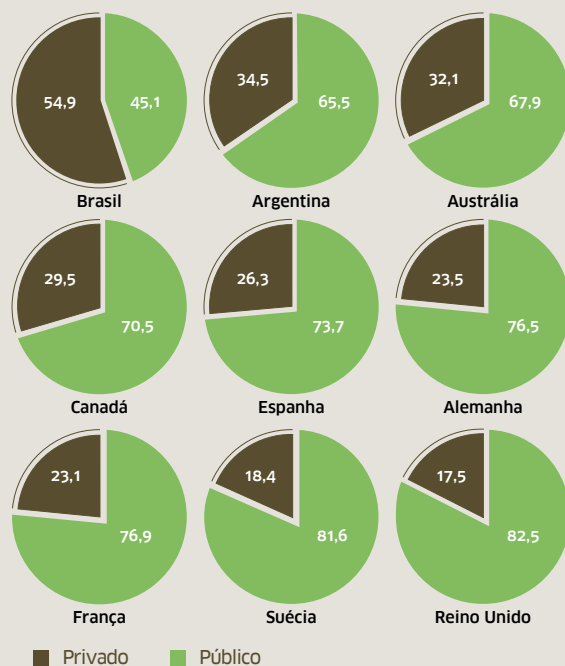
Estimativas da Confederação Nacional de Saúde (CNS) mostram que o setor saúde como um todo, público e privado, fechou o ano de 2013 com participação de 10,2% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, o equivalente a R\$ 494,2 bilhões. "A compreensão das consequências macroeconômicas da saúde podem encorajar políticos e gestores a considerar o investimento no setor como uma forma de se atingir não apenas o completo bem-estar da população, mas também um melhor desenvolvimento do Brasil enquanto nação. A isso que chamamos de economia da saúde", avalia Carlos Vital, 1º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Nas contas da CNS, o setor público - com recursos dos contribuintes - participou com 43% do crescimento apurado no ano passado e o setor privado com a fatia restante, de 57%, o que, para Vital, é um paradoxo. "O Brasil é o único país do mundo que tem uma rede de saúde pública universal e, ao mesmo tempo, vê o mercado privado e as famílias gastarem diretamente mais dinheiro do que o Estado". Segundo o representante dos médicos, essa realidade contraria o que acontece nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), onde a média de investimento público é de 70%

"Apesar dos avanços do SUS, um de seus grandes desafios é aumentar o financiamento. Para oferecer a saúde universal prevista na constituição brasileira, precisamos elevar o gasto público em saúde para acima de 6% do PIB brasileiro", projeta Denizar Vianna, médico especialista em Economia da Saúde e professor do Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Estima-se que esse percentual tenha sido de 4,4% em 2013.

## Países com Sistema Universal de Saúde

Média % da Despesa em Saúde\*



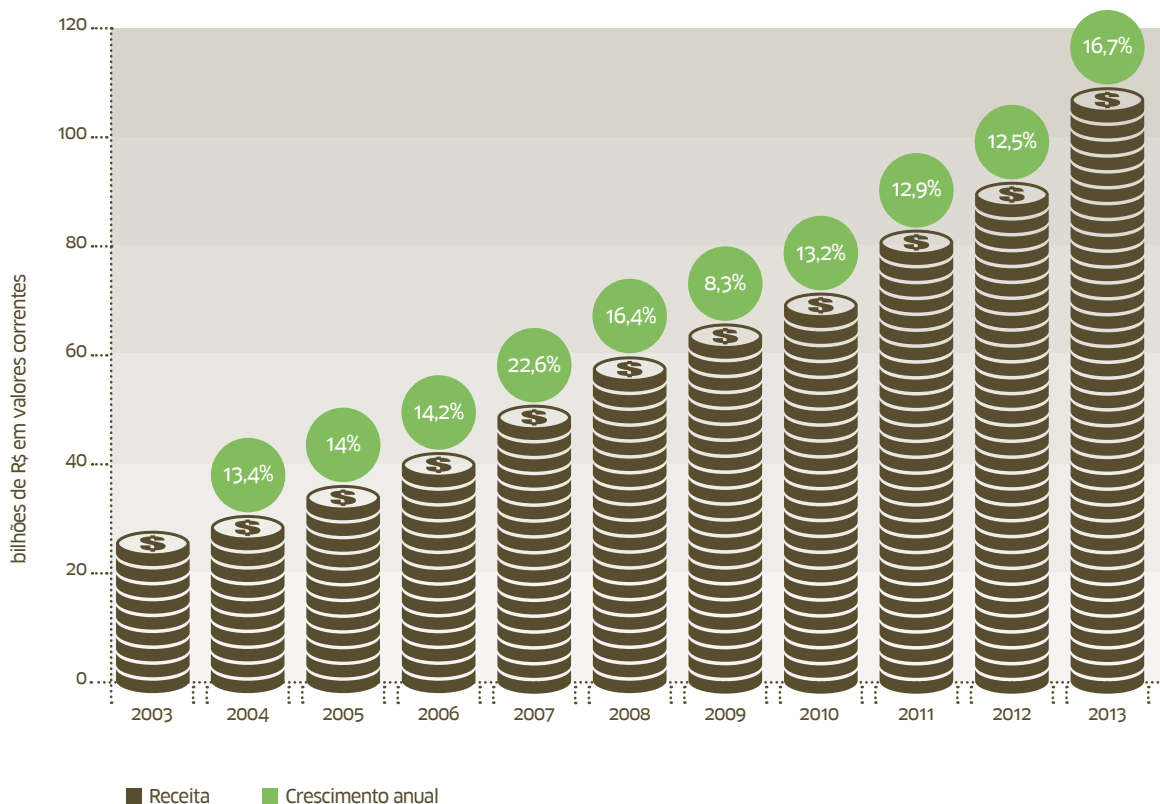
Fonte: Banco Mundial / Elaboração: CFM /  
\*Média dos percentuais apurados entre 2008 e 2012

**MERCADO PRIVADO EM ASCENSÃO**

E se por um lado o gasto público em saúde, na voz de especialistas, profissionais da área e pacientes, é insuficiente para atender às necessidades daqueles que dependem exclusivamente dessa rede, de outro o faturamento da iniciativa privada aumenta cada vez mais, baseado na ascensão econômica de parte da população. Recentemente, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) mostrou que cada um dos 50,9 milhões de beneficiários de planos privados pagou, em média, R\$ 180 por mês para contar com a cobertura suplementar em 2013.

Sandra, a potiguar de Acari, paga pouco mais que isso por mês, embora lamente não ter tido o suporte esperado durante a pequena urgência pela qual passou no fim de 2013. Naquele ano, a receita das operadoras de planos de saúde com as mensalidades atingiram R\$ 108,2 bilhões, um acréscimo de 16,7% em relação ao período anterior, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Só o lucro das 922 operadoras de convênios médicos que hoje atuam no país aumentou 25,3%, enquanto o número de usuários cresceu 4,6% comparados aos resultados do ano anterior.

Receita das operadoras médico-hospitalares



Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar/Elaboração: CFM



*“Estamos falando de um setor que, apesar de lucrar bilhões, deixa a desejar nos serviços prestados aos pacientes, não valoriza seus profissionais e ainda onera o SUS.”*

“Estamos falando de um setor que, apesar de lucrar bilhões, deixa a desejar nos serviços prestados aos pacientes, não valoriza seus profissionais e ainda onera o SUS”, afirma Aloísio Tibiriçá, 2º vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), que congrega lideranças médicas nacionais em torno do tema.

Tibiriçá também adverte que o plano de saúde de Sandra deveria, segundo prevê a lei, ressarcir ao SUS os R\$ 380 gastos pelo Estado no tratamento dela no Hospital Maternidade de Acari. Só entre janeiro e julho deste ano, as operadoras devolveram R\$ 184 milhões por quase 200 mil internações de pessoas que têm plano de saúde atendidas no SUS. As operadoras que não devolvem o valor das internações ao SUS são incluídas na lista de dívida ativa e passam a integrar o cadastro de inadimplentes, perdendo o acesso a financiamentos com recursos públicos. Encontram-se nessa situação 462 operadoras, e o valor atualizado da dívida soma R\$ 579,24 milhões.

“Não imaginava que isso acontecia”, admitiu a dona de casa ao saber sobre o sistema que cruza informações de pacientes atendidos pela rede de saúde pública com o banco de dados da ANS. “Bem ou mal, o SUS é um direito de todos, e já pagamos por ele nos impostos. Acho justo que o plano devolva esse dinheiro, mesmo sendo pouco”, disse Sandra.



imagem: Shutterstock.com

## EM BUSCA DO APERFEIÇOAMENTO

O aumento da aplicação do conhecimento em economia ao setor saúde, com o aprimoramento de suas ferramentas e do seu arcabouço teórico, levou ao surgimento da Economia da Saúde como nova área de conhecimento. O tema foi inicialmente trabalhado na década de 1980, pelos autores Gavin Mooney e Mike Drummond em uma série de artigos intitulados “*Essentials of Health Economics*”. Nos textos, são abordados aspectos como o conceito de economia, o financiamento da atenção à saúde, o desenvolvimento de políticas de atenção à saúde, a organização dos recursos, a avaliação dos custos e benefícios de alternativas terapêuticas e os desafios para o futuro.

O ramo tem como objetivo aperfeiçoar as ações de saúde e estudar as condições de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados. Ao integrar as teorias econômicas, sociais, clínicas e epidemiológicas, são estudados ainda os mecanismos e fatores que determinam e condicionam a produção, distribuição, consumo e financiamento dos serviços de saúde.

Em todos os países da América Latina e do mundo, em geral, existe a preocupação sobre a alocação dos recursos com equidade, eficácia e eficiência. No Brasil, o financiamento tem sido tema de destaque, especialmente entre acadêmicos e gestores, na agenda do campo da Economia da Saúde desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Na página 26, leia mais sobre o tema sob a perspectiva do memorável especialista Gilson Carvalho. Uma das primeiras experiências de institucionalização do emprego da Economia da Saúde ocorreu com a criação do Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (Desid), no âmbito do Ministério da Saúde, em 2003.

Desde então, vários estudos têm sido realizados para avaliar a evolução e adequação dos recursos alocados, com foco tanto nas fontes de financiamento quanto na participação das esferas de governo. Atualmente, estudos e debates sobre questões relacionadas ao financiamento do SUS, o volume de recursos necessários para investimento e o custeio, o impacto da implementação de programas e da incorporação de tecnologias, além de outros temas, são frequentes tanto nas rotinas administrativas quanto nas organizações da sociedade civil.

### O PESO DAS DOENÇAS

Outro aspecto a considerar são as análises dos impactos diretos sobre o absentismo por motivo de doença (falta do trabalhador por atestado ou licença-saúde). Elas são pouco abrangentes no Brasil, em geral fragmentadas por setores ou categorias profissionais. No âmbito do Executivo Federal, por exemplo, embora não existam estudos consolidados sobre o reflexo desse tipo de absentismo na produtividade cotidiana do funcionalismo público, o volume de ausências por doença chama a atenção: 450 mil atestados desde 2010, segundo dados do Ministério do Planejamento. Apenas nos oito primeiros meses deste ano, os servidores federais apresentaram 104 mil atestados e ficaram afastados, em média, por 14 dias para tratamento da saúde.

A ausência por motivos justificados ou não de um empregado no local de trabalho é um fenômeno que também faz parte do dia a dia das empresas do setor privado. Uma pesquisa realizada pelas consultorias internacionais de recursos humanos Mercer e Kronos revela que os custos das ausências dos empregados equivalem, em média, a 35% da folha de pagamento base. Isso inclui os custos diretos e indiretos das ausências planejadas, não planejadas, derivadas de doenças, e ausências prolongadas, como a licença maternidade e paternidade. Numa hipotética empresa com mil funcionários, cuja folha de pagamento seja de R\$ 80 milhões por ano, só o custo estimado das ausências não planejadas seria de R\$ 4,6 milhões, conforme os cálculos das consultorias.

A partir dos dados da Previdência Social, é possível ter uma ideia da dimensão do problema, tanto no setor público quanto no privado. Entre os anos de 2003 e 2013, um total de 23,7 milhões de auxílios-doença foram concedidos no Brasil, totalizando um custo de R\$ 145,3 bilhões para os cofres públicos com pagamentos de salários e benefícios decorrentes de afastamentos do trabalho por períodos superiores a 15 dias.

Na Europa, uma pesquisa da Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (Eurofound) revelou também que, em média, o absentismo por doença compromete de 3% a 6% do tempo de trabalho dos europeus. Em valores, essa ausência representa até 2,5% do PIB de alguns países – equivalentes ao crescimento econômico de um ano inteiro. Esses custos incluem danos materiais sofridos pela indústria, a perda de produção potencial devido à redução da força de trabalho disponível, os custos dos tratamentos médicos e os custos administrativos das empresas, companhias de seguros e da seguridade social.



*Entre os anos de 2003 e 2013, um total de 23,7 milhões de auxílios-doença foram concedidos no Brasil, totalizando um custo de R\$ 145,3 bilhões para os cofres públicos.*

## CUSTO DA DOENÇA

Outro ponto de análise do impacto econômico da saúde são os estudos sobre Custo da Doença (*Cost of Illness*), que procuram demonstrar os efeitos nocivos das doenças em termos financeiros. O objetivo dessas análises é auxiliar gestores e formuladores de políticas de saúde a traçarem estratégias que melhorem o acesso, o tratamento e os investimentos em medidas preventivas.

Estima-se, por exemplo, que o custo da síndrome coronariana aguda no SUS e na saúde suplementar tenha sido de R\$ 3,8 bilhões em 2011 e que a rede pública gasta cerca de R\$ 3,6 bilhões por ano com o tratamento de doenças relacionadas à obesidade. Os cálculos são do médico Denizar Vianna Araújo, do Departamento de Clínica Médica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

Para ele, entretanto, as consequências econômicas das doenças não se limitam aos elevados custos médicos. Vianna explica que pessoas saudáveis têm maior probabilidade de estar empregadas, vivem mais e, por isso, espera-se que invistam mais tempo e dinheiro em sua educação. Pela mesma razão, diz ele, podem poupar mais e, assim, disponibilizar mais dinheiro para investimento de capital.





## *Bilhões em pílulas*

Depois de deixar o hospital, Sandra Maria de Medeiros - a moradora de Acari (RN), cuja história você conheceu na reportagem anterior - voltou a assumir os custos de sua recuperação e também dos medicamentos para controle da diabetes. “*Continuo pegando minha insulina no posto de saúde, mas prefiro comprar as seringas - as do posto são muito grossas. Gasto em média R\$ 200 por mês com as seringas e outros remédios*”. A necessidade de Sandra e a de outros milhões de brasileiros é o que move o mercado farmacêutico brasileiro, hoje em 6º lugar no ranking mundial, de acordo com a consultoria IMS Health. A estimativa é que em 2016 o país esteja entre os quatro primeiros. Fomentado especialmente pela venda de medicamentos, o setor movimentou R\$ 58 bilhões em 2013, quatro vezes a receita registrada em 2003 (R\$ 14,4 bilhões)

Os gastos com o grupo assistência à saúde (remédios, planos de saúde, consultas, exames, hospitalização, etc.) tiveram peso de 7,2% na despesa média mensal das famílias, que despendem R\$ 153,81 por mês, segundo a última Pesquisa de Orçamentos Familiares do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (POF-IBGE), divulgada em 2011. De acordo com o estudo, apenas os medicamentos correspondem à metade dessa despesa.

Responsável por quase metade do faturamento em 2013, as 31 redes representadas pela Associação Brasileira de Redes de Farmácias e Drogarias (Abrafarma) estimam que o crescimento do setor supere 10% por ano durante os próximos anos. Nas projeções da entidade, o mercado de medicamentos no Brasil deve dobrar até 2018 e atingir R\$ 100 bilhões.

Os medicamentos representam mais da metade do valor total do Complexo Industrial da Saúde (CIS), que inclui ainda as indústrias de base biotecnológica, vacinas, hemoderivados e reagentes. Só o Ministério da Saúde, um dos maiores “clientes” do setor, estima gastar com medicamentos cerca de R\$ 12 bilhões em 2014.

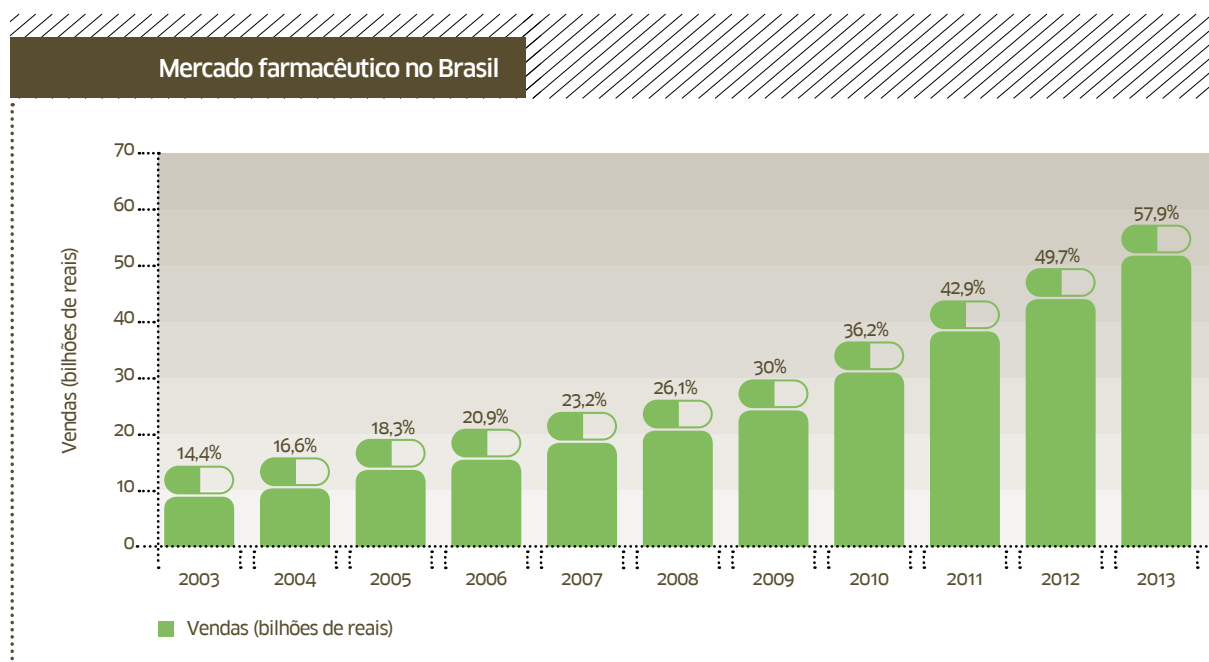
Outro mercado próspero na área da saúde é o de equipamentos, produtos e suprimentos médico-hospitalares, cujo faturamento foi de US\$ 11 bilhões no ano passado. Segundo dados da Associação Brasileira da Indústria de Alta Tecnologia de Equipamentos, Produtos e Suprimentos Médico-Hospitalares (Abimed), o Brasil é um dos sete maiores do mundo nesse segmento, com 13 mil empresas envolvidas e cerca de 130 mil empregos diretos e indiretos em atividades industriais e comerciais.

Empresas do setor criticam, no entanto, o crescente déficit da balança comercial de remédios e equipamentos, hoje estimada em US\$ 11,6 bilhões. Para reduzir essa diferença entre importações e exportações, e assim reter uma fatia maior da riqueza do setor no país, o governo tem apostado nas parcerias com o setor privado. Atualmente existem 104 Parcerias de Desenvolvimento Produtivo firmadas, contemplando 97 produtos acabados, 66 medicamentos, sete vacinas, 19 produtos e 5 parcerias para pesquisa e desenvolvimento.

“Temos trabalhado no sentido de ampliar a oferta de medicamentos no curto e médio prazo e incentivar a pesquisa, a inovação e o desenvolvimento produtivo”, explica o secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (SCTIE/MS), Carlos Gadelha. Até 2017, os investimentos públicos e privados no CIS brasileiro deverão chegar a R\$ 13 bilhões.

Uma das principais áreas a serem incentivadas é a da pesquisa clínica para a introdução de novos medicamentos. Embora 35% da produção científica brasileira seja realizada no campo da saúde, segundo a Federação Internacional das Associações de Fabricantes de Produtos Farmacêuticos (IFPMA), o custo médio para desenvolver um único medicamento é de aproximadamente US\$ 1,3 bilhão, o que sugere a necessidade de um esforço ainda maior por parte dos governos e do mercado.

“As necessidades e as demandas são crescentes, o orçamento da saúde não cresce na mesma velocidade, as novas tecnologias são protegidas por patentes e o Estado precisa garantir o direito dos cidadãos à saúde. Por isso, é preciso lançar mão de instrumentos que possibilitem o uso eficiente dos recursos, a exemplo dos estudos de avaliação econômica, bem como da estratégia de avaliação de tecnologias em saúde, para decidir sobre a incorporação de produtos no sistema de saúde”, avalia Gadelha.



Fonte: IMS Health, auditoria PMB (Pharmaceutical Market Brazil)

# A última reflexão “domingueira”



imagem: Luis Oliveira/MS

“Como andam o lucro e as leis do mercado em relação aos medicamentos, aos equipamentos e aos materiais médico-hospitalares? Jamais teremos recursos suficientes para a saúde humana se a barbárie das regras capitalistas de mercado, sem o freio da regulação, continuar sendo aplicada nesse setor. Não haverá dinheiro suficiente para manter vivo o ser humano”. Em 1º de junho deste ano, dois dias antes de sua morte, o médico pediatra e sanitarista Gilson Carvalho escrevia essas que seriam suas últimas palavras em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS).

O trecho extraído da coluna semanal “Domingueira” foi publicado no site do instituto de Direito Sanitário Aplicado (Idisa), onde Gilson de Cássia Marques de Carvalho exercia mandato de Presidente do Conselho Superior e Fiscal. A mensagem reflete a síntese do pensamento do médico, um dos pioneiros na discussão do financiamento da saúde. “No fim, falta dinheiro para a saúde? Falta, não apenas por não ter, mas porque se perde na arrecadação, nos desvios e na corrupção”, asseverava.

Formado pela Escola Federal de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), Gilson Carvalho foi secretário municipal de Saúde de São José dos Campos (SP) e também secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Para ele, era impossível pensar em concretizar o SUS sem discutir as finanças do sistema. “Com financiamento decrescente e custo crescente, a matemática, de antemão, garante que não vai dar certo. O que aconteceu nos últimos anos é que os princípios constitucionais do financiamento do SUS não se concretizaram”, dizia.

O especialista gostava de lembrar em seus textos que a saúde é um direito de todos os cidadãos, garantido como um dever do Estado e sustentado pelo dinheiro de todos. “Muita gente acusa a Constituição de ter prodigalizado nos benefícios, esquecendo-se dos recursos para garanti-los. Com a saúde, entretanto, isso não aconteceu”, lamentava. E como resposta às carências da rede pública, deixou em sua última mensagem um desafio aos sucessores: “o SUS constitucional não precisa de mais leis, apenas que tenhamos a ousadia de cumprir e fazer cumprir as leis que já existem”.

“Gilson sempre se distinguiu pela militância extremada em favor do financiamento sustentável do SUS e era também um batalhador incansável em favor da disseminação de informações financeiras por meio através de suas famosas análises ‘domingueiras’”, declarou Sérgio Piola, representante da Associação Brasileira de Economia da Saúde. A entidade, que congrega especialistas no tema, prevê dedicar à memória do sanitarista a realização do VI Congresso de Economia da Saúde da América Latina e Caribe, programado para setembro. ■



# 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.portalmédico.org.br](http://www.portalmédico.org.br)



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

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

# *Ditames da consciência e o dever de cuidar*

28  
MAI/AGO 2014

//Ana Isabel de Aquino Corrêa

Aborto de feto anencéfalo ou em casos de estupro, reprodução assistida de casais homoafetivos, realização de procedimentos para tratamento da transexualidade, além das pesquisas com seres humanos. São muitas as situações na medicina em que os profissionais se veem obrigados a praticar atos contrários às suas convicções morais, éticas e religiosas. A objeção de consciência é um direito humano previsto no direito internacional, na Constituição Federal, no Código de Ética Médica, em normas técnicas do Poder Executivo e em jurisprudências de tribunais brasileiros. Mas o exercício desse direito na assistência à saúde pode ser motivo de impasse entre médicos, pacientes e estabelecimentos de saúde. Nesses momentos, há que se buscar uma solução de consenso para que o direito de um não impeça o do outro, e a solução possa vir de forma justa, legal e equilibrada.







O exercício da prerrogativa garantida ao médico de se negar a obedecer a uma norma emanada pelo Estado, quando entender que o ato fere sua opinião ou sua autonomia, é defendido em todo o mundo. No âmbito das Nações Unidas (ONU), está expressa no *Pacto Internacional de Direitos Cívicos e Políticos*, segundo o qual: “toda a pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião (...) e de manifestar a sua religião ou crença”. Aprovado em 1966, o documento constitui um acordo de amplitude mundial.

A realização do aborto juridicamente permitido – nos casos de violência sexual, de fetos anencéfalos ou risco de vida para a gestante – é um dos temas mais controversos e complexos do ponto de vista social e um dos exemplos mais comuns de exercício da objeção de consciência. Mas além desse procedimento, temos vários outros na prática médica, como a reprodução assistida de casais homoafetivos e pessoas solteiras, e a cirurgia de transgenitalização e tratamento hormonal para pacientes transexuais – todos estes potenciais alvos de polêmicas, discriminação ou contestação religiosa.

No Brasil, aspectos do pacto das Nações Unidas estão na Constituição Federal, título II, que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais. O artigo 5º assegura que “ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política” e que “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”.

A proteção à escusa de consciência no País é comparável à garantia oferecida mundialmente, “na medida em que a Constituição Federal em vigor inclui entre os direitos e garantias fundamentais a inviolabilidade da liberdade de consciência e de crença”, avalia o advogado especialista em Direito Constitucional, Acelino de Carvalho.

Em âmbito internacional, além dos mecanismos da ONU, temos como exemplo a conduta na Europa. O Conselho Europeu – uma das organizações de cooperação política mais importantes do continente, com notória vocação para a defesa dos Direitos Humanos – aprovou em 2010 uma resolução que trata sobre o direito à objeção de consciência na prestação de cuidados de saúde garantidos por lei (Resolução 1.763/2010: “*The right to conscientious objection in lawful medical care*”).

Segundo a diretriz, “nenhum hospital, entidade jurídica ou pessoa pode ser objeto de pressões, ser responsabilizado, forçado ou sofrer discriminações de tipo algum por ter se recusado a ser sede, executar ou ajudar uma interrupção de gravidez, um aborto espontâneo induzido, um ato eutanásico, ou qualquer outra ação que possa causar a morte de um feto ou de um embrião, sejam quais forem as razões”.

Até a aprovação desse documento, não existia qualquer previsão de objeção de consciência a nível institucional na União Europeia, apenas individual. A divulgação do texto gerou controvérsias devido ao forte interesse social que envolve a questão. Algumas críticas assentam-se no argumento de que o uso abusivo da objeção de consciência – ainda mais institucionalizada –, somado a outras condutas, como períodos obrigatórios de espera e o aconselhamento tendencioso, perpetuaria barreiras ao atendimento de mulheres. Hoje, no entanto, a resolução representa um relevante ato de orientação para os países-membros.

Apesar da previsão constitucional e no direito internacional, a escusa de consciência na prática médica no Brasil carece de regulamentação. A questão é levantada por Aline Albuquerque Sant’ana de Oliveira, advogada da União e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB).

Também professora da Pós-Graduação em Bioética da UnB e pós-doutora em Direitos Humanos à Saúde pela Emory University (EUA), Aline Albuquerque pondera: “não há uma lei específica que regule a forma como os médicos vão exercer esse direito. O que nós temos no Brasil é o Código de Ética Médica”, aponta (*saiba mais na página 33*).

Excluídas as situações consagradas como casos de urgência e emergência, quando o médico tem o dever de agir, profissionais e pacientes se veem muitas vezes diante de um impasse. É aí que entram em conflito deveres públicos e direitos individuais, quando o dispositivo da objeção de consciência é acionado para proteger a moral privada do indivíduo.

A melhor solução, ao que indica a análise dos diversos especialistas ouvidos, como mostraremos em outros textos, pode ser mesmo a busca do equilíbrio para que os médicos possam preservar o direito de não cometer atos que agridam à própria consciência, e os pacientes tenham garantido o direito à saúde, sem discriminação.

A imagem que ilustra esta matéria é a escultura *Le Penseur* (“*O Pensador*”), de Auguste Rodin, que retrata o homem como sujeito do seu próprio pensamento. A peça foi concebida como uma representação da obra “*A Divina Comédia*”, de Dante Alighieri. Hoje tem sua interpretação amplificada como a simbolização da força do pensamento e do raciocínio. Retrata uma pessoa em profunda reflexão, cuja meditação concentra-se em si mesmo, ante a tomada de uma decisão.



# *Legislação protege o direito de crença*

O direito à saúde, garantido pelo Estado, mediante políticas que visem ao acesso universal e igualitário, é uma previsão da Constituição Federal, inscrita no artigo 196, no capítulo que trata sobre a seguridade social. Ao atendimento igualitário à saúde da população previsto na Carta Magna, soma-se o artigo 5º, que dentre os direitos e garantias fundamentais determina: “é inviolável a liberdade de consciência e de crença”.



Além dessa garantia, há outro inciso do artigo que complementa a determinação: “ninguém será privado de direitos por motivo de crença religiosa ou de convicção filosófica ou política”. São normas que estão entre as principais diretrizes legais, técnicas e administrativas sobre o tema.

O ordenamento jurídico brasileiro ratifica uma norma do direito internacional de recusa ao cumprimento dos deveres incompatíveis com as convicções morais, políticas e filosóficas. A previsão está na *Declaração Universal dos Direitos Humanos* – proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas –, que caracteriza a autonomia da razão e da consciência como direito fundamental, com a menção no artigo I: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”.

No documento, o direito à liberdade de consciência é assegurado também no artigo XVIII: “Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de (...) manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, (...) isolada ou coletivamente, em público ou em particular”.

A prerrogativa internacional encontra abrigo na Constituição Federal e, segundo o especialista em Direito Constitucional Acelino de Carvalho, o direito também está disposto na *Convenção Americana sobre Direitos Humanos* (Pacto de San José da Costa Rica), ratificada pelo Brasil por meio do Decreto 678, de 1992. A determinação consagra a liberdade de consciência e religião.

#### COM A PALAVRA, O CÓDIGO DOS MÉDICOS

O direito à objeção não é regulamentado por lei na atividade médica no Brasil, conforme aponta a advogada da União e professora da UnB, Aline Albuquerque, mas há dispositivos do Executivo e outros aprovados por conselhos profissionais que definem na prática a aplicação desse direito, como o *Código de Ética Médica* (CEM).

O inciso VII do CEM dispõe sobre a prerrogativa: “O médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência”.

Contudo, o direito à objeção de consciência na prática médica não é uma prerrogativa absoluta. Prevalece o entendimento de que essa objeção não é permitida nas situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente.

A médica pediatra professora das Faculdades de Direito e de Medicina na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Maria Elisa Villas-Bôas, analisa a incoerência na negativa do médico em realizar o ato em um caso de urgência, em contradição à própria missão assumida pelo médico.

“Ele está ali como profissional. Indiscutivelmente, durante o exercício de sua atividade. Não há como ele deixar de atender por força de objeção de consciência se com isso colocar em risco a vida do paciente e ficar em paz com a própria consciência, sabendo que isso ocasionaria a morte de quem vem procurá-lo”, diz.

## NORMA DO MINISTÉRIO

Entre as situações mais comuns para alegação de objeção de consciência por parte do médico estão os casos de aborto. Os aspectos que normatizam o tema estão entre os itens abordados na *Norma Técnica para Atenção Humanizada ao Abortamento*.

Elaborado pelo Ministério da Saúde em 2005, o documento foi instituído para dar apoio aos profissionais da área da saúde, com orientações para atenção e atendimento às mulheres em processo de abortamento que buscam os serviços públicos.

A diretriz traz orientações sobre *Código Penal*, doutrina e jurisprudência e informa a inimizabilidade do abortamento praticado por médico quando “não há outro meio de salvar a vida da mulher” ou quando “a gravidez é resultante de estupro (ou outra forma de violência sexual). O procedimento é feito com o consentimento da mulher ou, se incapaz, de seu representante legal”. Aponta ainda que a jurisprudência brasileira tem autorizado a interrupção de gravidez nos casos de malformação fetal com inviabilidade de vida extrauterina, com o consentimento da mulher.

A norma também preconiza que, segundo o CEM, não cabe objeção de consciência em caso de necessidade de abortamento por risco de vida para a mulher; em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, na ausência de outro médico que o faça e quando a mulher puder sofrer danos ou agravos à saúde em razão da omissão do médico; e no atendimento de complicações derivadas de abortamento inseguro, por se tratarem de casos de urgência.

## PARLAMENTARES AVALIAM TEMA

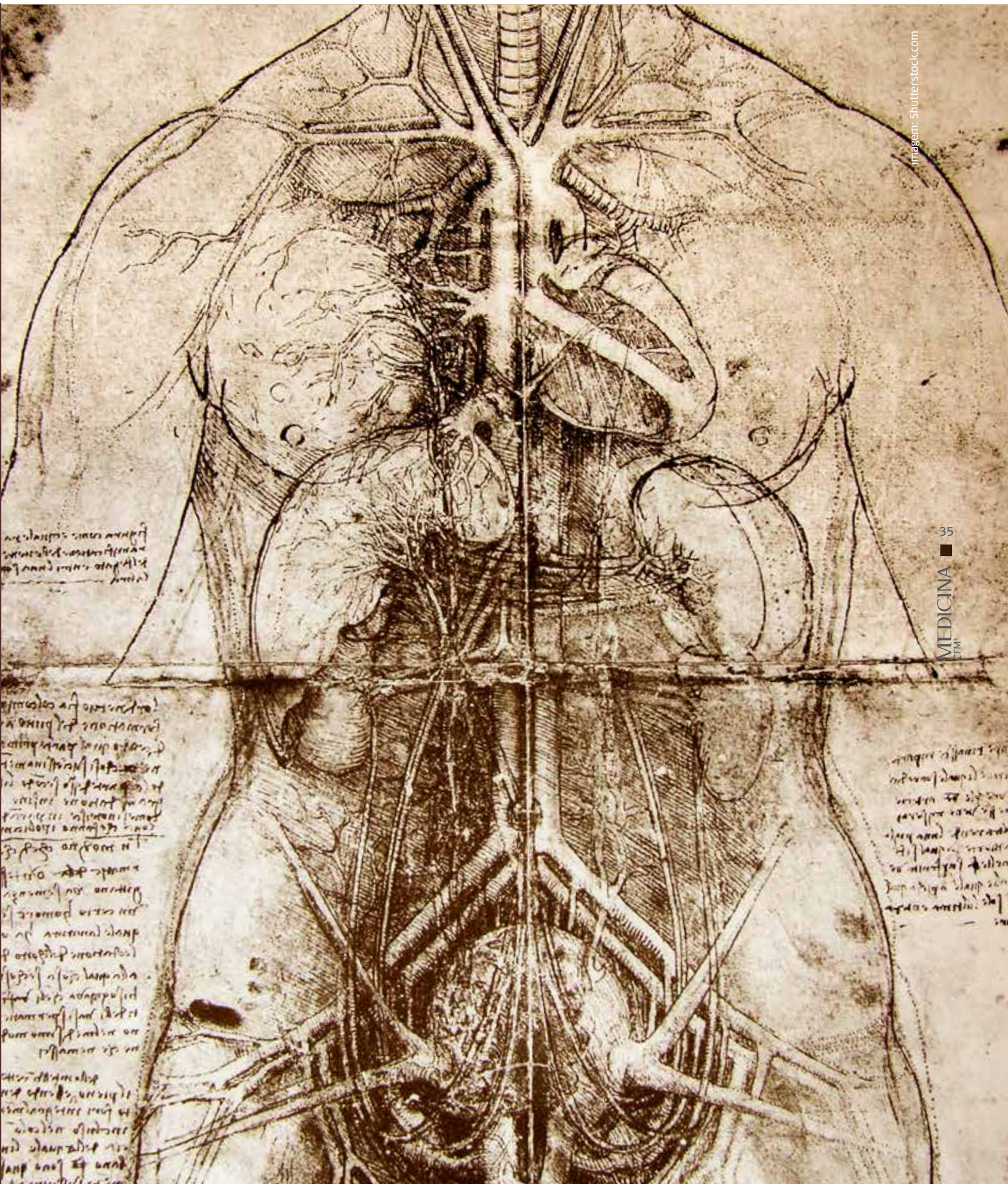
Proposta em tramitação no Congresso Nacional pode fazer com que o postulado da objeção de consciência seja expresso legalmente. Projeto de Lei de autoria do deputado federal Luiz Gonzaga Patriota (PSB/PE) regulamenta o direito de uma pessoa se negar a praticar ato contrário a suas convicções morais, éticas e religiosas, inclusive no ambiente de trabalho.

O PL 6.335/09 tramita desde dezembro de 2009 e dispõe sobre o direito à objeção de consciência como escusa ao princípio constitucional insculpido no inciso II do art. 5º da Constituição Federal. Em 2013, a proposta foi apreciada pela Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados, onde recebeu parecer pela constitucionalidade, juridicidade, técnica legislativa e, no mérito, pela aprovação, com emenda.

O projeto considera objeção de consciência a possibilidade de recusa por um indivíduo da prática de um ato que colida com suas convicções morais, éticas e religiosas, por imperativo de sua consciência. De acordo com a proposta, o direito pode se dar no campo do exercício profissional, por motivos de religião ou qualquer outro que agride os princípios e o foro íntimo do indivíduo.

A proposta define também uma exigência para a prática da objeção de consciência: “além dos argumentos éticos, morais ou religiosos, pode ser exigida do cidadão a apresentação de histórico que comprove seu envolvimento com a convicção alegada, a fim de fundamentar sua recusa à prática do ato”, diz o texto do projeto.







# Bioética em jogo

Muitas vezes, o dispositivo da objeção de consciência é acionado em situações traumatizantes ou delicadas para pacientes. Um dos casos com grande relevância são as solicitações de aborto por estupro – bem como em outros casos de aborto legal. Também estão no rol de procedimentos que podem despertar controvérsias morais e religiosas a cirurgia de redesignação sexual e a prescrição de tratamento com terapia hormonal para pacientes transexuais, pesquisas com seres humanos, reprodução assistida e uma série de outras situações presentes na prática médica. É possível buscar o equilíbrio para que a proteção da integridade do médico não acarrete a obstrução do direito à saúde para alguns pacientes?

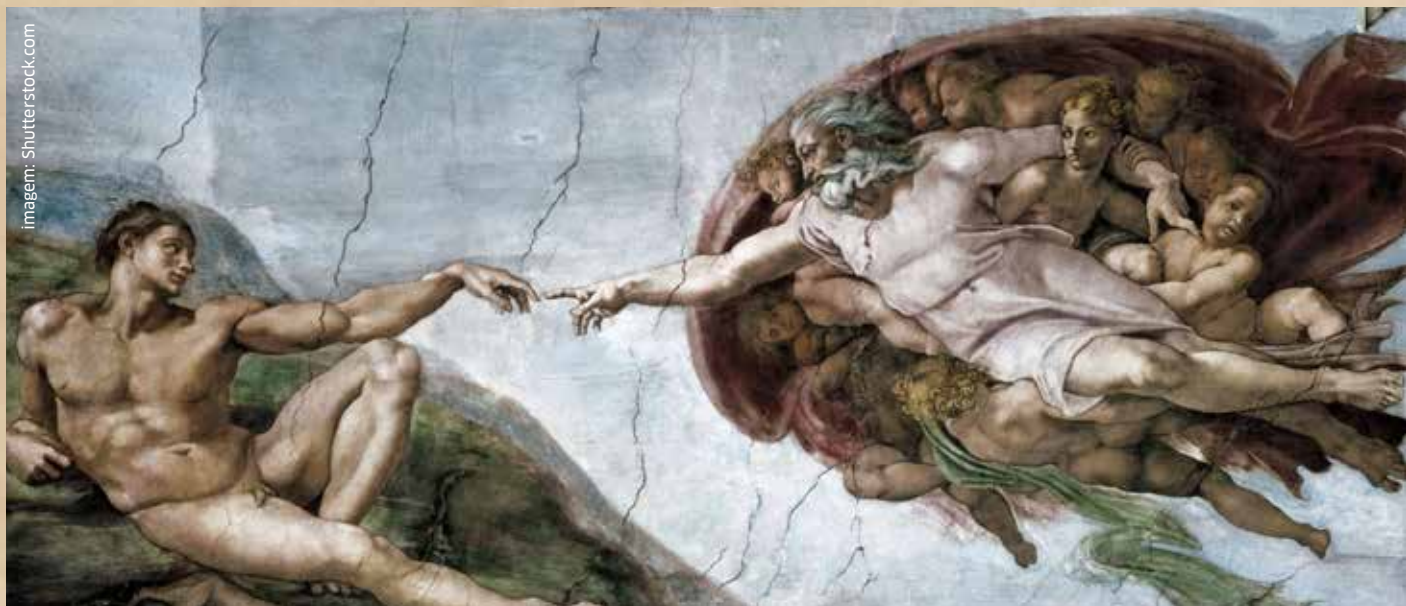


imagem: Shutterstock.com

O exercício da objeção de consciência na prática da saúde pode representar um dos campos mais críticos da experiência humana, envolvendo, de um lado, médicos diante de um conflito moral e, de outro, pacientes em situações de franca vulnerabilidade. Como uma das situações mais comuns de ocorrência desses conflitos, podemos citar o aborto, que, mesmo os casos legalmente amparados, suscitam dilemas morais e éticos. A abordagem médica nesses casos não está imune à influência de um complexo e profundo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais que repercutem na relação médico-paciente.

Para a professora da Universidade de Brasília (UnB) e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, Débora Diniz, apesar das orientações baseadas em referenciais éticos, legais e bioéticos previstos em documentos como as *Normas Técnicas de Atenção Humanizada ao Abortamento ou de Atenção às Mulheres com Gestação de Anencéfalos*, publicadas pelo Ministério da Saúde (nas situações juridicamente permitidas, o procedimento pode ser realizado em todos os estabelecimentos do Sistema Único de Saúde que possuam serviço de obstetria), as mulheres podem ter dificuldades para exercer esse direito.

## BARREIRAS AO ATENDIMENTO

A antropóloga esteve à frente de pesquisas que apontaram que os serviços de referência para o abortamento muitas vezes criam barreiras, dificultando a prestação do atendimento, com a imposição de dificuldades burocráticas, como a exigência de documentos, visitas e laudos não previstos na política pública. “As equipes fazem esse aumento de burocracia por ignorância das normas técnicas do Ministério da Saúde ou por assumirem indevidamente para si a tarefa de regulamentar a assistência de saúde”, denuncia.

De acordo com a pesquisadora, as equipes de saúde alegam se sentirem mais seguras sobre a veracidade da palavra da mulher ao terem acesso ao documento. “Ora, essa é uma barreira cruel às mulheres. Uma mulher violentada está sofrida, tem medo, experimenta uma dor solitária. Ao invés de chegar ao serviço de saúde e ser cuidada, sua história é objeto de dúvida. Seu atendimento passa a ser condicionado ao escrutínio policial. É, na verdade, uma submissão desnecessária da autoridade médica à vigilância policial. E por quê? Pela moral de perseguição aos poucos médicos solidários às mulheres que enfrentam o estigma do aborto”, relata Diniz.

Para o advogado especialista em Direito Constitucional e professor da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), Acelino de Carvalho, a análise da objeção de consciência é emblemática em casos de aborto porque “esta prática, em tese, foge ao compromisso do profissional de defender a vida”. Para ele, a objeção de consciência é consectária da liberdade de consciência e de crença, e visa protegê-las. “Em virtude disso, a tese da total incompatibilidade entre a proteção do direito à integridade moral do médico e o direito à saúde da mulher, defendida no âmbito da bioética, é juridicamente insustentável. E aqui não cabe o argumento da laicidade do Estado: quando tal princípio se afirma nas sociedades modernas, as regras religiosas deixam de incidir na forma da organização política, e a religião, posta a salvo desta última, torna-se objeto de tutela jurídica, sendo, doravante, considerada como um direito fundamental”, defende.

Também relacionada aos direitos sexuais e reprodutivos, podemos citar outra circunstância em que o direito à objeção de consciência pode ser exercido: a reprodução medicamente assistida. Previstas em resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM), as normas éticas que regem as técnicas permitem o uso por casais homoafetivos. As orientações levam em consideração decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) de 2011, quando foi reconhecida como entidade familiar a união estável homoafetiva. A diretriz do CFM destaca que “é permitido o uso das técnicas de RA [Reprodução Assistida] para relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras, respeitado o direito da objeção de consciência do médico”.

Outra questão controversa relativa à sexualidade são os procedimentos de cirurgia de redesignação sexual e a prescrição de tratamento com terapia hormonal para travestis e transexuais desde a infância. Diretriz do CFM aprovada em 2013 (Parecer 8/13) orienta as normas éticas para desenvolvimento e abordagem terapêutica dos transtornos de identidade de gênero da criança, do adolescente e do adulto. O documento também pontua, entre as considerações éticas, a permissão para que o médico se recuse a realizar o procedimento por objeção de consciência.

Sobre esses casos, a advogada da União e doutora em Ciências da Saúde pela UnB, Aline Albuquerque Sant’ana de Oliveira, recomenda prudência aos profissionais. “Quando expressar a objeção, deve fazê-lo com cautela, porque o médico não pode tornar a expressão da sua objeção um ato discriminatório e deixar o paciente se sentindo discriminado”.

## TESTAMENTO VITAL

Até mesmo a prerrogativa do paciente de definir os limites terapêuticos a serem adotados em uma fase terminal (prevista na Resolução CFM 1.995/2012) pode trazer interferências à atuação do médico. Pacientes em estado terminal podem se manifestar sobre os cuidados e tratamentos que querem, ou não, receber no momento em que estiverem incapacitados de expressar, livre e autonomamente, sua vontade.

Conhecido como testamento vital, o desejo do paciente, manifestado por uma declaração prévia de vontade, deve sempre ser cumprido, alerta Luciana Dadalto, autora de livros e artigos científicos sobre o tema no Brasil. “O paciente nunca poderá ter sua declaração prévia de vontade descumprida *in totum*, ou seja, deve haver algum médico para cumpri-la. Se o médico que está atendendo o paciente exercer sua objeção de consciência, deve encaminhar o paciente para outro colega”, sugere Dadalto, que também é Doutora em Ciências da Saúde pela faculdade de Medicina da UFMG e mestre em Direito Privado pela PUC Minas.

Quando há impasse, a pediatra e doutora em Direito Público Maria Elisa Villas-Bôas propõe uma solução de harmonia: “A questão é equilibrar os direitos, de modo que o reconhecido direito de um não anule completamente o do outro nem gere discriminações contra qualquer das partes, seja o médico que tem sua liberdade religiosa e sua formação moral própria, seja o paciente que não professa aquela religião e busca um direito legalmente conhecido”. ■

## NA INTERNET:

Para saber mais informações sobre o testamento vital, médicos e pacientes contam com um portal na internet que trata exclusivamente sobre o tema. A página eletrônica <[www.testamentovital.com.br](http://www.testamentovital.com.br)> foi criada para ser uma fonte de informações para leigos, estudantes e profissionais do direito e da saúde.



# ética médica controvérsia

**EM UMA SITUAÇÃO DE ABORTO LEGAL, NA QUAL O ÚNICO MÉDICO DO MUNICÍPIO ALEGA OBJEÇÃO PARA NÃO REALIZAR O PROCEDIMENTO, QUE SOLUÇÃO DEVE SER OFERECIDA À GESTANTE?**

**COMO DIRIMIR CONFLITOS ENTRE A SOBERANIA DA CONSCIÊNCIA PARA NOSSAS PREFERÊNCIAS ÉTICAS E O IMPERATIVO DO JUSTO PARA A PROTEÇÃO DAS NECESSIDADES?**

**QUAL O LIMITE ENTRE UMA PRÁTICA MÉDICA RESPONSÁVEL E UMA PRÁTICA MÉDICA DEFENSIVA OU MESMO PROSELITISTA?**

38

MAI/AGO 2014

Em algumas situações na sua prática profissional, o médico se vê diante de conflitos éticos que suscitam reflexões bioéticas e humanas ante a tomada de decisões de grande responsabilidade.

Um dos casos mais significativos da questão moral lançada pela objeção de consciência é a realização de aborto legal, tema que desperta interesse de toda a sociedade. Ainda que não se puna o aborto praticado por médico em alguns casos - se não houver outro meio de salvar a vida da gestante; se a gravidez for resultante de estupro; ou, de acordo com decisão do Supremo Tribunal Federal de 2012, em caso de fetos anencéfalos -, a realização da prática pode ofender profundamente a consciência moral do profissional. Por outro lado, como assegurar que as mulheres não sofram um acréscimo de sofrimento ao chegar aos serviços que deveriam acolhê-las?

Na seção "Controvérsia" desta edição, dois estudiosos aprofundam alguns pontos deste debate. De um lado, a doutora em Antropologia Debora Diniz, professora da Universidade de Brasília (UnB) e pesquisadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis), é categórica na defesa de que a palavra da mulher que afirma ter sofrido violência seja recebida como presunção de veracidade e que os serviços de saúde não tomem para si responsabilidades de executar procedimentos reservados à polícia ou à justiça.

A controvérsia é feita pelo médico Gerson Odilon, também graduado em Direito pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC) e professor de Medicina Legal, Deontologia Médica e Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Para ele, a qualidade moral do aborto é um mal e a assistência do Estado não tem o propósito de matar o feto, mas oferecer à mulher toda assistência necessária à sua saúde física, social e mental. //VJ

Acompanhe nas páginas seguintes:







Imagem: Shutterstock.com

## DEBATEDORES

**Debora Diniz** é professora da Universidade de Brasília (UnB) e pesquisadora do Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero (Anis). É representante do *Research Project Review Panel/Department of Reproductive Health and Research* da OMS; membro da Câmara Técnica de Ética e Pesquisa em Transplantes do Ministério da Saúde; e membro do *Advisory Committee Global Doctors for Choice/Brasil*. É vice-chair do *board* da *International Women's Health Coalition*. Desenvolve projetos de pesquisa sobre bioética, feminismo, direitos humanos e saúde.

**Gerson Odilon** se graduou em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL), em 1987, e em Direito pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC), em 1998. Atua como médico legista, professor de Medicina Legal, Deontologia Médica e Bioética da Faculdade de Medicina (Famed) da UFAL e é conselheiro do Conselho Regional de Medicina do Estado de Alagoas (Cremal). Atualmente, também é membro da Câmara Técnica de Medicina Legal e Perícias Médicas do CFM e doutorando em Bioética na Universidade do Porto.

# ética médica controvérsia

*“Mesmo no caso de um profissional objeitor, seu direito à recusa de assistência está subordinado à necessidade de saúde da mulher.”*



DEBORA DINIZ

**Em uma situação de aborto legal, na qual o único médico do município alega objeção para não realizar o procedimento, que solução deve ser oferecida à paciente?**

Um hospital público é responsável por fornecer atendimento de acordo com o que prevê a legislação. Caso o médico se recuse a realizar o atendimento (que pode incluir desde o acolhimento até mesmo o procedimento do aborto previsto em lei), a instituição deve designar outro profissional para atendê-la. E como não existe objeção de consciência que deixe uma mulher sem atendimento de um direito previsto em lei, o médico de referência é, sim, obrigado a realizar o aborto. Isso também é o que diz a política pública que regulamenta o aborto legal no Brasil – não há objeção de consciência institucional, pois esta é sempre uma prerrogativa individual e passível a ajustes entre equipes. Ou seja, mesmo no caso de um profissional objeitor, seu direito à recusa de assistência está subordinado à necessidade de saúde da mulher – sua consciência será soberana ao direito da mulher de abortar, caso exista um profissional que o substitua no serviço. Caso contrário, é seu dever atendê-la sem qualquer discriminação. Se no hospital houver um médico objeitor, a administração da instituição deve organizar escalas para que sempre haja equipes não objeitoras. Eu diria que é importante defendermos a soberania da consciência para nossas preferências éticas, mas também o imperativo do justo para a proteção das necessidades. É assim que se desenha a questão moral lançada pela objeção de consciência: o desconforto moral de um médico ao aborto pode trazer sérias consequências à proteção de uma necessidade de saúde.

**Além da situação do aborto legal, as mulheres enfrentam outras situações em que também se deparam com a recusa do médico no atendimento?**

Alguns serviços impõem barreiras às mulheres exigindo

documentos, visitas, laudos não previstos na política pública. As equipes fazem esse aumento de burocracia ou por ignorância das normas técnicas do Ministério da Saúde, ou por assumirem indevidamente para si a tarefa de regulamentar a assistência de saúde. Há serviços, por exemplo, que exigem boletim de ocorrência – imagine o que é para uma mulher que sofreu estupro ter que se apresentar em uma delegacia? É um sofrimento adicional a uma história de terror. Há serviços que exigem o laudo psicólogo após três ou mais consultas para certificação de que o estupro é verdadeiro e que a mulher quer mesmo o aborto. Por que esses testes de verdade? Por que transformar os profissionais de saúde – personagens que devem cuidar – em representantes da polícia? Por uma nova vontade de poder, talvez, de ser quem cuida da vida quem vigia a moral? Isso me parece absurdo, por isso prefiro crer na hipótese do desconhecimento das normas técnicas.

**A senhora teria conhecimento de situações em que o médico não se recusa abertamente a realizar o procedimento de aborto legal, mas dificulta a realização do ato, adotando uma objeção “velada”?**

Isso que você descreve como objeção velada tem um outro nome: discriminação. Ou ainda: abuso de poder. Não cabe a nenhum profissional de saúde utilizar seu status privilegiado de detentor do poder do conhecimento para impor suas crenças ou valores às pacientes. A prática profissional não deve ser espaço para proselitismo religioso ou moral, pois não apenas é eticamente errado, como fragiliza a essência da relação médico-paciente. Essa é uma relação que somente poderá se manter caso se baseie na confiança, no respeito mútuo e no reconhecimento da dignidade. A hierarquia de poder não pode se converter em hierarquia de escolhas. Nosso desafio é garantir que as mulheres não sofram um acréscimo de sofrimento ao chegar aos serviços que deveriam acolhê-las. Como isso pode ser feito? Nosso desafio é educacional e ético, antes mesmo que profissional, no sentido técnico do termo.

*“É óbvio que cabe objeção de consciência em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido.”*

GERSON ODILON



**Em uma situação de aborto legal, na qual o único médico do município alega objeção para não realizar o procedimento, que solução deve ser oferecida à paciente?**

A consciência moral é um julgamento da razão pelo qual a pessoa humana reconhece a qualidade moral de um ato concreto. Considerando que a qualidade moral do aborto é um mal, porque contraria o princípio da vida, ainda que previsto em lei, é óbvio que cabe objeção de consciência em qualquer situação de abortamento juridicamente permitido, visto que contraria os ditames de sua consciência, fato contemplado no Código de Ética Médica. Como resposta, pode-se afirmar peremptoriamente que, na hipótese de uma gravidez indesejada numa situação de aborto legal, que não se trate de um caso de urgência ou emergência, ainda que não exponha a gestante e/ou o feto a risco de agravamento para a saúde ou à vida de ambos, é dever do médico informar a mulher sobre seus direitos, encaminhando-a a outro profissional da instituição, de outro serviço ou município, onde o atendimento possa ser prestado.

**Além da situação do aborto legal, as mulheres enfrentam outras situações em que também se deparam com a recusa do médico no atendimento?**

Ao se vasculhar a situação, pode-se encontrar realmente um conflito de entendimento entre as normas do nosso ordenamento jurídico. Sob a ótica do Código Penal substantivo e do adjetivo, a prática do abortamento é prescrito como crime material, destarte, exige-se formalmente uma prova para sua confirmação. Em uma situação fática, uma mulher chega ao serviço de saúde, diz para o médico que está grávida, não quer a gravidez, quer interrompê-la, não tem boletim de ocorrência (BO) e não apresenta um auto de exame de corpo de delito. Como deve agir esse profissional? Assim sendo, fica instituído o abortamento sem nenhuma legitimidade e sem também dar à mulher as condições necessárias para exercer o sagrado direito de ser mãe. A atual *Norma Técnica do Ministério de Atenção Humanizada ao Abortamento* deve sempre garantir a

assistência quando a mulher, em virtude dessa gravidez, puder sofrer agravos à saúde em razão da omissão do profissional no atendimento de complicações derivadas do abortamento inseguro, por se tratar de casos de urgência. Ai, sim, trata-se de omissão de socorro, fato que implicará na consequente responsabilidade criminal e civil do profissional que se omitiu. Agora, quando for diagnosticada uma gravidez decorrente de estupro ou que ponha em risco a vida da gestante, esta deverá receber toda a atenção por parte do Estado, não com o propósito de matar o feto, mas para oferecer a esta mulher assistência necessária à sua saúde física, social e mental.

**O senhor teria conhecimento de situações em que o médico não se recusa abertamente a realizar o procedimento de aborto legal, mas dificulta a realização do ato, adotando uma objeção “velada”?**

A verdadeira medicina, referida no livro de *Deuteronômio* e ensinada por Hipócrates, deve ser exercida e entendida sempre como uma medicina que cura, e não como uma medicina que mata. O que frequentemente ocorre é que, diante da necessidade de realização de um abortamento legal e sem riscos, a mulher deve ser acolhida e orientada sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação, as possibilidades de atenção nos serviços de saúde pública ou privada, direitos e possibilidades de manter a gestação até o fim, com a garantia do Estado de oferta dos cuidados pré-natais, bem como alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a criança e inseri-la na família ou proceder os mecanismos legais de doação. Assim, o profissional de saúde deve motivar a mulher a continuar com a gestação e desistir da sua decisão de interromper a gravidez indesejada. ■





imagem: Osmar Bustos

## *Novos conselheiros federais são eleitos em todo o país*

Médicos de todo o país elegeram de 25 a 27 de agosto os novos conselheiros que representarão seus estados no Conselho Federal de Medicina (CFM) no quinquênio 2014/2019. Além dos conselheiros federais efetivos e respectivos suplentes, representantes de cada estado e do Distrito Federal, a Lei 3.268/57, que dispõe sobre os conselhos de medicina, também prevê representantes indicados pela Associação Médica Brasileira (AMB). Confira na página a seguir os nomes dos novos conselheiros federais para o novo período (*resultado conhecido até 31/8*).

O cronograma das eleições foi definido pela Resolução CFM 2.024/13. Cada CRM escolheu um período de votação dentro de calendário préestabelecido na norma. O pleito foi realizado no dia 25 de agosto em 17 estados; dias 25 e 26 de agosto, em cinco; de 25 a 27; em três, e apenas no dia 27, em dois.

A votação ocorreu de três formas: presencial, por correspondência ou mista. Foram obrigados a votar médicos inscritos no CRM em pleno gozo dos direitos políticos e profissionais. Não puderam votar médicos em débito com a entidade. A participação no pleito foi facultativa para os profissionais com mais de 70 anos.

O mandato dos novos membros do CFM terá a duração de cinco anos e será meramente honorífico, com a posse em 1º de outubro de 2014 e encerramento em 30 de setembro de 2019. A homologação está prevista para ocorrer durante a sessão plenária do mês de setembro, a última a ser realizada com a participação dos atuais conselheiros federais. A cerimônia de posse está prevista para o dia 1º de outubro.

## VOTO DIRETO PARA O CFM

Os conselheiros federais que tomarão posse no dia 1º de outubro fazem parte da quinta composição do CFM eleita pelo voto direto de todos os médicos do país. Criado em 1957 por meio da Lei 3.268/57, o CFM teve, até os dias atuais, 12 corpos de conselheiros - sete eleitos indiretamente. A partir de 1994, com a aprovação da Resolução 1.368/94, foi instituído o formato atual, em que cada Estado elege diretamente, a cada cinco anos, um conselheiro efetivo e um suplente.

Desde a criação do CFM, em 1957, foram eleitos 323 conselheiros efetivos. A primeira médica eleita para o CFM foi a ginecologista Laélia Alcântara, na gestão de 1979-1984, pelo Acre. Desde então, mulheres passaram a ser eleitas para o CFM, com algumas ocupando cargos em sua direção.

Na gestão atual (2009-2014), participam duas mulheres como conselheiras efetivas - Caçilda Pedrosa de Oliveira (Goiás) e Maria das Graças Creão Salgado (Amapá) - e cinco como suplentes - Ana Maria Vieira Rizzo (Mato Grosso do Sul), Ceuci de Lima Xavier Nunes (Bahia), Glória Tereza Lima Barreto Lopes (Sergipe), Lisete Rosa e Silva Benzoni (Paraná) e Marta Rinaldi Muller (Santa Catarina). Entre os conselheiros eleitos para a gestão 2014-2019, constam três mulheres como conselheiras efetivas e seis como suplentes (veja lista ao lado).

Imagem: Osmar Bustos



## CONSELHEIROS FEDERAIS\_ 2014|2019

AC	efetivo_ Dilza Teresinha Ambros Ribeiro suplente_ Renato Moreira Fonseca
AL	efetivo_ Emmanuel Fortes Silveira Cavalcanti suplente_ Alceu José Peixoto Pimentel
AP	efetivo_ Maria das Graças Creão Salgado suplente_ Dorimar dos Santos Barbosa
AM	efetivo_ Júlio Rufino Torres suplente_ Ademar Carlos Augusto
BA	efetivo_ Jecé Freitas Brandão suplente_ Otávio Marambaia dos Santos
CE	efetivo_ Lúcio Flávio Gonzaga Silva suplente_ José Albertino Souza
DF	efetivo_ Rosylane Nascimento das Mercês Rocha suplente_ Sérgio Tamura
ES	efetivo_ Celso Murad suplente_ Paulo Antônio de Mattos Gouvêa
GO	efetivo_ Salomão Rodrigues Filho suplente_ Lueiz Amorim Canêdo
MA	efetivo_ Abdon José Murad Neto suplente_ Nailton Jorge Ferreira Lyra
MT	efetivo_ José Fernando Maia Vinagre suplente_ Alberto Carvalho de Almeida
MS	efetivo_ Mauro Luiz de Britto Ribeiro suplente_ Luís Henrique Mascarenhas Moreira
MG	efetivo_ Hermann Alexandre Vivacqua von Tiesenhausen suplente_ Alexandre de Menezes Rodrigues
PA	efetivo_ Hideraldo Luís Souza Cabeça suplente_ Léa Rosana Viana de Araújo e Araújo
PB	efetivo_ Dalvélio de Paiva Madruga suplente_ Norberto José da Silva Neto
PE	efetivo_ Carlos Vital Tavares Corrêa Lima suplente_ Adriana Scavuzzi Carneiro da Cunha
PR	efetivo_ Donizette Dimer Giamberardino suplente_ Lisete Rosa e Silva Benzoni
PI	efetivo_ Leonardo Sérgio Luz suplente_ Lia Cruz Vaz da Costa
RJ	efetivo_ Sidnei Ferreira suplente_ Márcia Rosa de Araújo
RN	efetivo_ Jeancarlo Fernandes Cavalcante suplente_ Luís Eduardo Barbalho de Mello
RS	efetivo_ Claudio Balduino Souto Franzen suplente_ Luiz Antônio de Azevedo Accioly
RO	efetivo_ José Hiran da Silva Gallo suplente_ Luiz Antônio de Azevedo Accioly
RR	efetivo_ Wirlande Santos da Luz suplente_ Alexandre de Magalhães Marques
SC	efetivo_ Anastácio Kotzias Neto suplente_ Wilmar de Athayde Gerent
SP	efetivo_ Jorge Carlos Machado Curi suplente_ Ruy Yukimatsu Tanigawa
SE	efetivo_ Henrique Batista e Silva suplente_ Rosa Amélia Andrade Dantas
TO	efetivo_ Nemésio Tomasella de Oliveira suplente_ Pedro Eduardo Nader
AMB	efetivo_ Aldemir Humberto Soares suplente_ Newton Monteiro de Barros

(resultado conhecido até 31/8)





foto: Marcio Arruda

## PESQUISA DO CFM REVELA INSATISFAÇÃO COM A SAÚDE

Pesquisa inédita realizada pelo Instituto Datafolha a pedido do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Paulista de Medicina (APM) revela: os serviços públicos e privados de saúde no Brasil são péssimos, ruins ou regulares (notas de 0 a 7) para 92% dos brasileiros. A sensação também é de insatisfação em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo 87% da população. Essas e outras informações foram divulgadas no dia 19 de agosto, durante coletiva à imprensa, em Brasília (DF). O presidente do CFM, Roberto Luiz d'Avila, declarou aos jornalistas presentes: "o grau de insatisfação é emblemático e aponta o desejo da população por mudanças profundas na condução dos rumos do país. Essa pesquisa deve gerar a reflexão na sociedade sobre os caminhos a se tomar".

## NOVAS SEDES INAUGURADAS

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF) homenageou o presidente do CFM, Roberto Luiz d'Avila, durante a inauguração de sua nova sede, no dia 29 de julho.

A cerimônia aconteceu no Centro Empresarial Park Brasília (um edifício comercial no Setor de Indústrias Gráficas que abriga as novas instalações). Compareceram conselheiros federais e do Distrito Federal, além de autoridades e diretores de sociedades de especialidades.

Outra homenagem a Roberto Luiz d'Avila foi prestada no dia 18 de julho, durante a inauguração da sede administrativa do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (Cremesc). Na solenidade de inauguração, o presidente do Cremesc, Tanaro Pereira Bez (abaixo), entregou a Roberto uma placa pela colaboração à Medicina e ao CRM.



imagem: Cremesc





Imagem: assessoria /CFM

## NOVOS PROCEDIMENTOS EM IDOSOS

A incorporação do Implante por Cateter de Bioprótese Valvar Aórtica (TAVI) pelo sistema de saúde brasileiro público e suplementar foi tema de debate no Conselho Federal de Medicina (CFM). Especialistas se debruçaram sobre o assunto durante o “Fórum sobre Racionamento de Novos Procedimentos em Idosos como Política Pública de Saúde”, no dia 28 de maio, promovido pela Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista (SBHCl).

O TAVI beneficia, principalmente, as pessoas com mais de 70 anos que sofrem de estenose aórtica grave e não podem fazer

a cirurgia tradicional. O Ministério da Saúde, por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (Conitec), tem negado a inclusão do procedimento. Diversos especialistas presentes no Fórum, como o 1º vice-presidente do CFM, Carlos Vital; o subprocurador-geral da República na Paraíba, Eitel Santiago de Brito Pereira, e o presidente da SBHCl, Helio Roque Figueira, sugeriram que a sociedade se mobilize pelo TAVI e incentivem médicos a continuar lutando pelos direitos de seus pacientes.



Imagem: Márcio Arruda

## AÇÃO JUDICANTE EM PAUTA

Cumprindo o cronograma tradicional de encontros de corregedores e assessores jurídicos, o CFM reuniu em Brasília, na sede do Conselho Federal de Medicina (CFM), representantes de conselhos de medicina de todo o país. O objetivo do encontro, que aconteceu no dia 13 de maio, foi uniformizar a ação judicante dos conselhos.

Um avanço nessa integração foi o desenvolvimento de um sistema de acompanhamento da tramitação de processos para

a rede dos conselhos de medicina, que permite ainda a realização de levantamentos dos dados da corregedoria em níveis regionais e nacional.

De acordo com o corregedor do CFM, José Fernando Maia Vinagre, aquela foi uma oportunidade para esclarecer dúvidas e compartilhar matérias que requerem pareceres da assessoria jurídica do Conselho Federal.



Crédito: Setur/PE

## IV CONGRESSO BRASILEIRO DE HUMANIDADES EM MEDICINA DO CFM

Recife será sede do IV Congresso Brasileiro de Humanidades em Medicina do CFM, com data programada para os dias 5, 6 e 7 de novembro de 2014. O evento, com o tema central “Medicina: ciência e arte”, acontece no Mar Hotel Recife e trata de tópicos como “Molière, Tolstói e Nava”, “A ciência de fazer arte”, “A arte de Ariano Suassuna”, além de abordar literatura, cinema e música brasileira. As inscrições poderão ser feitas pelo site < <http://www.eventos.cfm.org.br/>. >

## HOMENAGEM A JOSÉ GERALDO TABORDA

O trabalho do psiquiatra Jose Geraldo Vernet Taborda, membro da Câmara Técnica de Psiquiatria do CFM, foi destacado por diversas entidades, incluindo o CFM, ao noticiarem a sua morte, no dia 27 de agosto.

Taborda atuou principalmente na área forense e dedicou-se a temas como questões legais da prática psiquiátrica, Bioética e Deontologia Médica. O CFM o classificou como “um psiquiatra do mais alto gabarito, com qualidades morais e profissionais extraordinárias”.

O médico também recebeu homenagens da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA), onde atuava como professor, da Asociación Psiquiátrica de América Latina e de outras instituições.



Crédito: Divulgação



## USO DE PLACEBO EM PESQUISA CLÍNICA

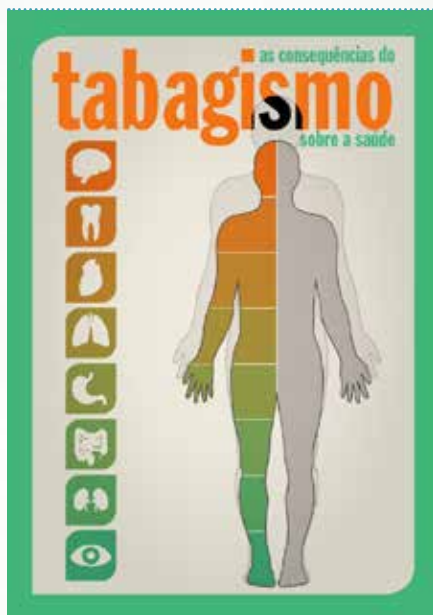
O Conselho Federal de Medicina (CFM) participou, no Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, em São Paulo (SP), do Simpósio “Uso de Placebo em Pesquisa Clínica”.

O evento foi promovido pelo CFM e a Associação Brasileira de Medicina Farmacêutica (SBMF), e teve como objetivo discutir o uso de placebo em pediatria, geriatria e cardiologia, com cada tópico sendo apresentado por um investigador e um conselheiro do CFM.

Na abertura do simpósio, que aconteceu no dia 8 de agosto, o presidente do CFM, Roberto Luiz d’Avila, enfatizou que a Resolução CFM 1.885/2008 veda ao médico vínculo de qualquer natureza com pesquisas médicas, envolvendo seres humanos, que utilizem placebo em seus experimentos, quando houver tratamento eficaz e efetivo para a doença pesquisada. No entanto, o presidente do CFM considera importante e frutífero ouvir todos os setores envolvidos e trocar opiniões com professores, cientistas e instituições de pesquisa.



Crédito: Paulo Henrique de Souza



## NARGUILÉ E CIGARRO ELETRÔNICO NA BERLINDA

No Dia Nacional de Combate ao Fumo, 29 de agosto, o Conselho Federal de Medicina (CFM) chamou atenção dos médicos e da sociedade sobre os riscos relacionados ao consumo do narguilé e do cigarro eletrônico, utilizados especialmente entre os jovens.

A Comissão de Controle do Tabagismo do CFM produziu alerta – referendado pelo plenário da entidade – ressaltando que todas as formas de uso do tabaco, mesmo aquelas apontadas – de forma equivocada – como menos nocivas, comprometem a saúde e uma melhor qualidade de vida. Confira a publicação “As consequências do tabagismo sobre a saúde”: < <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index9/?numero=13>. >

## SUASSUNA, UBALDO RIBEIRO E RUBEM ALVES DEIXAM SAUDADE

O CFM, em nome dos 400 mil médicos brasileiros, manifestou pesar e solidariedade às famílias, aos amigos e aos admiradores de três expoentes da literatura brasileira, que em julho deixaram de luto a cultura nacional. Foram homenageados o escritor, poeta e dramaturgo Ariano Vilar Suassuna, o romancista e jornalista João Ubaldo Ribeiro, e o escritor e educador Rubem Alves. Os conselheiros federais lembraram a trajetória deles durante reunião ordinária realizada no dia 24 de julho, em Brasília.

Em nota, a entidade manifestou que: “Embora a Medicina ainda não possa reverter o processo de morte, os médicos entendem que a literatura e a arte são caminhos para a imortalidade”. ■



# *Pesquisa médica: como recuperar a confiança*

// Henk ten Have\*





A confiança nos cientistas está baixa. Apenas uma minoria dos americanos confia nas informações fornecidas por eles. De acordo com uma pesquisa realizada em dezembro de 2013, 78% dos americanos acreditam que as informações relatadas em estudos científicos são muitas vezes (34%), ou algumas vezes (44%), influenciadas por ideologias políticas; e 82% afirmam que descobertas científicas são muitas vezes (43%), ou algumas vezes (39%), influenciadas pelas empresas patrocinadoras dos estudos (HuffPost 2013). Essa falta de confiança é compreensível, considerando os diversos escândalos ocorridos na área da ética na ciência. Ao mesmo tempo, muitos esforços têm sido feitos por quase todas as organizações científicas e acadêmicas para desenvolver códigos, diretrizes e regulamentos. No entanto, a falta de ética científica continua a ser um problema significativo em muitos países. A questão é como melhor abordar essa situação. O desafio não é a ausência de uma estrutura ética para a ética na ciência, e sim a sua implementação e aplicação. Na educação científica, há poucos esforços a longo prazo e contínuos para tornar os cientistas conscientes da necessidade da ética envolvendo a pesquisa. Uma conduta responsável não é apenas efeito de uma dose limitada de formação ética, mas o resultado de um longo processo de profissionalização ética. Também não é apenas o resultado da conduta individual. Mudanças significativas no contexto social, econômico e político da ciência têm igualmente contribuído para um clima favorável à falta de ética na área científica. Assim, a confiança na ciência requer, além de uma crítica séria, a transformação das condições atuais da pesquisa científica.

\*Saiba mais sobre o autor na página 55.



imagem: Shutterstock.com

### ÉTICA NA PESQUISA

A ética na pesquisa foi uma das áreas originais de preocupação da ética na saúde, conforme se expandia na década de 60. Após uma série de escândalos e publicações clássicas, a ética na pesquisa médica com seres humanos era prioridade para pesquisadores, especialistas em ética, filósofos, advogados e políticos. Um extenso sistema de comitês de avaliação foi desenvolvido em muitos países. Por exemplo, no Brasil, em 1996, houve a criação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. A legislação nacional foi introduzida e códigos internacionais, diretrizes e declarações foram elaborados e aceitos. Durante décadas, a impressão geral era de que essa área da bioética tinha sido suficientemente bem entendida, não representando mais nenhum desafio. Foi considerada também como um excelente exemplo de uma interação positiva entre ética e cuidados de saúde. Nos últimos anos, no entanto, o sujeito de pesquisa tem sido um tema de debate acalorado renovado e controverso. Uma razão para isso é o crescimento da pesquisa multinacional e da globalização dos ensaios clínicos, levantando questões sobre a estrutura ética da pesquisa nos países em desenvolvimento e em diferentes culturas. Outra razão é a crescente lista de casos em que dados científicos e publicações têm sido fabricados e falsificados.

### O PROBLEMA BASE: TRATAMENTO *VERSUS* PESQUISA

O uso crescente da experimentação na medicina introduziu um problema específico fundamental na ética em pesquisa. Na área da saúde, os interesses do paciente têm prioridade. Na experimentação, o interesse principal é a aquisição ou a validação do conhecimento científico. A medicina científica inclui ao mesmo tempo dois sistemas de valores diferentes: os valores da ciência (conhecimento confiável, verdade, coerência, relevância e utilidade) e os valores do atendimento ao paciente (dignidade humana, autonomia, benefícios, não maleficência, confiança). Busca-se realizar dois bens morais: o bem individual dos pacientes e o bem social de obter conhecimento confiável para melhorar a saúde. Teoricamente, esses diferentes valores não deveriam entrar em conflito. A pesquisa é realizada para obter conhecimento; o novo conhecimento pode ser usado para melhorar a saúde. Mas existem diferentes orientações que podem facilmente entrar em conflito. Em primeiro lugar, o ponto de partida é diferente. Nos cuidados com a saúde, pacientes iniciam relações com profissionais de saúde porque têm uma preocupação ou sintoma que precisa ser examinado. A pesquisa geralmente é iniciada com um problema ou questão de pesquisa cientificamente desafiador e que o pesquisador deseja abordar. Em segundo lugar, os objetivos são diferentes. Nos cuidados com a saúde, o objetivo dos exames e testes é encontrar um tratamento específico para que uma queixa de um paciente possa ser tratada. Na pesquisa, o objetivo é o conhecimento geral, como, por exemplo, evidências de que um tratamento é melhor do que outro. Em terceiro lugar, na área de cuidados com a saúde, o paciente é o interessado como o tomador final de decisão e seus interesses têm prioridade. Na pesquisa, os interessados são o pesquisador e o patrocinador da pesquisa. Eles decidem sobre o planejamento da pesquisa e precisam de pessoas como “material de pesquisa” para explorar e testar novos medicamentos. Assim, na pesquisa, o paciente é utilizado como um meio para obter conhecimento.



Essas diferentes orientações não seriam problemáticas se pudessem ser separadas. Argumenta-se algumas vezes que os papéis do cientista e do médico deveriam ser claramente demarcados. No entanto, na prática, muitas vezes eles se sobrepõem. Atualmente, como tratamentos médicos modernos têm se tornado por si só um empreendimento científico, frequentemente profissionais são ao mesmo tempo médicos e pesquisadores. Neste contexto, cada paciente será considerado um sujeito potencial para investigação. Na pesquisa médica, novos medicamentos são eventualmente testados em ensaios clínicos. Isso pode significar que a relação entre médico e paciente pode coincidir com a relação entre o pesquisador e o sujeito de investigação. Nessas condições, pode não ficar claro quais interesses e valores têm prioridade. A curiosidade científica, a necessidade de resolver problemas urgentes e o desejo de contribuir para o progresso científico, além de fatores mundanos, como reputação, pressão por publicações ou interesses comerciais, podem sobrepor os interesses do paciente e a necessidade de fornecer o melhor tratamento disponível.

#### ESTRUTURA ÉTICA

A estrutura ética que regulamenta a pesquisa com seres humanos vem se consolidando desde a década de 80 em muitos países. Um conjunto de princípios interligados visa proteger os sujeitos de pesquisa (Emanuel, Wendler e Grady, 2008). O primeiro é a parceria colaborativa. A pesquisa clínica envolve pessoas participantes, em vez de sujeitos. O segundo é o valor social. A pesquisa clínica deve contribuir para melhorias em tratamentos de saúde para a sociedade e, por isso, é importante avaliar qual é o valor potencial da pesquisa a ser realizada. O terceiro princípio é o da validade científica. Se um protocolo de pesquisa não for desenvolvido de uma maneira que produza dados válidos e confiáveis, então será difícil justificar eticamente tal pesquisa. Uma seleção justa dos participantes é o quarto princípio. No passado, os sujeitos de pesquisa eram frequentemente escolhidos entre populações pobres e sem instrução ou entre populações especialmente vulneráveis, tais como prisioneiros, crianças e idosos. A seleção dos grupos de estudo só deve ser baseada em razões científicas relacionadas à frequência de doenças, danos causados por

estas ou altas taxas de transmissão de uma infecção. O quinto princípio é uma relação risco-benefício favorável. Considerando que toda pesquisa implica em incerteza e riscos, uma avaliação cuidadosa dos riscos é necessária. Os riscos devem ser minimizados. Ao mesmo tempo, os benefícios da pesquisa devem ser avaliados, especialmente os benefícios potenciais para os indivíduos que participaram da pesquisa. Finalmente, riscos e benefícios devem ser comparados visando avaliar o que é um equilíbrio eticamente justificável. No entanto, não existe um padrão exato para determinar quando os benefícios potenciais são proporcionais aos riscos. O sexto princípio é uma revisão independente. Um comitê de ética deve revisar e aprovar o protocolo antes do início da pesquisa. O comitê e seus membros devem ser independentes, ou seja, não devem estar envolvidos na pesquisa ou afiliados aos pesquisadores ou patrocinadores, além de não poderem ter nenhum interesse financeiro no resultado do estudo. A composição e os procedimentos do comitê são geralmente especificados na legislação pertinente. O consentimento informado é o sétimo princípio. Isso expressa o respeito pela dignidade e autonomia das pessoas envolvidas. Os participantes devem ser competentes, ou seja, ter a capacidade de compreender e tomar decisões. As informações devem ser divulgadas oralmente e por escrito, de modo que os participantes as compreendam completamente. Em seguida, os participantes precisam fornecer permissão expressa, voluntariamente e sem coerção. Eles devem estar cientes de que têm o direito de se recusar em participar e que podem desistir da pesquisa. Finalmente, o oitavo princípio é o respeito com os participantes. Tal princípio destaca que, mesmo quando o consentimento informado é obtido, ainda existem certas obrigações. Por exemplo, os pesquisadores devem monitorar o estado de saúde dos participantes e tratar danos que possam resultar de reações adversas. Eles também devem proteger sua confidencialidade e certificar-se de que os dados estão seguros. Além disso, devem disponibilizar as novas informações relevantes quando estas forem obtidas.



imagem: Shutterstock.com

## DESAFIOS DA GLOBALIZAÇÃO

Mudanças importantes na ética em pesquisa começaram a ocorrer por volta da virada do milênio. A dependência crescente dos tratamentos médicos em medicamentos tem aumentado a busca por novos fármacos. Como resultado de tais pressões, a pesquisa clínica tem sido "externalizada". Durante a década de 90, uma grande quantidade de pesquisa clínica foi transferida dos EUA para a Europa Oriental, em 2000 para a América Latina e, mais recentemente, para países em desenvolvimento da Ásia e da África. Vários motivos têm exacerbado tal tendência. Um deles é a redução de custos. A realização de ensaios clínicos em larga escala é muito mais barata na Índia do que na América do Norte ou na Europa. Outro motivo é a execução rápida. É muito mais fácil conseguir participantes para um projeto de pesquisa em países em desenvolvimento; para muitos, ser incluído em uma pesquisa é muitas vezes a única oportunidade de receber cuidados básicos de saúde. O terceiro motivo é mais suspeito: há menos regulamentação. Muitos países em desenvolvimento não possuem uma legislação que regulamente a pesquisa, não tendo supervisão adequada e possuindo comitês de ética muitas vezes fracos (Petryna, 2009).

A globalização da pesquisa médica tem dado um novo impulso ao debate sobre a ética em pesquisa. Controvérsias surgiram a respeito do uso de placebos. Em ensaios clínicos, uma nova substância é geralmente comparada a um tratamento padrão ou placebo. Muitos cientistas argumentam que, metodologicamente, uma comparação com controles placebo é preferível. No entanto, o uso de substâncias inativas como placebos só é eticamente justificado se não houver nenhum tratamento eficaz conhecido. O princípio do respeito pelos participantes implica um dever moral de cuidar. A preocupação em oferecer o melhor tratamento para o paciente deve substituir as preocupações com evidências científicas. O que é eticamente permitido em um país pode não ser permitido em outro. Esta abordagem tem prejudicado seriamente a estrutura ética atual da pesquisa, mas também fez com que políticas do poder farmacêutico facilitassem a realização de ensaios clínicos em países pobres e de baixa renda. Patrocinadores de pesquisas ocidentais posteriormente tentaram rever a Declaração de Helsínki restringindo o uso de placebos. As revisões em 2000 e 2008 não produziram o relaxamento desejado. Mais tarde, em 2008, o Food and Drug Administration (FDA) dos EUA anunciou que iria usar novos padrões para ensaios clínicos em humanos e que já não reconheceria a Declaração de Helsínki. A revista Nature criticou essa decisão, chamando-a de "uma mensagem de que considerações éticas são dispensáveis quando os sujeitos de pesquisas vivem do outro lado do mundo" (Editorial 2008, 428).

## PESQUISA CLÍNICA COMO NEGÓCIO

Outro fenômeno que tem influenciado a prática recente da pesquisa é o crescimento do interesse comercial. Antes de 1990, quase 90% da pesquisa clínica com seres humanos era realizada em universidades. Atualmente, a maioria dos ensaios clínicos ocorre fora do mundo acadêmico (Petryna, 2009). O processo de pesquisa clínica é cada vez mais baseado no modelo de negócio de "terceirização." Atualmente, 70% dos patrocínios farmacêuticos são destinados à contratação de organizações de pesquisa (CROs), empresas que desenvolvem o projeto de pesquisa, recrutam sujeitos de pesquisa, monitoram a implementação do protocolo de pesquisa e coletam dados. Essa indústria de ensaios clínicos compreende atualmente mais de 1.000 CROs, cujas vendas mais do que dobraram nos últimos dez anos. Mas também existem outros tipos de empresas focadas em um único componente do processo de pesquisa clínica: organizações de gestão local que supervisionam a execução de um ensaio na prática particular, agências de recrutamento de pacientes especializadas em países em desenvolvimento e agências de publicidade sofisticadas especializadas na publicação de informações sobre ensaios de pesquisa. Uma indústria de revisão ética surgiu com comitês de ética em pesquisa com fins lucrativos. CROs e empresas farmacêuticas têm estabelecido seus próprios comitês de ética ou têm utilizado cada vez mais comitês não relacionados a universidades, hospitais ou centros de pesquisa (de forma que o nome Comitê de Revisão Institucional tornou-se obsoleto). Esses comitês são empresas comerciais comissionadas pela indústria farmacêutica. O número nos EUA é desconhecido por não haver obrigação de registro, mas estima-se que esteja entre 3 mil e 5 mil (Petryna, 2009).





Essa evolução levanta questões éticas graves. Qual o valor ético de comitês de ética em pesquisa com fins lucrativos? É claro que eles implicam um sério conflito de interesses. O sistema de comitês de ética independentes foi criado para evitar que o interesse da ciência anulasse o interesse dos pacientes ou sujeitos de pesquisas. Parece que agora há outro conflito básico devido à comercialização da pesquisa e da revisão ética: o conflito entre o valor de proteger os direitos e a saúde das pessoas envolvidas na pesquisa e o valor dos benefícios financeiros da pesquisa científica. Os interesses dos pacientes podem ser ameaçados pelo lucro. O sistema de regulamentação ética na pesquisa, o qual foi desenvolvido nas décadas de 70 e 80, está agora ultrapassado. CROs, por exemplo, estão operando fora do radar e o nível de controle e auditoria é mínimo. Médicos contratados para os ensaios não são contratados primeiramente como cientistas para a realização de ensaios clínicos, mas sim, antes de tudo, como profissionais para realizar os ensaios, de preferência em sua própria prática. Eles usam seus pacientes, mas sua autonomia profissional é restrita. Além de tudo, o esforço para desenvolver novos produtos farmacêuticos tem exposto populações vulneráveis. Atualmente, a maioria dos ensaios clínicos nos EUA é realizada com pessoas sem cobertura de seguro e pobres (Fisher, 2009). Esse enfoque financeiro, e não na ciência, tem produzido novos problemas éticos.

### CONFLITO DE INTERESSES

Uma das razões fundamentais para a perda de integridade científica é o conflito de interesses. Profissionais de saúde têm a responsabilidade profissional de dar prioridade aos melhores interesses de seus pacientes. Pesquisadores médicos têm a responsabilidade profissional de obter conhecimento confiável para avançar no atendimento ao paciente. No entanto, essas responsabilidades profissionais podem ser substituídas por outros interesses, como o ganho pessoal e o lucro, que promovem principalmente os interesses pessoais do profissional de saúde e do pesquisador. O conflito de interesses é hoje um grande motivo de preocupação na ética. Se já não é mais certo que os cientistas produzem dados confiáveis ou que para os profissionais de saúde os interesses dos pacientes vêm em primeiro lugar, como as pessoas poderão confiar nos profissionais de saúde e pesquisadores?

A primeira resposta ao conflito de interesses é a transparência. Médicos e pesquisadores da área médica precisam divulgar eventuais conflitos de interesse. Mas esta solução de autorrelato é limitada na medida em que é voluntária, sem quaisquer sanções para aqueles que não divulgarem interesses conflitantes. Muitas vezes não há possibilidade de verificação. E se a verificação é possível, verifica-se que não há divulgação em 1 a cada 3 a 4 casos. O autorrelato não é confiável, especialmente se os indivíduos não estão convencidos de que há algo de errado com os interesses conflitantes. Outra abordagem sugerida, portanto, é a tolerância zero. O conflito de interesses não é necessário; o conflito financeiro é resultado de escolha e, portanto, pode ser evitado. Uma pessoa pode ser um excelente cientista sem ser paga por empresas farmacêuticas. No entanto, outros argumentam que interesses conflitantes não podem ser eliminados. No clima atual, as universidades incentivam os cientistas a serem empreendedores. A maior parte dos financiamentos de pesquisas nas universidades atualmente é baseada em bolsas competitivas. E os especialistas podem ter múltiplas relações para aumentar o impacto e o alcance da pesquisa, mesmo que isso aumente o risco de conflito de interesses (Macrina, 2012).

O que é necessário é a promoção sistemática de uma cultura científica baseada em integridade. Em primeiro lugar, isso envolve mais ênfase na formação de pesquisadores em ética na ciência e pesquisa. A partir de janeiro de 2010, os Institutos Nacionais de Saúde e a Fundação Nacional de Ciência nos EUA têm exigido que pesquisadores financiados por bolsas recebam educação ética focada na promoção da integridade da pesquisa. A educação em ética é vista como uma solução contra as deficiências no comportamento profissional. Em segundo lugar, alguns limites precisam ser definidos contra os interesses comerciais. Este é atualmente o debate em relação ao patrocínio da educação médica. Mais de 50% da educação de pós-graduação médica nos EUA é patrocinado pela indústria farmacêutica. Algumas vezes, é difícil distinguir entre educação e promoção comercial. As escolas médicas devem assumir a sua responsabilidade e devem fornecer uma educação objetiva e crítica. Vários centros e escolas já decidiram parar de aceitar financiamento externo para atividades educacionais. Organizações surgiram para parar o patrocínio industrial ([www.nofreelunch.org](http://www.nofreelunch.org)). Em terceiro lugar, novas diretrizes serão necessárias. Sociedades científicas estão desenvolvendo códigos de ética. A maioria das universidades e institutos de pesquisa não tem políticas sobre conflito de interesses ou "autoria fantasma", enquanto os estudantes de medicina querem mais transparência e política. As revistas científicas estão aprovando regras mais rigorosas em relação a dados e autoria das publicações.



## RECUPERANDO A CONFIANÇA ENTRE CIÊNCIA E SOCIEDADE

Na pesquisa médica, bem como na área da saúde, o bem-estar do paciente ou da pessoa física deve ser a principal preocupação. A dignidade da pessoa não pode ser violada por uma questão científica, de sociedade ou comercial. A história relativamente recente da ética em pesquisa mostra que há um risco contínuo de que considerações científicas substituam a necessidade de proteção da dignidade e dos direitos individuais. O histórico da ética em pesquisa demonstrou que a integridade do pesquisador não oferece garantias suficientes. Regulamentos obrigatórios são necessários. Agora que a pesquisa é um empreendimento global, a proteção dos sujeitos de pesquisas já não é suficiente para justificar atividades de pesquisa. Se a justificativa para a pesquisa é que ela contribui para o progresso da medicina, a realização de ensaios clínicos em países pobres e de baixa renda deve contribuir para melhorar a saúde nesses países. Caso contrário, as populações vão se sentir como cobaias de empresas ocidentais. O princípio ético da justiça, como um dos princípios básicos do Relatório de Belmont, requer que a pesquisa seja focada nas necessidades dos países em que é realizada. Desde 1996, a Organização Mundial de Saúde tem exposto o fato de que 90% dos recursos econômicos gastos anualmente em pesquisa tem como objetivo as necessidades de saúde dos 10% mais ricos da população mundial. Essa lacuna não está diminuindo, embora cada vez mais ensaios clínicos estejam sendo realizados em países em desenvolvimento. Está claro que o debate sobre a ética da pesquisa a partir de uma perspectiva global está apenas começando. ■

## SOBRE O AUTOR

// Henk ten Have

Henk ten Have estudou Medicina (1976) e Filosofia (1983) na Universidade de Leiden, na Holanda. Trabalhou como pesquisador no Laboratório de Patologia da Universidade de Leiden (1976-1977), como médico no Municipal Health Services, Rotterdam (1978-1979), e como professor de Filosofia na Faculdade de Medicina e Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Limburg, Maastricht (1982-1991). A partir de 1991, foi professor de Ética Médica e diretor do Departamento de Ética, Filosofia e História da Medicina na University Medical Centre Nijmegen, na Holanda. Em setembro de 2003, ingressou na Unesco como diretor da Divisão de Ética da Ciência e Tecnologia. Desde julho de 2010, é diretor do Centro de Ética em Cuidados de Saúde da Universidade de Duquesne em Pittsburgh, EUA.

imagem: Shutterstock.com



# *Na sombra do esquecimento*

//Rejane Medeiros

Quando, em 1957, o jornalista polonês Ryszard Kapuscinski chegou a Uganda, uma de suas primeiras experiências ao desembarcar no continente africano foi contrair a malária, que o deixou acamado por 20 dias. Em seguida, ele contraiu tuberculose. Foram mais 30 dias tomando injeções diárias de estreptomicina. Por 40 anos, o jornalista visitou o continente, o que lhe permitiu escrever o livro *“Ébano: minha vida na África”*. Se voltasse hoje a visitar Uganda, Kapuscinski ainda se depararia com a malária e a tuberculose, que continuam matando diariamente milhares de africanos. Essas enfermidades estão no rol das chamadas “doenças da pobreza”. O conceito é importante, e tem ligação com as chamadas doenças tropicais negligenciadas (NTD), que afetam 1 bilhão de pessoas, geralmente pobres, e, apesar da mortalidade que provocam, não geram o interesse da indústria farmacêutica.







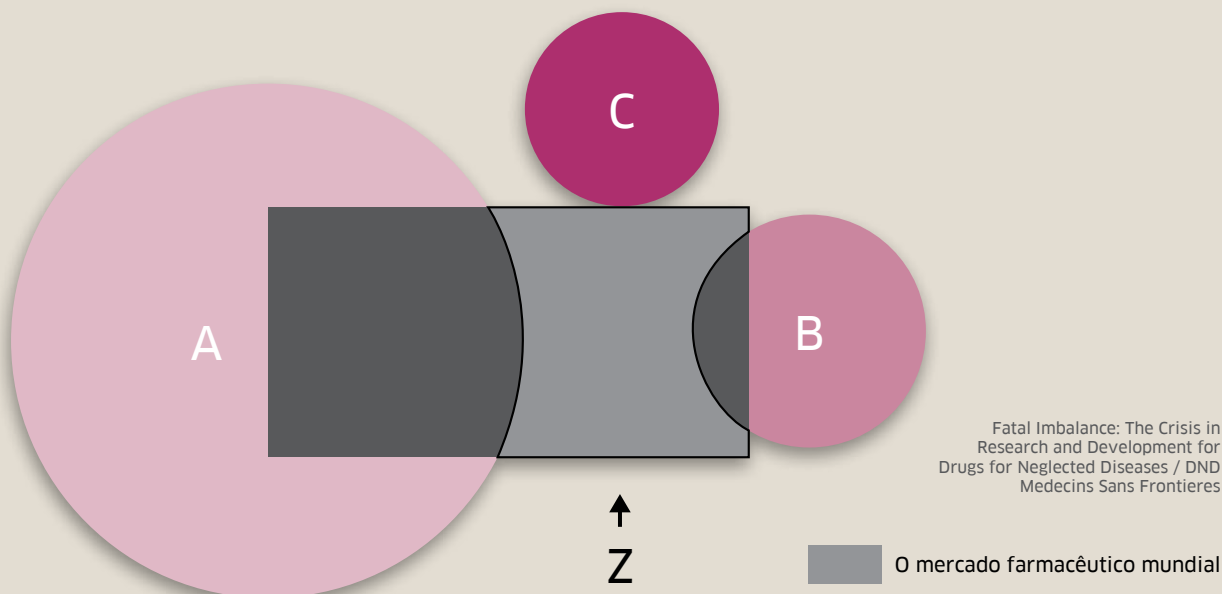
imagem: NIAID / Creative Commons

As chamadas doenças negligenciadas representaram 12% da carga global de doenças, mas apenas 1,3% de novos medicamentos foram criados para elas no período entre 1974 a 2004, num universo de 1.556 descobertas. Em 2005, o gasto global com pesquisa em saúde foi de US\$ 160 bilhões, dos quais apenas US\$ 3,2 bilhões foram para o tratamento das consideradas “doenças da pobreza”. Os dados são da organização Iniciativa para Drogas e Doenças Negligenciadas (DNDi). O que caracteriza essas doenças é que apesar de seus agentes transmissores terem sido descobertos, há muitos anos – o ciclo da Doença de Chagas, por exemplo, foi mapeado em 1906 –, até hoje não existem drogas efetivas, de baixo custo e de fácil manejo de tratamento.

O termo “doenças negligenciadas” foi proposto, em 1986, pelo médico americano Kenneth Warren, especialista em doenças tropicais. Em 2000, a organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) propôs três nomenclaturas: doenças globais (tais como câncer, doenças cardiovasculares, doenças mentais e neurológicas, que constituem o principal foco da indústria

farmacêutica), doenças negligenciadas e doenças mais negligenciadas. No ano seguinte, a OMS dividiu as doenças como sendo do Tipo I (equivalente às doenças globais dos MSF, afetam países ricos e pobres, com grande número de populações vulneráveis em ambos, como hepatites e diabetes), Tipo II (são chamadas de negligenciadas e afetam países ricos e pobres, mas estão mais presentes nos últimos, como a tuberculose e a malária) e Tipo III (mais negligenciadas, incidentes, majoritariamente, nos países pobres, como a doença de chagas, dengue e leishmaniose).

Para o infectologista Gustavo Romero, coordenador do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade de Brasília e do projeto LV Brasil, que tem o objetivo de aprimorar o tratamento da leishmaniose visceral no Brasil, três fatores devem ser levados em conta na hora de se definir uma doença como negligenciada. “Primeiro, ela não é homogênea: afeta principalmente a população pobre. Em segundo lugar, piora as condições de vida dessa população e, por fim, não atrai o interesse da indústria farmacêutica”, enumera.



## QUAIS OS TIPOS DE NECESSIDADES QUE O MERCADO FARMACÊUTICO COBRE?

**A** representa as **Doenças Globais**, tais como câncer, doenças cardiovasculares, doenças mentais e distúrbios neurológicos, que constituem o principal foco da indústria farmacêutica baseada em P&D. Embora afetem países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maioria das pessoas nos países em desenvolvimento que têm necessidades de medicamentos para tratar essas doenças não pode comprá-los, e, portanto, não são cobertos pelo mercado farmacêutico.

**B** representa as **Doenças Negligenciadas**, tais como a malária e a tuberculose (TB), para as quais a indústria farmacêutica baseada em P&D tem pouco interesse. Apesar de afetar também as pessoas nos países ricos, por exemplo, pacientes com TB ou pessoas que contraem malária em viagens, essas doenças afetam principalmente pessoas em países em desenvolvimento.

**C** representa as **doenças mais negligenciadas**, tais como a doença do sono, doença de Chagas e leishmaniose, que afetam exclusivamente pessoas nos países em desenvolvimento. Pelo fato de a maioria desses pacientes ser muito pobre para pagar qualquer tipo de tratamento, eles praticamente não representam nenhum mercado, para a maioria, estão fora do âmbito dos esforços de P&D da indústria farmacêutica e, portanto, fora do mercado farmacêutico.

**Z** representa a parte do mercado de produtos farmacêuticos para tratamento de condições diferentes das que são simplesmente médicas (como a celulite, calvície, rugas, dieta, estresse e dissincronose), que, no entanto, representam um segmento de mercado altamente lucrativo nos países ricos.

59

MEDICINA  
CFM

## DOENÇAS LISTADAS PELA OMS COMO TROPICAIS NEGLIGENCIADAS

- Úlcera de Buruli
- Doença de Chagas
- Cisticercose
- Dengue e dengue hemorrágica
- Dracunculíase (doença do verme-da-guiné)
- Equinococose
- Fasciolíase
- Tripanossomíase africana (doença do sono)
- Leishmaniose
- Lepra
- Filaríase linfática
- Oncocercíase
- Raiva
- Esquistossomose
- Parasitoses (helmintíases) transmitidas pelo solo
- Tracoma
- Boubá





## EBOLA, QUESTÃO DE SEGURANÇA NACIONAL

Uma pergunta que se faz é por que o ebola está fora da lista das doenças negligenciadas. A colunista do jornal O Estado de S. Paulo Adriana Carranca, em artigo publicado no dia 2 de setembro, informa que, ao contrário das outras doenças tropicais, o ebola tinha recursos para pesquisas.

Temendo que o vírus fosse usado como arma biológica, os Estados Unidos vinha investindo em antídotos contra a doença, tanto que o exame para o diagnóstico da infecção, aprovado em agosto pela Food and Drug Administration (FDA), foi desenvolvido por uma empresa que prestava serviços para o Departamento de Defesa Americano. Em 2010, segundo o jornal Washington Post, o Departamento de Defesa dos Estados Unidos assinou um contrato de U\$ 140 milhões, estendido até 2013, com a empresa Tekmera para a busca do tratamento da infecção.

A médica Lúcia Brum, consultora do MSF, afirma que deve ser feito um esforço global, pois desde que o termo “doenças negligenciadas” foi cunhado, pouco se avançou na busca de tratamentos para as doenças. “Nenhuma das doenças estavam na lista, saiu”, afirma. Segundo a consultora da MSF, nos últimos anos foram alcançados avanços pontuais, mas ainda insuficientes. Também é necessário que o conhecimento e os insumos atualmente disponíveis cheguem a quem realmente necessita. “Temos de ter condições de fazer os diagnósticos das doenças com rapidez e oferecer o melhor tratamento, a custos baixos nos locais onde as populações padecem dessas doenças. Não adianta só fazer a pesquisa, ela deve estar disponível e ter aplicabilidade (estar adaptada) nos contextos mais afetados, que geralmente são de difícil acesso, com limitações estruturais, para assim fazer diferença na vida das pessoas que são atingidas pelas doenças negligenciadas”, argumenta. “O importante é que seja oferecido o melhor tratamento, dadas as situações específicas de cada doença”, corrobora Gustavo Romero, da UnB.

O coordenador do laboratório de Toxinologia Aplicada a Fármacos Antiparasitários Instituto Adolfo Lutz, André Tempone, explica que, em relação às doenças negligenciadas, o gargalo está na passagem da pesquisa básica para as etapas seguintes. “Entre a descoberta de um composto e o desenvolvimento de um medicamento há um abismo”, afirma. A razão, segundo o pesquisador, é que historicamente as universidades e instituições públicas se dedicam aos estágios iniciais da pesquisa, enquanto a indústria assume os procedimentos subsequentes, que exigem ensaios mais complexos e uma infraestrutura industrial. É nessa fase que se concentram a maior fatia dos gastos, e a indústria investe onde é mais rentável.

O resultado é o chamado Hiato 10/90, denunciado pelo Fórum Global de Pesquisa em Saúde. Apenas 10% do orçamento global da pesquisa em saúde é para o tratamento de doenças que atingem 90% da população, enquanto 90% do orçamento é para pesquisar doenças que atingem apenas 10%. “E deste percentual, 99% vão para pesquisas em cosméticos”, denuncia Lúcia Brum.

Cada doença exige uma abordagem diferente, o que leva as entidades a desenvolverem estratégias diferenciadas. Para a dengue, por exemplo, a melhor solução poderia ser uma vacina, mas para a Doença de Chagas, o controle do vetor, exames rápidos de diagnósticos e um tratamento efetivo (o atual benznidazol só é usado na fase aguda da doença) seriam estratégias melhores. “A melhor solução é aquela que, efetivamente, chega a quem precisa. E nem sempre essa solução é a mais cara, ou a mais barata”, argumenta Gustavo Romero, da UNB.

“O mais importante é o acesso, em todos os sentidos: do conhecimento do médico sobre o assunto, o que implica em mudanças na formação dos estudantes de medicina, até ferramentas baratas de diagnóstico e tratamento”, enfatiza Lúcia Brum, da MSF. “As novas terapias devem chegar a quem realmente precisa”, corrobora Carolina Batista. Não adianta haver um antiofídico contra veneno de cobra, por exemplo, se ele precisa ser mantido refrigerado, pois, na selva, a luz elétrica é um artigo de luxo.

## POBREZA PERPETUADA E PERDA ECONÔMICA

O desconhecimento sobre as doenças negligenciadas tem provocado milhões de mortes anualmente. Segundo o professor emérito da Faculdade de Medicina da USP e presidente da Fundação Zerbini, o parasitologista Erney Camargo, só a tuberculose mata, anualmente, 1,5 milhão de pessoas por ano; a malária, 1,2 milhão; a leishmaniose visceral, 51 mil; a doença do sono, 48 mil; a dengue, 19 mil; a esquistossomose, 15 mil; e a doença de Chagas, 14 mil. “Para completar, enquanto a expectativa de vida no Japão se situa em oito décadas, em muitos países da África Tropical varia em torno de quatro”, afirma.


Além das mortes, essas doenças também trazem perdas econômicas para os países, perpetuando situações de pobreza, na medida em que causam subnutrição e anemia, complicações na gravidez, cegueira, deformações e, nas crianças, atrasos no crescimento físico e cognitivo. Também provocam incapacidade e pouco peso em recém-nascidos, menor frequência escolar, menor produtividade dos trabalhadores, menor produtividade agrícola e menor qualidade de vida.

Para medir esse prejuízo, a OMS criou o índice Disability-Adjusted Life Years (Daly), que avalia o impacto de uma doença, aferido pela soma dos anos de vida perdidos devido à morte prematura ou à convivência com a incapacitação provocada pela doença. Em resumo, mede o que a pessoa deixou de oferecer para a sociedade em decorrência da doença. Uma unidade de Daly é igual a um ano de vida. Os Daly para as “doenças tropicais” listadas pela OMS são: malária, 46,5 milhões de anos perdidos pela humanidade; tuberculose, 35 milhões; filaríases, 5,8 milhões; leishmanioses, 2 milhões; esquistossomoses, 1,7 milhão; doença do sono, 1,5 milhão; doença de Chagas, 667 mil; dengue, 616 mil; oncocercose, 484 mil; lepra, 199 mil.

“O Daly mostra quanto a prevalência de uma doença pesa para uma comunidade”, explica Gustavo Romero. Ao se dar conta de que as doenças tropicais negligenciadas (DTNs) decorrem da pobreza, mas também perpetuam a situação, a OMS mudou a estratégia que tinha. “A lógica mudou: em vez de esperar que essas doenças desapareçam gradualmente à medida que os países se desenvolvam e melhorem suas condições de vida, agora há um esforço deliberado para fazê-las desaparecer”, afirma o documento “Primeiro Relatório da OMS sobre Doenças Negligenciadas”. A estratégia, agora, é acabar com as doenças, para que um ambiente saudável ajude os países subdesenvolvidos a alcançar o desenvolvimento.







# *Catorze das doenças mais negligenciadas estão no Brasil*

Neste momento, o fotógrafo André François pode estar em algum lugar do Brasil mirando sua objetiva para uma pessoa. A ação faz parte de um projeto com o objetivo de incentivar a discussão sobre a hanseníase. A menina Lauany Vitória do Carmo da Conceição, de 10 anos (*foto ao lado*), é uma das centenas de pessoas já captadas pelas lentes de François. A mancha em seu rosto foi rapidamente identificada pela equipe de saúde, e no momento registrado ela acabava de receber o diagnóstico de hanseníase. Sua história no seio de Babaçulândia (TO) passará a ser conhecida como um signo de conscientização por todo o país. “Como esta é uma doença com uma carga de preconceito grande, as pessoas geralmente só procuram ajuda quando algum órgão já está lesionado”, explica o fotógrafo.

No Brasil estão presentes 14 das 17 doenças tropicais negligenciadas (DTNs) listadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a hanseníase é uma delas. Segundo a OMS, o Brasil é o segundo país com a maior prevalência da doença, com 34 mil pessoas doentes, representando 15,4% do número global. Apesar de a taxa de prevalência da doença ter baixado de 4,33% por 100 mil habitantes em 2002 para 1,51% em 2012, essa é uma doença que assusta. “Como as pessoas ainda têm na memória as internações em sanatórios, elas se escondem, envergonhadas”, conta François, que acompanha as Carretas da Saúde, que percorrem o país realizando exames médicos para detectar a lepra, além de distribuir remédios.

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *mycobacterium leprae*, cujo tratamento é feito com o antibiótico rifampicina, associado a outros medicamentos. As

possibilidades de contágio caem 90% após a ingestão da primeira dose do remédio. Assim como em outras DTNs, o tratamento pode demorar de seis meses a um ano, o que dificulta a aderência. “Este é um dos principais problemas das DTNs hoje, como os tratamentos são longos, com alguns exigindo internações, muitos pacientes desistem”, afirma a infectologista e pesquisadora da Fiocruz na área de malária e gestação, Flor Martinez-Spinoza.

Outra doença que afeta os brasileiros é a tuberculose. O abandono ao tratamento é a causa, por exemplo, do surgimento da tuberculose multirresistente. A doença afeta 1/3 da população mundial e mata cerca de 1,5 milhão de pessoas por ano. 80% dos casos estão concentrados em 22 países em desenvolvimento, inclusive o Brasil. Aqui, são detectados anualmente 70 mil novos casos, com 4,6 mil mortes em decorrência da doença, segundo o Ministério da Saúde.



## FATALIDADE TROPICAL

Atualmente, a OMS elenca 17 doenças como doenças tropicais negligenciadas (consulte a lista na página 59). “Essas doenças [as tropicais negligenciadas] causam enorme, mas escondido e silencioso sofrimento”, afirmou a diretora-geral da OMS, Margareth Chan, no prefácio da publicação “*Primeiro Relatório da OMS sobre Doenças Tropicais Negligenciadas*”, que faz um mapeamento das DTNs no mundo. De acordo com a OMS, as DTNs afetam 1,4 bilhão de pessoas, dos quais 500 milhões (mais de 35%) são crianças.

A criação da lista foi um ato político, com o objetivo de chamar a atenção da comunidade internacional para doenças que atingem milhões de pessoas, mas que, por não ameaçarem a população dos países desenvolvidos e não representarem perspectivas de lucro para a indústria farmacêutica, continuavam esquecidas.

Apesar de todas as doenças mais negligenciadas serem, também, doenças tropicais, o professor emérito da Faculdade de Medicina da USP e presidente da Fundação Zerbini, o parasitologista Erney Camargo, argumenta que os trópicos não determinam, por si só, a existência de uma doença. “É certo que há, de fato, uma ‘fatalidade tropical’ para a existência de algumas enfermidades, como a Doença do Sono, que só atinge a região central da África. Porém, a perpetuação das doenças tropicais em países situados entre os trópicos de Câncer e Capricórnio depende fundamentalmente da precária situação econômica vigente e é consequência direta do subdesenvolvimento”, afirma.

Camargo lembra que a malária, hoje prevalente apenas nos trópicos, com alguma presença no norte da Índia, no Afeganistão e em pequenos trechos da China, já foi universal. “Ela [a malária] poderia vicejar e vicejou em qualquer lugar do mundo, tropical ou não. Se hoje ela tende a se concentrar nos trópicos é por alguma outra razão. A razão, em verdade, é o subdesenvolvimento e a consequente miséria das populações tropicais”, argumenta.

O mesmo se aplica à tuberculose, que até o aparecimento da AIDS era uma doença controlada. O surgimento do HIV, a piora das condições de vida da população e o aparecimento de bactérias resistentes, no entanto, aumentaram os casos de tuberculose. Mundialmente, são registrados 6 milhões de novos casos, com 1,5 milhão de mortes, a maioria no sudeste asiático e na África subsaariana.

A médica Lúcia Brum advoga que as DTNs são marcadas por um ciclo de esquecimento, que começa com a falta de conhecimento sobre as doenças. “Por não conhecer, os médicos não diagnosticam corretamente e não notificam. Com isso, os governos não recebem os dados, não geram orçamento e a indústria farmacêutica não faz programação de produção de insumos, porque argumenta que não tem mercado”, afirma.

Carolina Batista também defende um maior conhecimento sobre as doenças. “Tenho colegas que ficam surpresos ao saber que há leishmaniose no Brasil. E, no entanto, temos o maior número de casos das Américas, sendo que em 2013 foram notificados 3.396 casos e 242 mortes decorrentes da doença”, conta. “A formação dos médicos brasileiros não privilegia o estudo dessas doenças, e é preciso mudar essa realidade, adaptando o ensino, a investigação e o desenvolvimento de novas tecnologias em saúde para as reais necessidades da nossa sociedade”, defende Lúcia Brum.

A OMS argumenta que, como as DTNs têm a sua distribuição restrita pelo clima e representam pouca ameaça para os habitantes dos países de alta renda, não despertando o interesse das sociedades ricas, é preciso um esforço deliberado para que essas doenças sejam erradicadas. Como parte desse esforço foi assinado em janeiro de 2012 a “*Declaração de Londres sobre Doenças Negligenciadas*”. Treze empresas de pesquisa se comprometeram a doar € 598 milhões (o equivalente a quase R\$ 1,9 bilhão) em 20 anos para a investigação de medicamentos. Elas também prometeram disponibilizar dados de investigação que já têm para promover a descoberta e produção de novos medicamentos.

O casal Gates também doará € 276,6 milhões em cinco anos. O Reino Unido entrará € 232,45 milhões (R\$ 724 milhões) e os Estados Unidos com outros € 67,83 milhões (R\$ 211 milhões). Os recursos serão utilizados para pesquisas relacionadas ao tratamento de males como tracoma, lepra, doença de Chagas, doença do sono, leishmaniose e elefantíase.





Assim como a tuberculose, a doença de Chagas mata muitos brasileiros e também tem um tratamento considerado ultrapassado. Os pacientes na fase aguda devem tomar o medicamento (benzonidazol e nifurtimox) diariamente por 60 dias, de 12 em 12 horas. Os efeitos colaterais afetam cerca de 40% dos pacientes, que algumas vezes têm de suspender o tratamento. Ou seja, não é fácil seguir o tratamento. Isso para a fase inicial da doença, pois quando ela se torna crônica não há mais tratamento.

No Brasil, apesar de o país ter sido declarado livre do barbeiro, o inseto transmissor (eliminando a transmissão vetorial da doença de Chagas pelo *Triatoma infestans*), ainda existem cerca de 2,5 milhões de portadores crônicos da doença, contra 12 milhões em todo o mundo. O mal ainda causa cerca de 14 mil mortes por ano em toda a América. Se estamos livres da infestação pela picada do inseto, a doença continua

sendo transmitida pela prensagem de espécies consideradas secundárias em talos de cana-de-açúcar e no açaí. Nesses casos, os efeitos são mais danosos, pois a moléstia penetra mais rapidamente na corrente sanguínea.

Apesar de ser considerada endêmica em 21 países da América Latina, a doença vem ultrapassando fronteiras e tem chegado aos Estados Unidos e à Europa nas veias dos latinos que emigram para esses países. Nos EUA, estima-se que um em cada 30 mil doadores de sangue esteja infectado por Chagas e se estimam 300 mil casos no total. Em Los Angeles, esse percentual é de um para cada 7 mil pessoas testadas. O avanço da doença levou o *Journal of Neglected Tropical Diseases* a publicar um artigo, assinado por dez cientistas baseados nos EUA e no México, classificando a Chagas como o HIV das Américas.

*“Por não conhecer, os médicos não diagnosticam corretamente e não notificam. Com isso, os governos não recebem os dados, não geram orçamento e a indústria farmacêutica não faz programação de produção de insumos, porque argumenta que não tem mercado.”*

## “UMA MONTANHA DE GELO”

Cinco décadas separam a chegada do jornalista polonês Ryszard Kapuscinski a Uganda dos dias atuais. No entanto, é como se o tempo tivesse parado naquela região. Os problemas continuam os mesmos e a devastação causada pelas doenças até hoje negligenciadas continuam a ceifar a vida e a esperança da população local. Confira, abaixo, um trecho de “Ébano: minha vida na África”. O texto confessional ajuda a entender o drama vivenciado por homens e mulheres que, como os males que carregam, parecem ter sido relegados ao esquecimento.

### RYSZARD KAPUSCINSKI

*“O primeiro sintoma da proximidade de um acesso de malária é uma inquietação interior que nos toma de repente, sem motivo. Algo nos aconteceu, algo de ruim. Caso acreditemos em espíritos, sabemos de que ele se trata: estamos possuídos por um espírito maligno, alguém nos lançou um feitiço. O espírito nos tirou a força, nos arriou. Por isso, em pouco tempo, somos tomados por sentimento de parvoíce, marasmo e peso. Tudo nos irrita, principalmente a claridade, odiamos a luminosidade. Irritam-nos os outros, suas vozes barulhentas, seu cheiro repulsivo, seu toque áspero.*

*Porém, não temos muito tempo para aversões e repulsas. Logo, às vezes imediatamente, sem nenhum aviso prévio, vem o acesso. Um repentino acesso frio. Um frio ártico, polar. Alguém nos apanhou, nus e abrasados, no inferno de Sahel e do Saara, e nos atirou no gélido planalto da Groenlândia, ou de Spitsbergen, no meio da neve, dos ventos e das nevascas. Que abalo! Que choque! Em um segundo começamos a sentir frio, um terrível, penetrante, diabólico frio. Começamos a nos debater, a tiritar e a tremer. No entanto, damos conta de que não é o tremor que conhecemos de experiências anteriores, quando sentimos frio nas regiões geladas, mas vibrações e convulsões que nos sacodem por dentro e que, em poucos instantes, podem nos rasgar em pedaços. Para nos salvar, começamos a implorar ajuda.*

*O que traz alívio nesses momentos? A única coisa que pode nos ajudar é alguém nos cobrir. Mas não simplesmente cobrir com um cobertor, uma manta ou um edredom. É necessário que a cobertura nos esmague com seu peso, que nos embrulhe numa embalagem apertada, que nos comprima. É com essa compressão que sonhamos numa hora dessas. Como gostaríamos que um rolo compressor passasse por cima de nós!”*

Em relação à malária, o Brasil também apresentou quedas significativas no número de casos: foram registrados 607.782 casos em 2005, contra 242.548 em 2012, numa redução de 60%. Em 2013, segundo o Ministério da Saúde, foram notificados no país 177 casos da doença, com duas mortes. Já a leishmaniose visceral (calazar) provocou no Brasil, em 2013, 242 mortes. Doença provocada por mais de 20 espécies de protozoários, a leishmaniose se apresenta nas formas cutânea e visceral. Enquanto a primeira causa alterações na pele, a segunda provoca 40 mil mortes anualmente em todo o mundo. São detectados 1 milhão de novos casos da leishmaniose cutânea e 400 mil da visceral no mundo por ano. 90% dos casos estão registrados na África. Apesar de ter o mesmo nome, a leishmaniose apresenta diferenças regionais, e um medicamento que tem eficácia comprovada no Brasil, nem sempre terá a mesma resposta na Índia ou na África. “O enfrentamento é complexo e difícil, e deve levar em conta as especificidades de cada lugar”, explica Carolina Batista.

A dengue é outra doença negligenciada que faz milhares de vítimas no Brasil e no mundo. Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, com ampliação da expansão geográfica para novos países. Aqui, a transmissão vem ocorrendo de forma continuada desde 1986. A estimativa é de que ocorram anualmente 50 milhões de infecções por dengue no mundo. O Brasil responde por 75% dos casos na América Latina. O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com 1,5 milhão de casos, dos quais 6.500 apresentaram a forma mais grave da doença, provocando a morte de 537 pessoas naquele ano.

Doença febril aguda, que pode ter uma evolução clínica leve e autolimitada, mas que também pode levar à morte, a dengue ainda não tem um tratamento específico. São tratados os sintomas. Os governos têm trabalhado no controle do vetor, o mosquito *Aedes aegypti*. A OMS recomenda o desenvolvimento de uma vacina. A Fiocruz está realizando, em parceria com um laboratório, estudos para a fabricação de uma. Em agosto deste ano, uma empresa farmacêutica anunciou uma vacina com eficácia de 60%. A expectativa é que ela esteja disponível a partir do próximo ano. //RM



*“As chamadas doenças negligenciadas, como Chagas, são as doenças da porção invisível do mundo, que atingem as populações mais pobres, aqueles que não têm dinheiro para pagar por um tratamento e, no caso dessa população boliviana, nem mesmo por casas seguras”.*





Imagem: World Bank / Creative Commons

## PERGUNTAS FREQUENTES

### O que é uma doença negligenciada?

As doenças negligenciadas são doenças que causam problemas graves de saúde em pessoas mais pobres. Muitas dessas condições são doenças infecciosas que são mais prevalentes em climas tropicais; especialmente em áreas com água não potável, falta de saneamento, moradias precárias e pouco ou nenhum acesso a cuidados de saúde.

### Por que chamamos essas doenças de negligenciadas?

Doenças são chamadas de negligenciadas se são muitas vezes omitidas pelos desenvolvedores de drogas ou por outros colaboradores para acesso a medicamentos, tais como funcionários do governo, programas de saúde pública e os meios de comunicação. Normalmente, as empresas farmacêuticas privadas não podem recuperar o custo de desenvolvimento e produção de tratamentos para essas doenças. Outra razão pela qual as doenças negligenciadas não são consideradas prioritárias para prevenção ou tratamento é porque elas geralmente não afetam as pessoas que vivem nos Estados Unidos e em outros países desenvolvidos. Doenças negligenciadas também não são causa de preocupação, porque não costumam causar surtos dramáticos que matam um grande número de pessoas. Em vez disso, essas doenças costumam extorquir suas vítimas ao longo de um período mais longo de tempo, levando a deformidades incapacitantes, deficiências graves e/ou mortes relativamente lentas.

### Quantas pessoas são afetadas por doenças negligenciadas?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de 1 bilhão de pessoas - 1/6 da população mundial - sofrem de uma ou mais doenças negligenciadas. As doenças são mais fortemente concentradas nos países de baixa renda na África e na América Latina. Além disso, as doenças negligenciadas têm um forte impacto em partes da Ásia e do Oriente Médio, embora a variedade de doenças seja menor. Algumas dessas doenças também são ocasionalmente encontradas em áreas dos Estados Unidos com altos índices de pobreza.

## MEMÓRIA

Na primeira edição da revista Medicina CFM, de janeiro/abril 2013, a matéria "*Alguma esperança em meio ao terror*" trouxe uma resenha do livro "*Dignidade*" (Leya, 2012, 268 págs., R\$ 33,00) e uma entrevista com a jornalista e escritora Eliane Brum, uma das autoras da obra. Ela nos contou a experiência de contato com vítimas do mal de Chagas na Bolívia e falou sobre sua experiência: "As chamadas doenças negligenciadas, como Chagas, são as doenças da porção invisível do mundo, que atingem as populações mais pobres, aqueles que não têm dinheiro

para pagar por um tratamento e, no caso dessa população boliviana, nem mesmo por casas seguras". A imagem que ilustra a capa desta edição foi cedida pela organização Médicos Sem Fronteiras por ocasião da divulgação do livro. A criança é Sonia Cotrina Veizaga, com 11 anos na época, de sua casa de adobe. Quase todos os membros da família de Sonia têm a doença de Chagas, inclusive ela. Convidamos o leitor a revisitar este conteúdo através da nossa plataforma on-line de publicações: < <http://www.flip3d.com.br/web/pub/cfm/index3/> > ■



imagem: Fabiana Beltrami / Universidade de Passo Fundo

Desde 2006, o fotógrafo André François está envolvido com questões relacionadas à saúde, impressas em alguns livros sobre o tema\*. Em entrevista à Medicina CFM, François fala sobre como nasceu o seu envolvimento com essa área, comenta o seu trabalho, fala do recente projeto sobre a hanseníase - documentário fotográfico que retrata histórias de pacientes com a doença. Os registros serão publicados em um livro a ser lançado ainda este ano.

Como nasceu a ideia de utilizar a fotografia como instrumento de transformação social?

A ideia nasceu desde o começo da minha história na fotografia. Logo nos primeiros projetos, eu percebi que o ato de fotografar é mais um aprendizado e não apenas um olhar para a foto. Quando saía para fotografar há 18, 19 anos, eu me colocava nessas situações de proporcionar uma reflexão para as pessoas, eram os alunos do projeto que faziam as fotos e continua assim até hoje; eles pensam em sua realidade, o que há de bom, o que há de ruim e como melhorar.

De que maneira as questões relacionadas à saúde ganharam espaço nos seus projetos?

As questões de saúde surgiram em 2006. Sempre quis trabalhar com essas questões, porque achava - e ainda acho - que a saúde é um tema ao mesmo tempo muito rico de histórias, mas muito carente de trabalhos que a retratem. Com isso, eu senti que tinha espaço para fazer uma foto que pudesse gerar reflexão, que voltasse um olhar para o trabalho que é feito dentro e fora dos hospitais, assim como as histórias de vida das pessoas envolvidas. Quanto mais entrei na área da saúde, mais fui descobrindo essas histórias.

Nos seus trabalhos, o senhor expõe a precariedade que marca o acesso à saúde no Brasil, mas também o esforço individual e coletivo para superá-la. Qual a sua percepção sobre o papel dos médicos nesse cenário?

O papel dos médicos é fundamental nesse cenário. Não basta ser um bom médico, tecnicamente falando. Acredito que o desafio do médico seja entender o paciente nas entrelinhas, ver quando ele não entende o que diz na receita, quando ele diz determinada coisa, por estar com vergonha de dizer a verdade. A comunicação entre médico e paciente é uma das coisas mais importantes, a boa comunicação define um bom

diagnóstico. Encaminhar o paciente corretamente é também uma parte importante, e não apenas fazer a receita e deixar ele ir para casa, sem mais orientações. São pequenas coisas que fazem toda a diferença na vida do paciente.

O que esses anos de experiência ensinaram sobre abordar a fragilidade do ser humano? Como se aproximar e captar com espontaneidade médicos, pacientes, famílias e equipes? Para eu conseguir me aproximar, a primeira coisa que deve acontecer é as pessoas entenderem o que eu estou fazendo ali, que existe um projeto, não é apenas a foto pela foto. Os pacientes precisam entender que a fotografia feita ali vai ajudar outras pessoas. Muitas vezes não é a minha foto, ela é uma criação participativa. É um fotógrafo que está indo propor um projeto fotográfico, e isso vai poder mudar a realidade de muitas pessoas. Todos têm que colaborar para isso acontecer. É como se eu transformasse todos em fotógrafos e nós fizessemos a foto juntos.

O que o público pode esperar sobre o seu recente trabalho que aborda a hanseníase? O senhor destacaria algum aprendizado marcante sobre essa doença?

O que mais me marcou e ainda marca, apesar do conhecimento que tenho da doença, é como o preconceito com a hanseníase e com as pessoas que a têm, ainda é forte. Esse preconceito é mais grave e mais perigoso que essa doença em si, porque, com ele, muitos não se tratam ou só começam o tratamento tardiamente, quando poderiam já ter iniciado muito antes. Com o mesmo preconceito, equipes de saúde vão para cidades distantes para fazer atendimento, mas não cuidam de pessoas com esse problema, não vão às suas casas. O principal desafio do livro é provocar uma reflexão sobre o preconceito que se tem com doenças como a hanseníase, e o que está implicado nisso, pois o preconceito nada mais é do que medo e desconhecimento.

\*Um abrangente caleidoscópio de imagens sobre a saúde está registrado nos livros: "Cuidar - um documentário sobre a medicina humanizada no Brasil" (2006), "A curva e o caminho - acesso à saúde no Brasil" (2008) e "Escolher e viver - tratamento e qualidade de vida dos pacientes renais crônicos" (2009).

# O território desconhecido

Médicos e outros profissionais que desbravam continentes e populações distantes para tratar das doenças negligenciadas podem se ver do outro lado da questão ao serem afligidos por males como febre amarela e tuberculose. Tais experiências – nas quais a capacidade de ir até o território do outro transcende muito além do sentido literal – inspiraram obras como as listadas na seleção abaixo. Será possível alterar os destinos de sofrimento de tais populações e encontrar respostas para os dilemas éticos suscitados? //VJ

## LIVROS

### O médico doente

(Drauzio Varella, 136 págs., 2013, Companhia das Letras, R\$ 36,00)

Empatia é um processo de identificação em que o indivíduo se coloca no lugar do outro para tentar compreendê-lo. Para os médicos, estar do outro lado do *bureau* – ou seja, na condição de paciente – pode ajudar a desenvolver essa habilidade. Em “O médico doente”, o oncologista Drauzio Varella faz um relato de sua experiência ante a incerteza da cura e o temor da morte ao contrair febre amarela. Até que ponto é verdade a máxima de Michel de Montaigne (1533-1592) de que “Os bons médicos são aqueles que tiveram as doenças que se propõem a tratar”?



### Ébano: minha vida na África

(Ryszard Kapuscinski, 360 págs., 2002, Companhia das Letras, R\$ 37,90)

“A África é um continente demasiadamente grande para ser descrito. É um verdadeiro oceano. Um planeta diferente, composto de várias nações, um cosmo múltiplo. Na verdade, a não ser pela denominação geográfica, a África não existe”. Assim escreve Ryszard Kapuscinski, que durante quarenta anos percorreu o continente como correspondente da agência de notícias polonesa PAP. Nesta obra, traduzida para o português por Tomasz Barcinski, o autor relata uma tuberculose que o fez procurar ajuda entre a população local e sua experiência pessoal em viagens por países como Angola, Gana, Nigéria, Tanzânia, Somália, Eritreia, Ruanda.

## FILME

### O Jardineiro Fiel (2005, Brasil)

As possíveis questões morais da indústria farmacêutica inspiraram a produção de “O Jardineiro Fiel”, dirigido pelo brasileiro Fernando Meirelles (Cidade de Deus e Ensaio sobre a Cegueira). Baseado em um romance de John Le Carré, o filme mostra a história de um diplomata inglês que luta por esclarecer a estranha morte de sua esposa, que investigava um escândalo da indústria farmacêutica no Quênia. A atriz Rachel Weisz levou o Oscar por seu papel coadjuvante. O filme também ganhou premiações do Globo de Ouro, BAFTA (o prêmio anual da indústria cinematográfica britânica), Cannes, *British Independent Film Award* (Bifa) e outros.





# *Razão e emoção: um desafio frente à Medicina*

Os médicos, como os demais profissionais, recebem treinamento técnico durante a graduação, residência e pós-graduações, porém pouco se fala e pouco se prepara para que eles lidem com um aspecto que repercute de maneira profunda em sua prática: as suas próprias emoções (tristeza, raiva, impotência, empatia, antipatia), que afloram no dia a dia ao atender os inúmeros pacientes que os procuram. No debate desta edição da revista Medicina CFM, discutiremos como as emoções interferem nas decisões médicas e quanto da sua atuação é afetada por situações extremas de violência urbana, injustiça, negligência, abuso etc. Será que as emoções – positivas ou negativas, oriundas de contextos adversos ou simplesmente suscitadas pelo que há de humano no contato médico-paciente – irão influir na conduta do médico, no diagnóstico e mesmo no tratamento?

//Cacilda Pedrosa

//Fotos: Milton Júnior e Vevila Junqueira

Como as emoções influenciam a percepção de um médico e seus julgamentos, ações e reações? Estudar esse tema se torna cada vez mais importante na medida em que a literatura reforça, através de autores como Jerome Groopman (Como os médicos pensam) que as emoções interferem de maneira considerável nos processos cognitivos dos médicos, ou seja, as emoções têm impacto no raciocínio clínico das decisões diagnósticas e terapêuticas. Para Danielle Ofri, outra autora que explora o assunto, é fundamental que os médicos estejam cientes da poderosa influência que a emoção exerce sobre a tomada de decisão “racional”. Na seção Painel desta edição, vamos contar com a experiência de quatro renomados médicos para apresentar o tema ao leitor. São eles: a pediatra Fátima Maria Lindoso da Silva Lima, professora titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Goiás (UFG); a psiquiatra Maria Amélia Dias Pereira, professora do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFG; Maurício Tostes, colaborador da disciplina de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e psiquiatra do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; e o internista e intensivista Ricardo Caminha, médico do Serviço de Clínica Médica do HUCFF da UFRJ e coordenador clínico do Programa de Biofarmácia e Farmacométrie da Faculdade de Farmácia da UFRJ. Convido os leitores a ingressarem neste tema e a refletirem conosco.

■ Maria Amélia Dias Pereira

■ Fátima Maria Lindoso da Silva Lima

■ Cacilda Pedrosa



■ Maurício de Assis Tostes

■ Ricardo Caminha

**CACILDA** – A ideia do médico estritamente racional está bastante arraigada na nossa cultura e ainda predomina. Na opinião de vocês, é correto pensar que o sentimento pode atrapalhar a elaboração do raciocínio clínico?

**RICARDO** – Eu acredito que o sentimento do médico não só é absolutamente conciliável com o rigor do raciocínio clínico, como é desejável. Não se admite, em minha opinião, o exercício da medicina, com uma visão estritamente racional, dissociada da compreensão do indivíduo nos seus aspectos mais amplos, como pessoa e membro da sociedade, fato que norteia a assistência clínica.

**FÁTIMA** – Acredito que sim. Entretanto, não consigo imaginar a arte do exercício da Medicina dissociada da arte do amor, da arte do doar, do cuidar. Vemos nos exemplos históricos, dentre estes, o do próprio Sócrates e Hipócrates, ensinando a seus discípulos o percurso da medicina por meio desse contato físico de enxergar o outro, enxergar o doente e o meio onde vive. Mas vê-se, no decorrer dos séculos, o outro lado, o distanciamento, a medicina mais mecanicista, técnica e racional. Mas é sim possível exercer essa técnica com amor ao próximo e aprimoramento da relação médico-paciente.

**MAURÍCIO** – Recentemente perguntei aos meus alunos do sexto período do curso médico o que eles achavam mais difícil na relação médico-paciente. O que eles mais destacaram foi a dificuldade de manter, ao mesmo tempo, a proximidade do paciente e uma certa distância, no sentido de poder tomar decisões e não se envolver a ponto de prejudicar aquela relação. Estes alunos, que estão começando na clínica, antecipam uma dificuldade que é de todos nós. Os nossos sentimentos estão presentes não só no nosso raciocínio clínico, mas em tudo o que fazemos. Qual a melhor forma de lidar com eles? Acredito que precisamos estar atentos a essa dimensão que nos constitui e é tão importante quanto o nosso lado racional, que costumamos valorizar mais.

**MARIA AMÉLIA** – Temos que avaliar esse paradigma da supremacia da ciência. É como se nossas certezas tivessem que estar embasadas no que a ciência e a tecnologia atestam, no que está cientificamente comprovado. Eu acho que nos apegamos [à ciência] porque é mais difícil estabelecermos contato com a nossa subjetividade. O objetivo é mais fácil de ser ensinado, já o subjetivo é uma questão de nós olharmos para nós mesmos, um olhar sujeito a distorções. Por isso nos distanciamos do subjetivo.

**CACILDA** – Como manter-se emocionalmente próximo do paciente sem prejuízo à racionalidade das decisões?

**MARIA AMÉLIA** – Eu gostaria de introduzir um conceito da psicanálise: a clivagem emocional. Às vezes o médico vivencia situações de conflito consigo mesmo, com seu senso ético e moral, e mesmo assim, apesar daquele conflito, tem que conviver e continuar naquela situação. Então, para se proteger, ele faz uma cisão, uma clivagem, ou seja, anula um lado seu. Mas ele não consegue ficar tranquilo naquela situação, porque, partindo do princípio que ele não é perverso, que ele tem a sua emoção e a sua ética, esse aspecto que ele deixou de lado vai ficar ali o incomodando de alguma forma. Isso leva a um mal estar, ou seja, ele não fica satisfeito consigo. Então, é importante que tenhamos consciência desse fenômeno e que esta clivagem pode ser estendida a várias situações quando abordamos o conflito no atendimento. Mas se o médico toma consciência de que tem algo que está sendo deixado para trás, e ele tem espaço pra falar, pode não mudar a sua atitude, mas ele sabe o que está incomodando e, dessa forma, pode diminuir o seu sofrimento e fazer escolhas mais adequadas.

**FÁTIMA** – Mas a grande dificuldade é esta: desenvolver esse nível de consciência entre racional/sentimental. Muitas vezes, nos impomos essa barreira (racional) e ficamos nela, sem conseguir ultrapassá-la. Fazemos isso como proteção, e esse comportamento pode realmente gerar frieza no relacionamento médico-paciente. Ele se torna realmente um médico frio, mas que “resolve adequadamente



*Cacilda Pedrosa - Médica gastroenterologista e intensivista, doutora em Patologia pela Universidade de São Paulo (USP), professora adjunta do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás (UFG) e presidente da Sociedade Goiana de Clínica Médica. Atualmente, é conselheira federal do CFM (representando Goiás) e conselheira do Cremeço.*



os problemas”. Só que ele termina adoecendo. Vemos muito isso acontecer. Inclusive se observarmos melhor os alunos, dependendo do nível de maturidade do acadêmico no percurso da formação profissional, ele inicia com sentimentos mais voltados ao paciente, e logo no decorrer desse processo, já começa a se distanciar. Eu sou pediatra e me incomoda um aluno no fim do sexto ano já com esse nível de separação muito claro de frieza emocional. Então, às vezes, eu tento conversar com o aluno e reorientar a sua postura.

**RICARDO** - Em última análise estamos discutindo como adquirir competência profissional, definida pelo conjunto do conhecimento, habilidades, cognitivas e não cognitivas e atitudes. O caráter formativo do curso médico, a partir do ciclo profissional, tem esse objetivo central. As dificuldades ou as respostas emocionais do médico ou do estudante de medicina no lidar com o sofrimento, com a morte ou com o cuidado de uma criança portadora de uma enfermidade grave somente podem ser contornadas através do intercurso humano íntimo, intransferível e persistente, produzindo a aquisição do autoconhecimento resultante da reflexão profunda sobre o alcance das ações médicas. Para tal, primeiro, é fundamental transmitir ao aluno e ao médico jovem, os conceitos que dizem respeito a essas habilidades a serem desenvolvidas. Mas que habilidades são essas? São habilidades não cognitivas como a capacidade de estabelecer uma relação interpessoal produtiva, com foco no interesse da pessoa. São habilidades intimamente relacionadas às qualidades humanísticas, com o propósito de estimular os traços positivos da personalidade do médico, de forma que ele consiga compreender e desenvolver um sentimento positivo, empático em relação ao paciente e a família. Ao aprender a modular as suas emoções, sem anulá-las, isto permitirá uma atuação serena e construtiva, certamente capaz de desenvolver uma assistência mais humana e proficiente. Se ao contrário predominar um sentimento simpático, ou seja, se as emoções forem compartilhadas com o paciente, o resultado poderá ser improdutivo.

**MAURÍCIO** - O Neury Botega na entrevista que ele me concedeu para um livro que publiquei recentemente [(Des)encontro do médico com o paciente] destacou: “Eu costumo dizer que o exame das reações e dos sentimentos que um paciente desperta na gente deveria ser tão importante na relação médico-paciente, quanto o estetoscópio para auscultar o peito de uma pessoa”.

Estaros atentos para as emoções que surgem no nosso encontro com os pacientes, vinda deles ou de nós mesmos, vai nos auxiliar a modular nosso relacionamento com eles de acordo com o que cada situação exige em termos de maior ou menor proximidade.

**CACILDA** - Vocês citaram algumas ferramentas (como desenvolver a autorreflexão) que podemos utilizar dentro da prática médica para modular os sentimentos, no sentido de tomar decisões racionais sem prejuízo do lado humano. Que outras ferramentas poderíamos lançar mão na formação de graduandos, para atingir esse objetivo?

**RICARDO** - Como disse anteriormente esse objetivo só será atingido através da experiência, do intercurso humano, expondo o estudante a situações diversas. Existem várias maneiras de se fazer isso, mas gostaria de ressaltar a importância do ensino através do exemplo com a preservação de modelos que ajudem ao aluno na incorporação de determinados valores essenciais. Avalio que o caminho é reforçar a transmissão e valorização de conceitos básicos que dizem respeito às atitudes esperadas como empatia, congruência e senso de responsabilidade. Discorrer sobre as qualidades humanísticas obrigatórias para o efetivo desempenho profissional: compaixão, respeito e honestidade, principalmente. Enfim, discutir esses valores, garantindo a sua compreensão, estimulando a reflexão e, por fim, aplica-los através do exemplo. Não existe outra forma, a meu juízo. Em resumo, esse aprendizado, passa necessariamente pela experiência pessoal tutorada sempre preservando o equilíbrio entre a teoria e a prática.

**FÁTIMA** - Uma das ferramentas que eu encontrei como docente e que é um dos instrumentos que nós na pediatria elaboramos e estamos trabalhando há 15 anos é a disciplina de Núcleo Livre chamada “Pronto Sorriso”. Nesta disciplina, trabalhamos a construção do palhaço, trazendo a relação médico-paciente como terreno para o estudante desenvolver jogos teatrais, extraíndo a essência do palhaço de dentro dele. Oferecemos ao profissional de saúde uma visão holística e humana do paciente e do ambiente no qual inserido, ampliando a comunicação espontânea, colaborando para formação global destes profissionais e, assim, ampliando o seu papel na sociedade - uma vez inserida a alegria neste campo de atuação e quebradas as barreiras que limitam o contato físico entre iguais. Recebemos os alunos logo no início do curso, momento

em que eu consigo realmente moldá-lo para que incorpore valores altruístas. Mas ele não está ali para fazer uma graça, uma palhaçada; ele está vivendo outra concepção do cuidar do paciente. Nós temos também a dinâmica do tato, pois existe a barreira do corpo, a dissociação dos corpos que não podem se tocar. É interessante notar o desenvolvimento dos alunos à medida que nós vamos quebrando esses paradigmas. Eu acho que conceitos são construídos, e quando você vivencia essa construção e consegue realmente criar um campo de prática daquilo que você está abordando, melhor ainda. Foi assim que surgiu esta disciplina. Ao longo desse processo nós já estamos com três dissertações dentro da pós-graduação que apontam resultados muito positivos, tanto na formação acadêmica, como para os que já estão no mercado.

**MARIA AMÉLIA** – Eu concordo que o caminho é o exemplo e o modelo. O professor é o modelo e um bom modelo é fundamental para o aluno assimilar essa postura, esse jeito de lidar com o paciente e com a Medicina. Nós não temos em todas as faculdades o grupo Balint, que é um recurso a ser usado para perceber e elaborar as emoções que são mobilizadas nos profissionais ou alunos durante a relação médico-paciente. Não temos espaço para grupos reflexivos, mas seria ideal termos no contexto da graduação momentos reflexivos e também buscarmos ajuda com os colegas quando estamos com um caso clínico difícil ou quando temos dificuldade na relação. Só que, na prática, o médico exclui o paciente que suscita uma relação mais difícil, sem avaliar, no entanto, o que existe nele que contribui para esta situação. Isso é o que alguns fazem sob a convicção de que não são obrigados a atender todo mundo. Infelizmente, não é a prática de

todo mundo a autorreflexão. Não paramos para pensar por que essa relação não está boa. Mas a autorreflexão poderia ser usada como um recurso na graduação. Sabemos que o que “deforma” são os mecanismos de defesa inconscientes que vão se estruturando para evitar aquilo que nos incomoda. Balint seria excelente, e outros modelos também.

**MAURÍCIO** – Quando perguntei aos entrevistados do meu livro [(Des)encontro do médico com o paciente] qual a melhor maneira de se ensinar a relação médico-paciente todos foram unânimes em afirmar que era através dos exemplos dos professores e colegas mais experientes. Um recurso precioso que utilizamos muito em Medicina durante a faculdade e através de nossa vida profissional é a discussão conjunta dos casos que atendemos. Destacaria a importância dos professores de todas as áreas, e não só aqueles da Psicologia Médica e da Psiquiatria, de incluírem nas suas discussões com os alunos os aspectos psicossociais pertinentes a cada paciente que estiver sendo objeto de atenção. Eles são determinantes para o sucesso da maioria dos tratamentos médicos. Li recentemente um artigo [Patient – and family – centered medical education: the next revolution in medical education?] onde se destaca a importância de se incluir na formação do médico e no trato diário de o paciente a atenção permanente a sua subjetividade e a da sua família. Eu questiono se nós sabemos de fato fazer isso.

**CACILDA** – Sabemos que a construção do raciocínio clínico é a base de ser médico. Em que medida o raciocínio clínico – do modo que está tradicionalmente estruturado – determina a maneira como nos relacionamos com os pacientes, com as instituições e com as nossas emoções? Em que medida um ato cognitivo é afetado pelas emoções?

**MAURÍCIO** – O Jerome Groopman aborda esse assunto, o raciocínio clínico, no livro “Como os Médicos Pensam”. Este é um tema que deveria receber da nossa parte mais atenção. Como estabelecemos um diagnóstico e uma conduta? Groopman faz algumas proposições para o paciente, recomendando que ele procure saber do médico como este lidou, por exemplo, com a incerteza presente em cada decisão. Ele propõe uma postura mais ativa para o paciente. Isso vai ao encontro, inclusive, de um texto que li da Academia Americana de Médicos de Família, que traz recomendações de como os pacientes podem ajudar

*Fátima Maria Lindoso da Silva Lima - Pediatra. Graduada em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE) em 1981, mestre (1988) e doutora (1993) em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Há mais de 15 anos desenvolve um trabalho de Extensão que há seis anos se tornou disciplina de núcleo livre denominada de Pronto-Sorriso voltada à formação holística do acadêmico da área da saúde. Também é professora titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Goiás (UFG) e diretora da Faculdade de Medicina.*



prevenir o erro médico [Medical Errors: Tips to Help Prevent Them]. Eram instruções orientando o paciente a ter consciência de todo o processo do tratamento. Ainda sobre o trabalho do Groopman, ele nos diz, por exemplo, que um paciente com câncer de próstata que chega muito ansioso para a consulta pode ser tratado pelo médico de uma maneira diferente de um paciente menos ansioso. Estes são aspectos que influenciam a nossa tomada de decisões e que nem sempre nos damos conta deles.

**RICARDO** - [Alvan R.] Feinstein foi um dos pioneiros sobre a matéria, autor do livro clássico, *Clinical judgment*. Esse livro é uma preciosidade porque introduz todos os conceitos que nortearam, a partir daí, o ensino do raciocínio clínico. É através da aquisição desse conhecimento que o aluno de medicina e o médico compreendem como é estruturado o pensamento clínico, e que resvala nos princípios elementares da lógica. Contrariar a lógica formal é uma das causas mais frequentes do erro médico. Estes princípios precisam ser apreendidos de forma a permitir a construção do raciocínio clínico orientado. A cognição e a emoção são inseparáveis? Como atributos mentais são inseparáveis, principalmente ao se considerar a possível interação e a mútua interferência. Para a discussão, cito o frequente exemplo das emoções como uma das fontes do tumulto mental que emana quando o aluno inicia o seu treinamento na enfermaria. Ao entrar no hospital, passa a ter que lidar e resolver problemas clínicos além de conviver com o sofrimento, o que determina grande inquietude. A necessária modificação da sua atitude mental pela desconstrução do modelo do ato de pensar até então utilizado, associado às emoções derivadas do encontro clínico, conduzem a dificuldades na desejável isenção no processo de tomada de decisão. No encontro clínico do médico com seu paciente, fato semelhante ocorre em escala infinitamente menor. Há uma inevitável contaminação dos processos mentais pelas emoções. Mas a boa notícia é que, na maioria das vezes, pelo menos parcialmente, os conflitos se resolvem pelo aprendizado não sistemático, intuitivo e não formal oferecido pelo encontro clínico. Entretanto, creio que quanto mais elaborado e sistemático for o domínio destas competências necessárias ao raciocínio clínico, menor será a influência negativa das emoções, sem prejuízo dos seus aspectos positivos.

**FÁTIMA** - Nós tivemos a preocupação na mudança curricular de superar essa dissociação entre o básico e o clínico. Uma

das preocupações foi justamente ampliar o nível de percepção do aluno, proporcionando a integração dos conhecimentos básicos com situações clínicas. O módulo do método clínico vai ensinar todo o processo do raciocínio aplicando as técnicas necessárias e aproveitando os elementos do básico, para sistematizar e fundamentar o raciocínio clínico. Há quatro anos estou trabalhando essa mudança curricular e já vejo agora no aluno, nesse semestre, uma diferença significativa ao obter e organizar dados de anamnese para formular hipóteses diagnósticas dentro de uma lógica baseada no raciocínio clínico.

**RICARDO** - Na UFRJ [Universidade Federal do Rio de Janeiro], muito embora os módulos de Medicina Clínica estabeleçam o ensino integrado, há ainda uma grande dissociação entre o básico e a clínica. Atualmente, está em curso uma reforma do currículo visando aprimorar ainda mais as estratégias de integração do ciclo básico com o ciclo profissional (clínico). Eu concordo que esta é a estratégia mais próxima para minimizar o problema da dissociação entre conteúdo do básico e o do clínico. Os alunos estão habituados a ouvir que a Medicina se aprende à beira do leito. Eu prefiro dizer: a Medicina se aprende entre dois leitos - ocorre depois de examinar, estudar - revendo todo o conhecimento incluindo o conteúdo básico para a compreensão na profundidade necessária - reexaminar, comparar e por último refletir, apreendendo os ensinamentos. Ou seja, é necessário que se estimule e valorize uma atitude mental autodidata, permissiva a este ciclo virtuoso, com ênfase na compreensão e não na memorização, de forma que se retroalimente e se mantenha indefinidamente, mesmo após o encerramento do curso de graduação. Aprender muitas coisas não garante a compreensão (Heráclito). [William] Osler que já foi citado aqui escreveu: "Estudar o fenômeno da doença sem livros é navegar em um mar sem mapa, enquanto estudar em livros sem pacientes é como não ir ao mar".

**CACILDA** - Como vocês avaliam, atualmente, a qualidade de vida e a saúde mental dos estudantes? Que experiências vocês têm vivenciado para contornar os principais problemas?

**RICARDO** - Na minha época, o livro de Imunologia tinha duas células - os Linfócitos B e T. Hoje, é um tratado de duas mil páginas. Quando eu queria ler um artigo, tinha que ir a uma



biblioteca consultar um livro chamado Index Medicus. Hoje é suficiente apertar um botãozinho na sua casa para acessar a toda informação necessária. O que quero dizer com isso é que, apesar de muitas facilidades, as transformações sociais trazidas pelo progresso tecnológico e pelas novas relações na sociedade, pela inserção de novos valores, pelo volume e facilidade de acesso à informação – a chamada era da informação – pelo estímulo ao individualismo, pela necessidade da obtenção de resultados e satisfação no curto prazo, pela valorização do sucesso financeiro, dentre outros, confere uma concepção de mundo que se contrapõem, de certa forma, ao exercício da medicina na beira do leito, que pouco mudou. Ainda hoje, faz-se necessária uma boa dose de altruísmo e dedicação para ser médico. Assim, o aluno de medicina de uma maneira geral, submetido às estas pressões sociais, reproduz essa visão pragmática que o leva a acreditar excessivamente na objetividade dos exames e pouco na subjetividade dos sintomas. E mais, estabelecem objetivos pessoais pautados pelo individualismo, pela busca de um retorno imediato do prazer e da recompensa que contraria o longo tempo necessário para adquirir as competências necessárias para o exercício da medicina. Há inúmeras exceções, obviamente.

**MARIA AMÉLIA** – Os recém-formados e os residentes acreditam que, para serem bem sucedidos, têm que mostrar que estão ganhando bem. Então, para dar conta disso, eles assumem vários empregos e perdem totalmente a qualidade de vida comprometendo todos os seus horários possíveis em diferentes instituições. É necessário que nós mostremos que não está dando certo esse modelo. A linha de pesquisa que aborda saúde mental do profissional da saúde acusa isso. Temos que expor o índice de suicídio de

médicos (que é maior que o da população em geral), avaliar o índice de depressão dos alunos etc. Ou seja, temos que refletir sobre esse caminho que a maioria está seguindo e que não é o ideal.

**MAURÍCIO** – O Luiz Antonio Nogueira-Martins da Unifesp (Universidade Federal de São Paulo) publicou um artigo intitulado “Saúde Mental dos Profissionais de Saúde” que é muito interessante e atual. Ele propõe ações de promoção de saúde específicas para o estudante, para o residente, e para o médico. Existem particularidades em cada um desses grupos que precisam ser contempladas. O Cláudio Eizirik que também participou de meu livro [(Des)encontro do médico com o paciente] ressaltou que deveríamos incluir no currículo médico o tema da saúde do médico e também criar programas preventivos dirigidos aos médicos. Na UFRJ criamos um programa de mentoria, acompanhando grupos pequenos de alunos desde o início do curso médico, o que considero uma iniciativa muito oportuna de apoio ao estudante.

**CACILDA** – E quais são os problemas psicológicos, psiquiátricos que os estudantes mais apresentam? Será que esse aluno que teve a sua saúde mental negligenciada vai incorrer em maior risco para seus futuros pacientes?

**MARIA AMÉLIA** – Na UFG (Universidade Federal de Goiás), não temos estatísticas, mas tem muita pesquisa já feita em âmbito mundial e nacional. Eu fiz uma revisão disso por ser o tema do meu trabalho e o que as pesquisas mostram é que a maior prevalência são os transtornos de humor, depressão e ansiedade. Sintomas de estresse também alcançam 50% dos estudantes. A questão específica do sono é outra área muito pesquisada e o índice de sonolência diurna é bem maior do que a população geral. A questão do Burnout também é extremamente frequente entre estudantes. E a qualidade de vida é abaixo da população geral também.

**MAURÍCIO** – A minha experiência na UFRJ é semelhante. Temos alguns alunos com depressão, ansiedade, outros quadros mentais e também com um nível alto de estresse. Mas algo tem me chamado a atenção: tenho recebido demandas de alunos em períodos distintos queixando-se do próprio rendimento acadêmico e que, com frequência, não estão lidando bem com os seus limites e com a sobrecarga

*Maria Amélia Dias Pereira – Psiquiatra. Formada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1984), cursou Residência em Psiquiatria pelo Hospital IPSEMG (1987) e mestrado em Ciências da Saúde pela UFRJ (2001). Atualmente é professora do Departamento de Saúde Mental e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFG e psiquiatra do Hospital das Clínicas da UFG, além de doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFG. Seu objeto de estudo é o sofrimento psíquico do estudante de Medicina.*



de estudos e tarefas. Muitos deles eram excelentes alunos nas suas escolas de origem e chegam a um ambiente no qual o grau de competição é muito alto. Considero muito importante dispormos de serviços especiais para atendimento psiquiátrico e psicológico dos alunos.

**RICARDO** – Quando os alunos se defrontam com as dificuldades geradas na recuperação e aplicação do conhecimento básico e na grandiosidade do conhecimento que ainda precisa ser adquirido, frequentemente eclode um sentimento de impotência, de questionamento quanto à sua capacidade, o que gera insegurança e dúvidas quanto à própria vocação. Este fato e o ineditismo de se defrontar com situações estressantes podem acarretar um sofrimento psíquico que para alguns pode ser insuperável, paralisante, necessitando atenção especial.

**MARIA AMÉLIA** – É interessante notar que a característica que faz com que esse estudante consiga passar em um vestibular tão concorrido quanto o de Medicina também é, paradoxalmente, a característica que o faz adoecer mais, porque ele é mais autoexigente, perfeccionista, tem baixo nível de tolerância à frustração etc. Na minha pesquisa, para colher os dados, criamos uma disciplina de Núcleo Livre onde discutimos estratégias de enfrentamento do estresse profissional. Foi através da disciplina que colhemos os dados e percebemos que entre os sentimentos mais preponderantes também está a decepção consigo mesmo.

**MAURÍCIO** – Um tema que eu acho muito importante abordar com os alunos é a questão do não saber. Eles muitas vezes se cobram saber tudo, mas todos nós temos limites. Eu digo para eles que isso faz parte da nossa vida e sempre nos acompanhará.

**CACILDA** – E o médico já formado? Que ferramentas e estruturas de apoio ele precisará ter para aprimorar a relação com o seu paciente?

**MAURÍCIO** – Esta é uma questão que deve ser vista por outro ângulo. Se por um lado esse é um assunto reconhecidamente importante, por outro há uma sensação de que tudo já foi dito sobre ele e que uma boa relação médico-paciente é só uma questão de bom senso. Eu me surpreendi e me encantei

conforme fui entrevistando os médicos [para o livro (Des) encontro do médico com o paciente] já que na medida em que abordava esse assunto, parecia tocar o cerne da Medicina. O que me intriga, no entanto, é que, apesar disso, a relação médico-paciente não recebe uma atenção significativa no nosso dia a dia, nos congressos médicos e nos programas de educação continuada. Agimos como se ela fosse uma questão equacionada. A relação médico-paciente não é um mar de rosas, e há uma série de aspectos dela a que não damos a devida atenção. Precisamos ser muito criativos para propor uma agenda de discussão sobre a relação médico-paciente que desperte o interesse dos médicos em geral. Balint nos disse algo em seu livro *O Médico, seu paciente e a doença*, publicado em 1957, que até hoje é válido: "(...) por que é tão comum que apesar dos esforços honestos de ambas as partes, a relação entre o paciente e seu médico resulte insatisfatória ou mesmo infeliz (...)". Será que analisamos suficientemente os fatores relacionados à insatisfação de médicos e pacientes no dia a dia dos serviços de saúde? Penso que não. Ou seja, para aprimorarmos a relação do médico com o paciente precisamos nos dedicar a compreender melhor o que se passa quando eles se encontram.

**MARIA AMÉLIA** – Acredito que um caminho seja, como já falei aqui, expor o que as pesquisas estão constatando – o adoecimento dos profissionais – e que esta constatação deveria nos levar a algum tipo de reflexão. Uma maneira de sensibilizar os profissionais seria mostrar que a saúde mental dos médicos não vai bem e estimular que reflitam sobre as consequências disso. Propor discussões sobre a realidade profissional, o prazer nos atendimentos médicos e a qualidade da relação médico-paciente.

**FÁTIMA** – A valoração da relação médico-paciente sem dúvida não é empregada do modo como poderia. É na base de nosso currículo a importância que podemos dar em todo o eixo norteador, por exemplo, incorporando a comunicação [médico-paciente] que agora está entrando em evidência. Eu recorro de um congresso realizado em Goiânia focado na relação médico-paciente [IV Fórum Brasileiro de Relação Médico-Paciente]. Este evento foi um sucesso na forma como foi conduzido pelo Celmo [Celso Porto]. Mas se analisarmos o número de participantes para a dimensão do que o fórum foi construído, poderia ter sido mais significativo. Eu penso

que a solução é criar novos estímulos e novas formas para colocarmos esse novo olhar para algo que é crucial e estamos deixando passar.

**RICARDO** – Se eu perguntar para qualquer médico se ele acha a relação médico-paciente importante, independentemente do tempo de formado, todos responderão que sim, que é absolutamente importante. Dirão que a anamnese contribui para o diagnóstico muito mais que qualquer exame. Mas, no modelo assistencial atual os médicos nas especialidades clínicas acabam se submetendo, pela exiguidade do tempo em razão da baixa remuneração, para falar o mínimo, a uma condição de trabalho pouco favorável para uma relação médico-paciente produtiva. Isto explica a procura atual por especialidades com métodos complementares. É como se eu admitisse a importância teórica, mas não concordasse em aplicá-la. Esta discussão é relevante como base para uma revisão da remuneração das consultas clínicas, a semelhança do que ocorreu na década de 90 nos Estados Unidos. Isso porque perceberam que, diante da baixa remuneração, as consultas dos internistas eram abreviadas e muitos exames eram solicitados o que elevava o custo da Medicina além de trazer menor satisfação para pacientes e médico. Em resumo, acredito que, independentemente das agendas para se discutir as questões específicas dos diversos contextos que foram aqui mencionados, o sistema de saúde público e privado no que tange a consulta clínica também precisam ser repensados. Trata-se de uma proposta ambiciosa, certamente.

**CACILDA** – A questão do ressarcimento financeiro talvez seja mais um dos fatores de desequilíbrio que vão influenciar negativamente as emoções. Um levantamento do Medscape (Medscape Physician Compensation Report 2014) mostra que 29% dos médicos gastam entre 13 e 16 minutos em suas consultas – isso na prática americana. Como lidar de uma maneira adequada com o paciente num contexto de curto tempo que dispomos na consulta, somado à questão da baixa remuneração e falta de estrutura?

**MARIA AMÉLIA** – Acredito que as nossas consultas no SUS nem cheguem a esse tempo. Vocês viram o filme “Diga três”? [“Diga três: os bastidores da medicina”, filme de Jorge Alberto Salton, produzido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo]. Usamos essa obra para os alunos de Psicologia Médica. É uma sátira onde o paciente diz “três” para economizar tempo, não falar o tradicional “trinta e três”. A partir desta obra discutimos

com os estudantes e é muito interessante essa questão da dinâmica: eles argumentam como é difícil o valor que o médico do SUS ganha. Preparamos um profissional em termos ideais, de uma consulta por inteiro, para avaliar tudo, primar pela relação, ser o mais ético possível, sempre priorizando o outro, mas o contexto em que esse médico vai entrar é outro, uma rede pública ganhando um valor exíguo. É preciso ter ciência de quanto ele vai ganhar por uma consulta e de quanto tempo ele vai dispor nessa consulta e acrescentar esse elemento às discussões.

**MAURÍCIO** – Na área de convênios a consulta também com frequência é muito breve. Não vamos conseguir ampliar as consultas no âmbito dos convênios e na rede pública para uma hora, que é o que ocorre em alguns consultórios privados. Nenhum país do mundo faz isso. No mundo real o que é possível fazer? Existe toda uma discussão sobre a forma como nosso sistema de saúde está organizado. Quando perguntei a Dra. Sandra Fortes no meu livro [ (Des) encontro do médico com o paciente] como estabelecer uma boa relação médico-paciente nos serviços públicos e na área de convênios, ela respondeu que isso só se daria através de um modelo que se baseasse na integralidade. Ela argumentou que esse modelo favorece um vínculo de melhor qualidade entre o médico e o paciente.

**RICARDO** – Esses fatores externos, apenas para relembrar alguns: a interveniência dos convênios na relação médico-paciente, os custos prevalecendo a lógica financeira acima de outros interesses, a medicina de re-



*Ricardo Caminha - Internista e intensivista. Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina da UFRJ (1978), Residência em Clínica Médica (1980) no HUCFF/UFRJ, Mestre (1993) e Doutor (1998) em Clínica Médica pela UFRJ. Visiting Fellow da Weill Medical College da Cornell University (1997-1998). Médico do Serviço de Clínica Médica do HUCFF da UFRJ. Coordenador Clínico do Programa de Biofarmácia e Farmacometria da Faculdade de Farmácia da UFRJ. Há 30 anos desenvolve atividades docente-assistenciais com estudantes de graduação e pós-graduação da UFRJ.*



sultados, os gráficos e as estatísticas, passaram a fazer parte da discussão do modelo de assistência em detrimento da qualidade e da satisfação. A medicina contemplativa deu lugar a uma medicina pragmática, correndo a sua dimensão humanística. A exiguidade do tempo parece ser o cerne dessa discussão. Como mudar isso? Dependendo da especialidade, não há como atender um paciente em 15 minutos, sob o risco de comprometer a qualidade do atendimento médico. Acredito que se impõe uma revisão urgente da remuneração do trabalho médico privilegiando não somente o interesse do paciente, mas também dando condições dignas ao médico para viver da sua profissão. O pior é que os alunos são contaminados, conduzidos a aceitarem essa lógica financeira perversa que pouco atende ao paciente e ao médico, mas que tem como justificativa a impossibilidade de mudanças do modelo e a premência pela obtenção de uma remuneração capaz de custear a vida, seja como profissional liberal através das seguradoras de saúde, seja como funcionário do serviço público ou privado.

**CACILDA** - E como influir nas reformas necessárias?

**RICARDO** - Esse é um ponto fundamental: o que essas reflexões podem produzir? Eu acho que é exatamente isso: promover uma discussão e influir nas reformas necessárias através dos órgãos de classe, por exemplo, envolvendo a sociedade. Enquanto não houver isso, nada vai mudar. Sou de uma época em que não precisei aderir aos convênios. O médico era de fato um profissional liberal. Mas os colegas de hoje precisam

atender e se submeter a algumas regras impostas, que não permitem, de fato, que muitas vezes, a assistência seja prestada dentro de um mínimo de qualidade.

**FÁTIMA** - Temos inclusive novas realidades que estão surgindo - por exemplo, as OSs [Organizações Sociais] nos serviços públicos. Recentemente, em um encontro de pediatras, uma colega relatou que foi obrigada a limitar o tempo de consulta dela. Ela é uma formadora e foi advertida em relação ao tempo de consulta, instada a reduzi-lo. Ela se negou e chamou o administrador para ele mesmo checar se o tempo que estava sendo proposto era suficiente para o nível de atendimento necessário. E ele verificou que realmente não era. Então, para ela, ele liberou. Então, volto a uma questão: a gente realmente não pode aceitar. Temos que levantar uma bandeira de defesa.

**MARIA AMÉLIA** - E tem mais um prejuízo quando se aceita [imposições antiéticas]. Quando o médico se impõe a adequação a estas pressões, o que pode acontecer é o adoecimento. O profissional começa a exercer a profissão de um jeito diferente do que ele queria e isso vai se acumulando. E aí tem a questão do Burnout. As pesquisas mostram que 56% dos estudantes de medicina pontuam positivamente para o sintoma exaustão mental, um dos itens desta síndrome. É claro que sabemos que não é um nível de Burnout que incapacita, porque a maioria se forma e vai trabalhar. E quais são os profissionais que mais vão ser acometidos por esse estresse? São os mais idealistas, porque eles se decepcionam. A classe médica como um todo está tendo um sofrimento.

**RICARDO** - Esta questão do burnout não é uma realidade exclusivamente brasileira. Em trabalho recente (Doc Burnout - Worse Than Other Workers) foram entrevistados em torno de sete mil médicos americanos, dos quais cerca de 45% responderam que se sentiam de fato exauridos. Assim, me parece ser um problema da prática médica, da maneira como a medicina está estruturada e é exercida no mundo de hoje. É fruto da pressão resultante de vários fatores aqui já mencionados bem como da frustração com a perda do significado do trabalho médico e da dificuldade na conciliação da vida pessoal com a vida profissional, dentre outros. As interferências externas impostas pelos custos da medicina são um problema de difícil convivência.

**CACILDA** - Qual o papel das entidades médicas nessa discussão? Que outros setores poderiam contribuir?

**MAURÍCIO** - Vivemos hoje em dia uma crise sem precedentes no sistema público de saúde e na área de convênios com um grande impacto na qualidade da relação do médico com o paciente. Temos desafios muito importantes pela frente, e mais do que nunca, precisamos refletir coletivamente sobre eles nas nossas associações, como o CFM, e com a sociedade. Acredito que nesse momento precisamos contar com a colaboração dos institutos de medicina

*Maurício de Assis Tostes – Psiquiatra. Formado em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) em 1983, concluiu a Residência em Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB) em 1986. Doutor em Medicina pela UFRJ (1998). É médico do IPUB, do Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital Universitário da UFRJ e professor colaborador da disciplina de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.*



social e de saúde coletiva para refletirmos juntos sobre alternativas aos modelos assistenciais vigentes no campo da saúde. Nós médicos não podemos nos omitir em um momento tão delicado como o que vivenciamos atualmente na área da saúde no Brasil.

**RICARDO** – É essencial que o CFM com esta iniciativa introduza uma agenda que discuta a relação médico-paciente e, também, paralelamente, sob esta ótica, o modelo da assistência médica prestada no Brasil no âmbito das políticas de saúde, pautadas na qualidade do ato médico. O erro médico, cuja análise é complexa como amplamente conhecido, é, na realidade, o resultado mais dramático de um ato médico mal sucedido. Acredito que o modelo vigente, dedicando pouca atenção à relação médico-paciente, preocupa por favorecer, de uma maneira expressiva, ao erro, seja pela omissão, seja pelo exame mal conduzido, incompleto.

**MARIA AMÉLIA** – Outro recurso interessante é pensarmos em uma contribuição da psicodinâmica do trabalho. Ela discute a questão da saúde mental e do trabalho, levando em conta as organizações de trabalho, o mercado e o que acontece em nossa profissão. O que está acontecendo tem a ver com as organizações de trabalho. Precisamos criar esse espaço de discussão em que seja ouvido o trabalhador – nós, médicos – e se estimule mais a colaboração, a solidariedade para ir contra essa questão de competição. Acredito que esta seja uma vertente porque a psicodinâmica do trabalho não é só pra detectar, é pra atuar.

**FÁTIMA** – Penso que também poderíamos nos voltar para a própria forma como tudo isso está sendo feito dentro da formação em Medicina, a partir dos currículos.

Privilegiamos por muito tempo um currículo em que a preocupação é muito técnico-científica e a parte humanística agora é que está sendo retomada. Nesse sentido, o caminhar da formação médica estava tomando um rumo muito diferente do que realmente deveria ser proposto, que é o de acolher, o de ajudar, de estar ali eticamente contribuindo. Vemos um currículo com disciplinas nas quais há um determinado período em que se discute a Ética e Bioética sem o eixo norteando o currículo inteiro. Algumas faculdades já se sensibilizaram e hoje se pede que os currículos sejam modificados. A Medicina precisa das duas coisas: a parte técnico-científica e a parte humana.

**CACILDA** – Os médicos enfrentam durante a sua formação e por toda a vida profissional um alto grau de exigências por parte da sociedade, tanto do ponto de vista técnico quanto emocional. No Brasil, um fator a mais nesta equação é a total desestruturação da saúde pública, que coloca médicos e pacientes como inimigos. Não há razão para acreditar que o nosso profissionalismo, nossa postura profissional tradicional, as nossas atitudes, expectativas, e, por fim, a nossa formação técnica, sejam antagônicos ao exercício da medicina com humanidade, amor e interesse pelo próximo. A alta prevalência de Burnout, insatisfação e depressão entre os médicos evidencia a crise pela qual a medicina passa em todo o mundo, tendo como resultado funesto a profissão com maior índice de suicídio em vários países. Talvez a resposta para esta crise esteja em aprender a cultivar o sentido do nosso trabalho, da mesma forma que nós perseguimos a formação técnico-científica, o conhecimento da doença e do doente. Teremos que aprender o verdadeiro significado de ser médico, fazer de cada consulta um encontro em que possamos compartilhar não apenas nosso conhecimento, mas o nosso interesse pelo ser humano e a nossa alma. Será necessário também reconstruir o sistema de saúde, que tornou os médicos culpados pelas vicissitudes e mazelas das quais a sociedade é vítima. A integridade e comprometimento do médico são essenciais nesta mudança. Atualmente, é necessário reconsiderar os princípios pelos quais os médicos são ensinados. Vamos precisar reexaminar nossos objetivos educacionais e estratégias para ajudar os futuros médicos a enfrentar as tensões da prática médica contemporânea. ■

----

**NOTA DOS EDITORES** - Convidamos os leitores a aprofundarem a sua leitura e oferecemos abaixo os links e referências de alguns textos que inspiraram o debate:

1. American Academy of Family Physicians. Medical errors: tips to help prevent them [editorial]. FamilyDoctor.org [internet]. 2002 Sep [updated 2014 May] [access 22 Oct 2014]. Available: <http://familydoctor.org/familydoctor/en/healthcare-management/self-care/medical-errors-tips-to-help-prevent-them.printerview.html>
2. Balint M. O médico, seu paciente e a doença. São Paulo: Atheneu; 2005.
3. Dejours C. O trabalho entre a banalização do mal e a emancipação. Rev Bras Psicanál. 2013;47(2):85-97.
4. Feinstein AR. Clinical judgment. Baltimore, Williams and Wilkins; 1967. 414p.
5. Groopman JE. Como os médicos pensam. Tradução de Alexandre Martins. Rio de Janeiro: Agir; 2008.
6. Haines H, diretor. Um golpe do destino [The doctor] [filme]. Edwards S. Feldman, produtor. EUA: Studio Touchstone Picture; 1991. 122 min.
7. Nogueira-Martins LA. Saúde mental dos profissionais de saúde. Rev Bras Med Trab. 2003;1(1):56-68.
8. Ofri D. What doctors feel: how emotions affect the practice of medicine. Boston: Beacon Press; 2013.
9. Page L. How doctors' feelings affect their patients' care. Medscape [internet]. 2013 Jun 20[access 22 Sep 2014]. Available: <http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/medscapeleighpage.pdf>
10. Robert M. Centor, Robert W. Morrow, Roy M. Poses, et. al. Doc Burnout - Worse Than Other Workers'. Medscape [internet]. 2013 Dec 23[access 12 Nov 2014].
11. Salton JA. Diga três: os bastidores da medicina [filme documentário]. Passo Fundo: Faculdade de Medicina da Universidade de Passo Fundo; 2008.
12. Tostes M, organizador. (Des)Encontro do médico com o paciente: o que pensam os medicos? Rio de Janeiro: Rubio; 2014.
13. Weinberger SE, Johnson BH, Ness DL. Patient and family centered medical education: the next revolution in medical education? Ann Intern Med. [Internet]. 2014[access 22 oct 2014];161(1):73-5. Available: <http://annals.org/article.aspx?articleid=1862288>





# Anatomia patológica

A arte e a ciência do diagnóstico

// Nathália Siqueira (texto e fotos)

// Milton Júnior e Marcio Arruda (fotos)

Patologia significa, literalmente, estudo das doenças. A patologia envolve-se com a etiologia (estudo das causas), a patogênese (estudo dos mecanismos pelos quais surgem as lesões e doenças), as lesões morfológicas (macro e microscópicas) e as repercussões das doenças, sobretudo suas consequências e complicações, e a fisiopatologia, significando esta as alterações funcionais que aparecem em um órgão, em um sistema ou no indivíduo todo quando nele existe uma doença.

O Conselho Federal de Medicina publicou novo texto regulamentador para procedimentos diagnósticos de Anatomia Patológica, a Resolução CFM 2.074/14. A norma torna mais claras as obrigações legais e éticas que devem ser atendidas por todos os médicos envolvidos na assistência médica, quando exames anatomopatológicos são necessários para o diagnóstico das doenças, estabelecimento de prognósticos ou estadiamento de neoplasias (classificação da evolução dos tumores para se determinar o melhor tratamento e a sobrevida dos pacientes).

A diretriz também aborda as normas técnicas para a conservação e transporte de material biológico, disciplina as condutas médicas tomadas a partir de laudos citopatológicos positivos, bem como a auditoria médica desses exames. Estabelece ainda que a mercantilização de procedimentos diagnósticos é vedada aos médicos que solicitam ou realizam exames anatomopatológicos.

Trata-se de uma medida de segurança voltada à proteção da saúde da população, tendo em vista que seria por demais temerário – e até mesmo ilegal – autorizar-se a realização de uma conduta terapêutica que tivesse por base um laudo que contivesse um diagnóstico realizado por profissional não legalmente autorizado (profissional não médico).

O CFM considera importante o diálogo do patologista com o médico assistente para o melhor diagnóstico e conhecimento do contexto clínico. Considera, ainda, que o descuido na guarda, conservação, preservação e transporte das amostras pode ocasionar danos irreversíveis para o diagnóstico e o tratamento de pacientes. Portanto, o paciente deverá ser formalmente cientificado, pela clínica ou hospital, quando as amostras forem encaminhadas para laboratório externo, ou de outro estado. Deve ser oferecida a possibilidade de encaminhar essas amostras para um laboratório de sua confiança.





*//Ato médico: Os exames anatomopatológicos são atos privativos de médicos, o que garante que as interpretações e os diagnósticos serão feitos por profissionais altamente qualificados em benefício do paciente.*



*//Arquivo: Os laudos anatomopatológicos são parte integrante do prontuário médico; as lâminas e blocos histológicos dos mencionados procedimentos diagnósticos são propriedade do paciente, obrigadas a arquivamento por cinco anos no serviço.*





*//Auditoria: A revisão de diagnósticos médicos, seja a pedido de pacientes, seja como revisão em âmbito de controle e monitoramento diagnóstico, constitui-se auditoria médica.*





*//Garantia: Passa a ser obrigatória nos laudos a assinatura e identificação clara do médico que realizou o exame da amostra.*





*//Segunda opinião: O paciente tem o direito de optar pela realização de seu exame em laboratório de outra jurisdição. Deve ser garantida ao paciente ou a seu representante legal a retirada de blocos e lâminas de seus exames quando assim o desejar.*



*//Procedimentos auxiliares: Os procedimentos auxiliares podem ser atos compartilhados com outros profissionais da área da saúde e incluem macroscopia de biópsias e peças cirúrgicas simples, processamentos técnicos, colorações e montagem de lâminas e evisceração de cadáveres.*







*//Jurisdição: O exame deve preferencialmente ser realizado em laboratório de Patologia do estado onde o paciente é atendido. O encaminhamento de material para outros estados tem ocorrido sem o conhecimento do paciente em função de práticas mercantilistas, agora formalmente proibidas.*

# *Melodrama sem culpa*

//Nathália Siqueira

Falar sobre câncer nunca é fácil. Trata-se de um tema tabu para muita gente que ainda enxerga nesse diagnóstico uma sentença de morte, ou quase. Saber como abordar o assunto, sem dúvidas, é para poucos.

Entre os que superaram essa façanha, destaca-se o escritor norte-americano John Green, 37 anos, que, nos últimos tempos, virou figura fácil na lista dos mais vendidos em vários países, inclusive no Brasil. Suas obras têm aquela pegada juvenil, que o coloca entre os favoritos dos fãs de uma literatura sob medida para aflorar o romantismo e a paixão com toques de modernidade e autoajuda. Para tanto, usa suas experiências pessoais como fonte de inspiração para seus dramas, mesclando-as em narrativas em que também não faltam ironia e humor, mesmo quando o enredo carrega o peso de não apenas um, mas dois diagnósticos terminais.



Assim acontece com *A Culpa é das Estrelas*. O best-seller de John Green virou roteiro em Hollywood com direito a uma adaptação cinematográfica com atores com nomeações ao Oscar em seu currículo – Shailene Woodley, William Dafoe, Laura Dern – e outros em plena ascensão, como Ansel Elgort, que, desde 2013, tem emplacado vários sucessos um atrás do outro (*Carrie, a Estranha; Divergente*; etc). A fórmula deu certo: como o livro, o filme também se tornou sucesso de bilheteria.

Não há como escapar da classificação: a história é um melodrama que, conforme definição do “*New York Times*”, mistura “melancolia, doçura, filosofia e humor”. O drama gira em torno de Hazel Grace (Woodley) e Augustus “Gus” Waters (Elgort), dois adolescentes que se conhecem em um grupo de apoio a pacientes com câncer. Como nas histórias tradicionais de amor e redenção, os protagonistas possuem visões muito diferentes sobre a doença.

Hazel, diagnosticado com um câncer em estágio terminal, com metástase nos pulmões, desde os 13 anos, se preocupa apenas com a dor que poderá causar aos outros. Por sua vez, Augustus sonha em deixar a sua própria marca no mundo. Há ecos de *Love Story (Uma História de Amor)*, que arrancou rios de lágrimas do público na década de 70, tem uma trilha sonora que virou sinônimo de paixão e ainda ganhou ovações da crítica.

Tanto o livro quanto o filme são narrados sob a perspectiva de Hazel. Mas não pense que o mundo dessa heroína é cinza. Apesar de seu problema, a garota está longe de ser uma protagonista depressiva. Pelo contrário, sempre acompanhada por um cilindro de oxigênio – que carinhosamente chama de Phillip –, ela é bem-resolvida e busca viver sua vida como outra adolescente qualquer.

Mas o câncer – e os limites que trouxe – não passa incólume pela vida de Hazel. Não restam dúvidas de que uma pessoa que se descobre doente vê muita coisa mudar em seu mundo. Se a forma de refletir sobre a existência ganha outros contornos, o mesmo acontece também com a rotina. No caso de uma adolescente, as idas à escola e festas ficam totalmente inviáveis e a superproteção da família pode atingir níveis quase insuportáveis. *A Culpa é das Estrelas* retrata bem essa realidade.

No filme, os jovens passam a ter que conviver com diagnósticos duros, como o de um câncer, em estágio avançado, que tornam a morte algo inevitável e próximo. Hazel exprime bem a tensão permanente à qual está submetida ao afirmar que se sente como uma bomba-relógio: prestes a explodir e destruir tudo e todos ao seu redor.

Comunicar uma má notícia pode não ser o fim, mas o início de um processo com impactos benéficos para pacientes, familiares e até profissionais da saúde. A chave do sucesso reside no estado emocional do paciente, o qual é fundamental para enfrentar bem o tratamento e suas consequências. Essa é conclusão da psiquiatra americana Jimmie Holland, autora de *The Human Side of Cancer (O Lado Humano do Câncer)*, que acumula mais de três décadas de estudos e experiências com o tema.

“Perguntar à pessoa sobre o seu nível de angústia é tão importante quanto perguntar sobre seu nível de dor”, avalia Holland, que mais adiante conclui: “Se uma pessoa está depressiva, ela pode desistir do tratamento ou não buscar as melhores formas de enfrentar a doença”.



## OUTRAS HISTÓRIAS, OUTROS DRAMAS

O que chama atenção na narrativa fictícia de John Green, que deu a base do roteiro de *A Culpa é das Estrelas*, é a facilidade com que o autor e os roteiristas Scott Neustadter e Michael H. Weber encaixaram esses temas – câncer, morte, diagnóstico terminal – no universo jovem. Talvez esses polos que se tocam – o início da vida e a partida inevitável – é que temperem a trama ao mostrar que ninguém sabe melhor o que é aproveitar a vida que lhe resta do que um adolescente com uma doença grave.

Mas ele não é único nessa tentativa. O filme repete o exemplo de títulos como “*Antes de Partir*”, com Jack Nicholson e Morgan Freeman na pele de dois pacientes de câncer igualmente decididos a festejar a vida. Quando suas trajetórias se completam, tornam-se evidentes as mudanças que sofreram e a lição que fica é: “viva enquanto ainda há vida”.

E o que ocorre quando o protagonista não lida com um tumor, mas enfrenta um problema tão complicado quanto? O diretor Michael Haneke ganhou a Palma de Ouro e o Oscar de Melhor Filme Estrangeiro ao contar o périplo de Anne (Emmanuelle Riva), acometida por uma doença que tira sua consciência e dignidade, e Georges (Jean-Louis Trintignant), seu marido, que a acompanha nessa jornada ao inferno da alma.

Ambos os atores no filme *Amour* fizeram um trabalho assombroso, tornando plausível a história do casal de músicos aposentados, que seguem apaixonados e desfrutando a cultura erudita até que um dia, sem qualquer aviso, ela sofre um ataque, cujo efeito é avassalador. Diante do avanço da doença, só o amor não evanesce.

Esses três filmes mostram que nem sempre a Medicina é capaz de salvar, mas ressaltam que a história é o mais importante no percurso. Em obras desse naipe, os autores – cada um a seu modo – usam a metáfora do infinito para enfrentar o esquecimento, a passagem do tempo e o medo da morte. Afinal, como “a vida é feita para ser vivida, se lembrar disso nunca é demais”, como afirma a personagem Hazel, em *A Culpa é das Estrelas*.





Foto: Luis Oliveira/MS

Para a psiquiatra **Carolina Marçal**, que atende crianças e adolescentes com câncer no hospital A.C. Camargo, em São Paulo (SP), a boa comunicação do diagnóstico é importante para ajudar o paciente na superação de suas dificuldades. Para estimular essa abordagem, é necessário que o médico tenha uma conduta pautada em valores humanos e não apenas técnicos e terapêuticos. Nesse processo, recorrer a obras de ficção pode ser um caminho.

“A opção é muito individual, mas é sempre bom indicar algo que já tenha lido ou visto. O paciente se sente acolhido e melhora a relação de confiança”, relata. Para Carolina, as obras auxiliam a transmitir a mensagem de que nem sempre a esperança está ligada à cura, “mas em ficar bem, apesar da saúde”. Confira mais na entrevista ao lado.

**Assistir a filmes ou ler livros sobre doença oncológica trazem esperança, estímulo para enfrentar o tratamento, ou semeiam falsas ilusões?**

CM - A maneira como o paciente vai lidar com filmes ou livros que abordam temas de doenças oncológicas depende da história de vida de cada pessoa, ou seja, é individual. Algumas pessoas se sentem acolhidas e tranquilas, e outras podem se sentir angustiadas e tensas, então tudo depende da vivência de cada paciente em situações de aumento de preocupações.

**Cabe ao médico transmitir a esperança e o conforto? Cabe a ele também indicar obras com histórias fictícias?**

CM - O dever do médico é emitir a verdade ao paciente. Ele tem o direito de saber qual é seu diagnóstico, qual é o tratamento adequado, quais os efeitos colaterais, quais os riscos e qual é o prognóstico. Notícias ruins podem (e devem) ser transmitidas de maneira afetiva pelo médico para que o paciente se sinta acolhido na situação. Mesmo quando falamos de doenças sem cura, existem possibilidades de o paciente ter boa qualidade de vida, e isso não pode ser esquecido. O médico pode indicar livros ou filmes quando o paciente mostrar interesse pelo assunto.

**Essas histórias têm algum impacto também na sociedade? De qual forma?**

CM - Histórias que falam sobre dificuldades e sofrimentos rotineiros costumam ter impacto em todos, mesmo para quem não esteja passando pela mesma situação, pois remete a situações em que foi vivenciada alguma dificuldade ou sofreu-se com algo. Assim, contos abordando temas de superação trazem à tona a esperança e uma nova maneira de lidar com sofrimentos e dificuldades. ■

## O sentido da vida

Questões sobre os valores e o sentido da vida fazem qualquer um repensar suas prioridades. São várias as obras literárias e cinematográficas que exploram o tema mostrando o dia a dia do paciente com câncer – seus relacionamentos com familiares, afetivos, trabalhos, provações e muitas vezes o enfrentamento da morte. A seleção abaixo oferece leituras complementares para explorar histórias sobre o câncer e a luta contra o preconceito da doença. //NS

### LIVROS

#### Podemos dizer adeus mais de uma vez

(David Servan-Schreiber, 140 págs., 2011, Fontanar, R\$ 22,90)

Em 2010, o médico David Servan-Schreiber descobriu um tumor no cérebro. Sabendo que não lhe restava muito tempo de vida, dedicou-se a escrever este livro para se despedir da família, dos amigos e dos leitores. David lutou conta o câncer por quase duas décadas. Durante esse período, o autor de Anticâncer criou um programa fundamentado em evidências científicas para combater a doença.



#### Quem ama não adocece

(Marco Aurélio Dias da Silva, 378 págs., 2013, Best Seller, R\$ 32,00)

O livro apresenta um amplo estudo sobre as relações entre emoção e saúde. Combinando o rigor científico a uma linguagem simples e acessível, este livro prova que a afetividade e o bem-estar emocional são fatores fundamentais para a prevenção e a cura de uma longa série de doenças. Sob essa ótica são reveladas as causas psicológicas de alguns dos males mais frequentes em nossa época, tais como enxaqueca, depressão, doenças cardíacas, alergias e muitos outros.

### FILME

#### Uma prova de amor (My Sister's Keeper, 2009, EUA)

Uma garotinha foi diagnosticada com leucemia e, a conselho dos médicos, seus pais decidem ter outra filha para que esta possa doar sangue e medula para a irmã, até que, após onze anos nessa rotina, surge a necessidade de doar um rim. A menina mais jovem se rebela e pede na justiça a emancipação dos pais para ter controle sobre o próprio corpo.



# Suicídio Médico: A Tirania da Perfeição



// Danielle Ofri

Médica no Hospital Bellevue e professora adjunta de medicina na NYU School of Medicine. Ela também é editora-chefe da Bellevue Literary Review.

Seu livro mais recente é *What Doctors Feel: How Emotions Affect the Practice of Medicine* (232 págs., 2014, Beacon Press, sem edição em português).

Dois médicos recém-formados, mortos dentro de poucos dias de diferença entre um e outro. Ambos tomaram suas vidas se atirando dos telhados de instituições de ensino médico. A dor crua na comunidade médica é palpável. Nós médicos envolvidos em educação médica nos sentimos responsáveis por esses alunos.

O suicídio por parte de médicos não é nenhuma surpresa: os médicos têm os índices de suicídio mais altos do que qualquer outro grupo profissional. Sabemos que quase todos os dias, pelo menos um médico nos Estados Unidos decide acabar com sua vida; mas isso nos assola toda vez. Especialmente quando são médicos que acabaram de se estabilizar em suas carreiras, depois de investir anos da vida em preparação, com tanto potencial para ajudar os outros e muito tempo para colher as alegrias e satisfações da medicina.

No entanto, é claro que uma carreira na medicina também traz ondas de dor, confusão, estresse, insegurança e medo. As tempestades vêm ao nosso encalço a partir do primeiro passo dado em um laboratório de anatomia, acumulando vigor e ferocidade ao longo dos anos de treinamento e prática. Durante a faculdade de medicina, pelo menos metade dos alunos experimenta a síndrome de burnout, e cerca de 10 por cento vislumbram suicídio.

Grande parte da medicina é uma tirania da perfeição. É exigido que os estudantes de medicina absorvam um imenso acervo de conhecimentos. Prima facie, esse é um pedido feito aos nossos futuros médicos que é aparentemente razoável. Mas o número de informações é maior do que qualquer ser humano pode adquirir de forma realista, e está sempre se expandindo. No entanto, agimos como se essa perfeição do conhecimento fosse uma possibilidade real. Não é de se admirar que quase todo estudante se sente um impostor durante a sua formação.

Quando na prática clínica, nós médicos somos confrontados com uma obrigação também aparentemente razoável – cuidar de nossos pacientes. Mas, na realidade, isso significa abranger todos os aspectos da saúde do paciente, acompanhando cada resultado de exames, brigando por documentação, atravessando obstáculos causados pela agência de seguros e mandatos administrativos. O médico é estimulado a ser eficiente em termos de custo e no aproveitamento de tempo, centrado no paciente, e culturalmente competente.

Sentir todos os dias que você está falhando destrói até mesmo o espírito do mais dedicado dos médicos. Nós nos sentimos como se tivéssemos sido criados para falhar. Mesmo quando conseguimos preservar a alegria de nos conectarmos com os pacientes e ajudar a melhorar vidas, o estresse envenenador de tentar alcançar o impossível tem seu preço – vida familiar comprometida, vícios em drogas e álcool, depressão e pensamentos suicidas.

As escolas de medicina e os programas de residência têm percebido que é preciso mais do que competência factual para se tornar um bom médico. Há uma ênfase crescente no bem-estar dos alunos, e um reconhecimento de que o estresse é mais do que apenas um subproduto tolerado pelo nosso sistema educacional. Nós, professores, somos exortados a prestar atenção nos primeiros sinais de tensão, para que possamos ajudar desde cedo. Nós também estamos aprendendo a fazer o mesmo por nós e nossos colegas. No entanto, muitos estudantes e médicos em dificuldades conseguem se manter longe do nosso radar.

Não há como sabermos detalhes sobre a dor que esses dois jovens médicos estavam sentindo, e talvez o seu sofrimento não estivesse relacionado à medicina. Mas nós conhecemos o ambiente em que nós os colocamos. Nós conhecemos as pesquisas sobre os efeitos do estresse constante na saúde. Nós sabemos da existência da depressão e do abuso de substâncias na comunidade médica.

Ao tentar ajudar nossos pacientes a conquistar a saúde, nunca os conduziremos em direção a situações associadas com o estresse implacável. Nós nunca os submetemos a objetivos impossíveis de ser alcançados, que levam a uma sensação persistente de fracasso. Nós nunca prescreveríamos qualquer coisa com os efeitos colaterais de depressão, abuso de drogas e suicídio.

Por que nós permitimos isso para nós mesmos ou nossos estagiários? ■









**CFM**

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

Defendendo princípios, aperfeiçoando práticas.

Esta revista está integralmente disponível em [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)

----