ALEX BOTSARIS

SEM ANESTESIA

o desabafo de um médico

OS BASTIDORES DE UMA MEDICINA
CADA VEZ MAIS DISTANTE E CRUEL



OBJETIVA

DADOS DE COPYRIGHT

Sobre a obra:

A presente obra é disponibilizada pela equipe ***Le Livros*** e seus diversos parceiros, com o objetivo de oferecer conteúdo para uso parcial em pesquisas e estudos acadêmicos, bem como o simples teste da qualidade da obra, com o fim exclusivo de compra futura.

É expressamente proibida e totalmente repudíavel a venda, aluguel, ou quaisquer uso comercial do presente conteúdo

Sobre nós:

O ***Le Livros*** e seus parceiros disponibilizam conteúdo de dominio publico e propriedade intelectual de forma totalmente gratuita, por acreditar que o conhecimento e a educação devem ser acessíveis e livres a toda e qualquer pessoa. Você pode encontrar mais obras em nosso site: ***LeLivros.us*** ou em qualquer um dos sites parceiros apresentados neste link.

"Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento, e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível."

ALEX BOTSARIS

SEM ANESTESIA
O Desabafo de um Médico

OS BASTIDORES DE UMA MEDICINA CADA VEZ MAIS DISTANTE E CRUEL

OBJETIVA
2001

Dedico este livro ao meu filho Milton, a meu avô Milton e a todos os colegas que amam a medicina e desejam fazer dela uma ciência admirada, em especial aos meus colegas de turma, que completam vinte anos de profissão em dezembro de 2001.

A Mana, minha mulher, Yuri, Pedro e Filipe, meus filhos, pelo tempo que abdicaram de minha companhia para que eu pudesse concretizar esse sonho.

Aos colegas que contribuíram com meu trabalho, especialmente: Dr. Humberto Fonseca, Dra. Regina Fonseca, Dra. Nazaré Solino, Dr. Alexandre Carvalho, Dr. Marcelo Cosendey, Dr. Helion Póvoa, Dra. Adriana Aquino, Dr. Luís Felipe Mascarenhas, Dra. Sioni Fraga, Dr. Eduardo Bandeira de Mello, Dr. Sérgio Sales Xavier, Dr. Tomás Pinheiro da Costa, Dra. Patrícia Machado, Dr. Alcio Luiz Gomes, Dr. Ricardo Calmont e Antunes, Dr. Roberto Leal Boorhem, Dr. Ronaldo Azem, Dra. Rosamélia Cunha, Dr. Orlando Gonçalves, Dr. Daniel Taback, Dra. Miriam Andrade, Dr. Dirceu Sales, Dra. Cláudia Torres, Dr. Balta Radu, Dra. Denise Bom David, Dra. Martha Turano, Dra. Telma Rezende e Dr. Hélio Luz.

A Maria Cláudia, em respeito ao sofrimento com a perda de seu filho.

E a todos os que contribuíram, de alguma forma, para a laboriosa construção destas páginas.

Índice

Prefácio

Introdução

O Livro

PARTE I

- CAPÍTULO 1
- CAPÍTULO 2

PARTE II

- CAPÍTULO 3
- CAPÍTULO 4
- CAPÍTULO 5

PARTE III

- CAPÍTULO 6
- CAPÍTULO 7
- CAPÍTULO 8
- CAPÍTULO 9
- CAPÍTULO 10

PARTE IV

- CAPÍTULO 11
- CAPÍTULO 12

Prefácio

O livro do nosso prezado colega e amigo Alex Botsaris nos faz refletir sobre vários problemas que afligem a nossa medicina atualmente.
Um destes, bem enfocado no livro, é o da iatrogenia, ou seja, o mal causado por medicamentos que ainda não foram estudados e são aprovados de maneira apressada, provocando problemas de relevância na saúde corporal!
Recentemente, tivemos um medicamento abundantemente usado para a terapia da obesidade e que causava problemas cardíacos graves, tendo sido por isto retirado do mercado. Isto ficou bem claro neste livro, em que se revela a crítica contundente que a medicina clássica faz às práticas da medicina alternativa, considerando-as como inúteis e de eficácia duvidosa.
Aqui mesmo, sentimos isto na própria carne, quando foi proibida a venda de lactobacilos por considerá-los inócuos, sendo que está comprovada a sua eficiência em casos de distúrbios por microorganismos (candidíase) intestinais e outras alterações.
Em realidade, não há medicina alternativa nem tradicional. Uma é o complemento da outra.
Quando professor visitante de nutrição da universidade de Harvard, fiquei impressionado com o grande número de cursos versando sobre medicina alternativa, que hoje corresponde a 55% dos tratamentos dos norte-americanos.
Aqui, infelizmente, as nossas autoridades médicas proíbem esta medicina, esquecendo-se de que algumas delas correspondem a séculos de prática e experimentação humana, com resultados altamente satisfatórios.
Recentemente, numa experiência, verificou-se que a oração, apenas ela, possibilitou a melhoria clínica significativa em pacientes cardíacos, conforme trabalho publicado numa revista de alto gabarito científico (Armais of Internal Medicine).
Infelizmente, as multinacionais se preocupam apenas em promover uma verdadeira lavagem cerebral em nossos colegas, lançando produtos muitas vezes cheios de problemas colaterais e efeitos indesejáveis.
Como magnífica borboleta desprendendo-se de um pútrido casulo, a nossa profissão brotou na magia, alcandorando-se logo a uma sublime postura divinal.
Mas o planger dos doentes jamais se modificou "curai-nos", "aliviai-nos" e o

médico se vê na obrigação de desempenhar o papel de homem-deus: de Imhotep ou de Esculápio, saindo da ilha Cós com a sua companheira, a Serpente, ou mesmo a de Cristo a pregar "vinde a mim vós que sofreis e sereis aliviados".
Escrevemos estas linhas porque, no final do livro, o colega assume uma posição de idealismo cristão em que enfatiza um princípio por demais exaltado por nós: "o conhecimento das doenças é que faz a medicina, mas é o amor dos doentes que faz o médico".
À beira dos leitos, irão aperfeiçoar nossas qualidades técnicas e nosso potencial humano, já que "nossos atos são sementes do destino semeadas aqui em nossa terra e colhidas na eternidade, um caminhar diríamos celestino para a nossa eterna felicidade".
Ao enfatizar a melhoria da relação médico-doente, ao insistir em que o aspecto mais relevante da medicina é o amor e carinho aos enfermos, o nosso Alex Botsaris se impregna de celsitude: "O homem que é bom de anjo possui o viso, e está um tanto ou quanto deificado, pois que se ele não adentrou o paraíso, o céu já terá nele entranhado!".
Caro Alex, o fecho de seu livro, pregando a intensificação do calor humano na relação médico-paciente, é um verdadeiro hino de amor à humanidade, diria mesmo uma obra de magnificência poética!
Daí pedir permissão para encerrar este comentário com esta ode sobre poesia e medicina:

É uma verdade nítida e serena
Que na poesia há muita medicina,
Já que ela e a todos rija terapia,
Mas medicina é quase só poesia,
Pois que só corações sensíveis e puros
Podem enfrentar doenças e toxinas!
São iguais em sua função o médico e o poeta,
Um pretende salvar o corpo humano,
Mas do poeta a tarefa, em sua essência,
E redimir a nossa alma lutuosa,
E mais que redimi-la é fazê-la
Digna de ser libertada e resgatada!
Rio, 16/7/01
Helion Póvoa Filho

Introdução

O ano de 1994 foi marcante para mim. Foi um tempo de muita dor, e de grandes mudanças. Em fevereiro, meu avô, Milton Weinberger, ortopedista e cirurgião, e minha maior referência como homem e profissional, sofreu um acidente vascular cerebral e faleceu. Perdê-lo me doeu fundo. Minha mulher, na época, estava grávida de um menino, e decidimos chamá-lo Milton, para que essa nova vida substituísse, ao menos em parte, o vazio deixado por meu avô. Meu filho nasceu prematuro, sem apresentar complicação alguma: não tinha membrana hialina, alimentava-se normalmente, sugava com força a ponta do dedo. Foi levado a um dos melhores serviços de terapia intensiva para neonatos no Rio de Janeiro, mas, no 1º dia de vida, morreu subitamente, sem causa aparente. Com o trauma dessas duas perdas, tão próximas, fui acometido por um brutal inconformismo. Quis buscar justiça, processar aqueles médicos, por imperícia e imprudência. Minha mulher Foi contra, e acabei concordando que isso não resultaria em benefício algum. Afinal, eles não tinham agido de má-fé, apenas aplicado à medicina que tinham aprendido, de princípios rígidos, incapaz de encontrar caminhos diferenciados para cada paciente.

Minha missão seria, portanto, muito mais complexa. Seria preciso investir, profundamente, contra a estrutura viciada da medicina. Passei a questionar, profundamente, certos valores e dogmas, e a descobrir como as pessoas estavam descrentes dela. Comecei a vê-la, em seu gigantismo atual, como um verdadeiro bicho pré-histórico, um "dinossauro branco”, cujos movimentos podiam ajudar ou lesar milhares de seres humanos. Ao mesmo tempo, sentia uma crescente necessidade de me manifestar, de lutar pelo que acredito, de escrever, em algum lugar, a mensagem que justificasse minha existência e que, de certa forma, explicasse a breve e sofrida passagem daquele pequeno ser pela Terra. Vencendo meu medo, decidi encarar o monstro, identificando seus principais problemas. Às vezes, era tomado por pensamentos angustiantes, como: "Quem sou eu, pobre médico da América Latina, para desafiar dogmas propostos por cientistas do Primeiro Mundo?" Mas, no meu trabalho de formiguinha, aos poucos fui descobrindo que não estava só: outros pesquisadores, em várias partes do mundo, e mesmo aqui, também questionavam pontos que me preocupavam.

E fui em frente, disposto a lançar-me nessa cruzada pela recuperação de valores

essenciais de minha profissão. Nos anos seguintes, minha cabeça fervilhou com histórias e idéias, e em 1998 lancei-me a campo, nas pesquisas e coletas de informações que resultaram neste livro.

Procurando Rumos

Na verdade, antes de minha tragédia pessoal, já me sentia um pouco "peixe fora d'água" no meio médico convencional. Minha insatisfação com a medicina vem de muito tempo e meus conceitos com relação à sua qualidade cada vez me parecem mais distantes daqueles que aprendi na faculdade. Desde meu ingresso no curso de medicina, em 1976, percebo que o conhecimento acadêmico precisa ser enriquecido, ampliado, discutido. Já no segundo ano, comecei a estudar medicinas tradicionais a homeopática, a antroposófica e a acupuntura. Achava que o médico tinha que ser informado sobre essas terapêuticas, para poder aconselhar seus pacientes. Esses estudos foram decisivos para minha vida profissional, norteando-me na difícil convivência com a morte e a doença.

Naquela época, o acesso às informações sobre essas medicinas era escasso e difícil. Recorri a grupos de estudo, freqüentei consultórios de acupuntura e homeopatia, importei livros enfim, envolvi-me arduamente na busca desses conhecimentos. Logo percebi que seria inviável conciliar a faculdade com todas essas frentes. Sempre fui excelente aluno, mas não tinha tempo para estudar profundamente tudo o que me interessava, mesmo reduzindo as horas de sono. Teria que optar por apenas um caminho, além da faculdade. Instintivamente, escolhi a acupuntura.

Hoje, imagino que o motivo real dessa opção se deva ao meu fascínio por esta milenar técnica terapêutica, que, para mim, preenchia requisitos indispensáveis: contribuiria para minha formação, como médico generalista, e ao mesmo tempo me aproximaria do trabalho de meu avô meu consultor em ortopedia, e entusiasmado aliado nesse meu interesse pela técnica chinesa. A acupuntura se preocupa com o indivíduo, como um todo, e tem grande aplicação nos problemas músculo-esqueléticos. A inserção de agulhas na pele pode ser comparada ao exercício do bom instinto invasivo que norteia o bisturi do cirurgião.

Enquanto continuava as atividades acadêmicas, aperfeiçoava minhas habilidades com as agulhas. No final dos anos 70, resolvia problemas comuns de saúde no meu círculo de amizade, depois os dos amigos dos amigos, e acabei conquistando um grupo de clientes cativos. Contando com uma pequena renda, aluguei um apartamento, em sociedade com outros colegas de faculdade. Ali

vivíamos, com intensidade, nossa fantástica aventura no mundo da medicina, trocando experiências, livros e idéias. Foi um período de grande crescimento profissional e pessoal.
No 6º ano da universidade, passei num concurso para estagiário do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital do Andaraí, e vivi os extremos da profissão: a necessidade de enfrentar a morte e outras situações dramáticas, tomando decisões difíceis e imediatas. Em seu embate quixotesco contra a morte, a terapia intensiva me fascinava tanto quanto a medicina chinesa, com sua obsessão pelo equilíbrio orgânico. Mas a tensão entre esses dois mundos, aparentemente heterogêneos aos olhos de meus colegas, era quase insuportável para eles. Virei personagem de chacota: sempre que surgia um caso complicado no CTI, um engraçadinho me sugeria: "Enfia uma agulha nele, Alex, pra ver se ele melhora." já os simpatizantes da medicina chinesa, estranhavam meus procedimentos invasivos, próprios de um intensivista, e não perdoavam: "Enfia um tubo no paciente pra ver se ele melhora!"
Na faculdade, acostumei-me a ser chamado, volta e meia, de "o bruxo". Conciliar meus conhecimentos, o que parecia impossível para eles, para mim nunca o foi. Estavam compartimentados, no cérebro, sem risco de se chocarem pelo contrário, se complementando. Sempre acreditei que a medicina fosse uma só. Na vida acadêmica, amarguei problemas maiores. Minha "dupla atividade" causou desconforto entre alguns professores patente, por exemplo, por ocasião da prova da residência para o Hospital do Fundão, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Aprovado em 4º lugar na prova teórica, para um concurso de 12 vagas na área de clínica médica, fui desclassificado numa prova prática ridícula, quando me foi solicitada uma palpação do baço e a percussão do tórax. Era o mesmo que pedir a um piloto de corrida que estacionasse um carro na vaga. Senti-me apunhalado pelas costas, rejeitado, inconsolável. Muitos colegas se solidarizaram comigo: a desclassificação fora inesperada, injusta, inacreditável. Percebi, naquele momento, que estava sepultado o sonho de seguir carreira acadêmica, teria que "dar a volta por cima", enfrentando e vencendo outros concursos.
Hoje, acredito que não haveria mesmo espaço para um médico com fama de "bruxo" no hospital universitário. Acabei por fazer residência no Hospital dos Servidores do Estado, na época com excelente padrão e maior flexibilidade para aceitar alguém com interesse em medicinas tradicionais. Passei num concurso do extinto Inamps, ocupando uma vaga no staff do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital da Posse. Continuei nos extremos da medicina: trabalhando no CTI, com uma equipe de grande qualidade, ao mesmo tempo em que participava da formação de um grupo de estudos que fundaria o Instituto de Acupuntura do Rio

de Janeiro, em 1985 atualmente, no gênero, uma das melhores escolas do Brasil.
Exercer livremente meu aprendizado, empregando os conhecimentos acumulados, exigiu-me tempo e paciência. Com o grupo, que contava com dois médicos recém-chegados da China, e os novos livros publicados em inglês, pelas universidades chinesas, fui me aprofundando e compreendendo melhor essa vertente da medicina. Nesse momento, fortaleceram-se em mim os vínculos entre o conhecimento acadêmico e o tradicional. Nessa época, tive um insight emocionante, que me remeteu à infância, quando, brincando na praia, cavava túneis na areia e meus dedinhos encontravam os da criança que cavara do outro lado. Era isso: estava feita a conexão definitiva entre os dois lados do cérebro, entre meus conhecimentos da medicina convencional e da tradicional. Restava apenas amadurecê-la.
Foi um processo muitas vezes penoso. Os primeiros dez anos do Instituto de Acupuntura marcaram passagens de grande importância para mim — a primeira viagem à China, por exemplo. Com uma bolsa do CNPq, fui fazer uma especialização chamada Curso Avançado de Acupuntura, vivendo nos hospitais chineses durante quatro meses e assistindo a tratamentos e a curas incríveis. Na época, era do staff do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HSE, e contei com a compreensão do meu chefe, o fantástico Dr. Adrelírio Rios, que me permitiu lançar-me nesta aventura que, fatalmente, mudaria minha vida. Voltei daquele país com novos conceitos e uma outra visão do modelo de medicina e de saúde pública.
Lá, além de presenciar a recuperação, pela acupuntura, de doentes com enfermidades sérias e de difícil terapêutica, alguns fatos me sensibilizaram profundamente, como o de um paciente paraplégico, sem nenhuma atividade motora residual, mexer as pernas durante uma aplicação de Qi Gong, e o uso quase universal de plantas medicinais no tratamento primário de problemas de saúde. Medicamentos de origem química só eram empregados em último caso, prescritos no hospital. A partir de então, mergulhei de cabeça no fascinante mundo da fitoterapia. Tão marcante foi minha experiência nessa área que mais tarde publicaria dois livros sobre o assunto.
Em 1991, fui colocado em disponibilidade pelo ministro da Saúde, Sr. Alceni Guerra. O desserviço por ele prestado ao país, tirando milhares de médicos, de forma desnecessária, de seus postos de trabalho, ao menos para mim foi vantajoso. Estava cada vez mais afastado da equipe do Serviço de D1P5 do HSE. Apesar de manter fones laços afetivos com meus companheiros, a separação seria necessária para que pudesse me aprofundar nos campos que mais me atraíam. De volta da disponibilidade, fui requisitado para o Programa Estadual de Plantas Medicinais, com o qual contribuí até meados de 1999.

O Livro

Sem anestesia procura investigar as razões para tantas distorções e desacertos, e encontrar as soluções mais adequadas. Perseguindo tais objetos, não poupa críticas aos responsáveis pelos equívocos apontados ao longo de suas linhas, nem teme dissecar a complexa trama do corporativismo da classe medica um cone na própria carne para então buscar os bons aspectos da medicina, como o do médico ao qual toda a família recorria em cega confiança, num passado não tão distante, e que hoje seria aquele que se preocupa em entender os processos que afetam sua prática, discute aspectos técnicos, científicos e filosóficos da ciência médica. O ponto inicial de sua investigação será, sempre, a relação médico-paciente, pois, a partir daí, todos os grandes problemas serão identificados.

E o que mostro, nestas páginas. O material básico utilizado são entrevistas, relatos, informações e estudos colhidos em palestras, artigos científicos e em diversas publicações. Pesquisas de campo foram desenvolvidas para identificar a visão de médicos e pacientes sobre os problemas atuais da medicina a partir de dados estatísticos que sustentaram as hipóteses apresentadas. Os relatos de histórias clínicas são verídicos, embora fictícios os nomes dos envolvidos.

Meu trabalho partiu, também, do pressuposto de que a saúde é um tema a ser discutido por toda a sociedade. Ela deve participar da definição de seus novos rumos, num grande movimento que envolva profissionais de diferentes áreas, com formas também diversas de pensar. Não é possível delegar decisões tão importantes a um restrito grupo acadêmico e aos interesses econômicos do setor.

Para lidar com o questionamento, amplo e complexo, da estrutura da medicina, dividi o livro em quatro partes. A primeira, "Do Outro Lado do Estetoscópio", trata da distância entre o universo do médico e o do paciente, e do que ocorre quando o primeiro vive a situação do segundo — como experimentei, por ocasião da morte de meu filho. Em "A Aventura da Medicina", investigo as origens da ciência médica, seus mitos e influências sobre a que é hoje praticada. Na parte que chamei de "O Dinossauro Moderno", discuto as grandes distorções e erros estratégicos da prática médica. "A Medicina do Futuro" propõe novas idéias para aperfeiçoá-la, como ciência e arte de curar.

Por fim, gostaria de frisar que, a despeito de ter me empenhado em revelar as

mazelas desse universo, ao qual pertenço, com orgulho e amor à profissão, não considero minha prática médica perfeita, nem inquestionável. E não critico a totalidade de meus colegas. Isso seria hipocrisia. Muitos adotam posturas mais humanas e sensatas, bem orientadas tecnicamente, não importando se adeptos de procedimentos alternativos ou convencionais merecem todo o meu respeito e admiração. Mas, infelizmente, não são a maioria. E existe, ainda, um expressivo número de bons profissionais que cometem distorções, na prática, não por má fé, mas por estarem inteiramente influenciados por conceitos equivocados. Este trabalho passou pelo reconhecimento de distorções na minha própria atuação profissional.

Quantas vezes fui obrigado a atender pacientes de forma rápida demais, configurando a "Síndrome do Médico Apressadinho"? Em outras, focalizei meu exame unicamente nas partes que os incomodavam, caracterizando a compartimentalização da medicina. E houve uma época, logo após minha formatura, em que eu desprezava os sintomas subjetivos dos meus pacientes, por haver aprendido que eram resultado "de sua imaginação".

Mesmo herdando essas distorções, vou tentando reciclar-me. Aprendi que o importante é desenvolver o senso crítico e a capacidade de aprender, dia-a-dia. Espero que o livro contribua tanto para o aprimoramento dos médicos preocupados em humanizar sua profissão como para motivar os pacientes para que lutem por uma medicina mais humana e de melhor qualidade que, afinal, é o verdadeiro significado da arte de curar.

PARTE I

Do Outro Lado do Estetoscópio

Pimenta nos olhos dos outros é refresco.
Dito popular

CAPÍTULO 1

Varrendo a Sujeira para Debaixo do Tapete

Meu filho Milton Botsaris nasceu de parto prematuro numa maternidade da Zona Sul do Rio de janeiro. Com 32 semanas, não apresentava complicação alguma, mas foi levado a um dos melhores serviços de terapia intensiva para neonatos. Começou a ganhar peso, estava bem. Mas a equipe desta UTI era intervencionista e iniciou um tratamento chamado nutrição parenteral. Perguntei a razão para aquele procedimento, já que a criança estava se alimentando normalmente por via oral, e me informaram de que esta era a rotina. Disseram-me que, dessa forma, as crianças ganhavam peso mais rapidamente e podiam receber alta em menor tempo.

Mas esse não é um tratamento destituído de complicações: que pode provocar problemas metabólicos, distúrbios eletrolíticos, alterações da coagulação e infecção. Quando cheguei para visitar o menino, no seu décimo dia de vida, fui surpreendido por uma algazarra na incubadeira. Depois de muito entra-e-sai, e de momentos angustiantes, informaram-me que meu filho morrera. A causa mortis, segundo os médicos, fora infecção generalizada. Desesperado, finquei o pé e disse que não aceitava o diagnóstico. Acompanhara meu menino dia a dia, já havia trabalhado com crianças em UTI e conhecia muito bem os sinais de infecção em neonatos. Concordamos em mandar o corpo de Milton para sua última prova neste mundo hostil: o exame de necrópsia. O resultado foi morte causada por infarto agudo do miocárdio, com ruptura de músculo papilar. Por outro lado, a criança não tinha qualquer anomalia cardíaca congênita que justificasse um infarto. Traduzindo: a morte fora em decorrência de algum fator que gerara um trombo ou que aumentara a coagulabilidade do sangue, o que resultara no entupimento de uma artéria coronária.

Isso significava que a conduta médica adotada falhara gravemente: eu estava à frente de um caso de iatrogenia, ou, em outras palavras, de uma situação na qual o tratamento médico é a causa da doença. Tinha ficado acertado que a equipe da UTI me procuraria com o resultado da necropsia para discutirmos melhor o assunto. Ninguém apareceu para me dar explicações. Também não voltei mais àquele lugar era doloroso demais mexer nessa ferida. Se o pequeno Milton tivesse nascido no interior, longe dos hospitais sofisticados, provavelmente teria sobrevivido. Sem nenhuma dessas abordagens agressivas e contando com o leite,

o calor e o carinho maternos, teria tudo para se tornar um adulto saudável. Mas, infelizmente, caíra nas mãos de uma equipe de UTI intervencionista, de um hospital super equipado, o que lhe custara a vida.
Nesse triste episódio, vimos que uma criança morre inesperadamente numa UTI neonatal de excelente padrão e não há preocupação da equipe médica em investigar a fundo a causa mortis. A estratégia foi empurrar um diagnóstico qualquer, como "infecção". Nesse caso, não aceitei as explicações e exigi a necropsia — o que é uma exceção à regra, pois a maioria das pessoas não gosta de submeter seus entes queridos a mais uma agressão. E o resultado, que a equipe da UTI ignorou, foi surpreendente. Como não voltei para questioná-la, foi cômodo deixar tudo como estava.
Continuo me perguntando se o que matou meu filho se repete com freqüência, nessa UTI, com outras crianças. Não sabemos, ao certo. Mas o pior é que não parece haver, por parte das equipes médicas, suficiente preocupação em apurar casos como este.
São vários os fatores que geram essa maneira de proceder. O mais óbvio é o pânico, por parte dos médicos, da ameaça de processos judiciais ou de outras formas de punição. Mas há ainda a complexidade da prática médica atual, que dificulta a implantação de sistemas de avaliação eficientes e, ainda, a tensão gerada pelo contato constante com a doença e a morte, as implicações econômicas de uma autocrítica mais severa os interesses do grande capital investido em empresas ligadas à área da saúde e mesmo a visão estreita gerada por um modelo científico excessivamente rígido. Por isso, apesar de ouvirmos falar, a torto e a direito, em erro médico, o fato é que apenas uma minoria insignificante de casos é reportada ou discutida sob o ponto de vista científico. Alguns, mais chocantes, ganham os jornais, levados por gente inconformada com a perda de familiares por erro ou negligencia médica, quando optam por intermináveis embates judiciais, quase sempre inglórios.

Separando o Joio do Trigo

Nunca havia reparado como pode soar estranha a discussão sobre o que presta ou não na medicina. No caso de meu filho, por exemplo, sendo prematuro, precisaria ser transferido para uma UTI neonatal. Por querer o melhor para ele, telefonei para alguns amigos médicos para pedir opiniões e ouvi conselhos como "não interne no hospital Y que não é bom", ou "chame o Dr. Fulano que é o melhor." Enfim, todos tiveram um conselho a dar, como que cientes de que determinadas escolhas seriam essenciais à preservação da saúde de Milton. Essas discussões traziam, claramente, a percepção da existência da divisão, ainda que

nebulosa, entre a "boa" e a "má" medicina e a necessidade de ser muito cuidadoso, para se proteger da "parte má".
Na hora, não atentei para a gravidade dessa ameaça. Se o mal existe, pensei, pelo fato de ser médico, minha família estaria imune a ele. Mas, após a dramática e curta vida do meu pequeno, ficou evidente como é quixotesca essa atitude onipotente. Reflexão, profissionais qualificados e um caro serviço de neonatologia não foram suficientes para neutralizar os males de uma medicina ruim. Uma questão passou a me atormentar: como identificá-la e ficar a salvo de suas terríveis garras? Esta me parecia uma pergunta sem resposta. Depois de o mal surgir no meu quintal, passei a vê-lo infiltrado por toda parte, e eu já não sabia como evitá-lo.
Ficou patente, nesse triste episódio, que a própria corporação médica tem uma percepção exata de que algo vai mal no seu universo, e que acredita que a solução para o problema está personificada nesse ou naquele especialista, ou numa determinada equipe, ou num hospital. Mas a dura realidade dos fatos nos mostra que está cada vez mais difícil separar o joio do trigo.
A história de meu filho que veio ao mundo para viver apenas dez dias gera questionamentos filosóficos e práticos. Podemos tirar mais um importante ensinamento dessa tragédia: uma grande distorção na medicina moderna, que chamo de "Síndrome da Sujeira Varrida para Debaixo do Tapete", um movimento de ocultar problemas decorrentes da prática médica, de forma consciente ou inconsciente, pelo próprio profissional, sua corporação, ou mesmo pela equipe de saúde. Isso ocorre de várias formas: minimizando-se as queixas dos pacientes, negando-se evidências, fazendo corpo mole para mexer nos podres e, principalmente, evitando-se a instalação de sistemas eficientes de avaliação da qualidade da medicina.
Os privilegiados de nossa sociedade costumam pensar que graves problemas de saúde são enfrentados desembarcando-se, de um jatinho, no Instituto do Coração, em São Paulo, ou em algum hospital famoso nos EUA. É cerro que o In cor é um grande hospital e que nos Estados Unidos há excelentes centros médicos. Mas a tecnologia ou as aparências não são a resposta para todas as dificuldades geradas pela doença. Mesmo procurando uma solução aparentemente ideal, pode-se esbarrar na tal '"medicina ruim".
Foi exatamente o que descobri, da maneira mais dolorosa. A morte de Milton gerou em mim um grande sentimento de impotência e de responsabilidade. Como médico, onde falhara? Tinha certeza de que havia escolhido uma UTI do melhor padrão e subitamente veio, como que jogado na minha cara, aquele diagnóstico de infarto do miocárdio num bebê de dez dias. Tanto esforço para buscar o melhor e descubro que por trás de toda a aura de competência que

cercava a equipe que o tratava lá estava a "Síndrome da Sujeita Varrida para Debaixo do Tapete". Comecei a entender, então, que não há como escapar das ciladas da má medicina sem lutarmos para modificá-la, como um todo, de forma profunda e cirúrgica.

Do Outro Lado do Estetoscópio

É interessante notar como, muitas vezes, só percebemos certas coisas quando elas nos afetam de forma pessoal. Em se tratando de médicos, geralmente eles só percebem o drama do paciente exposto às limitações da medicina quando, por obra do acaso, passam para a outra extremidade do estetoscópio. No papel de doente, deparam-se com a angústia e o medo normais do ser humano à mercê de uma medicina impotente ante o desconhecido e o imprevisível. Isso pode ser ainda mais assustador quando existem sintomas subjetivos desprezados pela prática médica e o paciente fica sem explicação para o que está sentindo. O fato é que, nessa posição, numa situação grave, o profissional passa a conviver com toda a gama de sentimentos contraditórios vividos por seus clientes.

Essa situação foi mostrada de forma magnífica pelo ator William Hurt em Um golpe do destino. No filme, ele faz o papei de um famoso cirurgião cuja postura era fria e objetiva, como se a medicina fosse ciência exata. Acometido de um câncer de laringe, que afetara sua voz, o médico passa pelas dificuldades que subestimara em seus pacientes, o que provoca uma drástica mudança no seu comportamento: começa a compreender a origem e a essência do sofrimento de quem procura um médico, e exige dos alunos que experimentem trocar de posição para não se tornarem médicos frios e distantes como ele fora até então.

No episódio que culminou com a morte do meu filho, ocorreu um processo semelhante. Já nessa época sentia-me insatisfeito com muitos aspectos da medicina, como contei, e tudo o que passei reforçou meus sentimentos. Vi-me impotente e frustrado, limitado a acompanhar a dura rotina diária da UTI neonatal, sem concordar com as decisões tomadas. Não houve preocupação da equipe médica em me informar antecipadamente sobre suas decisões, cm explicar claramente os motivos nos quais elas estavam fundamentadas, ou em tentar aliviar a angústia que me atormentou com o fim inesperado do meu filho.

Ao final dos fatos, explodi num turbilhão de sentimentos que variaram do ódio e da revolta ao desejo profundo de mudar um injusto sistema de cuidar das pessoas. Nada como ficar do outro lado do estetoscópio para reavaliar conceitos e valores da medicina. Dor não combina com racionalidade. E impossível pretender que alguém seja lógico quando seu universo psíquico está tomado por uma dor infinita. Com o passar do tempo, ela foi sendo substituída por idéias que

me obcecavam, dia e noite. Fui anotando todas e aos poucos encontrando respostas para questões que me atormentavam. A medicina estava tão impregnada de verdades e dogmas que deixara de se preocupar com o que se passava na cabeça e no coração dos pacientes, Tornara-se excessivamente técnica e cartesiana, negando seus aspectos irracionais e mágicos. Passei a ver o quanto é praticada sem um controle de qualidade eficiente, sem a existência de um fórum para onde se possa levar críticas, com liberdade, e a perceber uma tendência à acentuação desses problemas. Tudo isso, a meu ver, propiciando uma queda crescente na qualidade de seu exercício e no surgimento de freqüentes erros estratégicos na conduta médica.

Iatrogenia, Doença em Expansão

Há muito tempo é sabido que as intervenções médicas podem causar um mal maior que a doença em si. Hipócrates já recomendava que o médico procurasse evitar esse equívoco ao prescrever um tratamento. Com o surgimento de especialidades e super especialidades, a introdução de técnicas sofisticadas nas novas áreas da medicina, o aumento de procedimentos invasivos, o aparecimento de muitas drogas no mercado, houve um aumento significativo dos casos de iatrogenia. Isso também é reflexo de fatores negativos como o tecnicismo, a falta de humanidade e o privilégio do capital que, afinal, provocaram o adoecimento da medicina. Ela própria reconheceu a gravidade do problema ao criar um termo para designá-lo, embora ainda não tenha instituído um sistema adequado para aferi-lo, nem vem tomando providências para reduzir sua incidência.

É faro relevante a inexistência de qualquer método de avaliação estatística para aferir a freqüência da iatrogenia, não só no Brasil como nos países do Primeiro Mundo. Por trás disso existe o pânico generalizado, na classe médica, de que essa preocupação possa se reverter contra ela, em ações judiciais impetradas por pacientes prejudicados por seus tratamentos. Processos por responsabilidade médica crescem em todo o mundo, o que pode refletir tanto um aumento da iatrogenia como um novo comportamento do paciente, mais exigente com relação ao profissional escolhido para tratá-lo.

O Dr. Daniel Taback, oncologista do Inca, no Rio de Janeiro, manifestou sua preocupação afirmando que uma boa relação médico-paciente poderia reduzir o número de ações judiciais contra médicos, "primeiramente por implicar na diminuição dos próprios casos de iatrogenia, já que a melhor qualidade dessa relação reduz a margem de erros da avaliação médica". Se existe um bom diálogo entre eles, avalia Taback, e as decisões são tomadas em conjunto, o paciente, mais bem informado dos riscos do tratamento, aceita com mais

naturalidade as eventuais complicações que possam surgir.
Este é um dos melhores médicos que conheço: alia ao seu extensíssimo conhecimento técnico, a humanidade e humildade em lidar com as limitações e dificuldades da prática cotidiana. Por outro lado, ele trabalha em oncologia, um dos ramos onde a iatrogenia costuma ser um sério problema, em virtude da toxicidade dos medicamentos anti-câncer. Ao ser perguntado sobre um possível aumento desses casos, confirma: "A documentação médica não é boa, nem a qualidade das avaliações médicas, e tampouco o conhecimento dos fenômenos que levam à iatrogenia." Para ele, já há uma percepção geral de que esse fenômeno está aumentando e que faltam meios eficientes para avaliá-lo em profundidade.
A falta de parâmetros para lidar com a iatrogenia transforma-a num mito. Isso reforça a percepção por parte da população de que os procedimentos médicos são excessivamente agressivos e "podem prejudicar a saúde". Como conseqüência, há uma piora da imagem da própria medicina, e da relação médico-paciente de uma forma geral. Todos sabem que as coisas não vão bem: ouvem-se histórias de vizinhos, parentes e amigos prejudicados por tratamentos. Estamos num ambiente gerador de frustrações e desconfianças. Não importa quanto merchandising se faça na promoção das instituições e serviços ligados à saúde: a forte percepção da ameaça causada pela iatrogenia mobiliza a sociedade, cada vez mais, e ela já clama por soluções.
Meu pequeno Milton foi mais uma das milhares de vítimas anônimas desse problema aqueles infelizes que não aparecem em nenhuma estatística. Caso eu não tivesse intercedido, questionando a equipe médica e insistido na necrópsia, seu diagnóstico verdadeiro nunca seria conhecido, e ficaria no que está escrito no atestado de óbito: "Septicemia conseqüente a parto séptico."
O Dr. Alexandre Carvalho, pneumologista radicado em Dallas, no 'Texas, concorda com Taback: a iatrogenia certamente aumenta por não existirem instrumentos adequados para avaliá-la e, assim, evitá-la. Porém, acredita que há mais razões para isso, como a maior sobrevida de portadores de doenças crônicas ou de difícil manejo, como diabetes, câncer e AIDS. Explica ele que esses doentes, atualmente, vivem mais tempo, e são submetidos, cada vez mais, a recursos invasivos e sofisticados, aumentando-se muito as chances de ocorrerem complicações. Carvalho entende que uma avaliação global da iatrogenia não acrescentará dados importantes, por compreender problemas heterogêneos como a má prática médica e as reações inesperadas às drogas. Mas, na posição de paciente, gostaria de ser mais bem informado sobre os riscos de certos tratamentos.
O Dr. Alexandre é um grande amigo e temos intimidade para discutir temas

dessa natureza. Estudávamos juntos quando ele fez a prova do Consulado Americano, que lhe permitiu exercer a medicina nos Estados Unidos. Conhecida por VQE, é uma prova difícil e poucos conseguem vencê-la. Contando com meu incentivo, e com muita força de vontade, Carvalho conseguiu não só ser aprovado como é hoje um dos especialistas mais respeitados de Dallas. Portanto, quando ele me diz: "Você gosta de objetivos ideais, de perfeccionismo, mas o ideal não existe", respondo que o mundo globalizado exige perseguir metas que estão, no mínimo, próximas ao ideal.

Por que a iatrogenia não é avaliada? Simplesmente porque não há, ainda, metodologias que tornem isso possível, e nem se vê, nas instituições médicas ou órgãos de saúde pública, uma real vontade de fazê-la. Esse é um ponto fundamental para revertermos uma situação que pode vir a se tornar dramática. Os colegas que entrevistei concordam com Taback e Carvalho sobre o aumento da iatrogenia, mas não crêem ser tarefa simples avaliá-la e controlá-la, ou mesmo não parecem preocupados, suficientemente, com isso. Para resolver o problema, seria necessário tornar públicos os podres da medicina, varrer para fora, afinal, a sujeira que se amontoa sob o tapete.

Há um excessivo foco na medicina americana, por pane dos médicos brasileiros, e, como os Estados Unidos não estão tão mobilizados para o problema quanto algumas sociedades européias, nossos profissionais preferem ignorar que já há muita gente preocupada com a questão. O grupo Human Pharmacology Work Group (AGAH), integrado por representantes dos ministérios da Saúde de vários países, como da Suíça e da Alemanha, desde 1997 levanta dados para avaliar casos de iatrogenia originados por procedimentos médicos e prescrição de drogas, incluindo os anestésicos. Segundo um resultado preliminar publicado em O Globo, em 2 de agosto de 1999, cerca de 25 mil pessoas morrem vítimas desse mal, só na Alemanha. O AGAH ainda mostrou que esse número corresponde a três vezes o de vítimas de acidentes de trânsito.

Cabe ainda comentar que a medicina alemã é muito menos agressiva e intervencionista que a americana, ou a brasileira, o que pode significar que o problema pode ser muito mais sério entre nós.

Mais Entulho sob o Tapete

Podemos relatar incontáveis fatos nos quais ocorreram graves falhas médicas, algumas por puro descaso, como exemplifica o que ocorreu numa UTI de um grande hospital carioca, em 1998, no qual um auxiliar de enfermagem executava pacientes terminais injetando neles cloreto de potássio ou desligando seus respiradores, sem que a equipe médica percebesse. O caso estourou nos jornais, descoberto por uma simples faxineira. Suspeita-se que tenham sido executadas

cerca de 100 pessoas, num período pouco superior a um ano. Nunca ninguém se dera conta de que algo errado acontecia ali, sob o nariz de tantos profissionais!
Caryle Hirshberg e Marc Ian Rarasch, autores do livro Curas extraordinárias, que trata do levantamento de casos de câncer que tiveram cura espontânea (inclusive a do próprio Marc), nos Estados Unidos, relatam que ficaram intrigados, durante a pesquisa feita em hospitais, com a indiferença dos médicos a respeito desses fatos. Esse é o motivo da inexistência de estatísticas sobre essas ocorrências, afirmam. Outros estudiosos garantem que essas curas são fenômenos raros, algo como um caso para 100 mil doentes, mas Hirshberg e Barasch acreditam que a freqüência é muito maior. Atentar para fatos dessa natureza é uma forma de se obter informações valiosas para o desenvolvimento de novas armas para o tratamento da doença — dados que acabam perdidos sob essa atitude pouco científica.
Estas são outras formas de se "jogar a sujeira para debaixo do tapete". Não é coerente nem científico tratar assuntos dessa relevância com tanto desinteresse, mas é o que ocorre, como conseqüência da mentalidade, que prevalece nos meios médicos, de ocultar informações incômodas e polêmicas.

A Busca de Novos Caminhos

Se a sociedade se conscientiza desses problemas, mesmo sem dispor de informações suficientes, reage procurando outros caminhos: as chamadas medicinas alternativas. Nos Estados Unidos, houve um aumento de 30 para 55% das consultas pagas, no sistema de saúde, na área de medicina alternativa, nos últimos dez anos, segundo a revista médica JAMA. A população anseia por uma medicina menos agressiva.
O movimento de resgate das "alternativas" cresce no mundo todo, não só nos Estados Unidos. É comum se ouvir dos pacientes que eles não querem tomar determinados medicamentos para não se intoxicarem, ou que não desejam ingerir substâncias químicas que se acumulam no corpo. Apesar de certo preconceito a respeito disso, e de concepções errôneas, isso reflete a percepção de que a medicina convencional está contaminada por conceitos e atitudes equivocadas.
Portanto, para melhorar a qualidade da prática médica, é preciso promover uma profunda reforma conceitual, uma faxina cm regra nos seus parâmetros e formas de atuação: rediscutir os modelos, repensar o papel do médico, melhorar sua formação e eliminar conceitos antigos e limitantes.

Conclusões

A medicina pratica muitos equívocos, não esclarecidos, na maioria das vezes, pois não há eficientes sistemas de apuração da sua qualidade.
Há uma tendência a ocultar problemas, o que gera a "Síndrome da Sujeira Debaixo do Tapete". Com isso, muitos deixam de ser identificados e a qualidade da medicina cai, de forma progressiva.
Separar a "boa" da "má" medicina, e descobrir como evitar a segunda, é uma necessidade absurda, mas que resulta desses problemas.
A queda da qualidade da medicina leva ao aumento da iatrogenia situações onde os tratamentos prejudicam a saúde ao invés de melhorá-la. Apesar de haver indícios do aumento significativo desses casos, não há nenhuma abordagem científica para quantificar o problema nem para procurar soluções.
Na medicina européia, há mudanças sensíveis nessa concepção, com as primeiras ações para se medir a iatrogenia, através do grupo AGAH. Os resultados preliminares foram preocupantes, incluindo-a entre as principais causas de mortalidade no mundo atual.
A medicina precisa passar por profundas reformas estruturais e conceituais. Isso exige mudanças de paradigmas, discutindo-se o papel do médico na sociedade, revendo-se o modelo econômico, melhorando a formação médica e propondo novas estratégias científicas.

CAPÍTULO 2

O Enigma da Qualidade

Uma boa maneira de saber se os avanços tecnológicos da medicina estão na direção correta é avaliar a qualidade dos seus serviços, através da opinião do usuário do sistema de saúde: ele está satisfeito? Sua resposta é fundamental para que saibamos, exatamente, em quais aspectos ela precisa melhorar, e por quê. Mas temos que levantar outra questão: sob quais parâmetros analisá-la? Como vimos, a medicina praticada entre nós não se preocupa em avaliar sua qualidade, no que diz respeito ao usuário. As informações disponíveis são colhidas pelos médicos, a partir de seu próprio conceito de qualidade, ou através da abordagem superficial dos pacientes, quando questionados sobre pontos como cumprimento de horários de consulta etc.

Ao escrever este livro, eu não tinha conhecimento de pesquisas dessa natureza. Mas, como muitos, sei das forces evidências da insatisfação generalizada com relação aos serviços de saúde. Na prestigiada revista JAMA, encontrei números significativos com relação ao aumento da procura por consultas em terapias alternativas nos Estados Unidos, de 30%, em 1990, para 55% em 1999. A publicação, porta-voz oficial de Associação Médica Americana, chamou a atenção para o que isso representa: um protesto do usuário contra o modelo vigente. A Alemanha, por exemplo, experimenta uma mudança crescente no mercado farmacêutico, com fitoterápicos conquistando fatias cada vez mais expressivas no mercado, ao longo dos últimos anos, estando atualmente na faixa de 38%. Um estudo sobre a medicina alternativa nos Estados Unidos, conduzido por Eisemberg e seus colaboradores, e publicado em 1993, no New England Journal of Medicine, estima que em 1990 os americanos gastaram 13,7 bilhões de dólares em consultas com médicos alternativos, sendo que 10,3 bilhões foram pagos do próprio bolso.

Para dar suporte às críticas que gostaria de fazer neste livro, necessitava de avaliações ainda mais objetivas. Decidi contratar uma pesquisa especial para avaliar a situação no Rio de Janeiro. Apesar da limitação geográfica, seus resultados foram bastante expressivos, justificando uma análise detalhada. Somados ao que se vê e sabe, no dia-a-dia: os dados não deixaram dúvidas: é preciso, urgentemente, corrigir muitas coisas.

A Qualidade da Medicina no Rio de Janeiro

Na pesquisa realizada em maio de 1998, pela Faculdade de Comunicação Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 400 pessoas foram ouvidas o que é uma amostragem estatisticamente significativa da população carioca. Quando perguntados sobre seu nível de satisfação com relação à qualidade da medicina, os entrevistados responderam, na sua maioria, com objetividade: 14,2% disseram que estavam satisfeitos, 83,6% que estavam insatisfeitos, e 2,2% não souberam opinar.
Quando questionados sobre o porquê da insatisfação, apontaram segundo a tabela abaixo.

Percentagem	**Motivo geral**	**Motivos específicos**
25,8%	Custos elevados da medicina	25% custos elevados da medicina em geral
		0,8% Custos elevados de consultas e medicamentos
25,6%	Toxicidade e efeitos adversos de medicamentos	22,6% drogas são muito tóxicas
		1,4% drogas causam muitos efeitos colaterais
		0,6% drogas curam umas doenças, mas causam outras
		0,4% drogas possuem efeitos excessivos
		0,4% drogas possuem muita química artificial
		0.2% drogas deixam resíduos tóxicos no corpo
24,2%	Má qualidade dos médicos	18,4% médicos

não		
	E do atendimento	dedicam suficiente
		Atenção aos pacientes
		qualidade da consulta médica está muito ruim
		qualidade da formação do médico está muito ruim
		médicos não têm consideração pelos pacientes
		médicos erram muito
4,6%	Deficiências do setor público	0,8% faltam equipamentos nos hospitais públicos
		0,8% hospitais públicos estão em péssimo estado
		0,6% faltam médicos e profissionais da saúde nos hospitais públicos
		0,6% excesso de filas para o atendimento
		0,4% acesso a atendimento no setor público é difícil
		0,2% poucas verbas para saúde
		0,2% equipamentos dos hospitais públicos estão

quebrados
0,2% falta de atenção à saúde pública
0,2% equipamentos dos hospitais públicos estão obsoletos
0,2% muita burocracia na saúde
0,2% fraudes no setor público

É claro que, no Brasil, existem muitos fatores, relativos à ineficiência do setor público, que podem contribuir para esses resultados. Analisando-se os dados é possível separar os que relatam queixas contra o setor público dos que reclamam da medicina de uma forma geral. Nessa avaliação, vemos que apenas 4,6% tem críticas específicas contra o setor público, contra uma expressiva maioria que aponta problemas básicos, que são abordados neste livro.

Por outro lado, é evidente que a maioria dos insatisfeitos (53,4%) reclama de questões relativas à falta de atenção dos médicos, má qualidade do atendimento, tratamentos ineficazes, entre outros pontos. A pesquisa ainda nos possibilitou entender que as queixas contra os custos da medicina (25,8%) vêm dos constantes aumentos dos preços dos seguros de saúde e dos medicamentos.

Alguns usuários do sistema de saúde conseguem perceber falhas específicas e apontá-las, como o surgimento de especialidades em excesso, substituindo o bom clínico geral; a falta de personalização nos tratamentos e mesmo a solicitação de tantos exames complementares em substituição a consultas clínicas mais acuradas. Todos esses problemas são conseqüência de erros conceituais e de estratégia, como a falta de humanidade, a compartimentalização excessiva, a indiferença às queixas subjetivas do pacientes e a invasividade.

Para entendermos melhor esse cenário, poderíamos avaliar o que acontece em outras áreas, como no comércio e na indústria. Atualmente, há consenso sobre a necessidade de se programar o desempenho das empresas, a partir da avaliação da opinião de quem consome seus serviços.

Modelos de Eficiência e Qualidade

A medicina é pobre cm modelos de qualidade, por isso, a única solução seria

pegar emprestados os que estão sendo empregados com sucesso nessas outras áreas que lidam com métodos e processos, como setores de produção de bens e serviços, que utilizam, por exemplo, como referência paradigmática de qualidade total, a metodologia Seis Sigma.

Seis Sigma é uma avaliação probabilística de ocorrência de erros em processos, definida graficamente como uma curva em forma de sino, que, por semelhança com a letra grega, é chamada de sigma. O número que precede a letra traduz o nível de controle das variáveis — que determinam o controle do processo. A área da curva representa a probabilidade de ocorrerem erros (ver gráfico na p. 48). A metodologia permite aperfeiçoar processos de produção até atingir a meta de 3,4 defeitos por um milhão de oportunidades, ou seja, um índice de acerto de 99,9997%, como o obtido no programa de qualidade dos produtos da empresa Motorola. Contudo, chegar a esse resultado não é fácil. É preciso estudar um grande número de variáveis e instalar sistemas eficientes para o seu controle, utilizando-se uma metodologia própria.

Para a medicina, adotar um método Quatro Sigma com nível de exigência menor que o Seis Sigma, mas traduzindo índice de qualidade acima de 99% seria um ganho monumental. Considerando-se a complexidade da matéria, a diversidade de processos e o número de variáveis envolvidas, atingir essa meta já seria um grande desafio. Para isso, seria necessário dispender anos em treinamento, controle de processos e melhora de qualidade no atendimento, para que fosse possível se efetuar mudanças conceituais que levassem a um bom nível de satisfação. Sem isso, a medicina corre o risco de não melhorar, e até de piorar, ao longo dos anos.

Um outro ponto a ser revisto é a relação entre custo, agregação de tecnologias e qualidade. Enquanto à medicina são agregados recursos tecnológicos numa velocidade alucinante, seus custos crescem e a qualidade cai. Em qualquer outro setor da economia, isso já teria resultado em auditorias, mudanças de rumo e questionamentos de resultados, por serem provas irrefutáveis de ineficácia e aplicação equivocada de tecnologia. Mas, como na área médica não existe uma avaliação de qualidade, e não há controle da inter-relação desses fatores, nada se faz nesse sentido.

Para se fazer uma profunda análise da saúde pública, é necessário incorporar mais dados às avaliações que já existem como a da mortalidade infantil, da expectativa de vida e da incidência de diversas doenças. O ideal seria que os sistemas de avaliação estivessem mais focados no bem-estar do usuário, ao invés de se basearem apenas em índices clássicos como os de mortalidade infantil e de expectativa de vida. Considerando a definição de saúde adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "o bem-estar físico, psíquico e

social", seria construtivo contar com um índice de satisfação com a medicina ou, no mínimo, um índice de ocorrência de iatrogenia. O usuário do sistema de saúde, com certeza, agradeceria.

Conclusões

Há fortes evidências da insatisfação com a medicina, em vários locais do mundo, especialmente na Europa. Os Estados Unidos registram, em seu sistema de saúde, um aumento de 30 para 55% na procura por consultas em terapias alternativas.

A pesquisa da Faculdade de Comunicação Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, feita em maio de 1998, ouvindo 400 pessoas, mostrou que 86,3% estavam insatisfeitas com a medicina, de uma forma geral.

Na mesma pesquisa, 25,8% se queixaram dos custos dos serviços médicos, 25,6% afirmaram que os medicamentos são tóxicos ou que os tratamentos são agressivos e 24,2% lembraram a desatenção dos médicos para com os pacientes.

Mesmo adotando tecnologias de ponta, a qualidade da medicina vem caindo, proporcionalmente ao aumento de seus custos. Isso é uma evidência clara da aplicação equivocada da tecnologia.

E preciso criar novas bases de dados para se avaliar, de forma mais eficiente, a satisfação do usuário com o sistema de saúde, os custos da assistência médica e os índices de iatrogenia talvez a metodologia Seis Sigma.

PARTE II

A Aventura da Medicina

A vida é tão curta, a arte demora tanto a ser aprendida, as oportunidades desaparecem rapidamente, a experiência é enganosa e as decisões difíceis de tomar.
Primeiro aforismo de Hipócrates, pai da medicina

CAPÍTULO 3

A Ciência Médica: um Modelo Obsoleto

Discutir a qualidade da medicina e identificar seus equívocos é um enorme desafio. Quando comecei a pensar sobre o assunto, passei a conversar com pacientes e colegas, e a ler tudo que abordasse o tema. Ao me deparar com informações interessantes, anotava. Precisava definir um ponto de partida para o trabalho. A medicina, em seu gigantismo atual, me parecia mesmo um dinossauro branco. Desejando evitar que mortais indefesos continuem a ser pisoteados por ele, acreditei ser um bom começo observar suas patas e tentar torná-las menos perigosas. As patas do dinossauro da medicina são a base conceitual da ciência que sustenta todas as ações terapêuticas. Se há erros aí, é certo que toda a estrutura médica será afetada. Para entrarmos neste tema polêmico, precisamos discutir a própria estrutura do conhecimento médico.

O Conhecimento Médico

A medicina nasceu da união entre conhecimentos empíricos, aspectos culturais e a contribuição de diversas ciências, e essa diversidade de origem resultou em conceitos bastante heterogêneos. A dificuldade maior é se criar um sistema gerenciador para lidar com essa miscelânea de conceitos. Conhecê-los bem é fundamental para discutirmos outros aspectos e entender os erros estratégicos.

Conhecimentos empíricos são os que não possuem uma comprovação científica. Diversas técnicas utilizadas na medicina derivaram de descobertas geradas pelo processo cultural. Por exemplo, a vacinação contra varíola, que foi "inventada" pelo médico Edward Jenner (1749-1823), na realidade era conhecida das populações rurais de Gloucester, assim como de outros locais da Europa. Pessoas que trabalhavam com gado já haviam percebido que quem se infectava com o vírus da vacinia1 não contraía varíola. Jenner, que adquirira uma propriedade rural na região, soube disso através de uma ordenhadora de vacas. Colheu, então, um raspado das lesões bovinas e apresentou-o ao meio médico londrino, inoculando-o em si e em seus familiares, e provando sua resistência à varíola. Posteriormente, o método foi comprovado cientificamente.

Muitas outras práticas nasceram dessa forma, como, por exemplo, a cirurgia.

Durante anos, ela foi desenvolvida por barbeiros os "barbeiros cirurgiões que drenavam abscessos, retiravam cistos e outras coisas simples. Os médicos da época limitavam-se a fazer as amputações, cuja origem também foi empírica. Até meados da década de 40, a maior parte dos tratamentos foi aperfeiçoada dessas descobertas leigas. Até hoje, algumas são introduzidas na medicina, ou no contexto sociocultural, para depois serem comprovadas cientificamente. O mesmo aconteceu com a acupuntura, surgida há milênios.

Portanto, a prática da medicina ê recheada de empirismo. Quando um médico prescreve um medicamento, não sabe se o paciente vai reagir bem a ele ou sofrer efeitos colaterais. Agimos por tentativas. Somos experimentadores. Ministramos o remédio sem ter certeza quanto aos resultados. Fazer prognósticos precisos, às vezes, é impossível. Por outro lado, é bastante provável que nunca consigamos eliminar completamente o empirismo, por mais que a ciência avance. Isso porque, nesse universo, a complexidade e a dependência de fatores aleatórios são enormes. Vamos ver a questão sob dois aspectos essenciais: o processo cultural e o desenvolvimento científico.

Processo Cultural

Antes de ser ciência, a medicina é uma função essencial na organização dos grupos humanos. Desde que as civilizações mais rudimentares se organizaram socialmente, houve necessidade de que alguém assumisse a tarefa de curar as pessoas, auxiliando-as a lidar com a dor, com a incapacidade física e com a angústia frente à doença e à morte. Por isso, todos os povos, atuais ou antigos, desenvolvidos ou primitivos, têm um sistema médico. É comum, nos mais primitivos, que uma mesma pessoa acumule as funções de líder religioso e "médico". Caso dos xamãs, dos pajés das nossas tribos indígenas, dos druidas das civilizações antigas européias, dos curandeiros e feiticeiros das tribos africanas e da Oceania. Essa junção de líder religioso e médico vem da relação da morte com a saúde e da atribuição divina dos poderes da cura. Sociedades mais avançadas e organizadas, como a chinesa, a indiana, a judaica, a persa, a grega e a romana, já diferenciavam médicos de líderes religiosos. É interessante constatar que, mesmo na atualidade, em grupos socialmente desassistidos, sem acesso a sistemas de saúde, alguém assume a função de doutor, de "curador". Temos aí os raizeiros, as rezadeiras e os representantes de algumas religiões, como os médiuns do espiritismo, da umbanda, e os pais de santo do candomblé. Antes de ser ciência, a medicina tem uma origem mística, fruto de necessidades do inconsciente coletivo.

Sempre que temos um médico atendendo alguém, estabelece-se um contexto

mágico que transcende a questão científica. Isso dá a sua atividade dimensão e responsabilidade comparadas apenas ao que se passa num confessionário. Não só o paciente se despe frente a ele como se revela emocionalmente, solicitando, mesmo inconscientemente, o auxilio de uma força "sobrenatural" para vencer o obstáculo aparentemente intransponível da doença. Nesse momento, entra-se num universo paralelo extremamente amplo. É como se cada xamã, pajé ou druida, enfim, todo o contexto simbólico da atividade médica, associado ao conhecimento científico e tecnológico, estivesse presente no instante da consulta, sintetizados na figura do médico. O processo cultural determina como as pessoas interpretam a morte, a doença e os diferentes tratamentos. A atuação do médico, e mesmo a própria evolução científica e tecnológica do sistema, depende deste arcabouço conceitual e simbólico.

Quando, por exemplo, um paciente ingere um comprimido de digoxina para tratamento de sua insuficiência cardíaca, todas as fases dessa complexa interação estão presentes. No processo cultural das populações da antiga Europa, o conhecimento médico foi estruturado em torno dos druidas, que detinham a responsabilidade dos rituais religiosos e de cura. Eles sabiam que o uso da dedaleira era bom nos casos de fadiga, falta de ar e edema. Muito mais tarde, uma curandeira que herdara esse conhecimento o passou para um médico, que começou a utilizá-lo e relatou os resultados a seus colegas. Posteriormente, a planta foi estudada, e os glicosídeos cardiotônicos isolados, incluindo a digoxina. Esta substância se transformou numa das principais drogas usadas na insuficiência cardíaca, ainda hoje.

Conhecimento Científico

A medicina moderna começou a incorporar, no final do século XVIII, o método científico clássico, com experimentação e comprovação. No século XX, com a introdução da estatística e de outras sofisticações, ela teve um enorme avanço tecnológico. Na formação das bases científicas atuais, temos um incrível mosaico de conhecimentos biologia, anatomia, química orgânica, farmacologia, genética, psicologia e fisiologia. Esta última área surgiu a partir da união de todas as outras, e trouxe novos dados ao cenário médico, como a hidrodinâmica, utilizada para descrever as funções do sistema cardiovascular; a dinâmica dos gases, que auxiliou a compreensão da fisiologia do pulmão; e a física dos sólidos em solução, que auxiliou na criação da biofísica. Mas era preciso entender a doença, e daí nasceu a patologia, ciência materialista e descritiva que detalha as lesões orgânicas. Dela, surgiu a fisiopatologia, que explica o funcionamento errado do corpo, que gera a doença; e ainda a etiologia, que investiga sua causa

Mais recentemente, agregaram-se conhecimentos de outras áreas, ainda mais variadas. Nos exames por imagem, por exemplo, têm sido empregados conceitos de engenharia, informática e até da física quântica. No campo das próteses, noções de metalurgia e inovações da tecnologia dos plásticos. Informações no campo da eletricidade e da eletrônica são essenciais à realização de exames e tratamentos que vão do eletrocardiograma ao mapeamento cerebral. E técnicas de biotecnologia são utilizadas em genética, endoscopia, cirurgia endoscópica e laparoscópica, órgãos artificiais ou transplantados, microcirurgia, cirurgias empregando laser. Esta multiplicidade de conhecimentos e a agregação de tantas técnicas dá à medicina um perfil único entre as ciências.

As Bases da Ciência Médica
A Escola Hipocrática

A ciência médica moderna tem seu início na ilha de Cós, na Grécia antiga, com a escola de Hipócrates, considerado o "pai da medicina". Também filósofo, o médico conheceu grandes pensadores, como Demócrito, o criador do conceito de átomo como constituinte básico da matéria. Hipócrates nasceu em 460 a.C., nessa ilha, e faleceu em 370 a.C., em Tessália. Segundo Platão, era descendente, do lado paterno, de Asclépias, mítico médico da Antigüidade citado na Iliada, e estudou medicina num templo dedicado a ele, em Cós, formando o grupo Asclepiadae (filhos de Asclépias). Viajou muito, tendo clinicado e ensinado em muitas cidades gregas. Da "escola hipocrática" saíram outros grandes nomes da medicina, como Crisipos e Praxágoras. Muitos autores atribuem a estes médicos e a outros de seus alunos o crédito de parte do trabalho de Hipócrates. Sua obra está compilada nos volumes da Coleção Hipocrática (Corpus Hippocraticum), organizada por Ptolomeu, general das tropas de Alexandre, o Grande, feita para a Biblioteca de Alexandria. Esses livros compreendem também escritos posteriores, de autores diversos, formando algo entre 70 e 100 volumes. No seu trabalho, Hipócrates fez descrições acuradas de várias doenças, como a epilepsia, a febre amarela e a gota, e discorreu sobre exames físicos, diagnósticos, cirurgias, ginecologia e obstetrícia. Outros conceitos introduzidos por ele trataram das doenças mentais e da psicologia.
Suas idéias são, ainda hoje, citadas em inúmeros textos científicos, como referências de acuidade diagnóstica, de ética e raciocínio clínico. Contudo, numa

análise mais detalhada, mostram que, sob os aspectos filosóficos, estratégicos e conceituais da medicina, ainda são desconsideradas ou mal-interpretadas. Hipócrates era um vitalista, ou seja, acreditava que a matéria viva compreendia a energia vital que proporciona aos seres vivos características especiais. Daí a famosa descrição da "face hipocrática" (Fascies Hippocraticus), correspondendo ao momento em que essa energia se extingue de um ser, usada ainda hoje para caracterizar o aspecto do doente na iminência da morte. Ele desenvolveu também a teoria dos humores fluidos que, acumulados no corpo, poderiam ser causadores de doença ou de sintomas -, hoje vista como uma interpretação rudimentar da fisiologia corporal. Na verdade, essa teoria guarda semelhanças com sistemas das medicinas ayurvédica e chinesa, utilizados para explicar a sintomatologia peculiar dos pacientes e suas diferentes formas de reação aos estímulos do meio ambiente.
O método hipocrático, incrivelmente atual, compreende ainda uma proposta de raciocínio lógico, livre de influências religiosas, fundamental para se chegar a um diagnóstico e para a prescrição de um tratamento adequado. A seguir, passamos a descrever os seus principais pontos.

Observar o Todo

Segundo Hipócrates, a observação acurada e global do paciente era fundamental para que nenhum detalhe se perdesse. Para isso, era preciso aguçar os sentidos, analisar tudo com calma e repetidamente, anotando as impressões. Seria preciso perceber até mesmo o que fosse omitido ou desvalorizado pelo paciente. Mesmo que este sofresse de um determinado órgão, aspectos como o sono, o estado emocional, a alimentação e os hábitos intestinais deveriam ser investigados. Isto permitiu ao médico fazer, na Macedônia, uma famosa cura: de um rei diagnosticado como portador de uma doença consumptiva. Percebendo que se tratava de um problema emocional, usou técnicas de persuasão, conversou com o rei sobre questões que o atormentavam e obteve seu pleno restabelecimento. Hipócrates se opunha à classificação das doenças segundo o órgão afetado, considerando sempre que o paciente adoecia como um todo e não numa única parte.
A meu ver, a compartimentalização excessiva da medicina atual é a causa da perda progressiva da visão global do paciente, como já previra o gênio de Cós. É preciso estudar, principalmente, o paciente, não a doença. Hipócrates sustentava

que cada caso era um caso. E que a manifestação da doença não dependia apenas de sua natureza, mas também do doente e de seus hábitos de vida. Isso explicava porque uma mesma enfermidade podia evoluir de forma diferente em pessoas distintas. Individualizar os tratamentos é outra base do método hipocrático que não é valorizada pela medicina convencional.

Avaliar com Fidedignidade

Embora tenha sido tão bem-sucedido com o rei, Hipócrates não obteve o mesmo sucesso com todos os seus pacientes. Mas registrou os casos detalhadamente, admitindo as falhas nas terapêuticas adotadas. Para ele, a evolução do conhecimento e a instituição de novas estratégias de tratamento só poderiam ocorrer com um relato fidedigno da resposta do paciente à terapêutica. A falta de mecanismos de avaliação eficientes mostra que, atualmente, a medicina está se distanciando desse compromisso.

Promover o Equilíbrio Natural

Para o mestre, a natureza sempre busca o equilíbrio. Na doença, os mecanismos patológicos bloqueariam esta tendência do organismo e o papel da medicina seria o de estimulá-la. A concepção de enfermidade como ruptura do equilíbrio orgânico e da terapêutica voltada ao reequilíbrio é a mesma que encontramos em medicinas tradicionais, como a chinesa e a ayurvédica. Mas essa idéia também se perdeu no modelo convencional. Vemos, portanto, que a medicina vem se afastando cada vez mais dos conceitos propostos por Hipócrates. Até mesmo os pontos fundamentais do juramento prestado pelos formandos de medicina estão desvirtuados. Assistimos, assim, cada vez com mais freqüência e pesar, a colegas cometendo desvios de ética, comportando-se de forma mercantilista ou tomando-se frios e desumanos.

Outras Contribuições: da Alquimia ao Microscópio

Cornelius Celso foi o médico mais expressivo da Roma antiga, que muito influenciou a medicina da Europa medieval. Nascido em Verona, não são conhecidas suas datas de nascimento e de morte. Versado em várias ciências, como agricultura, leis, filosofia e retórica, escreveu Da Medicina, primeiro tratado editado após a invenção da imprensa, por Guttemberg. O trabalho resultou das experiências de diversos médicos e de seus escritos. Algumas partes são extraordinárias: trazem, por exemplo, uma descrição detalhada de procedimentos cirúrgicos, como amputações, hérnia escrotal, circuncisão e restauração do prepúcio, e sobre o tratamento de feridas profundas. E ainda há a

descrição da primeira ligadura de um vaso sangüíneo para estancar hemorragia.
Celso deixou contribuições na área clínica, como a descrição dos quatro sinais clássicos da inflamação (rubor et tumor cum calor et dolor), ainda atual. Era rigoroso na aprovação de terapêuticas. Em seu tratado, recomenda apenas repouso ou exercícios, dieta, ventosas, massagens e cirurgia. Foi um crítico severo do uso da maioria das plantas medicinais e de "encantamentos", considerando a "feitiçaria" um método rudimentar e contrário à religião. Da Medicina foi redescoberto pela Igreja após sua publicação em 1478, fundamentando os conceitos dominantes no pensamento médico até o século XVIII. Influenciado pelo grupo dos asclepíades, Celso rejeitava a idéia hipocrática de que o corpo possuía forças curativas naturais e acreditava que a cura dependia unicamente da intervenção médica. A cirurgia era um exemplo. Seu pensamento foi a semente da tendência intervencionista que predomina hoje.
Porém, foi Galeno quem mais influenciou a medicina e a farmacologia, na Antigüidade. Era um homem bastante vaidoso, autoritário, dogmático, crítico severo, mas também observador cuidadoso e detalhista, criativo, com idéias originais e raciocínio rápido, exímio debatedor. Ele nasceu na cidade grega de Pergamum em 129 d.C. Em sua educação básica, conheceu as ciências naturais, a matemática a filosofia e a geografia. Aos 14 anos, sonhou com Esculápio, o "deus da medicina", que lhe apontou seu caminho profissional. Aos 16 anos, estudou com sábios de sua cidade, e conheceu os trabalhos de Hipócrates e Dioscórides. Viajou por toda a Grécia e conviveu com grandes médicos, cirurgiões e anatomistas, ampliando seus conhecimentos sobre plantas medicinais. De volta a sua cidade, foi eleito médico dos gladiadores, ganhando grande experiência em cirurgias e tratamentos de lesões traumáticas. Em 164, foi a Roma divulgar suas idéias. Bastante prestigiado, cuidou de Severus, que mais tarde se tomaria imperador. Autoridades e pensadores importantes freqüentavam suas conferências, sempre prontos a apoiá-lo, quando desferia críticas contundentes contra seus adversários os metodistas, pneumatistas e empíricos. Mais tarde, Galeno foi convocado por Marco Aurélio para acompanhar as tropas nas Guerras Germânicas. Vivia em Roma por ocasião do brutal incêndio que a destruiu, em 191, e que também reduziu a cinzas muitas de suas obras. Morreu na Cecília em 200 d.C.
Suas idéias marcaram a medicina por cerca de 15 séculos. Ao contrário de Hipócrates, que assumira friamente seus insucessos, Galeno utilizava-se de argumentos teológicos para explicar tratamentos malsucedidos. Valiase da frase de Aristóteles, "A natureza não faz nada sem propósito", e acrescentava, categórico: "E eu conheço esse propósito." Seus conceitos convinham às pretensões da Igreja, que os utilizou no fundamento de suas doutrinas, durante a

Idade Média e parte do Renascimento. Suas obras, assim como as de Celso, foram editadas logo após a invenção da imprensa e divulgadas na Europa medieval. Sua contribuição foi grande no campo da fisiologia: mostrou que o sangue circulava nos vasos e que as veias o levavam da periferia para o coração, e que as artérias continham sangue e não ar. Afirmava que os nervos se conectavam com a medula e esta com o cérebro. Realizou experiências com animais, demonstrando que o coração continuava a bater após a secção do nervo vago, ou que os reflexos se modificavam após a secção da medula.

Foi o primeiro a discorrer sobre os cuidados na preparação de medicamentos, criando a metodologia para a manipulação de pós e extratos. Por isso, é considerado o "pai da farmácia", e as preparações simples são chamadas até hoje de "formas galênicas". Juntava plantas medicinais em fórmulas para tratar humores afetados, baseando-se em conceitos da farmacologia tradicional (frio e quente, seco e úmido). Segundo ele, uma doença de calor exigia o tratamento com uma erva fria, conceito muito semelhante ao que é preconizado pela medicina chinesa. Sua obra incluiu tratados sobre anatomia, fisiologia, farmacologia, patologia, cirurgia, dietética, higiene e redução de luxações e fraturas. A medicina do século XVIII apoiou-se especialmente nas suas descrições anatômicas e nas técnicas de preparo de medicamentos. As idéias vitalistas e holísticas, como o sistema de relação dos quatro humores, foram progressivamente sendo esquecidas e hoje são vistas como uma crença curiosa, destituída de interesse científico.

No fim do século XVIII e durante o século XIX, a medicina resistia à influência da física clássica. Newton via o universo como um relógio, com leis simples que determinavam seu funcionamento numa cadência perfeita e dinâmica. Essas idéias foram ampliadas por René Descartes. Segundo o filósofo e matemático francês, o corpo também era um relógio, composto por partes os órgãos que executavam funções específicas. A resistência a esse pensamento está bem caracterizada no protesto vitalista do médico francês Diderot. Em seu artigo para a Enciclopédia, nessa época, classificou a química, a biologia e a medicina como ciências que exigiam arte e sensibilidade na percepção dos seus aspectos posturas absolutamente diversas daquela pregada pelo imperialismo abstrato dos newtonianos.

Segundo o vitalismo, não era possível aplicar as teorias da física à medicina, pois a vida subentendia um princípio vital, uma "energia divina". Essa corrente de pensamento teve seu prestígio máximo com Stahl, no início do século XIX, e com a criação da homeopatia, pelo alemão Samuel Hanneman. O primeiro notou que as leis universais da química, que explicam a decomposição das substâncias, não se aplicam aos seres vivos, pois, apesar de constituído de substâncias frágeis

e instáveis, o ser humano resiste, em vida, à decomposição. Isso só poderia ser explicado através de uma força desconhecida que seria "o princípio vital". Stahl foi o criador do primeiro sistema químico coerente, que resultou no que é hoje conhecido.
Durante o século XIX, esse conceito foi sendo substituído pelo reducionismo. Vários fatores contribuíram para isso, especialmente a invenção do microscópio. O aparelho possibilitou muitas descobertas, entre elas a de que os tecidos eram feitos de células. Com ele, Pasteur identificou as bactérias e sedimentou o conceito de que as doenças eram causadas por agressões de microorganismos. A influência do pesquisador foi tão grande que, 100 anos após sua morte, prevalece entre os cientistas o cacoete de buscar bactérias ou vírus para explicar doenças de causas indefinidas. Com isso, o modelo reducionista e mecanicista passou a dominar a medicina, marcando seu desenvolvimento no século XX.

Conflitos de Pensamento

Essa bipolaridade conceitual, vitalismo versus reducionismo, gerou um conflito que persiste no meio acadêmico e na forma como a sociedade vê a medicina. Produz conflitos como ciência humana versus ciência exata, ou medicina alternativa versus convencional, ou mesmo visão espiritual do ser humano versus visão científica. Portanto, no decorrer dos tempos, muitos de meus colegas se fizeram a mesma pergunta: "Qual, afinal, a essência da medicina?" As respostas foram sempre diversas, pois caminhos vêm sendo propostos, resultando nessa ampla gama de conceitos que hoje norteiam a prática médica.
Aparentemente, vitalismo e reducionismo são opostos incompatíveis. Contudo, podem coexistir num mesmo modelo. O melhor exemplo é a alquimia. Baseadas em vários de seus procedimentos, muitas coisas foram desenvolvidas e incorporadas à medicina convencional. Newton dedicou mais tempo à alquimia que à física. Alguns autores, recentemente, aventaram a possibilidade de que a descoberta das leis da física do macrocosmo pode ser resultante de experiências alquímicas. A própria química inorgânica nasceu daí. Theophrastus Bombast von Hohenhein, médico alemão da Antigüidade que por se achar superior a Celso se autodenominou Paracelsius -, foi pioneiro em aproximar a medicina desse campo. Explicava que o objetivo da alquimia não era a transmutação de elementos em metais preciosos, mas sim a fabricação de medicamentos, e frisava que a compreensão dos processos da natureza era essencial no entendimento do organismo humano.
Dessa forma uniu, harmonicamente, conceitos do vitalismo e do reducionismo, influenciando a farmacologia clássica e a homeopatia. Nascido em 1490, em

Eisiedeln, Paracelsius estudou medicina na Universidade de Basiléia e começou a exercê-la nas minas de Tirol, tratando das doenças contraídas pelos mineiros com a exposição excessiva aos minerais. O estudo da atuação dessas substâncias no organismo o aproximou da alquimia. Segundo historiadores, ele chegou a queimar obras de Galeno e Avicena, durante uma de suas aulas, para demonstrar que "medicina se fazia olhando para o futuro, não para o passado". Seus experimentos o levaram a criar um tratamento à base de banhos com mercúrio, enxofre, ferro, chumbo e arsênico. Fez tinturas alcoólicas a partir de plantas e resgatou a visão platônica de que o homem está inserido no universo e só o vendo dessa forma seria possível tratá-lo.

Paracelsius propôs, também, a teoria das "assinaturas", segundo a qual as características morfológicas e ecológicas das plantas tinham relação com sua atividade no corpo humano. Para ele, a doença era causada por um desequilíbrio nos elementos alquímicos do corpo (ferro, sal, mercúrio e enxofre). Seu trabalho influenciou médicos famosos, como o herbalista John Gerard 1 e Samuel Hanneman. Considerado o pai da farmacologia moderna, Paracelsius contribuiu também para a descrição da ação farmacológica de várias plantas.

Com a organização do pensamento científico, por Newton e Descartes, os conceitos da alquimia foram se distanciando da ciência clássica, pois não eram bem vistas pela Igreja, perseguidora feroz dos alquimistas durante a Inquisição, provocando a quase completa extinção dessa prática. Por outro lado, por manter boa relação com a elite católica, a ciência clássica continuou a crescer. O emprego do microscópio na medicina — fundamental, por exemplo, nos trabalhos do italiano Marcello Malpighi e do holandês Antony von Leeuwenhoek selou definitivamente a hegemonia do reducionismo sobre o vitalismo. Malpighi desenvolveu as técnicas de preparo dos tecidos para observação em microscópio, sendo considerado o "pai da histologia moderna", e Leeuwenhock, por sua vez, descreveu os glóbulos vermelhos do sangue, as estrias dos músculos e os espermatozóides. Foi através desse aparelho que Pasteur identificou as primeiras bactérias e descreveu seu papel em algumas doenças.

As correntes vitalistas sobreviveram em pequenas comunidades, alijadas do meio universitário. Com isso, a homeopatia e a medicina antroposófica, também reprimidas, limitaram-se aos consultórios de seus seguidores. Os homeopatas americanos radicalizaram sua posição, recusando-se a reconhecer os avanços da medicina alopática, o que culminou com a proibição e o banimento da homeopatia dos Estados Unidos, no final do século XIX. A ciência negava-se como ainda hoje a dar crédito a qualquer conhecimento considerado não-científico, ou seja, que não surgisse de processos criados por ela. As correntes

vitalistas insistiram em suas crenças, mesmo sabendo que seus conceitos não poderiam ser comprovados pelos modelos "científicos". Daí começarem a ser chamadas de alternativas, subsistindo na marginalidade.
A medicina conservou algumas qualidades do vitalismo, através do holismo. Até a década de 60, ainda existia a figura do clínico geral, aquele que conduzia inteiramente o tratamento do paciente, conhecendo profundamente seu histórico de doenças e resolvendo seus problemas. Mas a massificação do tecnicismo acabou com os resquícios do holismo, e fez com que esse profissional sumisse do mapa. Inteiramente fragmentada nas especializações técnicas, a medicina atual precisa conceber um modelo que lhe permita lidar harmoniosamente com idéias diversas. É essa medicina que estará capacitada para cuidar do ser humano desse novo século. Se a alquimia favoreceu a convivência construtiva entre reducionismo e vitalismo, no contexto renascentista, certamente haverá espaço para que isso volte a acontecer.

O Grande Equívoco

Estávamos preocupados com as patas de nosso dinossauro e vimos que uma delas, a do vitalismo, não pisa bem: nela, cravado, está o espinho do preconceito. Nosso animal, além de manco, locomove-se com dificuldade, anda em círculos, sem sair do lugar. O problema, portanto, é mais complexo: ele também parece não enxergar bem, como se uma venda lhe cobrisse os olhos justamente os equívocos nas bases conceituais da ciência médica.
Eles são relacionados à forma como a medicina atual vê a vida, a natureza, o ser humano, em descompasso total com a noção de "essência da vida". Assim, quando planeja suas estratégias, considera apenas suas idéias básicas, gerando resultados muitas vezes incompatíveis com as expectativas profundas do ser humano. Procurei identificar esses equívocos e a maior parte deles resulta, justamente, da negação do vitalismo.

Mecanicismo e Linearidade

O universo de Newton funcionava de forma precisa, cada elemento cumprindo seu papel a um determinado tempo, como engrenagens funcionando em cadeia. Descartes reforçou esse conceito de que tudo, no corpo humano, acontecia numa relação linear de causa-e-efeito. É o que chamo de visão mecanicista da

fisiologia do organismo. Exemplifiquemos com o caso da regulação da glicose no sangue. Do ponto de vista da medicina clássica, a cadeia dos fenômenos mostra que quando a pessoa se alimenta, a glicose se eleva, o pâncreas secreta insulina e a glicose baixa.

Mas, hoje, já existem informações suficientes para provar que nada no corpo funciona dessa forma. Nos mecanismos fisiológicos, são múltiplos os fatores influenciando-se mutuamente e gerando respostas. É um sistema complexo de interações que pode ser traduzido de forma simplificada, no esquema da página seguinte.

Neste esquema, que se aproxima muito mais da realidade fisiológica, vários tipos de influência afetam o fator central estudado. Pode haver fatores que atuam indiretamente e interação paralela entre outros fatores. Nesse exemplo, nota-se como vários fatores, além da insulina, influenciam sua taxa no sangue, interagindo de forma complexa. A realidade é que a imensa maioria dos processos que ocorrem no corpo segue esse mecanismo, de interação complexa e multifatorial. Aproveitando o desenvolvimento da informática, é possível propor modelos tridimensionais para melhor visualizar as diversas etapas dos processos orgânicos, quebrando-se, assim, a tendência ao raciocínio mecanicista e linear que prevalece entre os médicos.

O cientista russo Ilya Prigogine, Prêmio Nobel de Física, é uma das vozes mais ativas no questionamento dos conceitos equivocados da biologia e da medicina. Para ele, essas áreas carecem de mudanças profundas para que seus protocolos experimentais se adaptem às realidades que pretendem estudar. Em sua opinião, muitos dos resultados tidos como científicos, na atualidade, terão que ser revistos. Juntando-se à brilhante bióloga belga Isabelle Stengers, ele escreveu, em 1984, um importante livro sobre filosofia da ciência, colocando conceitos atuais e pertinentes, fundamentais para os profissionais que querem se preparar para a medicina do futuro. A Nova Aliança propõe uma nova relação entre ciência, filosofia e o mundo no qual vivemos.

No livro, os autores comentam que um modelo científico, para ser eficiente, necessita de uma linguagem adequada à realidade estudada.

Ou seja, ao analisar um fenômeno, é importante que se utilize um método próprio, a partir do conhecimento profundo desse fenômeno. Caso contrário, os resultados serão sempre equivocados. Portanto, não é mais possível manter protocolos de estudo em medicina baseados em raciocínios lineares. Prigogine e Stengers também discutem a questão da complexidade na biologia. Num organismo vivo, ela é infinita. Os modelos científicos, afirmam, se não conseguem abrigá-la na sua totalidade, também não deveriam ser formulados como se ela não existisse. Os vários aspectos podem estar representados em

outros modelos de avaliação, que deveriam ser elaborados para as áreas de biologia e medicina.

A Compartimentalizaçao Excessiva

Compartimentalização é uma estratégia de subdividir um sistema complexo, como os organismos biológicos, em subsistemas que podem ser estudados separadamente. Baseada nessa estratégia, a fisiologia do corpo humano tende a ser vista através de sistemas estanques e isolados, como se não estivessem interligados evidenciando a grande influência de Descartes. A estratégia não pode ser desconsiderada. Ela é importante por fornecer informações preciosas que impulsionaram o desenvolvimento tecnológico e científico nas últimas décadas. O problema é que esse modelo tem sido imposto como única abordagem para se lidar com a doença. Alguns pesquisadores têm se manifestado sobre o assunto, e algumas das argumentações mais convincentes vêm do famoso neurologista português Antônio Damásio, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Iowa, Estados Unidos, considerado a maior autoridade mundial em funcionamento do cérebro. No livro O Erro de Descartes, ele propõe conceitos sobre o funcionamento do cérebro baseados nos estudos com pacientes portadores de lesões neurológicas em diferentes partes do órgão. Traça, obviamente, duras críticas a Descartes, mostrando que tanto o cérebro como todo o corpo só podem ser compreendidos se vistos como um todo.

Damásio explica que o cérebro precisa juntar funções de diferentes estruturas para formar o que chama de "construções cerebrais" que compreendem imagens, sons, percepções, emoções etc. E mostra que, quando há um bloqueio em alguma estrutura, o funcionamento do órgão é afetado. Pacientes com lesão no lobo frontal, por exemplo, neurologicamente impedidos de processar sua percepção emocional, são incapacitados de compreender questões complexas como a conveniência nas relações sociais. Para o cientista, toda construção cerebral induz a um quadro fisiológico corporal correspondente, e vice-versa, o que significa que, mental ou físico, o problema estará sempre nas duas esferas. Seu estudo desmonta argumentos do tipo "o problema está apenas na cabeça do paciente", tão corriqueiros quando os médicos não conseguem chegar a um diagnóstico. E mostra que não é possível entender o cérebro a partir de funções estanques.

Da mesma maneira, muitos aspectos da fisiologia corporal só poderão ser mais bem compreendidos a partir do momento em que o corpo for estudado como um todo.

Se Damásio frisa a vital importância de se rever o modelo compartimentalista, sabemos que este, de fato, gera grandes problemas na prática médica, devido às estratégias, muito rígidas, apoiadas em modelos de especialidades e super especialidades, e pela crescente capacidade de análise em detrimento da síntese, dificultando o avanço em várias áreas. Sob essa visão, nosso dinossauro mexe-se como um robô, com movimentos duros, mecânicos, repetitivos, sem coordenação de braços e pernas. E, assim, é bem provável que um dia caia e tenha enorme dificuldade para se levantar.

O Conceito de Etiologia

A palavra etiologia significa "causa das doenças". Portanto, seu conceito consiste na procura dos fatores que agridem o organismo gerando doenças e, atualmente, está fortemente voltado à procura de uma única causa externa muitas vezes um organismo microscópico. Essa corrente foi fortalecida com a descoberta, por Pasteur, dos micróbios e de seu potencial gerador de doenças, e reforçada pelo impacto da introdução dos antibióticos. As pesquisas em etiologia são voltadas, de forma maciça, para o encontro de causas únicas das doenças, e para identificar os microorganismos que as provocam.

Uma análise simplista mostra que isso é um grande equívoco. Vejamos um simples caso de asma, por exemplo. Na visão médica convencional, essa é uma doença de etiologia não esclarecida que apresenta lima reação exacerbada da mucosa dos brônquios, com o desencadeamento de processos alérgicos. A verdade é que existem muitos fatores determinantes de um ataque de asma, como mudanças bruscas de temperatura, poluição, fatores emocionais, medicamentos, alimentos e exercícios físicos. O que provoca asma em algumas pode ser a cura para outras. Há pessoas que não suportam um clima úmido, como o do Rio de Janeiro, e a desenvolvem, assim como outras passam muito bem nessa cidade e vão apresentar sintomas respiratórios em Brasília, por não suportarem a secura do ar. E há fatores, os mais diversos e indefinidos, na deflagração desses processos. Se considerarmos dois casos de asma em situações diferentes, será possível avaliar como é falho o conceito de etiologia relacionado a um único fator externo e agressor.

Imaginemos uma criança com pais abastados e histórias de alergia, morando no Rio de Janeiro. Com uma dieta excessivamente rica em açúcares e laticínios, e estando acima do peso ideal para sua idade e altura, tem asma desde os dois anos de idade, e ela piora a cada mudança de tempo. Este é um caso típico em que a exposição à umidade, uma dieta inadequada e a ausência de atividades físicas contribuem para agravar um problema ao qual ela já está predisposta. No

segundo caso, uma criança moradora na periferia de Recife, desnutrida e de família pobre, teve dois episódios de pneumonia. Sua família foi vítima de algum tipo de violência policial e após esse episódio a criança, sem antecedentes alérgicos, começa a ter fortes crises de asma e bronquite. Vemos que o ambiente social e as características orgânicas de ambas são diferentes e, no entanto, o resultado da combinação de fatores foi o mesmo.

A partir dessas situações, podemos concluir que não é possível identificar uma única causa ou etiologia para a asma, de acordo com o catecismo da medicina clássica. O que ocorre, normalmente, é o médico tratar os dois casos prescrevendo dilatadores dos brônquios, atividade física e uma avaliação de alergia com propósito de tentar uma vacina um claro erro de estratégia. É muito mais fácil entender a etiologia da asma a partir da formação de um ambiente propício à doença. Nos dois casos hipotéticos, identificamos situações nocivas que provocaram seu aparecimento. É o que chamo de conceito ecológico de etiologia: ver a doença não com uma única causa, mas decorrente de um desequilíbrio do organismo no seu meio ambiente, dependente das predisposições específicas de cada indivíduo.

Revendo a etiologia da asma, sob a ótica ecológica, será muito mais fácil entender porque ela se instala e o que fazer para combatê-la. Se acontece em ambientes tão diversos, isso implica em medidas terapêuticas também diferentes, para cada asmático. A etiologia multifatorial deveria ser aplicada também à compreensão de outras doenças, como é proposta por medicinas tradicionais, como a chinesa e a ayurvédica.

Vamos considerar uma doença infecciosa comum, uma gripe, por exemplo. Na visão atual da medicina, ela é causada por um vírus.

Mas sabe-se que existem outros fatores propícios ao seu aparecimento, como a exposição ao tempo frio. As estatísticas mostram que a incidência de gripes e pneumonias dobra no inverno e a explicação usual é que, nessa estação, as pessoas permanecem por mais tempo em ambientes fechados. O argumento é falho, a meu ver, já que, no Rio de Janeiro, há um aumento dos casos de gripe, nessa época, sem que as pessoas modifiquem radicalmente seus hábitos. Por outro lado, qualquer um sabe que deixar uma criança mal agasalhada é expô-la ao risco de adoecer. Existe ainda a questão das defesas orgânicas: se o sistema imunológico está com suas funções deprimidas, é certo que a infecção viral resultará em doença; do contrário, o vírus é destruído no corpo. Nos fumantes, ou em quem está muito exposto aos poluentes do ar, crescem as chances de contrair gripe, após exposição ao vírus.

Desconsiderar os diversos fatores que participam da etiologia das doenças é uma forma de prejudicar o enfoque estratégico para uma abordagem terapêutica mais

eficiente. Sem o vírus, argumentam os médicos, não haveria a gripe. Certo, mas se utilizarmos o conceito ecológico de etiologia, onde se observa a relação da pessoa com o ambiente, veremos o quão questionável é esse argumento. Existem vírus no ambiente, e uma grande quantidade deles pode causar um quadro gripai, mas, teoricamente, uma pessoa pode entrar em contato com eles sem, entretanto, contrair a doença.

Ainda na análise dos fatores que determinam doenças infecciosas, existe uma variável importante: a virulência do agente infeccioso. Através de um processo de mutação, muitas vezes surgem vírus com maior capacidade de agredir o corpo humano. Foi o que ocorreu nas epidemias das famosas gripes espanhola e asiática. Milhares de pessoas morreram, outras ficaram gravemente enfermas, mas se recuperaram, outras ainda tiveram apenas uma gripe comum, mais forte, e houve quem apresentasse apenas sintomas passageiros ou mesmo nem ficaram doentes. O conceito ecológico de etiologia permite considerar essas variáveis.

Como vimos, a etiologia moderna tende a acreditar que as doenças são sempre causadas por agentes externos, vírus, bactérias, vermes, protozoários e fungos. Pesquisas recentes, publicadas nas melhores revistas médicas, buscam encontrar agentes infecciosos para explicar uma enorme variedade de doenças de causas indefinidas. Lá estão os vírus, apontados como possíveis causadores da esclerose múltipla, a infecção crônica por clamídia1' provocando arteriosclerose e infarto do coração, a infecção crônica por herpes, o vírus Epstein Bahr14 e o citomegalovírus, associados a problemas como fadiga crônica. Baseando-se nesses estudos, os médicos passaram a dar excessiva importância, por exemplo, à bactéria Helicobacter pilori, que pode causar gastrite e úlcera péptica, e começaram a priorizar o tratamento da bactéria em detrimento de medidas básicas, como a dieta. No primeiro esquema, proposto entre 1989/1990, eram empregados três medicamentos que provocavam efeitos colaterais no sistema digestivo: o bismuto, um antibiótico chamado eritromoana e o metronidazol. Muitos pacientes sofriam mais com os efeitos do tratamento do que com a doença e, entre aqueles que se livraram da bactéria, uma fração expressiva se infectou novamente, seis meses depois.

Basta um mínimo de bom senso e visão ecológica da etiologia para concluir que, se a bactéria está no estômago, é porque há um ambiente propício à sua presença, e isso devido a muitos fatores, alguns deles velhos conhecidos dos médicos o mais óbvio é o relacionado à dieta. Pessoas com alimentação excessivamente rica em carnes produzem mais compostos nitrogenados, que formam um meio favorável ao crescimento bacteriano. Já quem tem uma dieta rica em folhas ingere mais taninos e óleos essenciais, inimigos mortais das bactérias. Efetivamente, trabalhos recentes provaram o que já se imaginava: que

o Helicobacter pilori é sensível a diversas plantas ricas em taninos e óleos essenciais.
Alguns alimentos e medicamentos, e ainda o estresse, também podem enfraquecer a chamada "barreira mucosa" do estômago, favorecendo a infecção pela bactéria, sem falar nas predisposições individuais e do sistema imunológico de cada um. Outro fator a ser considerado é a acidez do suco gástrico: se ele fica excessivamente ácido, acaba lesando a mucosa e causando irritação, micro-lesões e úlceras, favorecendo sua infecção. Existem indivíduos que, por predisposição genética ou fraqueza imunológica, se infectam e desenvolvem doenças com mais facilidade. Há um tipo de anticorpo chamado IgA, específico para proteger pele e mucosas. A baixa de IgA pode favorecer a infecção em alguma mucosa, ou na pele. Portanto, a etiologia única e centrada em microorganismos precisa ser revista, para que as propostas de tratamento fiquem mais adequadas à realidade dos indivíduos e do seu ambiente.

As Falhas nos Modelos Científicos

No universo da medicina, as teorias se baseiam em pesquisas desenvolvidas em todo o mundo. Voltando ao nosso símbolo, o dinossauro branco, é preciso dizer que esses experimentos se constituem no seu alimento. Se existem problemas nos modelos vigentes, significa que o nosso animal ingere comida estragada, com prejuízo de sua saúde. Imagino que os leitores já devem estar apreensivos com relação às suas condições, coitado, tão combalido. Já falamos que, se há falhas nas metodologias usadas nesses trabalhos, obtêm-se resultados distorcidos, que reforçam os tais equívocos conceituais. Assim, fecha-se um ciclo vicioso que tende a cristalizar os erros.
Hoje, a estratégia de realização de estudos científicos resume-se nos experimentos in vitro, feitos com órgãos isolados, células ou tecidos, em geral de animais; os in vivo, realizados em animais vivos; e os clínicos, com seres humanos. Os modelos in vitro estudam parâmetros específicos da fisiologia e da farmacologia, possibilitando maior conhecimento sobre o funcionamento de órgãos e sua reação a medicamentos. Por exemplo, os medicamentos bloqueadores dos canais de cálcio podem ser estudados em coração isolado de rã, para se verificar se são eficientes e potentes. Os experimentos com animais se constituem num segundo estágio para o estudo de drogas ou doenças. A última etapa das pesquisas é utilizar os medicamentos no homem.
Esses estudos são fundamentais para se saber como reagimos às diversas substâncias. Em geral, um grupo de indivíduos recebe o tratamento verdadeiro e é comparado a um outro que recebe um placebo. Se a diferença entre os grupos é

estatisticamente significativa, o medicamento é considerado ativo. Recomenda-se também que se neutralize o máximo de variáveis que possam interferir nos resultados, no caso, o uso de outros medicamentos simultaneamente. Certas experiências, mais minuciosas, exigem que as pessoas façam uma dieta semelhante ou que fiquem juntas, sob controle, num determinado ambiente.
Os estudos científicos clássicos são importantes e têm possibilitado um acúmulo de informações que têm contribuído para o avanço vertiginoso da medicina nos últimos 40 anos. Mas existem pontos que precisam ser questionados. A seguir, passo a enfocar os principais equívocos nas metodologias das pesquisas.

Supervalorização de Experiências com Animais

Quando comento, com meus colegas, sobre uma planta medicinal que vem sendo utilizada há centenas de anos, pela população, no tratamento de reumatismo, não os impressiono. Mas se afirmo que ela possui efeito antiinflamatório em situações como edema da pata de rato, então começam a encará-la de outra maneira. Já há uma vasta experiência com plantas medicinais no mundo todo, ainda subutilizada por falta de metodologias específicas aceitas pela ciência. A indústria farmacêutica prefere investir em moléculas novas, que vão ser testadas inicialmente em animais, ao invés de aproveitar os conhecimentos acumulados pelo conhecimento tradicional.
Em se tratando de novas moléculas, estudar a farmacologia em humanos é inviável, e os estudos são feitos com animais de laboratório ou com seus órgãos. O problema maior é se acreditar que os resultados obtidos nesses experimentos serão os mesmos encontrados nos seres humanos. Em termos de fisiologia, os bichos são apenas semelhantes a nós. Mesmo os macacos têm diferenças importantes. É claro que os pesquisadores sabem disso, mas há uma tendência à simplificação. Quando, recentemente, o hormônio leptina foi estudado em ratos, eles afirmaram que haviam encontrado uma solução para a obesidade. Mas, quando a substância foi pesquisada em pessoas, os resultados foram bem diferentes. Os mecanismos que regulam nosso metabolismo são muito mais complexos.
Os cientistas preferem medicamentos baseados em resultados obtidos a partir de experimentos desse tipo. As informações sobre sua ação no homem, considerando-se as inúmeras variáveis a que este está exposto, são insuficientes e limitadas. À medida que temos necessidade de entender melhor as substâncias que utilizamos como medicamento, para obtermos o melhor resultado com o menor risco, o ideal seria usar aquilo de que o homem já vem lançando mão há milhares de anos: as plantas medicinais.

Modelos incompatíveis com a Vida

Para Prigogine e Stengers, quanto mais artificial o modelo estudado, maior a chance de o resultado não refletir a realidade dos fatos e sua aplicabilidade ser pouco eficiente. Essa crítica pode ser feita tanto às pesquisas com animais de laboratório quanto aos estudos clínicos. No segundo caso, é fundamental que se respeite a vida normal das pessoas, evitando-se um controle excessivo de suas atividades e de sua interação com o meio ambiente, pois, do contrário, os resultados são distorcidos. Isso se traduz, na clínica, na piora da qualidade de vida dos pacientes. É comum ocorrerem problemas com medicamentos que causam grande desconforto físico, sem que isso esteja relatado na literatura médica.

Vejamos o caso de Ruth Ladin Bisset, que sofre de um câncer de seio, com recidiva na outra mama, e usou, por muito tempo, o medicamento tamoxifeno, um bloqueador dos efeitos do estrogênio. Seu uso implica uma série de efeitos colaterais, alguns semelhantes aos da menopausa, como calores, ressecamento da pele etc. Porém, em vez disso, ela começou a sentir uma pressão na altura do coração que a incomodava terrivelmente, mas que o médico considerou ser de natureza emocional. Ruth, entretanto, convenceu-se de que estava com alguma doença do coração e pediu que ele solicitasse exames como eco e eletrocardiograma que deram resultados normais. A opressão precordial intensificou-se e ela caiu em depressão. A medicação indicada para isso não surtiu bons resultados. Ruth ficou anos usando tamoxifeno, com opressão no peito e depressão. Em seu relato, contou que não suportava mais viver daquela maneira. Um dia, conheceu uma mulher que tinha tirado a mama, por câncer, que lhe contou ter também sentido depressão e opressão no peito com esse medicamento, e que resolvera interromper seu uso por conta própria, melhorando em seguida. Como já se haviam passado mais de cinco anos sem recidiva do seu tumor, Ruth abandonou o remédio imediatamente e livrou-se dos sintomas. Desistiu do tratamento convencional e procurou um alternativo.

Falta de Metodologia Eficiente para Lidar com variáveis Múltiplas

Os modelos científicos são construídos para lidar com uma única variável, ou

com poucas, o que dificulta o entendimento das reais situações de tratamento que ocorrem com as pessoas. O médico, quase sempre, depara com situações imprevistas e, por não dispor de informações suficientes, tem dúvidas sobre qual caminho seguir. Sem falar nas situações nas quais a associação de variáveis pode representar um risco desconhecido à saúde.

Por isso, existe a necessidade de se fazer uma amostragem 8 ampla, com complexa análise dos dados, incluindo cruzamento da maior quantidade possível de informações. Isso exige uma enorme logística, custa muito dinheiro e foge à objetividade buscada pela indústria farmacêutica, principal financiadora das pesquisas de medicamentos. Não há, portanto, interesse em se desenvolver esse tipo de metodologia, e não surgem idéias novas ou descobertas nesse campo. E tudo, enfim, continua como está.

Um grande passo para se obter mais informações sobre os diversos aspectos das doenças seria a criação de um sistema integrado de comunicação entre setores médicos, conectado a programas de análise de dados, favorecendo o intercâmbio de descobertas e resultados. A proposta resultaria num constante aprendizado dos profissionais, e de forma coordenada, promovendo maior desenvolvimento de drogas, conceitos e tratamentos. Em última análise, o sistema propiciaria uma arrancada em termos científicos e tecnológicos.

Há quem ache essa proposta absurda, mas ela se assemelha à que está sendo empregada para melhorar a eficiência das previsões do tempo. No livro A Essência do Caos, Edward Lorenz explica que, para chegar a uma avaliação da situação climática global que permitisse uma previsão eficiente do tempo, foi implantado, em 1991, um sistema para colher, diariamente, informações básicas sobre temperatura, velocidade e direção do vento, e umidade relativa do ar, em 45 mil pontos da superfície terrestre e em 31 altitudes diferentes. Mas, para ele, será necessário, ainda, desenvolver sistemas mais sofisticados para se atingir uma previsão superior a sete dias.

Tratamento igual para indivíduos Diferentes

Outro sério equívoco é a falta de um método que permita distinguir, ao menos em pane, como as diferenças individuais poderão influenciar na resposta aos tratamentos ou na evolução das doenças. Com a atual metodologia de estudos, as pessoas são submetidas aos mesmos tratamentos. A lógica é a seguinte: se eles funcionam com uma parte significativa de pacientes, são considerados bons e utilizados para todos. Nos testes de medicamentos, utiliza-se a randomização, estratégia que consiste numa amostragem de pacientes feita ao acaso, e considerada representativa da população. Com isso, acreditam os pesquisadores,

evita-se a seleção de pessoas mais propensas a responder positivamente ao tratamento, afetando as estatísticas. Eles consideram menos confiável qualquer amostragem feita fora desses padrões.

A questão é que a randomização impede a avaliação das respostas de diferentes subgrupos a determinados tratamentos. No estudo de qualquer medicamento, há uma enorme diversidade de respostas: há quem, com ele, melhore muito, pouco ou nada. Se a droga testada não é muito agressiva, aproximadamente 15% das pessoas apresentam efeitos colaterais. Os dados são anotados e divulgados, mas nenhuma outra metodologia é experimentada para se identificar diferenças entre os que respondem bem e os que não reagem às substâncias testadas.

Não sou o único a levantar essa questão. Outros autores já se manifestaram sobre a necessidade de se procurar subgrupos numa amostra de pacientes. Aivan R. Feinstein, epidemiologista da Universidade de Yale, nos EUA, publicou em 1983 uma série de artigos na respeitada revista Annah of Internal Medicine. Neles, mostrou que a randomização traz restrições às avaliações de várias questões, como a do estudo de múltiplas formas de terapêutica e a da influência de certos detalhes do tratamento nos resultados, das mudanças rápidas nos procedimentos devido às inovações tecnológicas, dos efeitos adversos a longo prazo e da relação da etiologia com fatores agravantes das doenças.

Feinstein cita um trabalho sobre câncer de pulmão, mostrando que, atualmente, dependendo do grau de evolução da doença, o tratamento ideal pode ser radioterapia, quimioterapia, cirurgia ou uma associação delas. Por este motivo, prossegue ele em sua análise, quando os pacientes de câncer são avaliados de forma randômica, os resultados não refletem a resposta real aos tratamentos disponíveis. Vemos então que, quanto mais multifatorial se apresenta um quadro clínico, menos eficiente é a metodologia de pesquisa adotada. Feinstein diz, de forma indireta, que é preciso elaborar estudos que proporcionem uma visão mais eficiente das características individuais dos pacientes.

Infelizmente, suas idéias não foram bem recebidas e seus artigos caíram no esquecimento. Persiste, na cabeça dos médicos, a idéia de que as metodologias hoje utilizadas são as mais sofisticadas e não há necessidade de mudá-las ou melhorá-las. Durante a elaboração deste livro, entrevistei cerca de 30 deles, de diversas especialidades. Quando lhes falava da necessidade de criar novos métodos para identificar grupos de pacientes que respondem de forma diferenciada aos tratamentos, todos se admiravam: "Por quê?", perguntavam. O modelo linear mecanicista está tão sedimentado que muitos não conseguem vislumbrar outras fórmulas de análise. A médica Regina Fonseca, coordenadora da residência em cardiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga da UFRJ, ao ouvir minhas explicações, garantiu que nunca havia pensado nisso,

mas reconheceu a lógica do meu raciocínio. "Na faculdade, aprendemos o que está nos livros, e eles não refletem inteiramente a realidade", disse. "Desenvolvemos o senso clínico quando começamos a praticar e precisamos de tempo até termos segurança suficiente para mudar uma conduta indicada nos livros."

Existem três áreas estratégicas, a meu ver, que poderiam ser investigadas para que possamos propor melhores avaliações das respostas dos pacientes aos tratamentos: uma é a que se relaciona com o perfil genético de cada um, pois os problemas parecem determinados pela sensibilidade herdada a certas moléculas conhecida como “reações idiossincráticas" - a outra, com o bioupo; e, finalmente, a que se refere às alergias, ou "mecanismos de hipersensibilidade". As reações idiossincráticas podem estar relacionadas com o padrão genético e são as mais graves, como mielotoxicidade e hepatite medicamentosa. Essas reações são bem mais raras, e determinadas por uma sensibilidade particular e exagerada a uma ou mais substâncias que causam lesões nas células. Sua associação a algum padrão genético específico deveria ser investigada. O ideal seria fazer um completo estudo do DNA das pessoas para identificar o perfil de genes que poderia estar relacionado com as reações adversas. Mas isso parece ainda inviável, pois mapear o genoma individual de todo mundo sairia excessivamente caro. Resta, ainda, a possibilidade de apelar para traços do fenótipo das pessoas, o que permitiria uma distinção individual e precisa. Existem evidências científicas de que acidentes anatômicos, como pregas de orelha e dos olhos, têm relação com os genes. Um estudo feito no início da década de 1980 mostrou que pessoas que têm uma prega no lóbulo da orelha carregam um risco significativamente maior de desenvolver doenças cardíacas. Seguindo esse raciocínio, as impressões digitais poderiam ser utilizadas como padrão de individualização para identificar pessoas susceptíveis a desenvolver efeitos colaterais sérios a certos medicamentos e não apenas utilizadas nas investigações criminais, como ora acontece.

Na área das reações de hipersensibilidade, a questão é ainda mais complexa. Sabemos que as células possuem um sistema de identificação formado por antígenos de superfície, que permitem ao sistema imunológico reconhecer quais são as suas células (self) e quais não são (notself), conhecido como Sistema de Antígenos de Histocompatibilidade, ou HLA, e que é utilizado nos transplantes, na procura de doadores compatíveis. Sabemos que pessoas com certos tipos de HLA tendem a desenvolver reações imunológicas que causam doenças. É possível que a alergia a alguns antígenos específicos, como a certos medicamentos, também tenham relação com o HLA. Essa possibilidade nunca foi suficientemente avaliada.

A individualização dos pacientes, nos tratamentos, poderia ser feita, ainda, através do estudo da anatomia das linhas da mão. Esse conceito, em parte, é tradicional: nas medicinas chinesa e ayurvédica, tem grande importância na determinação de suscetibilidades a doenças e na compreensão do temperamento dos indivíduos. Infelizmente, esses conhecimentos são marginalizados no meio científico, provavelmente pela imagem negativa da prática da leitura das mãos, pelos ciganos. Entretanto, não faltam evidências sugerindo que a anatomia das mãos tem íntima relação com o perfil genético das pessoas. Doenças congênitas conseqüentes a alterações nos cromossomos acabam por criar características específicas em mãos e dedos, com relação ao formato, às pregas etc.

Para a avaliação do biótipo, acredito que a melhor estratégia seria, portanto, aproveitar os sistemas das medicinas tradicionais, que criam subgrupos de pessoas com características fisiológicas específicas.

A Dra. Qi Li, neurologista e minha orientadora durante um estágio feito em 1988, no Hospital Guan An Men, em Pequim, demonstrou que esses modelos podem ser utilizados nos prognósticos feitos pela medicina ocidental. Num trabalho, por ela desenvolvido, encontrou uma concordância de 81,3% entre pacientes com acidente vascular isquêmico com os sinais e sintomas classificados como "estagnação pela medicina chinesa. E 92% de concordância entre pacientes com acidente vascular hemorrágico com o diagnóstico de "calor' segundo a medicina chinesa. O mais interessante foi sua constatação de que muitos sintomas já existiam antes da instalação da doença, o que significa que, se a pessoa tem sintomas de "estagnação"', tem mais chances de sofrer um acidente isquêmico, enquanto que, se os sintomas são de "calor", de ocorrer um acidente hemorrágico. Infelizmente, esse trabalho foi registrado apenas numa publicação chinesa.

Outro autor que identifica a necessidade de uma nova abordagem para a questão da heterogenicidade de uma amostragem é o psicólogo espanhol Fernando Silva, que publicou Psychometric Foundations and Behavioral Assestment, obra pioneira no assunto. Embora voltado para o desenvolvimento dos métodos de avaliação psicológica, o trabalho traz conceitos que podem ser aproveitados na medicina. Uma das conclusões de Silva é que os dados probabilísticos de um grupo não traduzem, necessariamente, os de indivíduos específicos. Para ele, a aplicação de metodologia de avaliação excessivamente padronizada pode afetar os resultados, na medida em que é incapaz de filtrar e compreender variáveis que influenciam os indivíduos.

Vemos o que acontece com relação às cirurgias, por exemplo. Embora cada pessoa tenha uma anatomia específica, os processos cirúrgicos são iguais. A ciência médica se comporta como se essas diferenças não existissem. As

propostas de tratamento individualizado não são experimentadas por falta de protocolos de estudo universalmente aceitos, que são casos da acupuntura, da homeopatia e da psicanálise.
O ambiente de crescente insatisfação com a medicina origina-se das conseqüências desses equívocos nas abordagens terapêuticas impostas aos pacientes.

Novos caminhos Conceituais

A evolução da física exigiu a quebra de dogmas e de concepções decorrentes da forma limitada como vemos o mundo. Mas os ecos desses avanços chegaram timidamente à ciência médica. A análise de seus conceitos evidencia que ela está contaminada pela visão mecanicista da fisiologia, o que resulta na absoluta pobreza de novas idéias. As últimas grandes descobertas que ajudaram na compreensão da fisiologia dos seres vivos e do homem em particular são do final do século XIX e início do século XX. As inovações têm vindo do desenvolvimento dessas idéias, da aplicação maciça de tecnologia e da introdução de técnicas específicas nas diversas especialidades.
A genética, descrita por Mendel no século passado, possibilitou o estudo das doenças hereditárias, culminando no ambicioso projeto do genoma humano (mapeamento dos genes). A neuroanatomia está avançando com as técnicas de mapeamento cerebral. A teoria da estruturação da mente, proposta por Freud, no século XIX, não foi absorvida pela neurologia, e seu desenvolvimento parece acontecer de forma independente em relação ao da medicina. A química orgânica também experimentou avanços, a partir da descrição das fórmulas estruturais e espaciais das enzimas, resultando no trabalho de Quecoulet. A fisiologia dos órgãos desenvolve-se significativamente. Mas sistemas onde existem interações complexas e multifatoriais, como o sistema imunológico e os sistemas de regulação da homeostase, e o cérebro ainda são pouco compreendidos.
Avanços significativos exigem novas idéias. Muitas foram apresentadas, especialmente em áreas do conhecimento que sofreram grandes mudanças conceituais, como a física, que estuda o comportamento do universo, sua constituição e organização micro e macroscópica. De alguma forma, esses conceitos deveriam ser aplicados também aos seres vivos como os da mecânica estatística de Boltzman, o Princípio da Incerteza, o Princípio da Complementaridade, as noções de entropia e irreversibilidade e as novas descobertas sobre a Teoria do Caos.
O físico austríaco Ludwig Boltzmann dedicou-se ao estudo da cinética dos gases, no final do século XIX, e demonstrou que era inviável avaliar o

comportamento de bilhões de moléculas que se movem de forma caótica, chocando-se umas com as outras segundo o modelo clássico de Newton: calcular velocidade e direção de cada molécula, num determinado instante. Propôs, então, um outro tipo de cálculo, de posições e velocidades individuais, utilizando as médias a partir de uma avaliação probabilística. Os cálculos de Boltzmann explicaram alguns achados encontrados cm experiências com gases feitas em laboratório por físicos da época. Mas suas idéias foram duramente criticadas pela grande maioria. Isolado e deprimido, com a saúde abalada, suicidou-se em 1906. Dois anos depois, suas teorias foram confirmadas pelo trabalho do físico francês Jean Perrin. A estratégia usada na teoria de Boltzmann pode, por exemplo, ser adaptada para os organismos biológicos visando à formulação de mecanismos de avaliação das complexas interações metabólicas,

O Princípio da Incerteza, introduzido pela física quântica, decorreu da impossibilidade de se determinar a velocidade e a posição de uma partícula subatômica mais especificamente, de um elétron num determinado momento, como exigiam os ensinamentos de Newton. Sempre que a velocidade era medida, não era possível precisar sua posição. E toda vez que a posição era determinada, era impossível mensurar a velocidade. A descoberta dessa incomunicabilidade entre posição e movimento não só quebrou todos os conceitos da física clássica como trouxe novidades conceituais. Esse princípio mostra que o sistema quântico é sensível a qualquer mudança no quantum energético — o que significa que ocorrem alterações instantâneas, a cada influência recebida. Pesquisadores notaram que isso efetivamente acontece durante as experiências de medição de massa ou velocidade de partículas atômicas. A simples presença de um aparelho de observação já modifica as variáveis. É como se o sistema quântico fosse "sensível" e "inteligente" e respondesse de forma "diferente" a cada estímulo.

O Princípio da Incerteza pode ser usado para explicar as diferenças entre matéria inerte e matéria viva esta tem uma atividade química imensamente superior à primeira. Mas essa atividade depende da transferência de elétrons entre substâncias, de elétrons ativados trocando de órbitas, de íons hidrogênio em solução, entre outros fenômenos, que podem ser encarados como uma "atividade" quântica. Isso explica, por exemplo, o fato de os seres vivos terem reações que transcendem as explicações fisiológicas clássicas. O segundo ensinamento que podemos tirar desse princípio é que, como as sub-partículas, o homem é sensível e inteligente. Por isso, toda pesquisa científica feita com humanos nunca vai captar inteiramente a realidade dos fatos. Sempre que um instrumento de avaliação é usado para medir suas reações, elas vão se modificar, o que implicará em imprecisão dos resultados, por mais sofisticadas que sejam

as metodologias empregadas.
O Princípio da Complementaridade Foi uma das questões que mais ocupou Niels Bohr, físico que propôs os fundamentos da física quântica. Uma explicação simples para o dilema do sistema quântico é a seguinte: durante uma experiência, se você pergunta ao elétron: "Você é uma partícula?", ele responde: "Sim"; em seguida você perguntar. "Você é uma onda?", ele responde: "Sim"! Onda ou partícula? Energia ou matéria? Bohr postulou que, no ambiente quântico, o sistema responde de acordo com a solicitação, porque o sentido de realidade é diferente do mundo macroscópico. Segundo ele, as sub-partículas atômicas possuem tanto propriedades de matéria quanto de ondas eletromagnéticas. Essas qualidades, apesar de opostas, são complementares, e contribuem, ambas, para o equilíbrio do mundo quântico.
Segundo Prigogine e Stengers, o Princípio da Complementaridade demonstra a riqueza do real. Isto permite propor considerações sobre a ciência médica, como, por exemplo, a inexistência de uma realidade única. Quando, por exemplo, somos procurados por um paciente, há uma demanda por uma ação. Em geral, a procura é por uma resposta objetiva, mas ele anseia também por uma subjetiva: comporta-se, portanto, como um elétron. Ao ser questionado: "Quer uma solução objetiva?", ele responde: "Sim", mas no minuto seguinte solicita uma solução subjetiva. Portanto, qualquer forma de medicina deve saber lidar com isso. Outra consideração é relativa à leitura das formas de reação do organismo às diferentes agressões, e na evolução das patologias. Para essa discussão, acredito que o ideal seria recorrer às formas tradicionais de medicina, que lidam com o conceito dos opostos.
Outra teoria que, a meu ver, pode contribuir para avanços na ciência médica é a do Caos, que surgiu recentemente, a partir de estudos do comportamento da atmosfera terrestre. E incomum encontrarmos autores que recorrem a ela para explicar fenômenos patológicos ou fisiológicos. Até o momento, li referências à sua utilização apenas na explicação das arritmias cardíacas. Mas o aproveitamento desse conceito já foi feito em outras áreas do conhecimento, com sucesso, como no trabalho realizado pela física e filósofa da ciência Danah Zohar. Formada por uma das universidades mais conceituadas do mundo, o Massachusets Institute of Tecnology, autora de livros e consultora de empresas como Shell, Volvo e da cadeia de lojas britânica Marks & Spencer, ela tem utilizado os conceitos da física quântica e da Teoria do Caos para melhorar o desempenho de empresas, com resultados surpreendentes. Em seu livro O Ser Quântico, ela lança mão desses conceitos e combate o reducionismo e modelos lineares e rígidos no trato com o ser humano. (A Teoria do Caos será tratada com maior profundidade no Capítulo 11, "A Medicina e o Caos".)

Portanto, o aproveitamento dos conceitos revolucionários da física em sistemas biológicos pode representar uma nova tendência do mundo científico.
Cabe mencionar ainda algumas idéias apresentadas no livro Espaço, Tempo e Medicina, do médico americano Larry Dossev, que cita as críticas de Ilya Prigogine aos modelos científicos aplicados às ciências biológicas. Dossey mostra que é impossível dissociar os aspectos humanos da ciência médica. Discutindo a questão dos seres vivos como estruturas dissipativas, ele defende a idéia de que a relação espaço-tempo, para o ser humano, pode se alterar, podendo se constituir na causa ou conseqüência de doenças. E explica que, assim como ocorre em fortes campos gravitacionais ou cm grandes velocidades, a relação espaço-tempo pode sofrer alterações na interação dos organismos vivos com o meio, sob estímulo patológico. Para exemplificar, ele fala da "doença do tempo", que significa a falta de ajuste entre o tempo biológico e o real, como causa de problemas como hipertensão arterial e insônia.
O livro Medicina Vibracional do médico norte-americano Richard Gerber, discute, justamente, a introdução dos novos conceitos da física na medicina, e reúne o resultado de algumas pesquisas. A questão mais interessante apresentada diz respeito aos efeitos biológicos de campos eletromagnéticos de fraca intensidade. Um experimento conduzido na Universidade de Montreal, pelo biólogo e professor Bernard Grad, revelou que sementes de cevada expostas à água, expostas a campos eletromagnéticos fracos, apresentaram maior índice de germinação e crescimento, e as plantas tiveram maior capacidade de síntese de clorofila do que as que receberam água comum.
Grad estudou ainda a influência, em camundongos, da exposição a campos eletromagnéticos fracos, comparando-os com o poder de cura das mãos de um curandeiro. Os animais tiveram bócio induzido por dieta pobre em iodo associada a um medicamento chamado propiltiouracil que impede a tireóide de sintetizar seus hormônios. Os camundongos foram divididos em três grupos: o primeiro foi exposto a campos magnéticos produzidos por uma aparelhagem especial; o segundo recebeu o tratamento feito com as mãos do curandeiro; e o terceiro não recebeu tratamento algum, para servir como controle do experimento, No final, os camundongos foram sacrificados e as tireóides pesadas e medidas, para avaliar seu aumento. Tanto o grupo exposto aos campos eletromagnéticos quanto aquele que recebeu o tratamento por imposição das mãos do curandeiro apresentaram tireóides com tamanho e peso significativamente menores que o grupo sem tratamento. O fato de as glândulas terem crescido menos significa que o tratamento trouxe uni benefício objetivo e mensurável. Em seguida, Grad demonstrou que o curandeiro era capaz de induzir, com as mãos, um campo eletromagnético fraco. Suas conclusões, ainda

pouco aceitas pela ciência, é que curandeiros atuam por meio de energia bioeletromagnética.
Uma outra linha de investigação sobre esses efeitos foi conduzida pela Dra. Justa Smith, que detectou um aumento da atividade enzimática da tripsina in vitro após a exposição a campos eletromagnéticos fracos e específicos. Num segundo momento, inativou-a e notou um ressurgimento significativo de atividade enzimática após a exposição aos mesmos campos. Gerber atribui esses achados à interferência destes com os elétrons, tornando-os mais excitados, o que poderia interferir na cinética química ou mesmo estimular o rearranjo espacial de uma enzima inativada. E relaciona várias formas de tratamento, ainda sem reconhecimento científico definitivo, como a ação farmacológica dos medicamentos homeopáticos e a ação de campos magnéticos sobre os sistemas biológicos. Seus estudos reforçam a possibilidade de haver, efetivamente, algum tipo de comunicação entre as propriedades quânticas e a fisiologia dos organismos vivos.
Todos esses conceitos podem parecer estranhos, mas merecem ser investigados. Quando os fundamentos da física quântica foram propostos por Bohr, a maior parte dos especialistas tratou-os com descrédito, considerando-os incompatíveis com as leis da física e até mesmo contrários ao senso comum acerca da realidade. Mas, aos poucos, com as evidências, esses especialistas foram obrigados a reconhecê-los e a estudá-los.
Portanto, antes de rejeitar essas novas idéias, simplesmente por parecerem demasiado exóticas, a comunidade médica acadêmica deveria se preocupar em promover estudos que possam atestar sua veracidade científica. No meu entender, a medicina precisa sofrer um choque, como o provocado pela Teoria da Relatividade, de Einstein, na física, para que se livre, finalmente, desse modelo cartesiano e reducionista. Ela precisa se render às evidências de que a fisiologia e os processos patológicos do corpo humano têm um nível de complexidade maior que o atribuído pelos modelos atuais, e flexibilizar seus conceitos, permitindo a incorporação de novas idéias.

O Saber Milenar inspirando Novas idéias

Uma pessoa cética, com relação a novas idéias, chegará ao fim deste capítulo certa de que as que foram aqui apresentadas são interessantes, mas não oferecem alternativas melhores que as do modelo científico clássico, que consegue resultados práticos. A verdade é que tanto na física quântica quanto no conhecimento do uso das plantas medicinais, encontraremos caminhos seguros para renovarmos o universo médico. E preciso lançar mão de todas as armas de

que dispomos, das mais sofisticadas às mais simples, das soluções nascidas espontaneamente nas culturas às surgidas com anos de estudos e experiências em laboratórios. A condição essencial para avançarmos é nos livrarmos dos preconceitos, das idéias fixas e arraigadas, do medo de parecermos primitivos ou abstratos demais. Os caminhos para a nova medicina passam, necessariamente, pelas velhas trilhas de terra que alimentam as amplas free-ways asfaltadas e vice-versa.

Não resisto a relatar uma metodologia aparentemente simples, implementada por um médico tradicional do Vietnã, que exemplifica, na prática, tudo o que foi dito. Usando um processo inaceitável, pelas regras da ciência clássica, ele venceu um desafio que nem milhões de dólares em tecnologia conseguiram resolver até o momento: curar viciados em opiáceos. Pah Kuan Dan vive numa pequena aldeia do interior do país e pertence a uma família de médicos tradicionais, já de muitas gerações, e cuja formação profissional é completamente diferente dos moldes ocidentais. Na década de 1980, ele perdeu o irmão e o pai, entre outros familiares, devido ao vício dos opiáceos. A dependência desse tipo de droga, no Vietnã, é um sério problema de saúde pública. Revoltado, o médico decidiu empenhar-se, ao máximo, em descobrir uma cura para esse mal. Sua metodologia de trabalho foi absolutamente inovadora e incomum: começou por viciar-se também, para conhecer com precisão os sintomas da doença. Então usou todo seu conhecimento de plantas medicinais na busca das mais indicadas para debelar os sintomas que apresentava. Ao longo de dois anos, testou inúmeras combinações de plantas, sempre aperfeiçoando seu composto. Finalmente, conseguiu uma fórmula, um composto de 13 plantas, que abolia completamente os sintomas de abstinência e tiravam o desejo de ingerir ópio. Livre do mal, Pah Kuan Dan passou a tratar outros viciados de sua aldeia. As histórias de suas curas se espalharam pelo país e ele foi chamado para discutir o emprego da sua fórmula pelo ministério da Saúde. Foi, então, fabricada uma série iniciai do composto, distribuída a 130 mutilados de guerra que recebiam doses de opiáceo do governo. No mês seguinte, 70% deles não voltaram para pegar suas doses mensais.

Trata-se, até hoje, do melhor e mais expressivo resultado obtido por qualquer procedimento adotado para dependentes de opióides em todo o mundo! Para avaliarmos melhor a eficiência desse composto de ervas, lembramos que, nos mais avançados centros de tratamento de viciados, onde o tempo de internação é, em média, de sete meses, são empregadas técnicas que vão da psicoterapia às drogas como metadona e antidepressivos, hipnose e até acupuntura, e o índice de sucesso é inferior a 40%! Com os resultados obtidos pelo médico vietnamita, a Organização Mundial da Saúde montou um projeto de pesquisa clínica no

Vietnã. Nesse estudo, o composto foi batizado de "Heatos", e seus componentes químicos, assim como a padronização no seu uso, ainda estão em estudos, para que o produto possa ser patenteado. O que se sabe é que são necessários dois meses para o tratamento completo, mas, usando apenas o "Heatos", 80% dos dependentes não sofreram recaídas cm até um ano após o uso do composto.
Nessa história, um médico tradicional, munido de coragem, de um arsenal terapêutico formado por 600 plantas, e de seus conhecimentos da medicina oriental, chegou a um tratamento eficiente para uma doença difícil. Milhões de dólares, tecnologia de ponta e o trabalho de muitos pesquisadores estão sendo empregados, há anos, sem resultados tão satisfatórios. E não foi obra do acaso o que levou Pah a descobrir a formulação certa. Pela lei das probabilidades, é mais fácil uma pessoa morrer fulminada por um meteorito do que um composto desses ser descoberto por acaso. Isso significa que um método tradicional é eficiente para nortear novas descobertas, pois lida com a questão multifatorial, o que pode significar uma economia de milhões de dólares.
É interessante constatar como um método tradicional, que se orienta pelos sintomas subjetivos gerados pelas doenças e os correlaciona com alterações da fisiologia corporal, encontra soluções para casos muitas vezes incompreensíveis para a medicina convencional.

Conclusões

A ciência resulta de um processo complexo que inclui imaginação, criatividade, tradição, capacidade de experimentação e comprovação e a constante inovação de conceitos que ampliem o entendimento da realidade.
A medicina atual se baseia em conceitos ultrapassados, originários da física newtoniana e da filosofia cartesiana, com visão reducionista e raciocínios lineares, impróprios para explicar os sistemas biológicos, e em particular o ser humano.
Como está estruturada, ela não consegue lidar com a dualidade do ser humano, que ora necessita de uma abordagem reducionista, ora vitalista ou holística.
Os modelos experimentais são inadequados para estudar os seres humanos de acordo com suas variáveis individuais.
Os conceitos reducionistas e unifatoriais de etiologia dificultam a compreensão dos mecanismos geradores de doenças e, conseqüentemente, o estabelecimento de estratégias adequadas a cada paciente.
A adoção de novos conceitos, como os introduzidos pela física quântica, como a Teoria do Caos, são importantes para o desenvolvimento de modelos mais aprimorados que expliquem fenômenos ainda não esclarecidos.

Os métodos tradicionais, como os da medicina chinesa, podem ser eficientes na descoberta de medicamentos e tratamentos, e na valorização dos sintomas subjetivos, podendo representar uma economia de milhões de dólares em pesquisas.

CAPÍTULO 4

O Arquétipo do Médico

A palavra arquétipo foi introduzida pelo famoso psicanalista alemão Carl G. Jung para descrever aspectos da psicologia humana que tinham uma dimensão maior que os representados por cada individualidade. Na sua definição, são traços psíquicos inconscientes comuns aos seres humanos, alguns independentes de raça, cultura e religião, e se manifestam através de processos simbólicos notáveis nas culturas, regendo alguns padrões de comportamento. A medicina é uma atividade tão disseminada em todas as culturas e civilizações que pode ser considerada um traço arquetípico do ser humano. A observação de padrões de comportamento e da inter-relação da medicina e de seus representantes com os meios sociais apontam para certas características, quase universais, que vamos considerar como arquetípicas dos médicos.
Uma análise rápida e superficial mostra que esses profissionais têm muitos pontos em comum, como a grafia de garranchos incompreensíveis, a dedicação aos estudos, a preferência por trabalhos independentes, pois não gostam de ter patrão -, o tempo ocupado com muitos afazeres e o desejo de serem tratados com deferência especial. Tudo isso pode ser resultado de arquétipos do seu inconsciente. Vamos investigar essas características, associando-as com mitos e padrões de comportamento, através de uma coletânea de histórias, de ditos populares enfim, de material produzido espontaneamente no ambiente cultural.

O Dinossauro Branco

O dinossauro branco tem aspectos que o tornam o principal arquétipo da medicina, manifestando-se em todos os médicos. Dinossátiros simbolizam o arcaico, que em linguagem psicanalítica é tudo o que está nas profundezas do inconsciente. São verdadeiros fósseis de nossas memórias. Esses animais também são pesados como a própria medicina, caracterizada pelo conservadorismo, a lentidão em suas mudanças e a grande resistência às idéias inovadoras. E, ao mesmo tempo, os bichos parecem tão atuais, como objetos de estudos e de reconstituições: estão no cinema, na TV, em jornais e revistas, nas lojas de brinquedo. Mas, da mesma forma que o ocorrido com a arte da cura, mantê-lo em cena exigiu mudanças em sua natureza: hoje são, por dentro,

movidos a circuitos elétricos e, por fora, de plástico.
A cor branca, com que os médicos são identificados, em suas roupas, significa limpeza, assepsia e capacidade de purificação. Simboliza, enfim, o potencial de curar. Mesmo sendo pesada e resistente a mudanças, a medicina carrega, intrinsecamente, o grande poder de aliviar o sofrimento das pessoas. A imagem do dinossauro branco traduz essas boas intenções, dentro de uma estrutura imensa e complexa, mas detentora de enorme força vital. Mas já vimos que quando ele se movimenta, com seu corpanzil, sem precaução, pode causar enormes estragos à sociedade como ilustram as histórias contadas neste livro, de pacientes desafortunados -, além das muitas que ouvimos diariamente.
Nosso grande animal pré-histórico é um arquétipo que representa a medicina como corporação.
Para compreender melhor o que se passa no inconsciente do médico, é preciso se ater aos arquétipos que influenciam os indivíduos em sua prática. E o primeiro aspecto mítico a ser considerado é a história de Esculápio, considerado por gregos e romanos como o deus da Medicina. Ele era filho de Apoio e tinha o dom da cura. Viajava pela Grécia antiga tratando enfermos e promovendo curas consideradas milagrosas. Consta que ele foi o mestre de Hipócrates. Certa vez, utilizou o sangue da deusa Hera, que lhe havia sido por ela confiado, como um amuleto, para ressuscitar duas jovens mortas pela peste. Enfurecida, Hera envenenou os ouvidos de Zeus com intrigas, e este fulminou Esculápio com um raio.
O mito reflete o grande temor que assola os médicos: o medo da vingança, da perseguição, como decorrência de suas atividades profissionais. Ao longo dos séculos, eles foram idolatrados, mas também odiados, e foram vítimas de represálias, de acordo com o resultado dos tratamentos ministrados, das expectativas e da compreensão dos pacientes. O desenvolvimento científico, com suas pesquisas e experimentos, foi outro fator que muito contribuiu para gerar situações de perseguição. Médicos sempre foram experimentadores que desafiaram valores morais e religiosos.
Esses problemas persistem cm nossa sociedade. Fala-se de crimes médicos, com freqüência cada vez maior, nos meios de comunicação.
Nos Estados Unidos, os profissionais já têm seguro para cobrir eventuais indenizações decorrentes de processos. No Brasil, o número de ações judiciais de responsabilidade profissional, nessa área, multiplicou-se por sete dos últimos dez anos. Por isso, falar do arquétipo do perseguido é nosso ponto de partida: seus aspectos podem ser evidenciados em quase todos os médicos, influenciando outras estereotipadas características de sua conduta. Quando elas se manifestam negativamente, interferindo na qualidade da prática médica, surgem as distorções

que chamo de "síndromes".

O Perseguido

Cientistas sempre foram alvo de perseguições políticas e religiosas, especialmente durante o apogeu do catolicismo. Para o povo, cientistas possuem idéias estranhas, fazem experiências incompreensíveis e pretendem mudar conceitos arraigados. Essa imagem ameaçadora é representada pelo mito do cientista maluco, que perde o controle de sua experiência, produzindo algo assustador. Como essa reputação lhes trouxe problemas, através dos tempos, era costume, da Idade Média ao século XVIII, os cientistas protegerem-se atrás de muralhas, em castelos e mosteiros. Isso lhes custava ter de submeter seus trabalhos ao controle daqueles que lhes davam abrigo. Resignados a uma produção tutelada, ficavam a salvo de seus perseguidores e mantinham suas idéias e experiências em segredo para evitar problemas. Várias sociedades secretas formaram-se, na Idade Média, para acobertar práticas não aceitas na época. A Maçonaria e a Ordem Rosa-cruz são alguns exemplos de entidades que chegaram aos nossos dias.
Mas foi na alquimia que a ciência conseguiu se fortalecer e ganhar notoriedade. Uma sociedade secreta necessita de códigos que permitam a comunicação interna de seus membros, impedindo que mensagens sejam decifradas por não-iniciados, evitando-se a difusão de idéias que contrariem o pensamento dominante especialmente as que ferem tabus morais e religiosos, capazes de gerar reações drásticas de setores conservadores. Esses códigos secretos deram origem a linguagens diferenciadas, próprias de cada grupo de cientistas, de acordo com seu trabalho ou com o contexto de cada entidade. Hoje, essa "linguagem diferenciada" transformou-se em "linguagem científica". O emprego do latim para nomear termos científicos reflete a influência da Igreja Católica, que abrigou cientistas em seus conventos e mosteiros. Por isso, o idioma predomina nas ciências naturais e descritivas, como a botânica e a zoologia, cujo conteúdo era compatível com as exigências ideológicas do catolicismo. Já o grego aparece mais em ciências como a física e a astronomia, nas quais as áreas de conflito conceitual com os dogmas religiosos eram maiores. E curioso notar que nos países asiáticos, onde não havia a perseguição a cientistas e médicos, não houve o surgimento de sociedades secretas para albergá-los, nem de linguagem diferenciada ou "científica".

A medicina sempre viveu uma relação dupla com a Igreja. Por um lado, havia a necessidade de uma convivência pacífica com os dogmas religiosos, já que o médico dependia de plena aceitação social para poder realizar seu ofício. Entretanto, ao lidar com questões essenciais, como vida e morte, saúde e o próprio corpo humano, a medicina gerava situações de conflito com a estrutura conceitual do catolicismo. Dessa forma, os médicos ora atendiam às solicitações do clero, ora sentiam-se instigados a aprofundar seu conhecimento, o que implicava em transgressões, como a dissecção de cadáveres. Não foram poucos os acusados de feitiçaria, perseguidos e presos pela Inquisição ou queimados na fogueira.

A perseguição através dos tempos gerou características que podemos observar no comportamento do médico contemporâneo. A primeira delas é o corporativismo. Defender um colega em apuros, ou, ao menos, não contribuir para sua desgraça, é uma reação instintiva da classe, independente da idade do profissional ou das características culturais, legais e soei o econômicas de diferentes países. Isso torna a corporação muito forte, mas também pode levá-la a sérios erros de conduta. Seu aspecto positivo está associado à preservação do grupo e à troca de conhecimentos e experiências, mas não pode ser levado às últimas conseqüências, como muitas vezes acontece. Corporativismo saudável não pode ser sinônimo de tolerância com falta de ética e nem com crimes de responsabilidade previstos na legislação, como imprudência e imperícia.

Outro aspecto deste arquétipo é a tal linguagem científica. Médicos podem falar em "medicinês" que só eles compreendem. Simples mortais que assistirem a uma discussão nesse linguajar certamente vão ficar “boiando". Dessa forma, os profissionais falam sobre questões da sua área sem serem compreendidos — é uma maneira de buscar proteção, por meio de um código secreto. O médico lida com decisões extremamente difíceis. Às vezes, necessita administrar uma droga com toxicidade ou adotar um procedimento que envolve risco ao paciente. Este pode e deve participar desse momento, mas, se algo der errado, o médico será o responsável. Outras vezes, há a suspeita de doença grave, ainda não confirmada, ou o paciente não consegue lidar com dados de sua realidade não aceita, por exemplo, a possibilidade de estar com câncer ou de morrer. Muitos deles, ou de seus familiares, voltam-se contra os profissionais que os atendem cm busca de algum reparo para seu sofrimento. Na percepção do médico perseguido, quanto mais bem informados forem o paciente e sua família, mais recursos estes terão contra ele, em caso de processo por má conduta. Esta é a razão por que muitos falam o mínimo necessário aos clientes, sem traduzir, em linguagem acessível, as implicações e riscos de determinadas decisões.

Com sua linguagem escrita ocorre a mesma coisa, porque tudo o que está

grafado pode ser usado como uma prova irrefutável contra ele. Por isso, a famosa "letra de médico" garranchos incompreensíveis que só farmacista compreende -, que deve estar relacionada ao arquétipo do perseguido. A grafia ininteligível funciona como uma variante do código secreto — ou seria apenas a pressa do médico? O certo é que, se alguém escreve algo que não pode ser claramente entendido, sujeito a diferentes interpretações, isso dificultará uma acusação fundamentada em documento manuscrito. Uma pesquisa nacional, patrocinada pelo Conselho Federal de Farmácia, e apresentada no Jornal Nacional, da TV Globo, no dia 30/9/2000, mostrou que, de cada dez receitas médicas, sete são ilegíveis. É importante que o profissional tenha consciência da responsabilidade do ato de escrever e tente fazer uma caligrafia legível. Na era da informática, os incorrigíveis podem apelar para o computador e a impressora.

A atitude defensiva dos médicos, temerosos de perseguições e acusações injustas, pode levar a comportamentos que induzem a outros problemas. O mais comum é o excesso de exames complementares, para não ser acusado de omissão. De forma geral, não há necessidade de solicitar uma ressonância magnética para todo caso de dor de cabeça. Mas já há quem faça isso para não ser acusado de retardar o diagnóstico nos raros casos onde ela é provocada por doenças como rumor cerebral. O maior problema decorrente desse tipo de comportamento é que gera um grande aumento no custo da medicina, e quem vai pagar a conta final é o paciente.

O Lobo Solitário

O comportamento do "lobo solitário" decorre, em grande parte, de uma reação ao medo da perseguição, discutido acima. Só que, nesse caso, ao invés de procurar proteção na estrutura corporativa, o médico a busca num determinado segmento da sociedade. Forma-se, nesse caso, um sistema no qual as pessoas assumem papéis definidos e comportam-se de acordo com eles. O médico é, então, amparado pelo grupo, desde que atue dentro das regras preestabelecidas pela comunidade. E o caso de profissionais que trabalham apoiados por grupos religiosos ou em pequenas cidades do interior, onde estão fortemente vinculados à elite local.

Corresponde à herança de aspectos ligados a prestadores de serviços de saúde de pequenas comunidades, como pajés e xamãs, das aldeias indígenas. Nesses casos, a atuação do profissional é incorporada às necessidades religiosas e culturais do grupo, e atendê-las está acima da preocupação com as questões individuais. Portanto, seu suporte vem da percepção de quais ações são necessárias para a preservação da harmonia e da identidade cultural daquele

grupo. Isso pode significar ações que, por exemplo, estimulem o isolamento da comunidade, para fugir às influências culturais que possam "contaminá-la". A estratégia desse arquétipo, especialmente quando mal elaborado, é fomentar o isolamento do profissional. Ele passa a evitar contatos freqüentes com entidades que representam a estrutura corporativa da medicina.

O tipo "lobo solitário" relaciona-se também à formação do conhecimento médico empírico. Esse comportamento pressupõe que ao menos parte do seu conhecimento é propriedade intelectual resultante de uma difusão vertical, ou seja, que se deu de pai para filho, ou de mestre para aluno. Concepção que se opõe à difusão horizontal, que implica na troca de conhecimentos entre indivíduos da mesma corporação. Esta última teve papel fundamental na construção do conhecimento científico, constituindo-se um dos aspectos saudáveis do corporativismo. A forma vertical, entretanto, tem seu lado positivo: ensina que pode haver mais de um caminho entre a doença e a cura, e que médicos podem propor soluções diversas, oriundas de sua experiência pessoal, sem que isso signifique, necessariamente, a piora da qualidade da atividade profissional. Através desse arquétipo, fica patente a necessidade de preservação da individualidade do médico, capaz de procurar soluções que se adaptem ao contexto de sua prática e às características de cada paciente.

Esse arquétipo tem, no momento atual, um importante papel, que é o de se contrapor aos exageros de um movimento chamado "medicina baseada em evidências". Essa tendência propõe engessar, de forma progressiva, a conduta do médico, limitando-a àquela considerada cientificamente comprovada. Ao buscar uma rígida uniformidade nos tratamentos propostos, ela acaba por abolir as individualidades dos dois protagonistas do ato médico o doutor e o paciente -, tornando o primeiro frio, mecânico e impessoal.

A questão é que esse arquétipo também pode levá-lo ao isolamento. Sentindo-se seguro, do ponto de vista social, ele não mais se comunica com o mundo exterior, nem com a medicina. Em geral, estuda pouco, não gosta de trocar experiências com colegas e se desatualiza. Sem o apoio da corporação, acaba sentindo-se inseguro em sua prática médica. Não gosta de pacientes que perguntem muito, que questionem sua conduta, que exijam explicações detalhadas sobre o diagnóstico ou o tratamento. Quando surgem, sente-se ameaçado situação que caracteriza uma completa distorção de sua atuação profissional, gerando a síndrome a seguir.

Síndrome do Médico Ameaçado

Com a piora da qualidade da medicina, os pacientes estão se tornando mais

exigentes. A internet oferece acesso à grande quantidade de informações, o que faz de alguns, muitas vezes, pessoas mais informadas que seus próprios médicos. Isso geralmente ocorre quando este tem uma formação deficiente, não se atualiza, ou quando, assediado pelos pacientes, foge de assuntos que o incomodam. Muitas vezes, esse médico carrega inseguranças inconscientes que afloram como raiva ou com a sensação de que está sendo desafiado. Pode até mesmo tornar-se agressivo, levantar a voz e discutir com o paciente, perdendo o controle da situação. Enfim, sofre da tal síndrome persecutória que dificulta, e muito, a formação do vínculo com o paciente, fundamental para a terapêutica.

O empresário Roberto Hering conta que, ao resolver marcar hora com alguns pediatras, para escolher o mais adequado para cuidar de seus filhos, foi recebido pelo Dr. M., no Rio de Janeiro. Notou a surpresa do seu interlocutor ao revelar o motivo da consulta. "O senhor está aqui para me avaliar?", perguntou, em tom ameaçador. "Certamente", respondeu Roberto, "pois não vou colocar meus filhos na mão de um pediatra sem ter certeza de sua competência e conhecer sua linha de conduta. Por exemplo, não quero um medico que fique entupindo meus filhos de antibiótico", informou. O Dr. M. encarou aquilo como um desafio e aumentou a voz: "Antibiótico é um excelente medicamento, e eu o uso sempre!" A baralha estava armada. Roberto voltou à carga: "Pois acho que ele deve ser usado com muito critério, e não é preciso ser médico para saber que crianças que usam antibióticos freqüentemente ficam com o sistema imunológico fraco." O medico resolveu dar por encerrada a conversa e levantou-se como quem pretendia interromper a consulta. Mas o cliente estava disposto a continuar com o duelo: "Por que o senhor se levantou? Quanto tempo dura sua consulta? Nós não estamos aqui nem cinco minutos e ainda tenho dúvidas a tirar", insistiu. O doutor sentou-se, mas não se deu por vencido: "O senhor sabe que está cometendo um deslize ético criando uma situação como essa, em meu consultório!" E ouviu de volta: "Ética o senhor discute com os seus colegas, sou um consumidor e tenho o direito de saber a quem estou entregando a saúde dos meus filhos. Estou pagando pela hora e o senhor tem obrigação de me dar os esclarecimentos solicitados, pois o mínimo que se espera de um profissional é que esclareça com paciência e competência técnica tudo o que lhe for perguntado." Hering ainda traçou outras considerações sobre seus direitos e, finalmente, se retirou.

Neste caso, percebe-se claramente como o médico se sentiu ameaçado porque um pai desejava informações sobre sua forma de trabalhar. Apesar do questionamento insistente de Roberto, cabia a ele dar os esclarecimentos solicitados. Ao invés disso, tornou-se agressivo, perdendo o controle da situação, e foi obrigado a ouvir verdades. Isso poderia ser evitado caso mantivesse a calma e a paciência. E claro que há pacientes de todos os tipos, e alguns, por seu

temperamento, dificultam o trabalho do médico, Mas este precisa estar preparado para aceitar as pessoas, com suas limitações, e aparar as arestas que possam surgir.

O Cientista Maluco

Muitos pacientes foram vítimas de experimentos médicos malsucedidos. As primeiras cirurgias, por exemplo, verdadeiras carnificinas, ofereciam resultados pouco animadores. Mas, graças ao arrojo e à coragem dos cirurgiões de então, contamos, na atualidade, com um leque diversificado e eficiente de técnicas cirúrgicas. Como já vimos, a característica investigativa do médico, tão importante, ainda ameaça a sociedade, que não aprecia a idéia de ser "cobaia". Se as pesquisas, em geral, suscitam desconfiança e medo, por outro lado, se resultam em sucesso, contribuem para atenuar a impressão negativa gerada pelos fracassos. Dessa mistura de impressões contraditórias resultou a idéia de que todo médico tem algo de "louco" de onde vem o dito popular: "De médico e de louco todos temos um pouco." Portanto, esses dois aspectos da medicina, o que cura e o que faz loucuras, estão profundamente assimilados pela sociedade.
Ela crê que o médico tem os dois lados.
Se a prática médica exige arrojo, desprendimento, gosto pela aventura e pela investigação, é como se pegássemos um cientista, um policial, um aventureiro e um padre, e os colocássemos num liquidificador. O resultado, reconheço, é esquisito. Por isso, médicos esses seres estranhos, esses "cientistas malucos" sempre despertaram um misto de medo e admiração, impressões que encontram sua maior representação na famosa história do Dr. Frankenstein, personagem de romance de terror escrito em 1818 por Marc Wollstonecraft Shelley. Estudante de medicina, Frankenstein era obcecado pela idéia de ressuscitar um ser humano. Visitando o cemitério e roubando partes de cadáveres, ele constrói um ser e, em seguida, tenta animá-lo usando energia elétrica. Depois de várias tentativas, desiste, porem é surpreendido, mais tarde, pelo desaparecimento misterioso da criatura. Descobre que o monstro feito de retalhos ganhara vida e vagava pela cidade, aterrorizando a população. Empenha-se, então, em defendê-lo dos que pretendiam matá-lo, escondendo-o em sua casa, mas acaba vítima de sua própria criação. Revoltado com sua situação de ente sem alma, e deformado fisicamente, o monstro mata Frankenstein e é finalmente destruído, quando a população, enfurecida, ateia fogo à casa, queimando-o vivo.
E interessante o fato de Frankenstein ter sido chamado de "Prometeu moderno", quando o romance de Mary Shelley foi publicado, no século XIX. Na mitologia grega, Prometeu roubou o fogo do Olimpo e o deu aos homens. Como punição,

Zeus acorrentou-o a um rochedo e ordenou a um abutre que, a cada dia, comesse um pouco de seu fígado. Criar a vida e desafiar a morte talvez seja o grande objetivo da medicina. Algumas de suas propostas parecem desafiar os limites das "leis divinas", e podem ter conseqüências desastrosas para a espécie humana e para o planeta. O incômodo causado por atividades científicas que não respeitam a ordem natural das coisas, na sociedade, está por trás de manifestações espontâneas, como a rejeição aos alimentos transgênicos. Recentemente, um cientista americano declarou que iria criar uma bactéria a partir de genes sintetizados em laboratório, confirmando o temor da sociedade com relação a certos experimentos.

Esse aspecto assume uma dimensão cada vez mais assustadora, pois se materializa em ameaças reais. A medida que avançam os conhecimentos de medicina e da biologia, surgem cientistas propondo experiências altamente questionáveis e de conseqüências imprevisíveis. Seres transgênicos ou criados em laboratório, clonagem de seres humanos, desenvolvimento de embriões humanos fora do útero e produção de armas bacteriológicas são assuntos que provocam calafrios pelo seu potencial de gerar efeitos desastrosos para a civilização.

Na história de Frankenstein, vemos vários aspectos míticos da medicina. Um deles é a pretensão de se criar vida, desafiando a morte simbolizada na capacidade de ressuscitar, como ocorre também no mito de Esculápio. A mensagem dessa lenda é clara: mexer com assuntos "divinos" é arriscar a própria cabeça. Como demonstra Marv Shelley em seu livro, um ser que não possua a "centelha divina", como o humanóide criado por Frankenstein, está fadado ao descontrole e à destruição.

E ainda temos a imagem, um tanto repulsiva, do dissecador de cadáveres, aquele que, na imaginação popular, invade o cemitério e mexe com os mortos em busca de material para suas experiências. Isso simboliza, igualmente, a falta de respeito pelo corpo, pela integridade dos seres, sejam vivos ou mortos. Há, por trás da história de Frankenstein, uma severa crítica às experiências feitas com partes de seres. A percepção geral é a de que há uma ordem natural das coisas que não deve nem pode ser quebrada impunemente, sob a alegação de que a ciência não conhece limites. Quando o cientista liberta forças desconhecidas da natureza, deve estar consciente do grande risco a que está submetendo a si mesmo e a seus semelhantes.

O médico que incorpora, de forma excessiva, o "cientista maluco", distancia-se de seu paciente: nas consultas, costuma usar termos técnicos, acreditando que o interlocutor não tem capacidade para compreender as sutilezas da medicina. Não gosta de dar esclarecimentos detalhados sobre a doença e seu tratamento, e é,

geralmente, um apreciador das técnicas mais modernas e das aparelhagens de alta tecnologia. Mas, com tudo isso, o doente sente-se ameaçado, inseguro quanto à real gravidade de sua doença. Como confiar num médico dado a experiências sem qualquer preocupação em explicá-las? Vendo seu paciente se afastar para outros consultórios, o médico passa a sofrer da "Síndrome do Gênio Incompreendido".

Síndrome do Gênio Incompreendido

Esta caracteriza uma situação na qual o médico subestima o paciente, acreditando que ele não tem condição intelectual para entender sua própria doença. Não quer ser questionado em sua conduta, nem dividir as decisões. Portanto, não dá satisfações do que está fazendo afinal, é "o grande cientista", e leigos estão a muitos metros abaixo de seu pedestal, embora sirvam para suas experiências e aplicações de tratamentos recém-descritos.

A socióloga Paula Kramer me fez um relato interessante sobre sua experiência com um "gênio incompreendido". Ela conta que sua mãe sempre foi muito ativa e disposta, e que foi um grande susto quando recebeu um telefonema da irmã dizendo que ela estava no hospital. "Chegando lá, eu a vi em uma cadeira de rodas, sendo levada para exames. Logo chegou o Dr. C., neurologista indicado por um médico da família, que nos informou que ela havia sofrido um acidente vascular cerebral (AVC), mas que se recuperaria. Quis saber exatamente o que era AVC e que áreas do cérebro haviam sido afetadas, preocupada que ela não pudesse mais usar as mãos para pintar, o que seria uma grande tragédia. A resposta foi que confiasse nele porque tudo era muito complicado para que eu entendesse. Fiquei possessa e disse que não era burra e bastava que me falasse em português que seria perfeitamente compreendido. E claro que, com a arrogância característica de alguns médicos, explicou em 'medicines' mesmo, interrompido pelas minhas perguntas, sempre sem respostas. As explicações só complicaram minha compreensão. O médico queria nosso apoio para colocar minha mãe naquela máquina horrível para fazer uma ressonância magnética. Por sorte, um residente do hospital me forneceu as informações que eu precisava", lembra. Entender que tipo de "curto-circuito" cerebral ocorrera com sua mãe a acalmou, assim como a toda a família, e eles aceitaram, finalmente, a necessidade dos exames indicados.

Nesse caso, o "gênio incompreendido" gerou total insegurança entre familiares de uma paciente. Em vez de tranqüilizá-los, a tecnologia de uma ressonância magnética inspirou pânico, até que, finalmente, surgiu um profissional paciente que explicou o que estava acontecendo. Isso deu tranqüilidade a todos,

facilitando a aceitação do exame e melhorando as condições psíquicas da paciente. Paula identificou claramente o problema, ressaltando que o neurologista insistia em empregar uma linguagem incompreensível — o dialeto que só médicos compreendem. O profissional em questão tinha excelente formação técnica, e ótima reputação, portanto não estava inseguro, e essa não era a causa de sua postura arredia, quando assediado. O fato é que ele é o típico profissional que acredita que a ciência médica é um bem de uso exclusivo dos médicos, e que quanto mais os pacientes são informados, mais problemas provocam. Ao ser pressionado por pessoas descontentes com sua atitude, o gênio se irrita com essa ingerência em assuntos que considera privados, o Médico e o Monstro: as Duas Faces de Esculápio

Esse arquétipo já é, instintivamente, identificado pela sociedade, que o adotou como expressão idiomática. Em termos de arquétipo, é uma variante do "cientista maluco". Quando o médico acerta o diagnóstico, ou o tratamento, numa situação dramática, é o doutor milagroso que todos veneram. Quando falha, é o monstro, um incompetente que não "descobriu a doença", ou que aplicou um tratamento equivocado, ou muito agressivo, e não se comoveu com a dor do paciente. Traduzindo, toda vez que o "cientista maluco" faz alguma coisa que dá muito certo, é um herói; do contrário, é execrado como culpado por tudo de ruim que tenha acontecido ao doente. Sabendo da duplicidade de julgamento que a sociedade faz de seu trabalho, o médico procura se resguardar, ao máximo, para evitar condenações. Mas tem um outro lado: sabe também que tem que fazer o papel do carrasco, ou do chato, ou assumir uma atitude desagradável com o paciente, em função da exigência terapêutica.

Farte do trabalho do médico e altamente desagradável. Ele pode ser obrigado a prescrever um procedimento doloroso ou a comunicar um diagnóstico terrível, como câncer, por exemplo. Em outras situações, as drogas indicadas podem causar severos efeitos colaterais ou o tratamento implicar imobilização prolongada. E ainda existe a possibilidade de que tudo culmine numa internação em UTI o que não desejo ao meu pior inimigo. Enfim, a prática da medicina envolve não só curar ou aliviar o sofrimento, como, muitas vezes, induzir o paciente a sofrimentos que poderão mostrar-se desnecessários, com a evolução negativa dos fatos.

Esse arquétipo forma-se a partir de percepções arcaicas da sociedade, formadas através dos tempos. Nos primórdios da medicina, a aplicação dos tratamentos geralmente era sinônimo de suplício: sangrias; administração de catárticos, cauterização, com ferro em brasa, de feridas infectadas; amputações a sangue frio etc. Então, no momento em que os pacientes eram submetidos a isso, os médicos transformavam-se em torturadores, seres disformes, sádicos

desalmados, verdadeiros monstros sem qualquer compaixão com o sofrimento alheio. Foram centenas e até milhares de anos de sofrimentos impostos por uma medicina rudimentar, cuja capacidade de levar ao sofrimento, em certos casos, ainda persiste.

Outra percepção arcaica é a que se forma no inconsciente das crianças, nos primeiros anos de vida, quando são submetidas a tratamentos ou a internações hospitalares. Para elas, estas são experiências traumatizantes e por isso introjetam uma imagem negativa dos médicos. São crianças que entram em pânico e abrem o berreiro quando se aproxima alguém vestido de branco. Ou que, quando adultos, não gostam de médicos, enxergando neles criaturas ameaçadoras.

No romance de suspense O Médico e o Monstro ou The Strange Case Dr. Jekyl and Mr. Hide, escrito por Robert Louis Stevenson, a dualidade "médico-monstro" está muito bem representada.

A história se passa em Londres, no final da Era Vitoriana, quando as bases da sociedade industrial estavam se configurando. Nesse contexto, Henri Jekyl era um médico competente, bem-sucedido, considerado pessoa de caráter bom e exemplar. Em sua clínica, herdada do pai, atendia os ricos. Contudo, demonstrava sua bondade e espírito solidário guardando parte do seu tempo de prática para os desafortunados, Jekyl era um apaixonado pela ciência e desenvolvia experiências para interromper o processo de envelhecimento humano. Já percebendo, em si mesmo, o surgimento de sinais degenerativos da idade, misturava substâncias químicas na tentativa de encontrar uma fórmula que revertesse as conseqüências lamentáveis do passar dos anos.

Finalmente, obtém uma solução impressionante, de efervescência contínua, e cores mutantes, e num impulso incontrolável bebe-a de um gole, sem antes submetê-la aos rituais de experimentação. É envolvido por uma onda de dores e espasmos e, quando volta à consciência, não se reconhece mais. Seu corpo, sua fisionomia e até seu temperamento haviam se transformado. Essa nova pessoa encontra até um nome novo Edward Hide e é o inverso de Jekyl: mais jovem, tem uma face deformada por uma expressão bestial que provoca calafrios em todos os que se aventuram a olhá-lo nos olhos. Seus sentimentos são baixos, mesquinhos e destrutivos. No decorrer do romance, Hide demonstra toda sua maldade, sadismo e ausência de princípios, quando mata pessoas a sangue frio ou falsifica um testamento de Jekyl em seu próprio benefício, como que pretendendo eliminá-lo. A personalidade de Hide vai se fortalecendo e dominando a de Jekyl, até o momento em que a transformação acontece sem a necessidade de ingerir a bebida. No final, o médico se suicida, horrorizado com o monstro no qual havia se transformado.

A análise do material de Stevenson é muito interessante, considerando-se sua trajetória de vida. Tísico desde os vinte e poucos anos, o autor sempre lutou com a doença, passando por inúmeras internações, tratando-se com diferentes médicos. E bem possível que tenha vivenciado transformações de médicos em monstros e vice-versa, no decorrer de sua longa história clínica. Ele capta muito bem essa capacidade de mutação de seres bons e preocupados com o bem-estar das pessoas em torturadores sem qualquer resquício de humanidade e comiseração com quem cai em suas garras. Seu romance vem igualmente repleto de outros símbolos vinculados ao arquétipo do médico: o principal é o do "cientista maluco" aquele que perde o controle sobre seu próprio experimento e, em geral, torna-se sua primeira vítima. O Dr. Jekyl cria uma solução com grandes poderes, mas não sabe como conduzir seu experimento, e acaba produzindo dor e sofrimento a si próprio e a outras pessoas inocentes. Autores que analisaram a obra mostram que esse aspecto reflete a insegurança gerada por certos avanços científicos incorporados pelo capitalismo industrial da época.
Outro aspecto abordado no livro é a quixotesca luta contra a morte travada pela medicina. Na percepção instintiva da sociedade, desafiá-la pode ter conseqüências desastrosas. Quando Jekyl produziu um composto que revertia a tendência ao envelhecimento, aconteceram coisas nefastas, como a explosão de sentimentos negativos e destrutivos. A mensagem é clara: mudar o fluxo natural da vida, de forma tão profunda, como reverter o envelhecimento, resulta em castigo. O preço a pagar é sempre muito alto. Todo médico traz consigo essa potencialidade, de ser o curador e o monstro, mas alguns deles, por sua personalidade, caráter e formação, deixam prevalecer o segundo aspecto, em detrimento dos seus valores positivos.

Síndrome do Médico Monstruoso

Esse médico se acostuma ao sofrimento dos pacientes e ao clima impessoal e depressivo dos hospitais e, dessa forma, vai se abrutalhando. Torna-se também frio, distante e tecnicista, adorando condutas agressivas cm doentes frágeis, sensíveis e carentes de atenção. Ao invés de ser seu aliado, transforma-se no seu mais cruel inimigo. Costuma valorizar, apenas, procedimentos ou tratamentos invasivos. Diante dessas indicações, o paciente se vê forçado a acatá-las muitas vezes sofrendo as conseqüências por toda a vida. Estas serão pessoas que entrarão em pânico cada vez que se depararem com um médico.
Maria Lúcia Botelho, professora aposentada, chegou ao meu consultório para sua consulta inicial e a primeira frase foi: "Não gosto de ir a médicos." E continuou: "Só estou aqui porque meu braço dói muito, não tenho mais posição

para dormir e meu filho me garantiu que o senhor é diferente, que usa métodos naturais." Quis entender o porque da aversão a médicos e consegui que desabafasse. Há cerca de 15 anos, durante um exame de rotina, em seu ginecologista, foi identificado um nódulo no seio e ela foi convencida a retirá-lo, numa cirurgia simples, para que uma biópsia pudesse ser feita. Medrosa, resistente, e difícil de lidar, não foi esclarecida sobre as suspeitas diagnosticas e todas as possíveis conseqüências do resultado da biópsia. Na cirurgia, como de praxe, nesses casos, um pedacinho do nódulo foi congelado e analisado no microscópio: era um tumor maligno com grande capacidade de invadir os tecidos. O cirurgião decidiu, imediatamente, retirar sua mama, e quando Maria Lúcia acordou da anestesia, viu-se nesse estado. Podemos imaginar o choque. Profundamente deprimida, iniciou um tratamento complementar com quimioterapia. Seu estado psíquico piorou e ela foi mantida no hospital. Ao final de três semanas, sentindo-se melhor, quis voltar para casa. Como seus apelos não fossem ouvidos, tentou fugir do hospital. Na terceira tentativa, a família concordou com a alta. Desde então, tomou aversão a médicos e me disse que só de ver um sujeito vestido de branco ou um hospital passava mal e sentia o coração aos pulos. Não os procura sob hipótese alguma, apesar de seus problemas de saúde. Durante seu relato, chorou várias vezes, e falou de sua angústia, especialmente nos últimos anos, quando passou a sofrer mais pressões para que procurasse um médico o que era impedido por sua fobia.

Vamos analisar esse caso: um médico teve uma conduta perfeita, do ponto de vista técnico: suspeitou que um nódulo mamário fosse maligno, providenciou uma biópsia, e como a análise da lâmina mostrou que o tumor tinha grande capacidade de se disseminar, retirou-o logo, e fez uma quimioterapia preventiva no pós-operatório. O problema é que não percebeu como sua paciente era frágil, do ponto de vista psíquico, cheia de medos e bloqueios. Apesar de curada, ela ficou tão traumatizada que desenvolveu uma fobia de médicos que a impediu até de fazer uma cirurgia plástica para refazer a mama retirada. Para ela, eles eram seres terríveis que mutilavam pessoas, e passou a sentir-se condenada a viver para sempre com sua mutilação.

Há profissionais bastante identificados com esses aspectos. Com certeza, o exemplo mais terrível é o do Dr. Joseph Menghele, alemão que realizou experimentos cruéis com pessoas, especialmente judeus, durante o nazismo. A versão brasileira está nos profissionais que participaram de sessões de tortura no período repressivo do regime militar, como conta Fernando Gabeira em seu livro O que é Isso, Companheiro? Infelizmente, alguns profissionais apresentam esse traço de perversidade, e durante o curso de medicina não é possível se identificar os alunos que carregam esses traços de sua personalidade para impedi-los, de

alguma forma, de exercer a profissão.
Outra experiência traumática foi a do advogado Edmar Lustosa, que foi a uma clínica fazer um check-up. "Fui fazer um exame completo, para minha idade. No início, realizaram os mais comuns: prova de esforço, endoscopia etc. Mas num determinado momento, levaram-me a uma sala e pediram que eu me despisse. Um médico, de forma lacônica, ordenou que eu me inclinasse sobre a maca, mantendo os pés no chão. Em seguida, sem demonstrar qualquer constrangimento, foi besuntando minha nádega com uma pomada. Senti-me muito mal: vi-me como um personagem de piada grosseira de bar. Ele, então, empunhou um aparelho e me alertou, com três ou quatro palavras, que iria introduzi-lo no meu ânus. Ensaiei um protesto, dizendo que esse exame não estava programado. Com ironia, o médico perguntou-me se eu não pedira um exame completo. E zombou: "Ou será que o senhor está com medo”? Estava profundamente constrangido e não encontrei palavras para sustentar meu protesto. O médico rodava o aparelho em várias direções, injetando ar, gerando dor e desconforto, e me dava ordens, em voz alta, para que pressionasse minha nádega para trás. Foram minutos que pareceram horas. Enquanto sofria, imaginava-o como um ogro, um ser mitológico, que se nutria do prazer de deflorar sua vítimas. Ao fim do exame, eu estava de tal forma envergonhado que nem sequer pude olhá-lo. Levei algumas semanas para buscar os resultados, que estavam rodos normais. Senti um ódio incontrolável, afinal, todo aquele sofrimento em vão! Pensei em processar a clínica, mas desisti: imagine contar essa história na frente do juiz. Agora compreendo porque mulheres estupradas não gostam de denunciar seus agressores.
Pelo relato de Edmar, pode-se pensar que o médico agiu de má-fé não teve nenhum cuidado em preparar psicologicamente o paciente, não se mostrou sensível à sua angústia e ainda pareceu debochar da situação. Por outro lado, é também possível que não tenha, necessariamente, uma índole ruim, e seu comportamento resultou da falta de sensibilidade e da inabilidade em lidar com pacientes. O cara simplesmente errou de profissão! Um profissional com boa formação deveria saber que qualquer pessoa, numa situação de estresse e de constrangimento, fica muito suscetível. Se o médico não está sintonizado, se não age com cuidado em momentos delicados, transforma-se, aos olhos do paciente, num monstro.

O Sacerdote

A relação entre medicina e religião foi a tônica nos sistemas médicos primitivos, em diversas culturas e povos. Na concepção européia, tornaram-se

independentes. Havia uma afinidade entre o milagroso, o sagrado e o ato de curar, mas a religião, segundo os dogmas da Igreja, estava separada das áreas técnicas de conhecimento. Para ela, o poder dos homens dependia, em última instância, dos desígnios de Deus. Mas a proximidade conceitual entre a medicina e a religião, sem uma delimitação clara onde terminava uma e começava a outra, gerou áreas de conflito e disputas de poder no modelo cultural ocidental, especialmente durante a Idade Média e o início do Renascimento. Quando as curas eram provenientes de milagres ou produzidas por uma intervenção do médico? Que critérios usar para a distinção entre bruxaria e a verdadeira medicina? Foram muitas as perguntas cujas respostas nem sempre foram claras e coerentes. Médicos foram perseguidos e acusados de bruxaria. Muitos segmentos do clero consideravam o poder de cura uma atribuição divina, e viam os médicos como potenciais usurpadores desse poder. Por isso, em determinada época, estes introjetaram valores religiosos à sua prática, creditando a Deus o mérito das curas. Tornaram-se meros assistentes dos doentes, limitando sua ação a medidas pouco intervencionistas, apenas tentando aliviar o sofrimento e proporcionar conforto.

Esse tipo de profissional ainda existe. Outro aspecto que o identifica é sua dedicação ao paciente. É condição essencial, no seu trabalho, o amor ao próximo e um desprendimento semelhante ao exigido do sacerdote. Esse, que escolhe a medicina e casa-se com ela, pode ser comparado ao padre, que oferece seu voto de castidade à Igreja. Esse aspecto relaciona-se com a questão humana da medicina. Assim como o sacerdócio subentende o amor ao outro, a medicina, ao menos em sua forma clássica, ensina que a saúde do paciente é uma questão de humanidade, estando acima de remuneração ou das necessidades pessoais.

Todos os papéis desempenhados pelos médicos, ao longo dos anos de feiticeiro, cm sistemas primitivos de saúde; assistente, na agonia e na morte; conselheiro, diante do sofrimento e das perdas; agente divino, ou de dedicação e amor à espécie humana -, criaram afinidades de postura e atuação com as dos que abdicaram de todos os confortos materiais para servir ao próximo. Nesses laços, encontra-se a origem de frases como: "A medicina é um sacerdócio."

No mito de Esculápio, a capacidade de cura deriva do poder divino, e é oferecida aos mortais como uma dádiva. Ele era um semideus, filho de Apoio com uma mortal, e seu trabalho, como médico, foi realizado em templos e em meio a rituais religiosos. Ainda de acordo com a mitologia, ele ensinou medicina a Hipócrates. Assim, podemos concluir que, no simbolismo, os médicos possuem uma afinidade com essa figura mítica, na relação com o divino. Hipócrates criou um juramento que os médicos prestam por ocasião da formatura, e que é um dos fortes elos com o perfil do sacerdote.

Um outro exemplo desse arquétipo, hoje, e a organização Médicos sem Fronteiras, merecida mente agraciada com o Prêmio Nobel, em 1999, por mostrar desprendimento e vontade de ajudar o próximo, atuando em países em guerra, lugares pobres, e melhorando a qualidade da saúde local, contando com doações e trabalho voluntário. Tenho orgulho desses colegas, que só enobrecem nossa profissão, e também contribuo com a organização, há alguns anos, acreditando que os que possuem senso de civilidade também deveriam fazê-lo.
Exemplos como esse, que mostram os aspectos positivos desse arquétipo, estão ficando raros. O tecnicismo na medicina contribuiu para afastá-la cada vez mais do simbolismo mágico e religioso da ação de curar. Médicos tornaram-se pessoas céticas, frias e distantes. Por outro lado, as relações comerciais na medicina fizeram de alguns deles trabalhadores explorados, mais preocupados em sustentar seu padrão de vida do que em se ocupar com questões sociais. Desapareceu de cena a figura do profissional que cobra dos ricos, mas atende aos pobres de graça. Os aspectos negativos, entretanto, estão se tornando cada vez mais comuns: são os valores mal elaborados, associados ao poder sobre a saúde, a vida e a morte, questões que estão se tornando cada vez mais importantes cm detrimento do sentimento de humanidade que deve permear a prática médica. A relação da medicina com a divindade, sob o escopo do poder, é a distorção básica que leva à síndrome do semideus.

Síndrome do Semideus

Relaciona-se também com os aspectos simbólicos ligados ao poder divino da cura. Só que este não se identifica, em nada, com o sacerdote. Muito pelo contrário: enquanto para este o objetivo principal é fazer o bem ao próximo, o semideus usa o poder de cura em benefício próprio, o que em geral significa, no mínimo, falta de respeito para com o paciente. Para o onipotente, não há limites, O médico que incorpora esse papel arrisca tudo, inclusive a carreira, pelo poder e a projeção de seu nome. Em alguns casos, pode pagar um alto preço por sua ambição, especialmente quando cruza os limites da ética e do bom senso. Seu grande defeito é, obviamente, o orgulho e a vaidade: gosta de títulos e posições na hierarquia médica, é estudioso e técnico, mas não admite ser questionado e não tolera competidores à altura.
Médicos interferem com processos naturais, evitando ou adiando a morte e costumam ser admirados por isso. E tão comum se escutar: "Dr. fulano é um grande médico, pois salvou a vida da minha mãe." Mas se esse mesmo profissional, incensado e admirado, perde a noção de limites, o salvamento de vidas passa a significar pacientes mantidos vivos de forma artificial, através de

aparelhos, numa UTI, ou em tratamentos caros e dolorosos aplicados desnecessariamente a anciãos e doentes terminais.
Esta síndrome é comum entre médicos americanos, segundo os críticos, devido ao excesso de autoconfiança que eles desenvolvem. Nos Estados Unidos, um indivíduo que estuda medicina numa boa universidade é considerado superior, em capacidade intelectual, a outros profissionais de qualquer outra área. Se ele não tem auto-crítica, pode desenvolver o narcisismo a ponto de sentir-se um semideus. O problema foi abordado em Médico ou Semideus, do escritor e médico americano Robin Cook, que sempre aborda, em seus romances, temas relacionados ao seu métier. Nesse livro, ele conta a história de um cirurgião que perdeu completamente a noção de limites. Tecnicamente superior aos colegas, trabalhava, supostamente, em Boston, considerada o gueto dos médicos mais badalados dos EUA. Além da capacidade intelectual, tinha muita habilidade manual, mas emocionalmente era infantil, o que o levou a um comportamento inteiramente distorcido e doente. Trabalhava de forma febril e obsessiva, no hospital, e estudava compulsivamente. Em dado momento, passou a matar pacientes operados por seu chefe e por outros médicos da equipe,
No seu raciocínio, o chefe era um cirurgião medíocre e precisava se aposentar, e ele precisava provar que era o mais indicado para substituí-lo, pois obtinha melhores resultados do que os colegas. Assim, foi assassinando pacientes e piorando as estatísticas de mortalidade de seus concorrentes. Mas não matava qualquer um: escolhia os que, na sua avaliação, não mereciam viver ou se beneficiar da melhor e mais cara medicina do mundo. Cook criou um personagem que discriminava pacientes com retardo mental, com baixo nível social ou portadores de condições terminais ou crônicas, com diabetes e cirrose. Ou seja, o semideus, dono da vida e da morte, concentrava em suas mãos o poder de decidir quem merecia ser salvo.
O terrível personagem acaba sendo descoberto pela própria esposa, também médica, que, por pouco, não se transforma em mais uma vítima de sua loucura. Descontrolado, ele sai dirigindo em alta velocidade, bate o carro e morre, para alívio de todos. É obvio que a história é exagerada. Médicos que matam pacientes, movidos por delírios, felizmente são raridade. Mas o comportamento do semideus não é assim tão raro. É possível encontrá-lo naquele que começa a adotar condutas equivocadas, desconsiderando a realidade do paciente. No caso a seguir, vemos como a onipotência impediu um deles de reconhecer seu erro e de reavaliar sua posição.
Juca veio ao meu consultório com a mãe, Cláudia Carvalho, já minha paciente, com dor no joelho, surgida após um jogo de futebol. Tinham consultado um ortopedista, Dr. M., considerado um dos melhores da Barra da Tijuca, bairro de

classe média alta do Rio de Janeiro. Dr. M. considerou que o caso não era nada grave, receitando apenas um anti-inflamatório. Como o menino não melhorasse, a mãe o trouxe para uma sessão de acupuntura. No exame físico, constatei que tinha o chamado "sinal da gaveta", que mostra lesão do ligamento cruzado, viral para a estabilidade do joelho, e que só pode ser corrigido através de cirurgia. Solicitei uma ressonância magnética, que confirmou a ruptura do ligamento cruzado anterior, e de lesão do menisco interno. Sugeri que voltassem ao ortopedista, já com a indicação de cirurgia. Mas o Dr. M. com a ressonância na mão, negou-se a reexaminar o menino, afirmando, categórico, que o resultado do exame estava errado, que ela fizesse exatamente o que ele havia mandado usar os anti-inflamatórios. Diante desse fato absurdo, indiquei outro ortopedista, que confirmou meu diagnóstico e a indicação cirúrgica. Juca foi operado e os problemas corrigidos.

Nesse caso, felizmente, as conseqüências não foram graves, pois a distorção foi logo identificada e corrigida. Como Cláudia tinha confiança no meu trabalho, e o resultado da ressonância confirmava o que eu dizia, não houve espaço para uma opinião delirante e onipotente. Mas se o paciente seguisse com a terapêutica equivocada, poderia ter seqüelas definitivas e limitantes.

Síndrome do Medalhão

Medalhão é um termo pejorativo usado, no Brasil, para designar médicos famosos e, muitas vezes, arrogantes. É uma variante tupiniquim do 'semideus", porém ainda mais vaidoso. Segundo o dicionário, "medalhão é uma pessoa que, sendo medíocre e de poucos dotes intelectuais, desfruta de posição social elevada ou respeito em função de suas posses financeiras". O uso dessa definição, para o médico, revela não uma deficiência intelectual, mas sim a falta de humanismo para com o paciente. O "medalhão", narcisista ao extremo, geralmente peca, justamente, por considerar o doente muito menos importante que ele. É um sujeito eternamente preocupado com seu ego e sua imagem. Acha que está acima de tudo, acredita que seu nome é tão considerado que tudo o que disser ou fizer será reconhecido. Por isso, não tem tempo nem paciência para explicar detalhadamente ao paciente qual a terapêutica a ser adotada. Se disser que será dessa ou daquela forma, assim será feito e amém. O paciente, coitado, geralmente não tem chance de discordar. A relação entre ambos fica, assim, bastante comprometida.

Esse grande doutor também se sente como o dono da vida e da morte dos pacientes, e gosta de usar seus conhecimentos para adivinhar quando esse ou aquele vai se curar ou morrer. Também aprecia ver seu nome como principal

autor em algum trabalho científico, muitas vezes desenvolvido por estudantes de medicina ou residentes. E vibra quando é chamado para falar em congressos e se apresentar para grandes platéias de médicos. São momentos que afagam seu ego. Há quem goste dele pacientes que se sentem importantes quando atendidos pelo médico da moda, impressionados com sua enorme autoconfiança. O problema começa quando surgem intercorrências com o tratamento e eles o questionam, coisa que, evidentemente, não admite: fica uma fera e reduz o pobre interlocutor à sua insignificância. Há pacientes que não aceitam esse tipo de conduta e enfrentam o poderoso de frente. Foi o que fez o médico Aldo Luís Garcia, numa consulta com um medalhão da cardiologia.

Aldo resolveu procurá-lo, pois sua pressão arterial estava elevada. O atendimento inicial foi leito por um assistente, assim como a coleta de dados. Finalmente, o Dr. S. entrou e deu uma passada de olhos nos dados, prescrevendo um medicamento. O paciente questionou o colega, por imaginar que seria feita alguma investigação antes da prescrição, estranhando também não haver uma orientação sobre a dieta. Sem saber que Aldo era médico, pois não tinha lido com atenção sua ficha, o cardiologista lhe disse que não cabia ao paciente discutir questões técnicas, e que sabia exatamente o que estava fazendo. Continuou a escrever a receita e deu rápidas instruções sobre o uso da medicação. Quando terminou de falar, Aldo voltou à carga, dizendo que não concordava cm tomar uma medicação sem saber exatamente por quê. O Dr. S. se irritou e disse que era muito ocupado, tinha muitos pacientes para atender e que não podia mais perder tempo com explicações. Se quisesse seguir sua orientação, muito bem, caso contrário, o melhor seria buscar outro médico. Aldo então se identificou, e disse que achava a atitude do colega muito agressiva, e que, como cliente, tinha direito às informações que desejava. O Dr. S. tentou se desculpar, alegando que se soubesse que ele também era médico teria lhe dado mais atenção. Mas o estrago já estava feito.

O Feiticeiro

É um arquétipo variante do sacerdote, que assume o modelo mais ocidental, influenciado pela Igreja, no qual a medicina fica com a ciência e a Igreja com os aspectos mágicos da cura. No feiticeiro, os dois aspectos se fundem, resultante da identificação com os sistemas médicos primitivos, nos quais o curandeiro também era o líder espiritual. Acredito que essa imagem se origine de um processo do inconsciente coletivo dos médicos, como também da percepção, por alguns, de que é importante refundir a magia e a medicina para melhorar e humanizar sua prática. O arquétipo reúne muitas de suas qualidades, que

considero perdidas com a revolução tecnológica. O "feiticeiro" e aquele médico que acredita ser o tratamento espiritual tão ou mais importante que o dos males físicos do doente. Por trás do movimento de busca, pelas medicinas alternativas, esse personagem pode ser visto com certa freqüência. Aquele que o incorpora começa a mudar sua prática, tornando-se mais místico, menos técnico e materialista.

No livro Manifesto da Nova Medicina, o psiquiatra americano James Gordon conta sua trajetória em direção às terapias alternativas. Tudo começou com uma dor na coluna lombar, que não era eliminada com os métodos tradicionais. Acabou curado por um médico indiano, que praticava medicina chinesa. Impressionado, começou a se interessar pelo assunto e encontrou nos ensinamentos de Hipócrates uma bússola para redesenhar sua trajetória profissional. Incorporou técnicas de meditação e alimentação energética, e reformulou seus hábitos de vida. Isso gerou modificações na abordagem clínica dos seus pacientes, e novas técnicas foram incorporadas à sua prática. Concluiu que sua evolução atingiu a maturidade quando percebeu que os aspectos espirituais do paciente deviam ser o principal foco do médico. A descoberta da medicina alternativa acabou por levá-lo a personificar o arquétipo do feiticeiro.

Esta foi a força inconsciente que moveu médicos quando eles deram importantes passos na direção de novos métodos a serem agregados ao conhecimento instituído. Vimos que a ciência médica se apropriou de procedimentos populares, reivindicando posteriormente sua descoberta, como no caso da vacinação contra a varíola. O feiticeiro é também um rebelde. Enfrenta o mundo "oficial", e essa força levou muitos médicos a desenvolverem pesquisas, mesmo durante o auge das perseguições da Igreja. Originaram-se também desse arquétipo outros movimentos de questionamento do saber instituído, como a psicanálise, criada por Sigmund Freud, e a homeopatia, de Samuel Hanneman. Hoje, o feiticeiro é a força motriz que determina um questionamento dos valores da medicina, através dessa guinada para as terapias alternativas, observada em países ocidentais. Há quem tenha optado radicalmente por essas áreas de atuação, caracterizando a síndrome do médico alternativo.

Síndrome do Médico Alternativo

Esse tipo de medicina está desempenhando um papel importante, incorporando conceitos e contribuindo para alavancar a qualidade da prática médica. Mas a opção obsessiva pelas terapêuticas não-oficiais pode se constituir num grande erro. No capítulo anterior, vimos que, na estruturação da ciência médica, duas correntes de pensamento se opuseram: o vitalismo e o reducionismo. Do meu

ponto de vista, a medicina convencional está contaminada pelo segundo, e não consegue enxergar questões globais, nem a individualidade do paciente. Da mesma forma, uma guinada exagerada para o vitalismo é uma distorção que também pode piorar a qualidade da medicina e, de certa forma, dificultar seu desenvolvimento.

O médico alternativo, aqui tratado pejorativamente, é aquele que envereda de corpo e alma nesse universo de tantos caminhos, negando muito do que estudou na faculdade. A medicina convencional tem falhas graves, mas um valor inquestionável, e a alternativa oferece novos valores elas podem, portanto, se complementar. Quando é necessário lidar com questões objetivas, a convencional tem armas eficientes; nos "ajustes finos", na individualização do tratamento, ou no trato de questões de caráter subjetivo, a alternativa possui as soluções mais adequadas. O ideal é ter bom senso para saber usar ambas.

O problema do "alternativo" é que ele se isola em sua prática, esquecendo-se, inclusive, da necessidade de comprovar os métodos empregados. A Organização Mundial da Saúde criou a expressão medicinas tradicionais para caracterizar aquelas que, ainda que não tenham suficiente comprovação científica, estão suportadas por um conhecimento acumulado ao longo dos anos o conhecimento tradicional. Este passou a ser respeitado porque, investigadas à luz da ciência, essas vertentes mostraram-se eficientes. Isso visa distingui-las de um grupo de novas práticas surgidas não se sabe de onde, sem nenhum fundamento científico e cultural. O "alternativo" incorpora técnicas sem suficiente critério e as pratica de forma indiscriminada, por questões filosóficas ou outras quaisquer.

Alguns homeopatas tem esse perfil, devido à herança de correntes ligadas ao Dr. James Tyler Kent, eminente especialista que viveu nos Estados Unidos no século passado. Nessa época, havia uma verdadeira guerra entre o pensamento reducionista, representado pela medicina convencional, e as linhas de tratamento vitalistas, representadas pela homeopatia. Existem registros de filhos de homeopatas que morreram de apendicite porque seus pais se recusavam a tratá-los com métodos alopáticos, incluindo a cirurgia. Isso se justifica, em parte, por ser muito alta a mortalidade cirúrgica, nessa época. Contudo, mesmo assim, esse recurso representaria a única chance de sobrevivência dessas crianças e ela lhes foi negada. A guerra terminou com a proibição da prática da homeopatia em solo americano e a saída dos homeopatas para a Inglaterra, onde puderam dar continuidade ao seu trabalho. Hoje, já aceita, a especialidade pode ser praticada nos EUA, e a Europa detém a reputação de seu grande pólo difusor.

Muitos dos que se incorporaram à luta de Kent ainda não aceitam os medicamentos químicos, sob hipótese alguma. Existem os que repudiam qualquer tratamento, mesmo a acupuntura, acreditando que tudo interfere com a

energia vital do organismo, dificultando o trabalho de drenagem e equilíbrio proporcionado pelo medicamento homeopático. Há situações em que o paciente não reage bem ao re médio homeopático e o médico insiste no tratamento, sem considerar questões objetivas, provocando, muitas vezes, o agravamento da doença, com risco para o doente.

O físico José Farias procurou um homeopata devido a uma dor na perna. O Dr. C. conversou longamente com ele, repertorizou1 seus sintomas, prescreveu um medicamento, mas não o examinou. Ao final de uma semana, a dor piorara. José voltou ao consultório alegando o aparecimento de um edema. O médico garantiu que este era um fenômeno chamado "agravação" comum nos tratamentos homeopáticos e aumentou a potência do remédio, sem examiná-lo. A dor e o edema pioraram, mas o médico manteve-se insensível, reafirmando sua conduta. Com isso, Jose perdeu a confiança nele e chegou ao meu consultório. Examinei-o e vi que apresentava um sintoma chamado "sinal de Homans", considerado indicativo de tromboflebite profunda. Nessa doença, o sangue coagula nas veias da perna, inflamando-as. O diagnóstico foi confirmado pelo "scan venoso com Doppler". Expliquei que era um problema sério e que seria necessário adotar um tratamento objetivo, devido ao risco de embolia pulmonar. A complicação pode acontecer se o coágulo se desprender da veia, passar pelo coração e entupir um ramo da artéria pulmonar — o que aumenta a pressão na artéria e dificulta a oxigenação do sangue, podendo ocorrer também uma parada cardíaca. Depois das explicações, receitei um medicamento anticoagulante, e recomendei repouso absoluto. Sua veia desentupiu e ele melhorou.

O bom senso mostra que esse médico alternativo, que assumiu uma postura excessivamente rígida, estava tão equivocado quanto o alopata que nega a homeopatia ou a acupuntura. Cada situação clínica necessita ser compreendida em sua complexidade, para que se possa decidir pela melhor opção terapêutica. Se, na maioria dos casos, é preciso ser subjetivo e não menosprezar sintomas, em vez de alegar que são criados pela imaginação, há situações nas quais um problema objetivo necessita de uma intervenção imediata. No caso de José, se o diagnóstico de tromboflebite não tivesse sido feito a tempo, ela poderia ter causado sua mora. O médico não o examinou, nem valorizou aspectos objetivos da questão, errou o diagnóstico e colocou seu paciente em risco.

O Dissecador

Esse arquétipo possui algumas características diametralmente opostas às do feiticeiro, mas ambos tem o arrojo como qualidade comum. Ao contrário deste último, um místico, o dissecador é um materialista ferrenho: acredita que apenas

conhecendo a anatomia em profundidade conseguirá dominar a medicina. Por isso, usa e abusa de manobras para driblar a repressão contra a violação de cadáveres e com isso poder investigar melhor os detalhes do corpo humano. Graças a ele, possuímos uma riquíssima descrição da nossa anatomia.
Foi igualmente o arrojo do dissecador, e de sua convicção de que a doença pode ser corrigida através de uma intervenção física, que sofisticadas técnicas de cirurgia se desenvolveram. Portanto, esse arquétipo é a grande força por trás do desenvolvimento da cirurgia, razão pela qual todo cirurgião é fortemente identificado com ele. O dissecador possui uma natureza invasiva: agrada-lhe atuar diretamente no interior do corpo do paciente, pois acredita que esta é a melhor maneira de curá-lo rapidamente. Médicos que trabalham com terapia intensiva também são guiados por essa força arquetípica.
Percebe-se que, cada vez mais, aumenta a invasividade na medicina. São novas cirurgias e procedimentos incorporados ao conhecimento, à medida que a ciência evolui. Por outro lado, há um dado interessante: à medida que estes vão se sofisticando, ficam menos agressivos. Cirurgias que há dez anos exigiam a abertura do abdome, hoje são feitas por via laparoscópica, que exige apenas a abertura de um buraquinho de dois centímetros no umbigo, e mais um ou dois, auxiliares, dependendo do tipo de cirurgia. Isso mostra que os procedimentos tendem a se adequar a padrões cada vez mais humanos.
Mas não resta dúvida de que o dissecador pode desenvolver um comportamento agressivo ao optar sempre por técnicas invasivas ou cirurgias, retirando órgãos de forma desnecessária, gerando, inclusive, o aumento da iatrogenia. Essa distorção pode resultar cm comportamentos destrutivos para a prática médica, que podem ser percebidos nas síndromes que identifiquei.

Síndrome do Estripador

E o médico muito agressivo no manejo do bisturi e de outros instrumentos cirúrgicos, que remove órgãos por engano, lesa vasos ou nervos importantes, faz a imobilização de ossos de forma errada, levando a deformações, e assim por diante. São cirurgiões que produzem cicatrizes excessivamente grandes ou que esquecem pinças ou gazes no interior do paciente. O ato cirúrgico deve ser um momento de extrema compenetração e cuidado. E a situação de maior entrega do paciente, que está anestesiado, com seu corpo e seu destino nas mãos do profissional. Sua intimidade física está sendo invadida e qualquer erro pode significar perdas enormes, inclusive da vida. Mas o estripador não se preocupa com isso, opera de forma desleixada, brincando com o corpo do paciente. Para ele, cortar é um divertimento. Não presta atenção aos detalhes técnicos. É,

geralmente, mal treinado, pouco estudioso e desinteressado da medicina como arte de curar, o que aumenta suas chances de errar. Desleixo e incompetência, associados à agressividade com o bisturi e com outros instrumentos cirúrgicos, convenhamos, é uma combinação macabra.

Já vi muitos casos que poderiam exemplificar essa síndrome. O que mais me impressionou foi o que acompanhei há muitos anos, antes mesmo de me formar. Dividir essa história terrível com o leitor me causa tristeza, mas ela poderá ser usada para que, cada vez mais, a sociedade e a corporação médica se mobilizem para evitar que tais atrocidades continuem a acontecer.

O caso ocorreu quando eu estagiava na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) do Hospital Cardoso Fontes, em Jacarepaguá, no Rio de Janeiro. Nessa época, era comum os hospitais do extinto Inamps receberem casos complicados de clínicas da Baixada Fluminense, visto que suas UTIs eram de bom padrão. Recebemos Marli, encaminhada por um hospital da periferia. Tinha sofrido um aborto espontâneo, há cerca de três semanas e, como continuasse a perder muito sangue, procurara uma clínica de emergência na Baixada. Aí foi feito o diagnóstico de restos de placenta no útero e realizada uma curetagem. Ela voltou para casa, mas, nos dias subseqüentes, começou a sentir muitas dores na barriga. Voltou à clínica, mas o médico garantiu que as dores eram normais após uma cirurgia daquela natureza. Contudo, as dores pioraram, a barriga inchou, e Marli começou a ter febre. Procurou outro hospital, onde lhe disseram que precisava ser operada com urgência. Nessa cirurgia, foi constatado que, durante a curetagem, o médico perfurara seu útero e arrancara um pedaço do seu intestino delgado. Ela estava com peritonite e fístula digestiva, e com esse quadro foi transferida para o Hospital Cardoso Fontes. Apesar do esforço da equipe da UTI, morreu vítima de necrose da parede abdominal e infecção generalizada.

Nesse caso, é fácil evidenciar a brutalidade do médico que a operara. Qualquer ginecologista sabe que o tecido uterino que recebeu uma placenta é muito friável, e por isso uma curetagem precisa ser feita com delicadeza, pois existe risco de perfuração. Quando isso ocorre, identificamos um médico inábil, com pouca prática. Mais ainda: extirpar um naco de intestino delgado denota absoluto despreparo, descaso, crueldade, caráter violento. Um crime com a garantia de impunidade, sob a proteção de um diploma de medicina.

Síndrome do Arrasador

Outro aspecto do arquétipo mal elaborado do dissecador é a do médico que gosta de extirpar órgãos que considera "desnecessários". Isso ocorre com cirurgiões que acreditam que, quanto mais órgãos a pessoa tiver, mais chances terá de

desenvolver, neles, uma doença ou tumor. São casos onde uma vesícula, sem cálculos, é retirada durante uma cirurgia abdominal, ou de ovários e útero removidos durante uma miomecromia, ou ainda de uma mastectomias total feita quando o indicado era apenas a retirada parcial da glândula. O argumento é sempre o mesmo: para que manter certos órgãos, se não são vitais e poderão apresentar problemas futuros? A verdade é que o fato de não serem essenciais à vida não significa que não sejam importantes, do ponto de vista prático ou simbólico. O dedo mindinho não é vital, mas ninguém gostaria de perdê-lo ele faria falta, certamente.

Alguns médicos argumentam que útero e ovários perdem a importância após a menopausa. Sob esse raciocínio, os testículos também são desnecessários para o homem idoso! Mas ficar sem eles não agrada a homem algum, assim como mulheres submetidas à retirada do útero ficam deprimidas, sentindo-se castradas em sua feminilidade. Portanto, órgãos só devem ser extirpados quando estritamente necessário. Quando uma retirada parcial é possível e indicada, esse deve ser o procedimento. Esta síndrome é mais comum no campo da ginecologia, como podemos observar nos relatos que se seguem.

Lida Gonzaga Ferreira, psicóloga, procurou uma ginecologista por causa de um aumento do seu sangramento menstrual. Foi-lhe solicitado um ultra-som, pelo qual foram diagnosticados mioma no útero. Quando voltou para nova consulta, já com o ultra-som, ela ouviu da médica que o tratamento, nesse caso, indicava a retirada do órgão. A paciente questionou-a sobre outras soluções, argumentando que só aceitaria o procedimento em última hipótese, ao que a médica lhe garantiu que ele estava miomatoso e não servia mais para nada: "Você não vai mais engravidar mesmo! Vamos tirar tudo, é muito melhor, você fica livre do risco de câncer!", disse. Lida saiu arrasada e foi procurar seu clinico, de muito anos, que pediu novos exames e concluiu que a operação não era necessária. "Foi um alívio! Só isso fez parar o sangramento e fiquei boa. Nem precisei tomar remédios", relembra.

A Dra. A., anestesiologista, contou-me uma história vivida por sua secretária, Janete de Amoedo. A senhora tinha 48 anos e um pequeno mioma intramural no fundo do útero, detectado num ultra-som, mas que não apresentava qualquer sintoma. Mas as Dras. M. e C, colegas de consultório da Dra. A., insistiram na retirada do útero. Isso gerou uma discussão entre as sócias, com a Dra. A. contrária à cirurgia, já que achava que não havia uma indicação formal para isso. Mas Janete foi convencida pelas outras e marcou a operação. No pós-operatório, teve uma infecção urinaria e uma descência de satura, que a levou a um período maior de internação. Quando saiu do hospital, foi se queixar à Dra. A., ao que esta comentou que pacientes aceitam fazer esse tipo de cirurgia por não terem

consciência de como podem ser afetadas por esses procedimentos.
Vimos casos onde médicos queriam arrancar algo fora do paciente sem necessidade. Num deles, a pessoa reagiu, percebendo, de forma instintiva, que ia ser vítima de uma agressão desnecessária. No outro, houve concordância da paciente, que percebeu tarde demais o alto preço pago por isso. Os relatos mostram a angústia que as acometeu quando se sentiram na iminência de serem violentadas. Extrair a doença, cirurgicamente, pode ser a alternativa correta quando há uma melhora objetiva com a eliminação do tecido enfermo. Mas, se o problema não oferece riscos para o paciente e esse não tem clara motivação pessoal para a retirada do órgão, este deverá continuar onde está. Cirurgia é sempre um procedimento invasivo, não destituído de risco, podendo levar ao desenvolvimento de uma complicação que pode se transformar num grande transtorno — no mínimo, uma teia cicatriz, resultante da descência da sutura.
Nas conseqüências negativas das síndromes do estripador e do arrasador, podemos acrescentar o aumento do custo da medicina. Cada cirurgia dessas, custa no mínimo, dez mil reais, considerando exames pré-operatórios, internação, locação do centro cirúrgico, pagamento da equipe médica, medicamentos e anestésicos. Isso pode ser visto sob o ângulo social: uma operação desnecessária, num país com carência de leitos hospitalares e de centros cirúrgicos, como o Brasil, é um crime. Custos adicionais e desnecessários, no sistema de saúde, vão sobrecarregá-lo, provocando um déficit, que no final, de uma forma ou de outra, será pago pela sociedade. Um país com poucos recursos para aplicar em saúde tem que cuidar para que o sistema se torne o mais eficiente possível, evitando-se o desperdício de verbas.

O cruzado contra a Peste

Um dos aspectos mais dramáticos da prática médica é ter que enfrentar ameaças invisíveis representadas pelos micro-organismos. À medida que o homem se organizou cm comunidades maiores, produzindo lixo e facilitando a transmissão de doenças, epidemias começaram a assolar as populações urbanas e a gerar uma demanda de atendimento médico. Na Antigüidade, já existiam relatos de surtos de doenças infecciosas, como a cólera, a malária, a varíola, o tifo e a disenteria, dizimando grandes populações, em diversas partes do mundo. De todas as doenças epidêmicas enfrentadas pelo homem, a peste bubônica foi a que mais trouxe pânico e desespero. Nessas ocasiões, os médicos trabalharam incansavelmente, e corajosamente, pois a maior parte das pessoas fugia dela como quem corre do demônio.
A simples suspeita da doença gerava pânico, e os que ousavam enfrentar os

riscos eram vistos como heróis. Quem abraçava a medicina tinha como terrível encargo a responsabilidade de enfrentar a epidemia. Do contrário, quem fugisse perdia, para sempre, a credibilidade, e era obrigado a procurar outra profissão. O livro O Físico, do escritor americano Noah Gordon, conta a vida de um médico inglês durante a Idade Média. Numa das passagens, o Dr. Carle se vê obrigado a enfrentar uma epidemia de peste. Evita contato direto com as secreções que saem das fissuras na pele, mas percebe que a transmissão pode ocorrer pelo ar, pois os pacientes morrem de pneumonia. Protege seu rosto com um lenço, saindo incólume da sua perigosa aventura. A ficção baseou-se numa extensa pesquisa do autor e pode ser usada como referência dos aspectos predominantes que influenciaram os médicos da Idade Média. Da mesma forma, em outros ambientes culturais, na Ásia ou na África, médicos depararam, freqüentemente, com violentas epidemias.

Carregar esse pesado fardo marcou profundamente a classe, através da história. Essas marcas provocam reações, positivas ou negativas. O aspecto positivo desse arquétipo é a coragem e o arrojo para salvar vidas, um dos aspectos mais nobres e admirados da profissão. São os médicos que viajam para países pobres e se expõem a riscos para tratar dos necessitados, ou que trabalham em frentes de batalha, entre balas e estilhaços de obus, para salvar a vida de soldados. Ou os que ficam em laboratórios, com bactérias e vírus altamente agressivos, buscando a descoberta de antibióticos e de vacinas para doenças que ameaçam a humanidade como o vírus Ébola e o meningococo, que causa a meningite. Graças a eles, muitas conquistas foram possíveis, mas muitos pagaram com suas vidas por esse arrojo e amor à profissão.

Se profissionais como Eduard Jenner, que se inoculou com a varíola para demonstrar a atividade da sua vacina, são o orgulho da classe médica, os que incorporam os aspectos negativos desse arquétipo se prestam a um triste papel: o do covarde, que se esconde atrás do jaleco. São, justamente, os que fogem dos fantasmas que deveriam combater. E o que acontece na síndrome do médico asséptico.

Síndrome do Asséptico

Assepsia é um conceito fundamental para a medicina, assunto bastante debatido na faculdade. Graças a ela, é possível evitar a transmissão de doenças e fazer cirurgias livres de infecção. Por isso, em geral, médicos têm um senso de assepsia bem apurado: sabem que hospitais, apesar de aparentemente limpos, são locais cheios de germes agressivos e perigosos. Portanto, se não adotarem procedimentos como lavar as mãos após o exame de um paciente, podem se

tornar transmissores de uma doença qualquer. Se pouca assepsia é péssimo, exagerada também é. Um estudo feito com camundongos mostrou que se logo após nascerem eles são mantidos em ambiente estéril, por seis meses, ficam com a imunidade deficiente. Se são, em seguida, colocados num meio com bactérias comuns, sofrem infecções incontroláveis e morrem. Mesmo animais adultos, com imunidade normal, mantidos em ambientes estéreis por longos períodos, experimentam uma redução na sua capacidade de defesa. Isso mostra que o contato com microorganismos comuns funciona como um estímulo para manter a imunidade funcionando bem. Mas, para alguns médicos, a assepsia torna-se praticamente uma obsessão.

Estes vivem com medo de se infectar no trabalho. Não gostam de tocar nos pacientes, mantendo seu jaleco impecavelmente limpo e com o vinco bem marcado. Evitam as situações em que têm que entrar em contato com qualquer secreção ou líquido dos doentes, mesmo usando luvas. Para eles, há uma clara divisão entre o mundo da doença, onde está o paciente, e o seu mundo, saudável, perfeito. Essa atitude, muito fria, obviamente os distancia do doente, prejudicando a relação de compreensão e confiança que deve haver entre ambos.

Se o paciente sofrer de doença infecciosa grave, essa distorção pode ficar bem evidente. Quando a AIDS começou a se tornar um sério problema em nosso país, e sua transmissão não estava inteiramente esclarecida, assisti a demonstrações dolorosas de como esse arquétipo pode ser forte e cruel. Certa vez, após chegar a um diagnóstico de AIDS num doente internado num hospital particular da Zona Sul do Rio de Janeiro, fui pressionado pela direção a lhe dar alta, pois não queriam portadores da doença no local. E os que me pressionaram tinham diploma de médico!!! Quando trabalhava no serviço de DIP do Hospital dos Servidores do Estado, cansei de atender pessoas, na emergência, que outros colegas se recusavam a examinar. Fui obrigado até a trocar a roupa e a limpar as fezes desses pacientes, por não haver mais ninguém que o fizesse. Se o profissional manifesta medo de examinar um doente, os auxiliares de enfermagem, com um grau de instrução inferior, também ficam temerosos. O asséptico, portanto, não mede as conseqüências de sua atitude.

O jovem João Armando Brito de Freitas foi internado com diarréia crônica num hospital particular, e fui chamado para acompanhar seu caso. Havia uma suspeita de infecção, e seus exames confirmaram que estava infectado pelo vírus HIV. Contou-me ter usado drogas injetáveis, confirmando a via de contágio. Na pesquisa do microorganismo que poderia estar causando a diarréia, a equipe médica optou por solicitar também uma endoscopia digestiva, pois havia necessidade de coleta de material na luz intestinal e uma biópsia do intestino. Foi chamado para fazê-la um profissional cujo horário, por acaso, coincidiu com o

da minha visita. O médico chegou, deixou seu material no quarto do paciente e foi examinar a papeleta. Subitamente, vejo-o recolhendo suas coisas para ir embora. Abordei-o para saber a razão de sua atitude e ele me falou, aos brados, que estava indignado por lhe terem solicitado o exame sem terem informado que o paciente era portador do vírus HIV. Argumentei que os dados estavam na papeleta, que deveria ser lida antes do exame. Mas ele, exaltado, continuou a questionar o fato de termos solicitado uma endoscopia para um paciente soropositivo. Disse-lhe que não via problemas, desde que o colega tomasse as devidas precauções, usando luvas, protetor de olhos, etc. Perguntei quando ele voltaria para realizar o exame e ele me disse que não o faria em pacientes com AIDS. Indagado sobre a razão, visto que as evidências mostravam que o risco de contaminação durante um exame como endoscopia era muito baixo, retrucou que tinha mulher e filhos, que tinha responsabilidades e, portanto, não poderia dar-se ao luxo de se expor à doença. Não resisti e zombei dele, perguntando como ele faria para esquivar-se ao exame num paciente HIV que ainda não tivesse sido diagnosticado. Iria usar a imaginação? E por que não discriminar também o vírus B da hepatite, que é muito mais resistente que o da AIDS?

Infelizmente muitos colegas têm reações excessivas, como essa, quando se deparam com agentes infecciosos agressivos ou mortais. O médico deve estar consciente dos riscos e tomar as medidas adequadas para evitá-los, sendo cuidadoso na manipulação de sangue e material infectado. O inadmissível é recusar-se a atender um paciente com doença infecciosa. O aumento da informação sobre a AIDS e o temor de infecção diminuiu, mas a síndrome do asséptico ainda pode ocorrer, dependendo da situação e da formação do profissional.

O Oportunista

O médico sempre teve status, em rodas as sociedades, o que lhe trouxe regalias, prestígio e, certamente, uma remuneração melhor que a de profissionais de muitas outras áreas. Há pessoas que ao ficarem doentes entram em desespero, e são capazes de dar todo seu patrimônio em troca de uma promessa de cura. Ter status e se aproveitar dessa posição privilegiada para extorquir dinheiro desses pacientes é o sonho de muito oportunista. Por isso, desde sempre, ele é visto em cena, no seu jaleco branco. Esse arquétipo não tem nada de positivo.

Medicina e oportunismo estão mais distantes, em sua essência, que a Terra de Plutão. Mas há tanto tempo essa dualidade está presente na profissão que esse aspecto parece incorporado ao inconsciente de alguns médicos, que colocam seus interesses, geralmente financeiros, à frente da ética e das necessidades dos

pacientes. Eles indicam uma cirurgia ou um tratamento desnecessários, ganham comissões de farmácias de manipulação, podemos citar uma extensa lista de malandragens, mas esse assunto é tão deprimente que não quero me alongar nele. A esperteza existe, disso ninguém duvida, e ela, infelizmente, não é mais uma raridade.

No dia 6 de fevereiro de 2000, vi na TV um exemplo de como se pode ir longe nessa questão. Numa clínica para idosos, no Rio de Janeiro, os velhinhos estavam abandonados, sem banho, comida, ou qualquer cuidado. Mas a clínica recebia dinheiro do ministério da Saúde e de uma entidade privada e a quantia não era pequena. Eram apenas seis funcionários para tomar conta de dezenas de pacientes. Na farmácia, quase não havia medicamentos, nem comida na cozinha. As imagens daquelas pobres pessoas me chocaram! Desnutridas, sujas, num local que mais parecia um presídio, pedindo para morrer! E os diretores, senhores bem vestidos, de gravata, fazendo um discurso nada convincente para explicar para onde iam os recursos que deveriam ser aplicados no cuidado dos velhinhos. Ali estavam os oportunistas, espécie que deveria, esta sim, ser extinta da face da Terra.

Outro caso, envolvendo um colega inescrupuloso, teve como vítima Márcia Luna Abranches, que apareceu no meu consultório com micro-varizes, pedindo minha opinião sobre uma cirurgia prescrita por um angiologista. A proposta era fazer uma safenectomia. Perguntei-lhe se o médico havia examinado suas veias, ou se havia solicitado um scan venoso. Ela me disse que não, mas que tinha ido a dois outros especialistas que falaram a mesma coisa. Examinei-a: sua safena era perfeitamente funcional! Solicitei o exame, que acusou normalidade, e fui obrigado a dizer-lhe que aqueles colegas estavam tentando enganá-la.

A safena só deve ser retirada se seu sistema de válvulas for insuficiente quando o sangue corre para trás ao invés de para a frente e aumenta a pressão na micro-circulação, gerando as varizes. Mas, se funciona bem, ajuda a drenagem venosa. Quando retirada, os sintomas pioram! Esses médicos acreditam que, se retirarem a safena, ela não fará falta ao paciente e eles vão ganhar com a cirurgia, que é cara. Há ainda um argumento importante contra violências despropositadas como essa: a pessoa operada pode precisar, mais tarde, de pontes de safena, e não haverá safena para fazê-las! Casos assim já foram relatados na literatura médica mundial.

Já Alberto Miranda Ferreira teve um episódio de dor abdominal aguda, de forte intensidade, e, como não melhorasse com a medicação habitual, foi levado a uma emergência. Lá chegando foi submetido a raios X simples e hemograma completo, que registraram estado normal. Não apresentava febre. Mesmo assim, os médicos insistiram na cirurgia imediata, em vez de deixá-lo em observação,

para confirmar o diagnóstico. Alegaram que a sintomatologia era muito sugestiva de apendicite aguda e levaram-no para apendicectomia. Estes profissionais eram licenciados por seu convênio e ganhariam com a cirurgia. Alberto foi operado. O apêndice, apesar de ter sido descrito no relato cirúrgico como inflamado, não foi encaminhado à patologia. Ao ser informado da história, pelo paciente, procurei o cirurgião e indaguei sobre a falta do exame patológico. Ele me respondeu, irritado, que este não foi necessário, pois o apêndice estava com pus. A desculpa não me convenceu, já que toda peça cirúrgica tem que ir para a patologia, independentemente do aspecto macroscópico. Tudo faz crer que esses médicos fizeram uma operação desnecessária, apenas para ganhar dinheiro.
A análise desses casos mostra que os procedimentos cirúrgicos foram desnecessários, e a motivação aparente foi econômica. No de Maria Luna, dois angiologistas pretendiam retirar uma safena normal. Já no de Alberto, os médicos decidiram rapidamente por uma cirurgia, pois estavam de plantão e perderiam a oportunidade de ganhar dinheiro ao final do expediente. De olho na remuneração, passaram a faca num paciente com uma simples dor abdominal, não mandaram o apêndice para a patologia, jogando-o fora e livrando-se da "prova do crime". Submeteram o paciente a um grande risco desnecessário a mortalidade em cirurgias abdominais de emergência pode chegar a 3%, dependendo da doença e do hospital onde é feita.
Na verdade, atitudes como as tomadas por esses médicos são crimes de estelionato — não se encaixam nos delitos médicos por imperícia, imprudência ou negligência — porque visam, deliberadamente, lesar o patrimônio dos seguros de saúde e de particulares, à custa do risco e da dor do próximo. Elas refletem a falta, cada vez maior, de valores como humanidade, ética e amor pela medicina.

Conclusões

O arquétipo do médico corresponde a aspectos comuns a todos os profissionais, o que reflete a longa experiência da medicina, desde os primeiros curandeiros até a praticada atualmente.
O "dinossauro branco" é o que reflete o universo médico, com suas arraigadas características, como a lentidão de movimentos, o peso excessivo, a relação com valores ultrapassados e sua capacidade de curar, hoje afetada pela tecnologia mal aplicada.
Alguns aspectos do arquétipo do médico estão expressos no mito de Esculápio, divindade da mitologia grega que tinha o dom da cura e foi fulminado por Zeus ao ultrapassar os limites e ressuscitar pessoas.

Um dos principais arquétipos do médico é o "perseguido", em função das perseguições sofridas ao longo dos séculos.
Outro é o "feiticeiro", relacionado aos aspectos mágicos da cura e da luta contra a morte, intrínsecos na prática médica.
Há também o arquétipo do "dissecador", que permitiu um conhecimento profundo da anatomia e o enorme desenvolvimento de técnicas cirúrgicas hoje existentes.
Existe, por fim, o do "oportunista", gerando fatos vergonhosos que denigrem a medicina, especialmente nos últimos anos.

CAPÍTULO 5

O Conservadorismo na Medicina

Quando nos debruçamos sobre a história do conhecimento, percebemos que na sociedade sempre existiu uma força conservadora se opondo, sistematicamente, às idéias inovadoras e aos avanços do campo científico. Vimos que, no passado, cientistas foram perseguidos, acusados de bruxaria e até queimados na fogueira. Existem evidências de forças conservadoras em todos os campos do conhecimento: na física, na astronomia, nas ciências biológicas, nas ciências sociais e até nas artes e na literatura. Contudo, no campo da medicina, essa tendência é muito mais marcante. As evidências, causas e conseqüências disso serão discutidas a seguir.

De forma geral, podemos considerar que o conservadorismo da ciência médica, na atualidade, tem contribuído, de forma significativa, para dificultar a incorporação de novas idéias e a transposição de teorias de outras áreas para o contexto médico. Ele impede, igualmente, que o pesquisador questione as limitações do modelo atual. Por que a medicina tem essa postura? Essa é a primeira pergunta que nos ocorre. Responder à questão não é um simples exercício de crítica e exige uma reflexão sobre vários temas.

As Raízes do Mal

Pude identificar vários fatores geradores do conservadorismo após examinar o material que me municiou na elaboração deste livro: eles derivam de influências que vão desde os anseios profundos da sociedade ao modelo econômico que move a medicina. Merecem ser considerados separadamente.

A Relação com os Medos inconscientes

O médico relaciona-se com as ameaças da doença e da morte, que geram grandes medos inconscientes. A sociedade busca segurança e confiabilidade, quando procura por cuidados médicos. Alguém confiável significa que cem um comportamento conservador, que representa símbolos altamente respeitados, como, por exemplo, as figuras de pai e mãe. Por isso, o médico sabe, instintivamente, que precisa incorporar essa forma de agir, para, simplesmente, sobreviver profissionalmente. Isso se reflete na sua imagem, na forma como se veste e se comporta, mas também transparece em sua maneira de pensar e de se

posicionar, em termos políticos e ideológicos. Aqueles que não se comportam em conformidade com essas regras, se não forem discretos, podem ser discriminados. Há, portanto, uma tendência a uma seleção de médicos de perfil conservador.
Essa questão foi levantada pela Dra. Nazaré Solino, cujo foco de interesse é a toxicologia tema de sua tese de doutorado, mas que também trabalha com saúde no trabalho e qualidade de vida. Em sua prática, ela lida com muitos médicos e tem opiniões definidas sobre o assunto. Acredita que a razão desse conservadorismo está, justamente, no fato de que a ciência médica lida com valores essenciais ou ameaçadores: a doença, a morte, o sofrimento, o corpo, o sexo, a reprodução. "Tanta expectativa implica, fatalmente, na necessidade de se lidar com valores muito fundamentados, gerando o comportamento conservador do médico."

O Contato Constante com as Incertezas

Ainda utilizando as colocações da Dra. Nazaré, é possível identificarmos uma outra questão importante: a constante mutabilidade do oceano onde o médico navega. Ou seja, ele lida, o tempo todo, com incertezas. Nada é definido, imutável e exato no seu trabalho. Então, vejamos: a doença pode estar mascarada, apresentar-se de forma pouco característica, ou ainda assumir um curso imprevisível. Não é incomum, também, exames terem resultados negativos, apesar da presença da doença, o que torna o diagnóstico difícil e tardio. E, ainda, o medicamento indicado é passível de causar efeitos indesejáveis e piorar a condição do paciente, assim como o tratamento pode ser ineficaz ou insatisfatório. Enfim, por mais que o médico se esforce, os bons resultados nunca são garantidos. Ele precisa ter um mínimo de segurança e precaução para conviver com tantas incertezas. Tudo isso leva ao conservadorismo.

A Disputa de Poder

Parece incrível, mas há uma forte disputa de poder no meio científico. Existe sempre um grupo dominante, que ocupa posições importantes na academia, ou mesmo dentro de sociedades, e que luta para se manter no topo dessa estrutura. Para uma produção científica abundante e de qualidade, há necessidade de cooperação e de uma competição saudável. Mas, muitas vezes, isso se transforma numa disputa destrutiva que pode ser levada às últimas conseqüências. Existem casos de idéias e mesmo de trabalhos roubados por

professores, que se aproveitam de sua posição para explorar ou perseguir alunos. Da mesma forma, os grupos podem usar de sua força e influência para bloquear idéias novas que ameacem a hegemonia do poder. Ou seja, para ascender na carreira acadêmica, ou mesmo nas diversas corporações médicas, é preciso estar em sintonia com esses grupos e jogar segundo suas regras. E claro que a pressão é sutil e, na maioria das vezes, exercida de forma inconsciente pelos poderosos. Mas ela existe, e acaba reforçando o perfil conservador da classe. Esse comportamento é um dos fatores responsáveis pela falta de espaços significativos para as pesquisas de medicina intituladas alternativas pela academia.

A Formação Médica

Existe a questão da formação do médico, que é um importante determinante de sua forma de agir e pensar. E ela está cada vez mais tecnicista e compartimentalizada. Tudo começa na faculdade, onde não há estimulo à criatividade no campo das idéias. Os conhecimentos são passados de forma estanque e não há muito espaço para discussões ou contestações. Isso cria médicos com uma visão estreita do mundo e da ciência, sem capacidade crítica. Portanto, sempre terão dificuldades para aceitar conceitos novos e diferentes daqueles com os quais estão acostumados a lidar, não questionando as distorções do modelo vigente, limitando-se a segui-lo. Por isso, a medicina evolui mais nos campos técnicos específicos que no das novas idéias. Veremos esse ponto no Capítulo 9, "A Formação limitada."

A Dispersão do conhecimento

Se no meio acadêmico a medicina se comporta de forma conservadora, dificultando o acesso às novas idéias, estas se desenvolvem em outros ambientes. Criam-se escolas, profissões, cursos universitários, tudo à revelia da corporação médica. Hoje temos graduações em medicina oriental (OMD), em osteopatia (OD) e em acupuntura (Tec Ac), nos Estados Unidos, regulamentadas como cursos e profissões. No Brasil, Alemanha e Suíça, temos formações independentes em homeopatia e medicina antroposófica. Aqui, algumas universidades não-médicas estão tentando criar cursos de "medicina natural", sem falar em escolas de Florais de Bach, Aromaterapia etc. A própria psicanálise, de conceitos incontestáveis, caminha de forma bastante independente da medicina clássica. Com a dispersão do conhecimento, a corporação médica se enclausura num ambiente artificial em que prevalecem

seus parâmetros e modelos. E viceja a falsa impressão de que tudo o que se desenvolve fora daí não presta o que reforça o discurso conservador. Não há espaço para um saudável confronto de idéias e correntes de pensamento. Por outro lado, como bola de neve, essa distância entre os conceitos da medicina clássica e os das terapias alternativas dificulta ainda mais a compreensão das idéias diferentes e inovadoras.

O Lobby da Saúde

O atual modelo da medicina é também fornecido pelos interesses das empresas que investem no setor. São os laboratórios farmacêuticos, as empresas fabricantes de equipamentos médicos e as que administram os planos de saúde. A maior parte deles não vê com bons olhos as mudanças que possam afetar seus negócios. Esses conglomerados financiam os congressos e são os grandes anunciantes das revistas médicas, dessa forma influenciando nos temas que ganham dimensão. Para eles, o "novo" pode ser ameaçador e, entre o certo e incerto, preferem o modelo atual, ao qual estão adaptados. Trataremos mais do tema no Capítulo 8, "A Opressão do Capital".

As Evidências do Conservadorismo

O pensamento conservador começou a ficar evidente à medida que significativas mudanças de conceitos científicos começaram a ocorrer, a partir da metade do século XIX. O caso clássico é o que ocorreu com Sigmund Feud. O "pai da psicanálise" descreveu um caso de histeria, num homem, doença considerada, na época, exclusiva das mulheres e decorrente de hormônios secretados pelo útero. No final do século, Freud apresentou o caso na Academia de Medicina de Viena, e foi ridicularizado por seus colegas e pressionado a reconsiderar sua posição. Como não voltou atrás, foi expulso e perseguido.

Ao discutir as evidências do conservadorismo na medicina, é preciso citar Medicai Maverick (Desafiando a Medicina), de Hugh Riordan, médico e presidente da Associação Americana de Medicina Holística. O livro foi inspirado no fazendeiro Samuel A. Maverick, pioneiro, nos Estados Unidos, em não marcar seu gado. Ele sofreu tantas pressões por adotar um comportamento não-convencional em seu meio que seu nome é usado, hoje, quando nos referimos a alguém que assume uma postura independente e desbravadora de novos caminhos, na ciência e na sociedade. Riordan vem lutando há 30 anos para que a medicina resgate a visão do paciente como um todo, recuperando seus valores humanos e combatendo o excesso de tecnicismo e compartimentalização.

Com intuito de mostrar que as importantes mudanças de curso são aquelas que implicam em profundas revisões conceituais, e que grandes inovadores foram perseguidos e suas idéias combatidas irracionalmente, o autor conta as histórias de 18 cientistas que introduziram conceitos revolucionários.
Algumas merecem ser relembradas, para que possamos tirar delas lições de vida e colocar de lado nossos preconceitos, como a descoberta dos micróbios, esses seres capazes de provocar tantas doenças, feita por Louis Pasteur, Quem diria que, tão reverenciado hoje, Pasteur foi perseguido por médicos por um longo período, só sendo reconhecido no final da vida, quando as evidências de suas descobertas eram irrefutáveis. O pesquisador francês, bacharel em ciências, especializou-se em química, e começou suas descobertas ao investigar a causa de problemas que ocorriam na produção de cerveja. Notou que o levedo bom apresentava formas regulares ao microscópico, o que não ocorria no estragado. Suspeitou, então, de que ali estavam pequenas formas de vida. Demonstrou que o levedo saudável produzia uma fermentação adequada, enquanto que o estragado, quando empregado, fazia a fermentação ser produzida por outros organismos, que deterioravam o malte da cevada. Usando técnicas de filtragem do ar em contato com o malte, descobriu que esse fenômeno era inibido. Propôs que os microorganismos, transmitidos pelo ar, eram os responsáveis pela contaminação da fermentação da cerveja, estragando o malte. Logo em seguida, viu que isso poderia acontecer também na fermentação da uva para a produção de vinho. Postulou, então, que o fenômeno poderia explicar a infecção de feridas e cotos de amputação. Nessa época, demonstrou também que o calor podia eliminar as bactérias, desenvolvendo um método de aquecimento para esterilização, que ainda leva seu nome: a pasteurização.
O cientista redigiu suas conclusões e as apresentou na Academia Nacional de Medicina da França. Mas sua teoria contrapunha-se à concepção médica da "geração espontânea", que propunha ser a infecção uma forma natural de evolução dos ferimentos, e não causada por organismos microscópicos conduzidos pelo ar. Nesta apresentação, Pasteur foi duramente atacado. "Como um leigo ousa questionar e discutir medicina?", gritavam. Respondendo a todos de forma veemente, ele iniciou um bate-boca tão exaltado que acabou expulso do recinto. Mesmo constantemente agredido e perseguido, a partir desse episódio encontrou refúgio na indústria, interessada em resultados concretos. A de seda francesa, por exemplo, estava ameaçada por uma praga que atacava os ovos do bicho-da-seda. Após três anos de intensas pesquisas, Pasteur isolou dois tipos de bacilos, responsáveis pela doença, desenvolveu um método para identificar insetos doentes e uma técnica para prevenir o problema.
Os ótimos resultados obtidos provocaram ainda mais a ira dos inimigos. Mesmo

alguns criadores de bichos-da-seda, que não acreditavam em seus métodos, espalharam pesados boatos sobre a vida do pesquisador, deflagrando uma grande crise cm sua família. Seu estresse foi tão intenso que em 1868 ele sofreu um acidente vascular cerebral, ficando com um lado do corpo paralisado. Mesmo assim, não se deu por vencido e, recuperando-se, voltou a se dedicar às pesquisas, desta vez tentando descobrir a causa do antraz. Em dois anos de trabalho, isolou o bacilo causador da doença, e conseguiu desenvolver uma vacina para sua prevenção.

Por volta de 1870, tomou conhecimento do trabalho do médico alemão Robert Koch, que posteriormente descobriria o bacilo da tuberculose e cuja linha de pensamento possuía muitas semelhanças com a dele.

Tentou se aproximar de Koch, mas foi rechaçado, sob uma saraivada de críticas. Koch escreveu, na época, um artigo no qual dizia que Pasteur era apenas um químico, sem qualificação para compreender as doenças humanas, e que por isso seus métodos não seriam confiáveis. O curioso é que, apesar de Koch não admitir, muitas das suas descobertas foram baseadas nas idéias de Pasteur. Ao invés de se abater com o não-reconhecimento de seu trabalho, Pasteur foi se tornando cada vez mais ousado cm seus experimentos, tentando convencer a comunidade médica. Então voltou sua atenção para a busca de uma solução para a raiva. Mesmo sem conseguir isolar o agente causador da doença, obteve uma vacina eficaz, que aplicou num menino que acabara de ser mordido por um cão hidrófobo e ele sobreviveu, sem contrair a doença.

A raiva tem curso maligno e seu vírus, uma potência destrutiva, descomunal, sobre o cérebro — e por isso muitos pacientes, mesmo vacinados pelo cientista, morreram. Isso fez com que seus inimigos re-dobrassem a perseguição a ele, acusando-o até mesmo de assassinato. Ao mesmo tempo, sabia-se que a raiva resultava em 100% de mortalidade, e muitos procuravam desesperadamente pela vacina de Pasteur ao serem mordidos por cães suspeitos, pois, afinal, esse era o único tratamento disponível. Como várias pessoas mordidas por animais raivosos não ficaram doentes, tornou-se evidente a grande contribuição de Pasteur à humanidade. Um grupo de eminentes professores reconheceu os méritos do trabalho, que, assim, foi finalmente aceito pela comunidade médica. Com o prêmio em dinheiro que o governo francês lhe deu, Pasteur criou o instituto que leva o seu nome, e que dirigiu até sua morte, em 1895.

Outra história interessante, do livro de Hugh Riordan, é a da invenção da anestesia. Os principais protagonistas foram dois dentistas e sócios, cm início de carreira, no final da primeira metade do século XIX. O primeiro, Horace Wells, notou que, durante os trabalhos dentários, a utilização de gás hilariante (protóxido de nitrogênio) reduzia a dor de seus pacientes. Animado, enviou seus

resultados à Academia Médica de Massachusetts, em 1846, sendo, então, desafiado a mostrar a descoberta a uma comissão de médicos. Wells surpreendeu-se ao ver, nessa audiência, um paciente deitado e pronto para uma amputação. O gás hilariante tem uni potencial analgésico apenas moderado, e é, ainda hoje, utilizado para potencializar outros anestésicos, em virtude de sua excelente tolerância, mas é insuficiente para uma analgesia em casos dessa natureza. Sem saída, foi obrigado a tentar o uso do gás numa situação na qual não tinha qualquer experiência. Resultado: o paciente gritou de dor, e os médicos ridicularizaram o dentista, de tal forma que este foi obrigado a se esconder numa cidade do interior.

Seu sócio, William Morton, foi mais persistente, e levou adiante o projeto de buscar uma substância com potencial anestésico. Havia lido que a colocação de algumas gotas de éter sobre uma cárie reduziam a dor de forma significativa. Tentou, então, durante anos, administrar a substância de várias formas, a animais, e acabou por descobrir que a inalação de seu vapor induzia o sono e reduzia a dor. Desenvolveu um inalador e passou a aplicar a descoberta em seus pacientes, durante procedimentos cirúrgicos. Como não tinha total controle do método, alguns deles tiveram problemas, o que lhe rendeu as primeiras perseguições por parte dos médicos. Sempre lembrando o fracasso de Wells, alegavam que um dentista não tinha competência para administrar medicamentos, nem para descobrir uma droga que inibisse a dor. Ações na justiça e multas quase levaram o dentista à falência.

Mas Morton prosseguiu tentando, com tenacidade, ser reconhecido, e ao final de muito esforço teve a oportunidade de demonstrar uma anestesia a John Colins Warren, importante médico da época. Na demonstração, extirpou um tumor do pescoço de um paciente sem que este reclamasse, impressionando Warren. Contudo, mesmo contando com seu apoio, o dentista não conseguiu licença para usar seu fluido anestésico na maior parte dos hospitais de Boston. Sua sorte começou a mudar após concordar em fornecê-lo, gratuitamente, para Warren, numa série de amputações e cirurgias de urgência. Alguns médicos acompanharam as operações e o interesse pelo anestésico aumentou. O único obstáculo passou a ser o segredo da fórmula do líquido, mantido a sete chaves por Morton, temeroso de que alguém a roubasse. Só a partir do apoio de vários médicos, finalmente, revelou ser éter o misterioso fluido.

Mas o que parecia resolvido foi o início de um pesadelo para o dentista. Com a divulgação dos bons resultados das anestesias, no Hospital Geral de Massachusetts, uma legião de médicos, de todas as partes dos Estados Unidos, atacaram o procedimento, sob muitas alegações, tais como ineficiência ou toxicidade. Os de Boston admitiram que os ataques eram motivados pela inveja e

pelo medo do avanço tecnológico. Aos adversários somaram-se as vozes de pastores protestantes, que alegavam que a anestesia feria as regras de Deus, e mesmo de dentistas, que espalhavam boatos sobre seu colega. Morton ainda foi acusado por um químico, Charles Jackson, que havia sido seu professor, de lhe ter roubado a invenção. Isso custou ao dentista anos de aborrecimentos e lutas na justiça. A invenção foi mais aceita a partir de sua utilização em amputações pelo Exército americano, durante a guerra do México. O reconhecimento, de fato, veio no final de sua vida. Já Wells não teve a mesma sorte. Após o sucesso de Morton, voltou a Boston para lutar pela aceitação de seu gás hilariante, mas foi rejeitado por todos, inclusive pelo antigo sócio. Foi perseguido e acusado de fraude. Deprimido, e com a saúde debilitada, morreu na obscuridade alguns anos depois. Apenas no século seguinte sua descoberta foi reconhecida.

No livro de Riordan ainda há outras histórias importantes, como a de Leopold Auenbruger (1722-1809), descobridor da percussão método usado na semiologia médica -; de Elisabeth Blackwell (1821-1910), primeira mulher a conseguir se graduar médica numa universidade; de Zabdiel Boylston (1680-1766), responsável pela introdução da vacinação contra a varíola nos EUA; de Joseph Goldberger (1874-1902), descobridor da causa e do tratamento da pelagra; e a de Joseph Lister (1827-1912), um dos pais da cirurgia moderna. Todos introduziram idéias inovadoras, sofreram pressões por parte da própria corporação médica e foram perseguidos por longos períodos.

As Conseqüências do conservadorismo

Existem relatos de idéias que ficaram perdidas por décadas, ou mesmo séculos, até que alguém as recuperasse ou apresentasse outras, semelhantes. Uma perda de tempo enorme, certamente, que satisfez apenas aos conservadores. E possível que, se todas as grandes descobertas da medicina tivessem sido divulgadas de pronto no meio científico e aproveitadas sem resistências em novos projetos e experimentos, estivéssemos bem mais adiantados. O excesso de conservadorismo, como vemos, retarda o desenvolvimento da ciência médica.

A exclusão dos conhecimentos, por puro preconceito, é inconcebível. Idéias que se chocam com o conhecimento instituído são simplesmente ignoradas pela academia. Mas, como compõem o universo conceitual da sociedade, sobrevivem, e a instituição se torna impotente para controlar a expansão dessas idéias, já que não se condenam mais à fogueira indivíduos com convicções diferentes da corrente dominante. Estes, então, organizam-se, e vão criando escolas de pensamento, desenvolvendo e sedimentando as variantes da hoje chamada "medicina alternativa".

Não conheço nenhum outro campo do conhecimento onde haja uma escola que sobreviva de forma independente e excluída da academia como é o caso da medicina alternativa. Nunca se ouviu falar, por exemplo, em "economia alternativa", apesar de existirem duas fortes escolas, os monetaristas e os estruturalistas. Nas boas faculdades dessa matéria, todos os autores importantes são lidos, até porque, para se criticar alguém ou alguma coisa, é preciso conhecer bem sua linha de pensamento. Os grandes economistas, hoje classificados como neoliberais, leram O Capital, de Karl Marx, mesmo não concordando com as idéias socialistas. Por outro lado, conheço pouquíssimos médicos alopáticos que tenham lido Organon, do homeopata Samuel Hanneman! Da mesma forma, médicos, em geral, ignoram a teoria da medicina chinesa, e mesmo as idéias da ortomolecular.

Por isso me pergunto com que base podem opinar sobre a medicina, como um todo, se existem tantas formas de enxergá-la também do ponto de vista filosófico -, e muitas ignoradas por eles. Quantas vezes fui fazer palestras sobre acupuntura para um público de médicos e vi levantar-se um indivíduo para dizer que não "acredita em acupuntura! Pergunto onde ele estudou o assunto e quantos artigos científicos leu para formar sua opinião. A resposta é, invariavelmente, a mesma: não tem nenhuma fonte de informação confiável para respaldar seus conceitos. Baseia-se apenas nos preconceitos que adquiriu.

Acontece que, atualmente, quando só se feia em globalização e no novo milênio, ninguém quer ser chamado de conservador. Muitos médicos reagem a esse estigma partindo, agilmente, para a incorporação de novas técnicas. É a tal história, como diziam os antigos: "Por fora, bela viola; por dentro, pão bolorento!" Por fora moderno, por dentro antigo, preconceituoso, avesso à diversidade das correntes de pensamento. Não se pode confundir falta de precaução com mentalidade inovadora. Não há nada de inovador, convenhamos, em se absorver, sem nenhum critério, um monte de novas drogas que a indústria farmacêutica despeja no mercado sem que sua utilidade esteja bem definida pela experiência acumulada ao longo dos anos. É preciso abrir os olhos para os novos conceitos, e manter o cuidado habitual com medicamentos de última geração, para que se chegue a um melhor equilíbrio entre o novo e o antigo, e a um maior discernimento sobre o que é ou não seguro.

São passos fundamentais para que a medicina reencontre o caminho do avanço conceitual sem expor os pacientes a riscos desnecessários.

Conclusão

O conservadorismo e um traço marcante na medicina, ao longo dos séculos.

Sempre existiram grandes resistências às mudanças conceituais e descobertas inovadoras.

As causas do conservadorismo são muitas: a mais importante é a falta de constância do universo do médico, ou seja, o doente e a doença apresentam muitas variáveis, exigindo do médico conceitos muito bem fundamentados para orientar sua prática. Outros fatores importantes são a disputa de poder na ciência e os interesses econômicos, que pressionam contra qualquer mudança que possa contrariar seus interesses.

O conservadorismo na medicina gera uma situação sem precedentes em outras áreas do conhecimento: à revelia da academia, desenvolve-se uma infinita variedade de técnicas terapêuticas alternativas.

Com o desenvolvimento das medicinas alternativas, deu-se a "dispersão do conhecimento" — ou seja, as informações não se concentram mais nas universidades, o que favoreceria a exposição e a discussão de temas o que acaba por privar a medicina de idéias inovadoras.

Médicos, hoje, não querem ser tachados de conservadores e assumem um falso progressismo que consiste, unicamente, em incorporar, de forma rápida e pouco criteriosa, os avanços tecnológicos, especialmente na área de novas drogas.

PARTE III

O Dinossauro Moderno

Considerando alguns problemas da ciência relacionados à unidade do conhecimento... ou seja, há uma verdade poética, espiritual ou cultural, distinta da verdade científica que não pode ser desconsiderada.
Niels Bohr

CAPÍTULO 6

O Divórcio da Magia

Desde o surgimento dos primeiros xamãs, pajés, druidas, feiticeiros e todos aqueles que criaram os sistemas médicos primitivos, independentemente da raça, ambiente cultural e geográfico, ou do grau de desenvolvimento da sociedade, a magia sempre foi o principal aspecto do tratamento. Esse traço absolutamente universal acompanhou a medicina, em maior ou menor intensidade, até sua estruturação como ciência, especialmente a partir do século XIX, quando esse lado "mágico" foi definitivamente tachado de "fantasia", "crendice", "invencionismo leigo" ou outras denominações discriminatórias. Na ciência racional, no pensamento linear do raciocínio lógico, e na estrutura da filosofia cartesiana, não havia, e não há, espaço para algo tão primitivo. Nos moldes modernos, a medicina procurou manter distância de qualquer procedimento terapêutico que pudesse lembrar o incômodo primitivismo das práticas mágicas.

Entretanto, uma característica tão inerente ao ser humano não poderia ser varrida dos hábitos culturais das sociedades. Lembremos a grande propriedade do ditado Vox populi, vox Dei! A despeito de toda a tecnologia, e das declarações da ciência desqualificando essas práticas leigas ligadas à medicina, elas subsistem em todos os cantos do mundo, de várias formas e em diferentes linguagens. E vemos que a tendência atual é a de procurar, cada vez mais, por esse tipo de tratamento. Quando as pessoas ficam doentes, querem um conselho médico. Mas, dependendo de seu perfil psicológico e das características da doença, vão procurar um auxílio extra, na religião, por exemplo, num centro espírita, na medicina alternativa, ou cm outro tipo de abordagem identificada com a magia. Meu objetivo, neste capítulo, é mostrar as conseqüências negativas do afastamento da ciência médica desses aspectos, assim como apontar caminhos para que ela recupere seu conteúdo mágico e o utilize para melhorar seu desempenho.

Uma pesquisa feita ao longo de 20 anos, na Universidade de Rochester, nos Estados Unidos, por um professor de medicina chamado George Engel, mostrou que males crônicos, como câncer, arteriosclerose, infarto do miocárdio, doença inflamatória do intestino e enfermidades do sistema nervoso central, estavam relacionadas a estresse psíquico prolongado, frustrações, e à falta de motivação psíquica. Engel e seus colaboradores colheram histórias de pacientes com essas

enfermidades e mostraram que 80% deles tinham passado por sérios problemas emocionais e estresse psíquico que consumiram suas forças, e o traço comum entre eles era o sentimento de estarem "desistindo" da vida. Em muitos casos, encaravam a doença como um sinal de que sua saúde havia sido consumida de forma definitiva, e que, para eles, não havia mais alternativas de cura. E importante ressaltar ser muito baixa, em pessoas saudáveis, a incidência de histórias de estresse psíquico prolongado e de severas frustrações afetivas, configurando-se essa situação, portanto, um importante dado estatístico.
Ora, se doenças sérias e crônicas têm, como base, esses fatores emocionais, de que adianta o médico dar um medicamento se não atuar na raiz da doença nem ser capaz de mudar a atitude desses pacientes diante da vida? Quando se processou o divórcio entre magia e medicina, esses aspectos perderam o valor. Com isso, a qualidade do trabalho médico foi reduzida, a despeito da maior eficácia dos tratamentos apoiada nos avanços tecnológicos. Na verdade, foi exatamente essa evolução da tecnologia o que afastou a ciência médica da magia.

A Falsa Magia

Esse processo começou a cristalizar-se a partir de três significativos avanços da ciência médica: a descoberta do microscópio, por Malphigi; a descrição dos microorganismos, por Pasteur; e o desenvolvimento da anatomia patológica, por Laennec. Essas novas informações "decifravam" melhor a doença, tirando-lhe aquele caráter incompreensível e ameaçador do passado. A partir de então, ela tinha causa definida, os micróbios — pois as alterações patológicas nos tecidos do corpo podiam ser identificadas. No século XX, com o aparecimento dos antibióticos, a ciência parecia tê-la dominado, de forma definitiva. A tecnologia da química farmacêutica possibilitava fazer drogas cada vez mais potentes para matar micróbios e combater grande parte das enfermidades.
Aos olhos da população leiga, tudo isso tomava a forma de uma nova magia, a magia da ciência. Com a tecnologia, era possível se fazer milagres: ela via o que os olhos não podiam enxergar, descobria substâncias no sangue, via os ossos com os raios X e dispunha de drogas milagrosas. Sem dúvida, a tecnologia e o saber médico têm valor inestimável, possibilitando feitos nunca antes sonhados, em termos de tratamento.
As pessoas pareciam aceirar a tecnologia como a magia do futuro. Contudo, esse deslumbramento se desfez, aos poucos. Como aqueles truques de mágicos que encantam as crianças apenas num primeiro minuto, a tecnologia também passou a frustrar no momento em que passou a ser compreendida. Ela é fria, distante, e a

busca da magia, pelos pacientes, passou a significar expectativas que não são satisfeitas apenas com a abordagem tecnológica. Eles esperam mais do que, simplesmente, a mera aplicação de uma técnica: anseiam por um feito especial, uma ação personalizada que modifique seu rumo de vida e os traga de volta ao estado de saúde. Querem acreditar que forças divinas estarão ao seu lado, para se sentirem seguros na batalha contra a doença. Para tanto, é preciso que alguém os envolva nessas idéias, convencendo-os de que essas forças estarão à seu favor.

A tecnologia não oferece esse tipo de sensação ao usuário da medicina ela é árida, impessoal, rígida enfim, contrapõe-se às necessidades de comunicação e de troca do ser humano, sem predispor a uma abordagem individual. E o médico está despreparado para lidar com essa solicitação. Tudo isso contribuiu para o aumento desse sentimento de frustração, com relação à medicina atual. A tecnologia se desenvolveu extraordinariamente nos últimos dez anos, mas as pessoas não enxergaram grandes melhoras nos serviços médicos. Pelo contrário, a percepção geral é de que a medicina tecnológica ficou mais agressiva, mais invasiva e atemorizante. Parece que o feitiço virou contra o feiticeiro.

E significativo o número de pacientes desacreditados da capacidade "mágica" da tecnologia médica. E comum, hoje, eles entrarem em meu consultório dizendo que não usam medicamentos químicos ou antibióticos. O que, em geral, obriga-me a gastar meia hora explicando que, se prescritos no momento correto, tais remédios podem ser milagrosos. Trata-se de um segmento de pessoas frustradas, que cresce dia a dia. Portanto, a abordagem tecnológica e científica, pura e simples, não substitui a magia. Esse equívoco deixa muitos pacientes perdidos, especialmente quando confrontados com diagnósticos que geram angústia e medo da morte. Um exemplo que considero clássico é o da atriz Dina Sfat. Ao receber um diagnóstico de câncer de mama, há 15 anos, procurou um tratamento alternativo. Como o nódulo continuasse a crescer, voltou ao convencional, mas o câncer já estava inoperável. Nessa época, na esperança de algum milagre, acabou buscando ajuda no exterior, submetendo-se a um tratamento em Londres, que não foi diferente do que poderia ser aplicado no Brasil. Provavelmente, frustrou-se na sua busca pela magia, nas duas fontes procuradas, e a doença acabou seguindo seu curso. Ocorreu aí a síndrome da ausência de magia.

Síndrome da Ausência de Magia

O paciente, especialmente aquele com uma doença grave, fica extremamente ameaçado e regredido. Sente-se acuado, um ser pequenino diante da ameaça gerada pela doença. Para enfrentá-la, precisa de aliados poderosos. Precisa de um milagre! E busca algo que em sua escala de valores detenha o poder de

realizar esse milagre, seja um médico espírita, ou um especialista altamente recomendado. A síndrome ocorre quando essa expectativa é frustrada.

Pessoas muito racionais dirão que a tecnologia é a resposta para todos os milagres. Mas sabemos que não é bem assim. Mesmo uma cirurgia aparentemente simples pode se tornar um pesadelo para os doentes. E estes estão cobertos de razão. As vezes, o inesperado acontece, gerando risco de vida. Instintivamente, eles sabem que existe aquele 1% de mortalidade, número com o qual a medicina lida friamente, mas que, para quem está prestes a ter suas vísceras rasgadas por uma lâmina de bisturi, é apavorante. Quem garante que o paciente não vai cair naquela mórbida fatia do 1%? Por isso, para sobreviver, escapar do 1%, vencer os fantasmas interiores, ele precisa desesperadamente de uma mágica, um encanto, uma força sobrenatural, um mago que o guie por esse labirinto de ameaças e dificuldades. Essa pessoa deve ser o médico, que, se não estiver do seu lado, e não o colocar sob sua guarda mágica, não terá capacidade de produzir o "feitiço" protetor, que o confortará e lhe dará esperanças. Sem isso, o paciente ficará desorientado, à mercê de seus medos, sem saber para que lado correr. E o que ocorreu na história que conto a seguir: uma paciente absolutamente acuada por sua doença mudou seu comportamento quando lhe foi proposta uma abordagem diferente.

Acompanhei o caso de Rosamaria Silva no ambulatório do Instituto de Acupuntura do Rio de janeiro. Ela veio se consultar comigo trazida por sua prima e vivia uma situação desesperadora. Sentia fortes dores de cabeça, atribuídas, de início, ao estresse, já que, professora primária, trabalhava excessivamente. As dores se intensificaram e ela teve um episódio semelhante a uma convulsão, quando resolveu procurar um médico. Foi feita uma tomografia computadorizada da cabeça, que mostrou um tumor do tamanho de um limão graúdo. A cirurgia, feita em seguida, mostrou que este era um glioblastoma multiforme. O cirurgião removeu o que podia, e foi tentada uma radioterapia paliativa. Mas o tumor logo voltou a crescer, e as dores de cabeça voltaram, e em seguida as convulsões. Em virtude do tipo de tumor, que não respondia ao tratamento, Rosamaria foi deixada de lado por seus médicos, que lhe sugeriram uma abordagem paliativa, para que suportasse a evolução da doença. A moça trancou-se em casa para morrer. Mesmo tomando os medicamentos, as convulsões continuavam, e esses episódios a enchiam de vergonha: não mais queria aparecer em púbico. Num certo momento, resolveu parar de tomar os medicamentos, para morrer logo.

Nesse estado, desesperada e deprimida, com uma cefaléia intratável, chegou para a consulta, com um prognóstico otimista de crês meses de vida. Esse primeiro contato demorou mais de uma hora: era preciso convencê-la a tomar novamente

a medicação, para que sua qualidade de vida melhorasse. Em seguida, como sempre faço, animei-a a não se deixar vencer pela doença. Disse-lhe que as agulhas de acupuntura estimulavam o sistema imunológico e que, assim, poderia deter o crescimento do tumor. Apesar de não concordar em voltar com a medicação, aceitou tratar-se com acupuntura, e obteve uma melhora significativa após a primeira sessão. A cefaléia ficou dois dias sem incomodar e, quando voltou, foi menos intensa, e os episódios de convulsão diminuíram de quatro para um ao dia. Com isso, ganhei a absoluta confiança de Rosamaria, e consegui fazer com que voltasse a tomar os medicamentos, a dexametasona e o ácido valpróico — o primeiro, diminui a região de inchação em torno do tumor e com isso a pressão no interior da cabeça, melhorando o estado do cérebro; o segundo, inibe as convulsões. Combinando as drogas com a acupuntura, ela passou a ter menos de uma convulsão por semana e ficou sem cefaléia. Estimulei-a a voltar a dar aulas no colégio onde lecionava, e seus alunos a receberam com muita emoção e carinho, o que renovou suas forças para continuar lutando. Sua vida praticamente voltou ao normal. Numa das consultas, veio em minha direção, surpreendendo-me com um abraço, e dizendo: "O senhor é milagroso!" Realmente, sua melhora era inacreditável. Quatro meses após o início do tratamento, o tumor se mantinha do mesmo tamanho. As férias escolares, oito meses depois, a desanimaram um pouco, e a cefaléia voltou a piorar, embora discretamente. Rosamaria ainda viveu mais quatro meses, mantendo razoável qualidade de vida até uma semana antes de morrer, quando entrou em coma.

Nesse caso, vemos como a falta de magia na medicina jogou essa paciente numa situação desesperadora. O médico precisa sinalizar positivamente mesmo que o doente apresente uma condição fatal, como um câncer. A instituição do tratamento precisa ser feita de forma que ele acredite que vai melhorar. Quem carrega a função de promover a cura tem que guardar algumas cartas na manga para oferecer numa situação dessas. Uma medicina sem magia reserva ao doente um destino sombrio apenas o de aguardar a morte, e sofrendo. Com o estabelecimento de uma nova relação de confiança médico-paciente, o doente pode vir a reagir, melhorando sua qualidade de vida. Com Rosamaria, a acupuntura foi uma arma importante, pois seu poder analgésico a impressionou. Com isso, ela se dispôs a utilizar uma medicação corretamente prescrita, acreditando no seu poder. A modificação de sua atitude fez com que a progressão da doença desacelerasse, e ela ganhou mais um ano de vida. Quanto vale um ano de vida? O valor é inestimável! Isso tudo operou um verdadeiro milagre para ela e sua família, como Rosamaria mesma me disse. A magia tinha sido reincorporada à medicina! Infelizmente, não foi suficiente para curá-la. Mas seu benefício foi incontestável.

Existem outras opiniões abalizadas apontando para essa questão, como a do Dr. Balta Radu, anestesista do Hospital de Liemgo, na Alemanha, que acredita que a tendência à mudança de rumo que ocorre atualmente na medicina do seu país relaciona-se com o resgate da magia. Como todo anestesista, o Dr. Radu é interessado em dor, ou melhor, em aliviar a dor. Por isso, com sua equipe, convidou um médico acupuncurista para tentar reduzir a dor de doentes operados. Os dados da pesquisa foram monitorados por ele, que notou melhora significativa em vários outros parâmetros dos pacientes, inclusive na mortalidade pós-cirúrgica. Isso o motivou a estudar a acupuntura, o que fez, inicialmente, na Alemanha. Sua experiência com essa técnica foi tão marcante que decidiu completar sua formação na Universidade de Pequim, onde nos conhecemos em 1999. "Muitos pacientes, na Alemanha, estão procurando as terapias alternativas, o xamanismo, a homeopatia ou a acupuntura. Os médicos que as praticam estão mais preparados para ouvir seus pacientes. E fundamental saber o que os doentes têm a dizer. Existe a questão do medo dos métodos modernos, dos tratamentos, combinações químicas, efeitos colaterais, métodos invasivos, fazendo com que procurem algo mais natural. Para mim, a questão principal é que a medicina alternativa trata melhor da psique e da alma do paciente que a convencional", disse-me o Dr. Radu, numa ocasião.

Para recuperar a magia, o médico precisa modificar sua atitude para com o paciente. Na Alemanha, houve uma grande pressão popular por mudanças nesse sentido, o que fez com que os profissionais também modificassem sua maneira de agir. Atualmente, escutam mais os doentes e preferem prescrever plantas medicinais ao invés de medicamentos. Foi uma mudança imposta pelo mercado, mas que deu certo, e o modelo está sendo exportado para outros países. Outro ponto importante no depoimento do Dr. Radu é quanto ao relacionamento médico-paciente, para que a magia ocorra. Quando o primeiro sabe usar esse vínculo para comprometer o doente, de corpo e alma, com o tratamento e a cura, o milagre acontece. Por outro lado, a fàlta de magia cria um espaço para a "fabricação" de todo tipo de "milagres".

Síndrome do Milagre Fabricado

Na aridez da medicina atual, as pessoas estão sedentas de milagres.

Esse é um grande filão para se vender jornais e revistas. Pega-se um resultado de pesquisa, aqui ou ali, doura-se a pílula, e as pessoas ficam embevecidas quando um novo "milagre" é anunciado pela imprensa. Sem dúvida, a tecnologia tem permitido avanços substanciais no tratamento de várias doenças, porém a maior parte deles não chega a se transformar cm produtos de consumo de massa, por

ser resultado de estudos experimentais, ou de drogas lançadas com indicações específicas, ou, finalmente, por tratar-se de histórias sem fundamento. Tudo isso é vendido, na mídia, com alto grau de pirotecnia, como uma fórmula milagrosa que resolverá os problemas de saúde de metade da humanidade. Além do aspecto puramente ilusório desse milagre fabricado, essas ondas de drogas e tratamentos mágicos muitas vezes induzem os pacientes a utilizarem-nos, sem qualquer critério, com conseqüências desastrosas para sua saúde.

Foi o que aconteceu, por exemplo, com a endostatina, substância que inibe a formação de novos vasos sangüíneos e apresentou resultados no tratamento do câncer, com os primeiros relatos feitos em janeiro de 1997. Contudo, as pesquisas foram desenvolvidas em camundongos, cuja reação às drogas, muitas vezes, é substancialmente diferente da apresentada pelos seres humanos. Ninguém sabe, ainda, o que ocorrerá se for utilizada nas pessoas, e sua atividade biológica sugere bastante cautela até que seja aplicada como droga anti-câncer. Mas, na semana seguinte à divulgação do "milagre", centenas de pacientes queriam tomar endostatina, a qualquer preço.

Ainda analisando a síndrome, quando a imprensa divulga um tratamento alternativo, alguém aparece para alegar efeitos milagrosos. Isso ocorreu com o confrei (Synphytum officinale). Na década de 1980, várias reportagens mostraram leigos dizendo que o uso interno da planta prevenia doenças cardíacas e o envelhecimento. As informações não eram baseadas em estudos científicos sérios, nem havia referência ao seu uso prolongado, com aquelas indicações. Muitos aderiram à novidade, de forma indiscriminada, o que resultou em casos de hepatite tóxica, cirrose e câncer do fígado. O confrei possui alcalóides tóxicos em sua composição, e o que parecia uma singela receita de chá de comadres, que melhorava os índices de audiência da televisão, se transformou numa intoxicação cm massa.

Este outro caso, muito triste, mostra como o milagre fabricado pode ser destrutivo e fatal. Cecília Maria Fernandes Fonseca me procurou para tratar de uma artrite, cm duas articulações do pé, que não tinha respondido a várias tentativas terapêuticas. A doença já havia sido investigada por diferentes ortopedistas e reumatologistas, sem diagnóstico. Como ela não melhorasse, foi encaminhada ao meu consultório para um tratamento com acupuntura. Na mesma época, apresentou um episódio de infecção urinária, e, em seguida, uma diarréia aguda. Nos exames de laboratório, uma redução da sua contagem de leucócitos chamou-me a atenção, o que poucos médicos sabem é que a artrite pode ser uma manifestação rara da AIDS. Como trabalhei com doenças infecciosas durante muitos anos, estava atualizado sobre as manifestações raras dessa terrível doença. Solicitei exames para detectar o vírus HIV, que foram

positivos. Neste ínterim, a artrite de Cecília melhorara de forma significativa, com a acupuntura, o que representou um grande ganho em qualidade de vida. Por outro lado, dar um diagnóstico de AIDS, nessa época, era o mesmo que uma condenação à morte. Para comunicá-lo, fui muito cuidadoso. Foram horas de conversa, e em alguns momentos chegamos a chorar.

Era impossível ficar frio e indiferente a uma jovem de 23 anos que havia contraído o vírus com seu primeiro parceiro sexual. Nesse período, a fiz vislumbrar a possibilidade de vencer a doença. Mostrei-lhe um artigo comentando os hábitos de pacientes que haviam sobrevivido por mais de 15 anos, com o vírus, sem complicações sérias. Todos tinham em comum o fato de cuidarem bem da saúde, praticarem meditação e serem tratados com medicina convencional e alternativa. Isso fez com que Cecília ganhasse autoconfiança, e assim começou um tratamento combinando AZT, plantas medicinais, exercícios e acupuntura. Por meu estímulo, ela começou a trabalhar como voluntária na ABLA, ONG criada pelo sociólogo Betinho, para dar suporte a portadores de imunodeficiência adquirida. Todas essas ações foram importantes, apesar de seus exames de laboratório demonstrarem uma imunidade bastante comprometida. Cecília ficou muito bem por dois anos, mantendo o tratamento. Não teve infecção oportunista, nem qualquer outro problema Na época, argumentei que novas drogas antivirais iriam surgir em pouco tempo. Efetivamente, no período, surgiram o DDI e o DDC, mas ela tomou DDI por pouco tempo. Enganada por uma falsa promessa, abandonou os antivirais. Isso aconteceu porque, em 1992, apareceu um indivíduo alardeando uma terapia cuja origem não estava clara, chamada Unibiótica. A imprensa apadrinhou a novidade, divulgando quase semanalmente seus pretensos benefícios. No ano seguinte, Cecília foi convencida, por alguns familiares, a submeter-se ao tal tratamento. Foi, então, a uma reunião em que pessoas se apresentaram dizendo terem se curado de AIDS com a terapia. Para fazê-la, foi aconselhada a se internar numa "clínica" em Petrópolis, por duas semanas. De início, teve que fazer um jejum de dois dias, para, em seguida, ser induzida a uma diarréia, com leite de magnésia. Tomava banhos de água e de ar. Em duas semanas, perdera cerca de 17 quilos. Contrastando com sua compleição anterior, normal, agora parecia mesmo uma doente, e nunca mais foi a mesma. Um mês depois, era internada com pneumonia. Em seguida, teve uma toxoplasmose cerebral, e morreu após quatro meses.

Se existe alguém que pode "fazer chover", em medicina, esse é o médico, como bem disse o Dr. Radu. É ele quem dispõe das informações técnicas e da experiência para orientar o paciente e conseguir os milagres. Para isso, tem que reunir qualidades que, infelizmente, hoje, poucos têm: em primeiro lugar, desejo

real de ajudar o próximo; depois, capacidade de valorizar o bom relacionamento com o paciente, desenvolver um instinto especial para antecipar situações e propor soluções criativas; e, ainda, ter abertura para incorporar a sabedoria e as soluções simples oferecidas por medicinas tradicionais.
Fabricar milagres e vendê-los sempre deu dinheiro. A história da humanidade está cheia de exemplo disso. Mas, para o paciente, o que interessa é aquele que resolva o seu caso, que lhe dê mais qualidade de vida, combata a doença e restaure sua saúde. Isso, na enorme maioria dos casos, não ê oferecido pelo milagre fabricado que gera frustração e repercussões negativas na vida das pessoas.

O Efeito Placebo

Uma grande parte dos milagres da medicina ocorre por conta de um efeito que os médicos denominam "efeito placebo", observado quando o paciente melhora ao receber algum medicamento ou tratamento sem qualquer eficácia biológica. Isso parece resultar da ativação de mecanismos de cura do próprio organismo, devido a alguma mudança interna da pessoa. O nome placebo vem do latim, piacere, que significa "darei prazer" ou "servirei", e foi criado no século XIX por médicos que queriam caracterizar substâncias inócuas, administradas aos pacientes apenas para agradá-los, sem qualquer pretensão de cura. Eles começaram a perceber que, mesmo sem ter ação biológica, essas substâncias muitas vezes resultavam em melhora objetiva. Mais tarde, nos estudos científicos, compararam o efeito das drogas com o de um placebo, para eliminar as variações criadas por esse efeito. Hoje, qualquer medicamento, para ser considerado válido pela ciência, tem que apresentar resultados melhores que um placebo.
Henri Beecher, professor de anestesiologia da Universidade de Harvard, interessou-se em estudar a fundo esse efeito e mostrou que ele varia muito, de acordo com a fé do paciente no tratamento, c, ainda, que ele é responsável, em média, por 30% da potência de diferentes drogas, independente de quais sejam e de qual doença está sendo tratada. Beecher descobriu que alguns tratamentos interrompidos, por serem comprovadamente ineficazes, tiveram resposta considerada boa ou excelente, em 70% dos casos, devido à fé dos pacientes. Os estudos do anestesiologista mostram, portanto, que o efeito merece ser mais bem investigado, para que se possa tirar melhor proveito de seu poder.
Por alguma razão ainda não completamente esclarecida, grande parte dos médicos não gosta da idéia de induzi-lo. Parecem desprezá-lo, procurando eliminá-lo de sua prática corrente. O preconceito contra um recurso que traz

benefícios e não tem custos adicionais parece estranho. Cabe discutir suas razões. Em geral, quando uni medicamento ou tratamento novo é testado, ele passa por um tipo de comparação com o placebo, para afastar a possibilidade de sua ação resultar desse efeito. Com isso, persiste a idéia de que ele não se constitui num procedimento médico, mas, sim, numa farsa, destinada a enganar o paciente. A outra razão do preconceito deriva do fato de que o placebo é difícil de ser mensurado, com seus resultados condicionados a fatores subjetivos de difícil controle, relacionados à saúde mental, ao envolvimento no tratamento e à capacidade de superação do paciente.

Esses fatores fazem do efeito placebo uma ovelha negra na medicina. Houve pouco interesse em avaliar o quanto pode melhorar a eficácia dos tratamentos, ou qual seu impacto nos resultados da medicina caso fosse desenvolvida uma técnica para potencializar o placebo. Não se ouve falar de médicos que se orgulhem de terem criado um potente efeito placebo para seus pacientes. Nem tampouco existem, na prática corrente, estudos ou abordagens que sugiram uma metodologia para ser aplicada na indução desse efeito.

O fato é que as informações existentes indicam que ele é um instrumento de grande valia pela possibilidade de potencializar, significativamente, o poder de qualquer tratamento e, sozinho, de promover curas extraordinárias, ou mesmo efeitos marcantes na fisiologia do corpo humano. Marc Barasch e Caryle Hirshberg, em seu livro, relatam um fato, bem documentado, de cura de um tumor maligno com o uso de um placebo.

Antropólogos que estudaram os sistemas médico-religiosos de tribos africanas e populações da Oceania relataram alterações fisiológicas marcantes em indivíduos após terem se submetido aos rituais de feitiçaria, tais como modificações do ritmo cardíaco, da atividade psíquica, do tônus muscular, do nível de resposta aos estímulos do meio ambiente e da pressão arterial. Existem até relatos de morte, por parada cardíaca, sem causa física ou doença aparente, após um feitiço feito com o intuito de punir infrações graves às tradições dessas sociedades. Isso mostra que o efeito placebo pode não apenas curar, como também matar. O antropólogo Claude Lévi-Strauss, no livro Antropologia estrutural, faz um interessante estudo sobre o poder de indução de rituais de feitiçaria cm alterações da fisiologia corporal. Além de comentar os efeitos da magia dos xamãs sobre os indígenas, mostra o profundo simbolismo dos rituais e das palavras mágicas. Outro ponto interessante, levantado por ele, é que o feitiço, para ser eficiente, está relacionado a três fatores: à crença do enfeitiçado na mágica, à confiança do xamã em sua técnica de produzir encantamentos e à perfeita inserção do ritual no contexto cultural da comunidade onde vive o paciente. Se fosse possível explorar a fundo o poder do efeito placebo,

adaptando as premissas propostas por Lévi-Strauss, e associando-o às modernas técnicas da medicina, os resultados dos diversos tratamentos, certamente, apresentariam melhoras significativas.
Desprezar e não investigar a natureza do efeito placebo e um erro estratégico da maior gravidade. Todos os sistemas tradicionais de medicina, como já comentei, empregavam várias técnicas para conseguir desencadeá-lo, porque, não importando qual o método usado, os resultados eram sempre bons, Não existe razão para que nosso sistema médico ignore esse fato. Induzir o efeito placebo ainda traz uma vantagem: a de melhorar a satisfação do paciente com o procedimento terapêutico utilizado. Sempre que o médico o induz em alguém, significa que ambos estão envolvidos por um forte laço, de grande confiança. Com isso, o paciente se sente mais seguro e satisfeito, mais tolerante com eventuais frustrações.
É claro que as técnicas utilizadas pelos antigos xamãs e feiticeiros não se adaptam ao nosso contexto cultural. Se o médico disser palavras estranhas, dançar em torno do paciente, ou colocar máscaras e fantasias representando os espíritos curativos da natureza, vai parecer um doido varrido e não vai impressionar paciente algum. Entretanto, existem formas de se adaptar a magia à nossa realidade e simbolismo cultural. É preciso apenas atualizá-la através de novas técnicas e conhecimentos.

Atualizando a Magia: Novos Truques de cura

Alguns podem considerar a magia como uma característica de sociedades atrasadas. E um engano. Ela vai ser sempre atual, não importa quanto a tecnologia evoluir, pois responde às necessidades humanas mais profundas, de busca do significado da vida, tomando formas e expressões a partir do inconsciente coletivo e dos signos culturais de cada povo. As pessoas desejam e absorvem a tecnologia, sem dissociá-la da magia. E esta é um recurso essencial no nosso cotidiano. Não nos esqueçamos da bela frase do grande escritor argentino Jorge Luis Borges: "No lo creo en las brujas, pero que las hai, las hai." Sem a magia inventada por nós mesmos, essa que nos consola e anima, essa que nos redime e cura, que nos remete às nossas heranças culturais, certamente a vida seria muito mais penosa.
Para atualizar sua linguagem, é preciso entender sua essência, que é a transformação, seja da matéria ou da realidade espaço-tempo. O efeito deriva do poder de induzir essas transformações em situações em que parece impossível que ocorram. Por exemplo, revertendo o processo de uma doença considerada incurável. Encarando a magia como agente de transformação, é possível

entender como ela transcende o efeito placebo. O fenômeno pode ser mais bem compreendido no contexto da Teoria do Caos. A complexidade do sistema caótico do universo implica em mudanças inesperadas e improváveis no curso das coisas. Combinando efeito placebo, drogas e tratamentos adequados que reforcem o retorno à harmonia homeostática do organismo, e contando com um pouco de sorte, a doença pode evoluir, de forma inesperada, no sentido da cura, gerando a percepção de uma transformação improvável. Podemos conceber, portanto, a cada momento, ações mais adaptadas às necessidades do paciente, para encaminhá-lo nesse sentido, como propõe Antonio Damásio.

Outra forma de entender a transformação da magia, ainda no contexto da ciência, é através da Teoria de Entropia e do Conceito da Irreversibilidade. De acordo com a física, os sistemas estão sempre migrando de situações de maior à menor entropia. Isso significa que há uma tendência, em qualquer sistema do nosso universo, de mudar constantemente no sentido de se desorganizar. E isso que torna o tempo irreversível, pois a energia necessária para aumentar a entropia dos sistemas não está disponível. Um exemplo claro do fenômeno é a imagem de um vidro se quebrando. A energia para quebrar um vidro é imensamente menor que a despendida para juntar seus pedacinhos e reconstituí-lo. Contudo, os organismos biológicos desafiam o fenômeno, e encontram formas de retardar ou mesmo reverter a evolução de sistemas, de alta para baixa entropia. Quando você sofre um corte na pele, por exemplo, e ela se regenera, isso significa que a entropia do sistema foi revertida.

Por outro lado, várias doenças se instalam porque a capacidade do organismo de reverter a entropia é limitada. Podemos tomar como exemplo a diabetes, que ocorre quando as células do pâncreas são destruídas, e o paciente não consegue mais produzir insulina. Ou seja, as doenças podem se tornar crônicas ou fatais devido ao princípio da irreversibilidade. Se o processo é revertido, mesmo quando aparentemente improvável, há a impressão de que houve um milagre. Considerando-se que os organismos biológicos possuem uma tendência a lutar contra a redução da entropia, ela pode acontecer quando um forte efeito biológico soma-se a uma intervenção terapêutica eficiente.

A questão da irreversibilidade me remete a um caso que acompanhei, de uma mulher jovem que apresentou uma grave infecção local na cicatriz de uma cesariana. A bactéria era um microorganismo hospitalar extremamente agressivo e se disseminou com rapidez pelos tecidos e, apesar de uma terapêutica antibiótica altamente potente, ela teve uma extensa necrose da parede abdominal. Nesses casos, que são terríveis, as vísceras ficam expostas, o que facilita a invasão de novas bactérias, causando infecções reincidentes, que, em geral, levam à morte. A única solução, no caso, era conseguir, de alguma forma,

reconstituir a parede abdominal. Foi feita uma tentativa heróica, a seu pedido, pois ela se dizia disposta a tudo para sobreviver e assim cuidar do filho recém-nascido. A equipe médica estava muito ligada a ela e, motivada, decidiu lutar ate o fim: o cirurgião colocou uma tela sobre o abdômen e, sobre a tela, implantes musculares e de pele, extraídos da coxa da paciente. A área era grande e os implantes insufidentes para cobrir a extensão necrosada. Quase ninguém acreditava que ela conseguisse sobreviver. Como por uma "mágica", a regeneração do implante foi rápida, cobrindo as partes da tela que haviam ficado sem tecido, e a incidência de infecção foi pequena. A pele reepitelizou o tecido granular que havia surgido sobre a ferida, e a moça ficou boa. Bastou um auxílio competente da equipe para que uma lesão aparentemente irreversível fosse recuperada, desafiando, dessa forma, o conceito da irreversibilidade. Deu-se, aí, a mágica: motivados pelo desesperado desejo de viver da paciente, os médicos acionaram sua capacidade de produzir milagre, e ele aconteceu.

Alguns médicos, efetivamente, têm fama de magos, pois, na percepção das pessoas, conseguem resultados melhores que os de seus colegas. Eles têm um instinto especial para dizer a palavra certa no momento exato, ou de instituir o tratamento correto, obtendo tuna qualidade de resultados significativamente superior a de outros profissionais. No Rio de Janeiro, clinicou, por várias décadas, até abril de 2001, quando faleceu, aos 91 anos de idade, o Dr. Orlando Mollica, homeopata que tinha fama de milagreiro. Seu consultório vivia cheio de fiéis pacientes que alardeavam aos quatro ventos suas qualidades. Diziam que era médium não precisava de muita conversa para saber de que mal sofria o doente, e quais os remédios que deveria tomar. Certa vez, inquirido por uma paciente sobre essa sua pretensa faculdade, respondeu simplesmente: "Não sou médium não, minha filha, o pessoal é que cria coisas, só procuro lazer o melhor."

Médicos como o Dr. Mollica devem ter algum segredo, que não sabemos, que poderia explicar tanta eficiência. Esse fenômeno foi estudado por dois pesquisadores americanos, Richard Blander e John Grinder. No livro A Estrutura da Magia, o primeiro afirma que parte da capacidade de conseguir resultados extraordinários depende da comunicação entre terapeutas e pacientes. Partindo da análise da capacidade do aparato sensório-neural de cada pessoa, e da estrutura da linguagem, ele propõe uma série de técnicas para tornar eficiente essa relação. Inicialmente criada com o intuito de auxiliar psicoterapeutas, a técnica da programação neurolinguística, desenvolvida por Blander e Grinder, foi utilizada para diversos fins, da melhora da performance de executivos ao maior sucesso de vendas, com bons resultados. Isso torna a medicina, com certeza, um campo potencialmente promissor para a aplicação da PNL.

Infelizmente, no Brasil, a técnica tem sido usada de forma pouco profissional, e

vendida como panacéia em livros de auto-ajuda. Com isso, sua imagem ficou desgastada, afastando-a, mais ainda, do meio médico. Mesmo assim, vários colegas a têm incorporado ao seu arsenal terapêutico, e reportam excelentes resultados. O maior exemplo, entre nós, é o do Dr. Nelson Spritzer, cardiologista da UFRGS, em Porto Alegre, que foi discípulo de Blander, e estuda e aplica a PNL há muitos anos. Empregando-a no tratamento da hipertensão arterial, Spritzer obteve resultados estatisticamente significativos em relação aos casos de pacientes tratados apenas com drogas no ambulatório de hipertensão do Hospital Universitário.

Os instrumentos de Magia

Para que a magia seja reintroduzida na medicina, é preciso que o profissional domine alguns "instrumentos", ou seja, os recursos a serem utilizados para motivar o paciente nesse processo de transformação que o conduzirá ao equilíbrio psíquico e homeostático. É preciso muita atenção nesse processo, para que se possa obter o efeito placebo mais intenso possível. Essa é a opinião da Dra. Denise Bem David, que trabalha como coordenadora de pesquisas da Aventis, multinacional da indústria farmacêutica. Ela familiarizou-se há anos com a PNL, sendo umas das pioneiras na sua aplicação médica, e garante que utilizando a técnica e outras abordagens não-convencionais, na indução de estados psíquicos e fisiológicos que facilitem a cura, pode-se obter melhores resultados que os promovidos pela abordagem convencional. Para atingir esse objetivo, ela garante, "é preciso construir uma excelente relação com o paciente, conquistando sua confiança, e essa comunicação pode ser melhorada com a introdução da PNI".
Os "instrumentos de magia" identificados em minhas pesquisas são o elo mágico, a varinha de condão, o ritual da cura, a palavra e a poção mágicas, a expulsão do mal e o feitiço curativo. Vejamos o papel de cada um.

O Elo Mágico

A questão básica para que se opere a transformação desejada pelos pacientes, como vimos, é sua boa relação com o médico. Portanto, quanto maior o aprofundamento do vínculo entre ambos, maior será o poder de transmutação da doença em cura. Nesse contexto, o elo pode ser definido como essa relação que permite ao paciente entregar sua vida e sua saúde nas mãos do médico. Isso permitirá o emprego da combinação de uma terapêutica eficaz com um potente efeito placebo. Investir nesse ponto é fundamental para que outros instrumentos de magia possam sei' aplicados.

Na medicina, existe um fator chamado "adesão ao tratamento", significando a aquiescência do paciente à prescrição. Num estudo feito por Sackett, professor de epidemiologia na McMaster University, EUA, em 1976, chegou-se à conclusão de que 50% das pessoas não a seguem. Mas essa pesquisa foi baseada em auto-relatórios, onde é possível que elas superestimem seu grau de adesão. Num outro estudo, com critérios mais rígidos, realizado por Boyd descrito no livro de James Gordon a estimativa foi de que apenas 22% delas seguem à risca a prescrição médica. Podemos deduzir disso que mais da metade dos pacientes não faz o que os médicos mandam. Um ponto fundamental para que um tratamento funcione é que os pacientes sigam à risca o que lhes for solicitado fazer. É isso, sem dúvida, depende unicamente do elo mágico. É preciso lembrar que uma prescrição significa não apenas o uso de uma droga, como também de mudanças na dieta e nos hábitos de vida e essa é a parte que, normalmente, exige grande esforço pessoal.

Estabelecer esse elo não é tarefa fácil. Atualmente, os pacientes se apresentam nos consultórios com um pé na frente e o restante do organismo atrás. Com toda a razão, estão desconfiados, temerosos. Como confiar plenamente em alguém que atende rápido, não examina e não tem uma visão global do indivíduo? Como confiar em profissionais que não escutam a história do paciente, desinteressados dos aspectos subjetivos da questão? Essas barreiras precisam ser vencidas até que se estabeleça o elo mágico, e isso exige tempo, paciência e estratégia. O primeiro passo é dispor de tempo e sensibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer e discutir seus problemas à exaustão. Na minha opinião, se o médico tenta vê-lo de forma global, holística, conhece um pouco de medicina alternativa, tem conhecimentos de psicologia e faz um bom exame físico, está apto a estabelecer o elo mágico.

A programação neurolingüística possui uma estratégia interessante para individualizar a abordagem e facilitar o estabelecimento de um laço terapêutico eficiente. Segundo a PNL, a forma como as pessoas percebem o mundo, e decodificam a linguagem, depende do seu aparelho sensório-neural. Baseando-se nessa idéia, elas são divididas em três grupos: os visuais, os auditivos e os somestésicos. O primeiro, que engloba a grande maioria, tem como canal sensitivo dominante a percepção visual; o segundo, o ouvido; e, finalmente, o terceiro a minoria da população -, a percepção tátil e gustativa. Esses canais funcionam como base referencial, tanto para os aspectos já vividos - a memória - , como para a relação com o meio, ou seja, a vivência do momento. Portanto, para a PNL, se o medico adaptar sua linguagem a essas características do paciente, estabelecerá uma comunicação mais eficiente e profunda com ele.

Se este tem o canal sensorial visual predominante, vai compreender melhor o

médico que use uma linguagem do tipo: "Veja bem, fulano, essa inflamação é assim, os glóbulos brancos soltam substâncias que funcionam como cartazes, onde existem mensagens escritas convocando mais glóbulos brancos. Logo, forma-se um aglomerado de glóbulos brancos, como uma multidão numa praça, que é a inflamação em si. Você visualiza o que expliquei?" Todas as expressões sublinhadas invocam imagens.
Quando o paciente é um auditivo predominante, vai entender melhor se ouvir: "Escute bem, fulano, essa inflamação é assim: os glóbulos brancos soltam substâncias que funcionam como um chamado, convocando mais glóbulos brancos; logo se forma um aglomerado de glóbulos brancos, como uma multidão gritando inflamação! Você pode entender o que eu estou dizendo?" Todas as expressões sublinhadas são "auditivas", ou seja, o canal de reconstrução da vivência invoca um som.
Por fim, se o canal sensorial predominante do paciente for o somestésico, a explicação ficaria melhor com o seguinte formato: "Sente como funciona uma inflamação, fulano. Os glóbulos brancos soltam substâncias que sensibilizam outros glóbulos brancos, Logo se juntam muitos glóbulos brancos, formando um aglomerado. Essa multidão pulsante de glóbulos brancos é a inflamação. Você consegue perceber como isso acontece?" As expressões marcadas são "somestésicas", com canal de reconstrução da vivência invocando sensações corporais.
A essas expressões a PNL chama de "predicados". E preciso estar atento a eles para que seja possível identificar a predominância sensorial do paciente. A descrição que este fizer de seu mal, de sua vida afetiva, de suas idéias sobre o tratamento, ou seja, qualquer construção mental poderá apontar para seu canal dominante. Outra forma de identificá-los, segundo a PNI, é através dos seus movimentos de olhos: se os volta para cima durante a construção de imagens, seu canal é visual; se os direciona para os lados é auditivo; para baixo, é somestésico. O emprego dessa estratégia favorece a afinidade de linguagem entre médico e paciente, e este se sentirá compreendido, já que seu interlocutor decodifica, com facilidade, o que lhe é dito.
A Dra. Gladys Taylor McGarey, em O médico que existe em um de nós, afirma que, num processo de cura, é essencial despertar o médico que existe dentro de cada pessoa. Quando um novo paciente a procura, ensina-o a entrar em contato com seu lado saudável aquele que tem potencial de reverter sua doença. Ela mostra ser este o primeiro passo para que cada um entre em contato com seu médico interior. À medida que o médico interior do doente ganha força, torna-se um forte aliado do terapeuta, ajudando-o a promover grandes modificações na doença, favorecendo a indução de estados fisiológicos que produzem sua

melhora ou cura. Apelando para esse recurso, a Dra. Gladys consegue reduzir a pressão de hipertensos, obter remissão de pacientes portadores de doenças do colágeno e até a regressão de tumores malignos. São os instrumentos de magia induzindo às transformações. A estratégia da Dra. McGarey se encaixa também no conceito de "feitiço curativo".

A Varinha de Condão

Relaciona-se com o mito do toque transformador. Trata-se das situações nas quais a intervenção física direta é fundamental para a ocorrência de fatos que determinarão a cura, seja na esfera da realidade ou da fantasia do paciente ou em ambas. Por exemplo, está na mão do cirurgião encontrar o caminho mágico para extirpar o tumor, ou o abscesso, sem lesar as estruturas sadias. A cirurgia é um aspecto importante do toque mágico. Em termos de metodologia, ela tem características específicas, que a diferenciam de uma outra, assim como não existem pacientes com anatomias exatamente iguais. Isso torna o tratamento cirúrgico uma abordagem altamente individualizada. Como procedimento invasivo, é muito mais passível de complicações sérias e de mortalidade, o que ameaça os pacientes, torna-os regredidos, temerosos. Mas, quando há o vínculo mágico com o cirurgião — e cada um está consciente da sua importância para o sucesso do tratamento -, podem ocorrer resultados inexplicavelmente melhores que os esperados. É o profissional que consegue realizar com sucesso uma cirurgia extremamente difícil e o paciente que se recupera de forma surpreendente.
Um ponto fundamental do contato entre eles é o exame físico. Quando o médico examina alguém com atenção, o toque mágico começa a ser acionado: ele deve, sempre, palpar cuidadosamente a região acometida, percuti-la, sentir sua temperatura enfim, lazer uma semiologia bastante minuciosa no local, locar a pessoa durante o exame não só se constitui num bom efeito placebo como também pode desencadear algum tipo de reação bioeletromagnética que auxilia o processo de cura. A cura pelo toque ou a interposição das mãos é relatada e praticada em diversos ambientes culturais, como em sistemas médicos da Ásia, Oceania, África, e em várias tribos indígenas das Américas. Os médicos e pesquisadores Bernard Grad, da Universidade de Montreal, e John Zimmerman, da Universidade do Colorado, estudaram o fenômeno de cura através das mãos, e mostraram que, efetivamente, elas induzem um efeito biológico mensurável quando associado à presença de campos magnéticos fracos. Voltando a lembrar a propriedade do ditado "A voz do povo é a voz de Deus", reforço a idéia de que, quando existe uma técnica de tratamento comum a culturas geograficamente

distantes e de origens diferentes, a chance de ser eficiente ou de ter fundamento é tão grande quanto a de uma droga testada num estudo multicêntrico. A explicação da influencia terapêutica das mãos através de campos eletromagnéticos é considerada pouco convincente pela maioria dos médicos, mas isso não significa, necessariamente, que seja cientificamente impossível.

Tive a oportunidade de presenciar uma sessão de um tradicional tratamento chinês feito com as mãos, o Qi Gong, quando estudei na China. Foi uma experiência impressionante, pois um mestre nessa técnica fez as pernas de um paraplégico se moverem apenas com a interposição de suas mãos. Sabe-se que uma pessoa nessas condições não pode fazer isso espontaneamente, e se nos basearmos no conhecimento médico atual, o que aconteceu foi pura magia, sem explicação. Quando conto o episódio aos meus colegas, a maioria deles faz comentários céticos, acreditando que houve um truque que não pude perceber.

Existem outras maneiras de o médico conferir poder mágico às suas mãos, além de empregá-las em técnicas como a cirurgia, ou no toque direto na pele do paciente. Pelo menos duas preenchem essas características: a acupuntura, que envolve a inserção das agulhas em locais muito específicos, e resulta, muitas vezes, em alívio imediato dos sintomas do paciente que muito o impressiona e, a outra, as escolas de manipulação articular, como a osteopatia e a quiroprática. Veja o relato de uma experiência de aplicação dessas técnicas vivida por mim, e que resultou em verdadeira mágica, como foi interpretada por quem a assistiu.

Este fato ocorreu em Caraíva, aldeia ao sul do estado da Bahia, há aproximadamente oito anos. Nessa época, o povoado era isolado, com acesso apenas por barco, ou a pé. Sempre que viajo para lugares ermos, levo agulhas de acupuntura, úteis numa emergência, e estava com meu estojo. Hospedei-me numa pousada perto da foz do rio Caraíva que contorna o povoado e desemboca mais ao norte. Este é o primeiro local por onde passam as pessoas que vêm a pé de Arraial da Ajuda, a 40km ao norte. Já passavam das 11 horas da noite, eu me preparava para dormir, quando ouvimos batidas à porta. De início, os hóspedes confundiram os sons com os da chuva, mas uma voz gritou por ajuda, e os donos da pousada, com mais algumas pessoas, foram ver do que se tratava. Ao abrirem a porta vimos um rapaz, que parecia ter cerca de 20 anos quase desfalecido, amparado por uma moça: o colocamos sobre um tipo de espreguiçadeira. Ele ardia em febre. Não havia termômetro, mas a temperatura devia estar próxima de 40 graus. A jovem contou, então, que tinham resolvido vir caminhando do Arraial da Ajuda, e que, no meio do caminho, seu namorado começara a se sentir mal, com calafrios. Mas decidiram chegar a Caraíva. O rapaz, cada vez mais febril, fez um esforço extremo para caminhar, na chuva, até o povoado.

Quando o examinei, sua pulsação estava em 120 batimentos por minuto, e a

freqüência respiratória era de 30 incursões por minuto. Estava delirando, devido à febre e ao cansaço. Como não havia medicamentos na pousada, peguei minhas agulhas de acupuntura e as utilizei nos pontos indicados para febre alta em condição infecciosa aguda. Fiquei acompanhando sua reação, e estimulei as agulhas manualmente, em movimentos de redução, como manda a tradição da medicina chinesa, para reduzir a febre. E incomum fazer esses estímulos em pacientes ocidentais, por causarem muita dor. Mas a gravidade da situação e a falta de recursos, naquele momento, não me deixavam outra opção. Cerca de uma hora depois, o rapaz começou a ter sudorese e a febre baixou. Fui dormir e deixei-o sob a guarda de sua namorada. No dia seguinte, qual foi minha surpresa em vê-lo completamente recuperado, tomando café da manhã. Daquele quadro todo, só restara um pouco de fadiga e de dores musculares.

Fiquei com fama de mágico. Alguns anos depois, encontrei o moço em Belo Horizonte. Não me lembrava mais dele, mas fui imediatamente reconhecido: ele veio falar comigo, ainda agradecido por minha ajuda naquela noite.

O Ritual de Cura

Ele induz, no paciente, a percepção subjetiva de que alguma coisa está se transformando dentro dele, e que vai provocar uma melhora ou a cura de sua patologia. Todo trabalho médico, seja durante uma consulta, um tratamento, ou uma cirurgia, pode ser vivenciado pelo paciente como um ritual de cura. Quando isso ocorre, há uma potencialização muito positiva do efeito placebo. Por isso, é recomendável que o médico trabalhe sempre de forma seria e compenetrada, conferindo um aspecto ritualístico às suas funções. Alguns pacientes demandam por um ritual mais elaborado, para terem a sensação da transformação despertada em seu inconsciente. Nesses casos, podem verbalizar o desejo, por exemplo, de freqüentar sessões espíritas de cura, ou questionam o médico sobre sua opinião a respeito de outros rituais. Alguns destes, mais elaborados, podem ser feitos dentro ou fora do consultório, dependendo da especialidade do médico e das exigências do paciente. Por exemplo, se o primeiro domina técnicas de hipnotismo, um transe hipnótico pode ajudar a deflagrar, no segundo, uma percepção modificada, na qual o ritual de cura ocorra.

Porém, o mais comum é que este aconteça fora do consultório. Nesses casos, o paciente pede a aprovação do médico, ou o informa sobre o ritual que gostaria de agregar ao tratamento. O profissional deve estimulá-lo nesse sentido, ressaltando a grande ajuda que o recurso poderá trazer, estabelecendo relações entre este e as eventuais melhoras clínicas. Freqüentemente, o paciente procura por atividades religiosas, como as missas, por exemplo, ou se submete a sessões espíritas de

cura. Tudo isso pode ser aprovado por seu médico, porque se tornará potente indutor do efeito placebo. Caryle Hirshberg e Marc Barasch descrevem vários casos de curas espontâneas, de câncer, relacionados a rituais religiosos e relatados como "milagres". Concluem eles, em seu livro, que um dos aspectos comuns entre pacientes que se curaram de câncer, de forma inexplicável, é o forte vínculo social e emocional com outros seres humanos, associados a rituais de cura. Entre os casos relatados, está o de Daniel, que fez hipnose e participou de experiências de "renascimento espiritual"; também o de Rocky, que fez programas de visualizações duas vezes ao dia; de Ian Gawler, operada espiritualmente por médiuns das Filipinas; e o de Guo Ling, que se submeteu a sessões de acupuntura e Qi Gong.

O próprio médico pode sugerir um ritual de cura a seu paciente, se perceber que existe uma abertura para isso e se este é portador de uma condição grave e incurável que justifique essa tentativa. Nesses casos, o ideal é que converse longamente com ele, para poder lhe indicar um ritual compatível com seus interesses e crenças. Se a pessoa for religiosa, poderá ser estimulada a freqüentar missas, por exemplo; se gostar de música, a ir a concertos que sejam marcantes. Pode-se sugerir muitas outras coisas simbólicas e positivas para ela. Certa vez, indiquei a um paciente com câncer de pulmão que quando acordasse pela manhã repetisse em voz alta que estava expelindo o tumor a cada vez que expectorava. Quando acabava de tossir, ele concluía: "Estou cada dia melhor" sempre seguindo à risca minha orientação. O fato é que, apesar de ser portador de um tipo histológico com mau prognóstico, o tumor estacionou durante o tempo em que acompanhei o caso. Mais tarde, esse paciente viajou para fora do Brasil, e não mais tive notícias dele.

Cada um pode criar seu ritual. Às vezes, isso acontece espontaneamente, e o médico apenas deve aprovar e estimular. Uma pessoa portadora de artrite reumatóide, que acompanhei, sentiu uma melhora significativa depois que começou a fazer, toda manhã, um ritual de colocação de ímãs e de lama medicinal. É possível que houvesse alguma ação do emplastro, ou dos ímãs, mas não a ponto de justificar a grande melhora experimentada por ela, já que essa doença não se resume a um problema local, mas está relacionada a uma disfunção do sistema imunológico.

Para que o médico possa chegar a um ritual individualizado, é importante tentar descobrir qual a simbologia da doença nos contextos sensoriais do paciente, usando, para isso, as técnicas de PNL, e fornecendo elementos para que ele próprio estruture um ritual eficiente. Se a pessoa é predominantemente visual, o médico poderá lhe sugerir que dê uma "forma" ao seu mal, e, em seguida, perguntar o que, em sua fantasia, poderia destruí-la. Imaginemos que seja

descrita como um "animal repugnante". O médico, então, pedirá mais detalhes sobre essa imagem, para que a visualização seja a melhor possível. Perguntará sobre a cor do animal, se sua boca é grande, se tem dentes, quantas cabeças tem, se é peludo ou tem escamas, quantas patas tem etc. Em seguida, questionará o paciente sobre como fazer para se livrar do bicho. No início, o paciente talvez se sinta impotente para fazê-lo e, nesse caso, o profissional poderá sugerir que vá "apagando" o animal, como se tivesse uma borracha gigante. À medida que a pessoa ganhar confiança, ela própria chegará ao seu ritual de cura, visualizando, por exemplo, o animal sendo queimado. Estimulada, poderá desenhar o bicho e queimar o papel, jogando as cinzas no lixo. Dessa forma, estará estabelecido um forte ritual de cura.

Ainda utilizando a PNL para estruturar um ritual terapêutico, vamos imaginar um indivíduo puramente auditivo. O médico pedirá a ele que construa sua percepção da doença. Considerando que também a descreva como um "animal repugnante", poderá perguntar que sons emite, com os de que animal se parecem. Se a resposta for, por exemplo, uma combinação do rugido do leão com o silvar de uma serpente, o médico poderá lhe pedir que explique melhor o ruído, se é contínuo ou ritmado, longo ou curto, se tem mais sons agudos ou graves. Ao ser perguntado como poderá se livrar desse som terrível, e o paciente sentir-se impotente, este deverá ser orientado a imaginar-se sentado à frente de um amplificador e ir diminuindo os sons agudos até eliminá-los; em seguida, os médios e os graves. Depois de algumas tentativas, ele "descobrirá" um meio de se livrar inteiramente do som — imaginará, por exemplo, que está enchendo a boca do bicho de isolante acústico. Poderá imitar o som do bicho e, ao reproduzi-lo, ir abaixando o volume, progressivamente. Em seguida, nesse jogo de faz-de-conta, retirará a fita do gravador, a colocará numa caixa de isopor e a jogará fora, livrando-se, para sempre, do som e do animal.

Já o paciente somestésico, caso simbolize sua doença como um "animal repugnante", será ajudado na construção sensitiva desse animal. Podemos perguntar se ele é frio ou quente, se sua pele é áspera ou lisa, seca ou úmida, se é pesado ou leve, qual seu sabor, se e grande ou pequeno, se seus movimentos são rápidos ou lentos. Se a pessoa se sentir impotente para criar um ritual de eliminação do bicho, poderemos sugerir, por exemplo, que o imagine sendo triturado num moedor de carne. Se o paciente se sentir desconfortável com essa imagem sangrenta e desagradável, sugerimos que "congele" o bicho, e depois o submeta à moagem. Este jogo poderá se transformar num ritual de cura. Uma solução que funciona, para somestésicos, é pedir que comprem uma massa de modelar e que, todos os dias, modelem, de olhos fechados, as formas que imaginam serem do animal. Quando esta é atingida, pode ser colocada no

congelador, para então ser mo ida a marteladas.

A Palavra Mágica

A capacidade de muitos médicos para conseguir resultados significativamente melhores que os de outros está também no fato de estabelecerem uma comunicação altamente eficiente com seus pacientes, induzindo-os a uma atitude positiva diante da doença, e promovendo boa adesão ao tratamento. Essa comunicação relaciona-se com a "palavra mágica", e se, através dela, o médico conseguir influenciá-los para que adotem hábitos saudáveis, estará provocando uma mudança de grande efeito positivo em suas vidas, contribuindo para prevenir possíveis complicações de saúde.

Há quem já tenha esse dom. Mas há também como consegui-lo. Primeiramente, o discurso do médico deve ser otimista e sempre no sentido de indicar caminhos ou soluções aceitáveis para o paciente, independentemente da gravidade da situação. Depois, é preciso estabelecer tuna linha de contato com ele, mesmo que, em algumas situações, isso possa parecer impossível e absurdo. Se o doente está em coma, seja um bebê ou um autista, o canal de comunicação, pela palavra, deve ser utilizado durante a atividade clínica. Outra questão importante para se chegar à palavra mágica é ajustar a linguagem à realidade do paciente, respeitando seu contexto cultural e simbólico, para que tudo possa ser plenamente compreendido, e isso possa atuar positivamente no tratamento.

A estratégia da PNL, de identificar o canal sensorial predominante de cada pessoa, para adequar a linguagem a ser adotada, favorece, certamente, essa comunicação. Com isso, pode-se usar palavras que produzam grande impacto, e que induzam respostas psíquicas intensas. Essa não é a única das suas armas para tornar a comunicação mais dinâmica. Há, ainda, a questão da descoberta dos significados ocultos na linguagem do paciente, que podem ser trabalhados com as chamadas perguntas inteligentes. A estratégia é identificar problemas de percepção da realidade, expressos indiretamente por ele, e, ao mesmo tempo, dissecar sua área afetiva, para reavaliar sua realidade.

Para ela, são três as formas principais de percepção incorreta da realidade: a distorção, a eliminação e a generalização. A primeira resulta de uma apreciação alterada da realidade e corresponde ao dilema clássico da física quântica segundo o qual a simples presença do observador modifica a essência do que está sendo observado. A eliminação decorre da exclusão de alternativas de atuação entre os "modelos de relação" — expressão da PNL que significa a forma como as pessoas apreendem e utilizam as informações para se relacionarem com o meio. A generalização, por sua vez, consiste na atribuição

de qualidades à realidade observada, através da incorporação do que foi apreendido de outras situações, que o observador acredita semelhantes.
O médico deve ter uma boa noção de psicologia para entender os conflitos dos pacientes e interpretá-los. Com isso, poderá opinar sobre questões pessoais ou familiares que não necessitem do acompanhamento de um psicoterapeuta. Muitas vezes, uma boa conversa ajuda a resolver questões relacionadas a culpas, numa briga conjugai, ou à sensação de rejeição gerada pela perda de um emprego. Quando o médico é um pediatra, tem que dizer duas palavras mágicas, uma para a criança e a outra para a mãe. Isso também implica num bom conhecimento dos aspectos psicológicos da relação mãe-filho. Se é obstetra, precisa estar familiarizado com os medos e angústias que freqüentemente acometem as gestantes, além de tentar compreender as modificações que o novo componente trará ao relacionamento dos pais.
Na minha experiência, a incorporação da medicina tradicional à prática médica potencializa a capacidade de comunicação entre profissional e paciente, porque valoriza a subjetividade e a linguagem coloquial dos leigos ao descreverem sensações que acreditam decorrentes do seu mal. Interessando-se, cada vez mais, por detalhes subjetivos, o médico faz com que seus pacientes sintam sua comunicação mais valorizada. Isso tudo favorece a ocorrência da "palavra mágica".

A Poção Mágica

A poção mágica refere-se ao simbólico poder curativo das drogas e está intimamente ligada ao que a medicina chama de efeito placebo dos medicamentos. Quando o paciente os ingere, tem a sensação positiva de estar em tratamento, o que desencadeia mecanismos fisiológicos de cura, e ele poderá efetivamente melhorar. Quando uma droga é prescrita, o médico deve explicar muito bem sua indicação. Quanto mais clara, maior será, para a pessoa, a impressão de que o medicamento está agindo e maior o efeito placebo. Outros pontos contribuem para que a prescrição tenha a função de poção mágica. Se o ritual da consulta fizer com que a pessoa se sinta bem cuidada, auxiliará o resultado da prescrição.
A poção mágica relaciona-se, também, com uma habilidade especial para prescrever e combinar drogas e tratamentos de maneira a obter um efeito maior que o comumente esperado. Quando a ação de um medicamento eficaz e adequadamente prescrito é combinada a um poderoso efeito placebo, resulta na poção milagrosa. Mas a medicina, como está estruturada, oferece obstáculos para que o médico aprenda a combinar drogas e a individualizar prescrições. Os

medicamentos são indicados para as doenças e não para as pessoas, e a descoberta de interações tóxicas entre drogas sintéticas trouxe muita cautela às prescrições. Com isso, o profissional se sente temeroso de associar drogas.
Aqui, novamente, as medicinas tradicionais despontam como excelente opção para a criação dessas poções. Tanto a homeopatia como várias outras terapias que utilizam plantas medicinais associam-nas a outros medicamentos de origem natural. O médico que domina esses procedimentos ganha a capacidade adicional de formular medicamentos específicos para seus pacientes que, por sua vez, valorizando esses recursos, tornam o efeito placebo mais poderoso. A medicina ortomolecular tem desenvolvido uma estratégia de combinação de vitaminas minerais e aminoácidos que permite individualizar a prescrição. Incorporando, à minha prática, conhecimentos de formulação da medicina tradicional chinesa, vejo que eles contribuem para uma melhora significativa da qualidade do meu trabalho, e para os resultados que consigo. É o que vou mostrar no caso a seguir, no qual o efeito "poção mágica" foi evidente e ajudou um paciente com doença potencialmente séria e sem perspectiva de solução.
O Sr. Heitor Lobo chegou ao meu consultório com um quadro de diabetes, hipertensão e colesterol alto, e, em conseqüência disso, uma doença isquêmica do coração. Não acreditava em plantas medicinais e veio quase obrigado pela filha. Portanto, de início, o efeito placebo não poderia acontecer. Foi necessária uma ação efetiva do medicamento para que o "elo mágico" pudesse ser desenvolvido entre nós, e, com isso, uma ação mais profunda de transformação. Há cinco anos ele vinha sofrendo de angina do peito. Fora tratado, inicialmente, com medicamentos por seu cardiologista. Mas, após alguns meses, voltou a sofrer dor, e lhe foi indicada uma cineangiocoronariografia, no Instituto do Coração, em São Paulo. O exame revelou algumas obstruções nos principais vasos do coração, nenhuma que justificasse uma ponte de safena. Foi feita, então, uma angioplastia, procedimento no qual é passado um cateter (com um balãozinho inflado, na ponta) na região da obstrução, para dilatá-la e, assim, melhorar a passagem de sangue. O Sr. Heitor melhorou, mas cerca de um ano e meio depois voltou a sentir dor no peito, ao fazer maior esforço. Com sintomas mais intensos, voltou a São Paulo, para nova coronariografia. Apareceram novas lesões, mas com obstrução ainda menos significativa que da primeira vez. Nova angioplastia foi feita e as dores melhoraram. Contudo, seis meses depois, a angina voltou, progredindo de forma muito rápida.
De volta a São Paulo, para nova coronariografia, o exame não revelou nenhuma obstrução em vaso grande do coração. Os pequenos, até onde podiam ser vistos, estavam irregulares, e a parede anterior do órgão, com uma contração fraca, sugeria falta de sangue. O diagnóstico foi de doença dos pequenos vasos do

coração, um tipo de arteriosclerose que ocorre em diabéticos, não tem tratamento e tem um curso muito ruim. Em geral, pacientes com disfunção do miocárdio, portadores dessa doença, têm uma média de 18 meses de sobrevida. Aceitei traçar dele, explicando, na primeira consulta, que seu caso era avançado, e que seria difícil obter um resultado significativo. Prescrevi três medicamentos diferentes: uma reposição de cromo, pois esse oligoelemento é um co-fator da insulina e sua deficiência pode explicar um diabetes de difícil controle —; uma fórmula tradicional da medicina chinesa, com oito plantas; e uma outra criada por mim, juntando conhecimentos de farmacologia de plantas com espécies indicadas pela medicina popular no tratamento de angina de peito. Com um mês de tratamento, os episódios diminuíram muito e o paciente mostrava-se menos cansado, podendo caminhar diariamente. Após três meses, eles haviam sumido. Quando fez sua avaliação cardiológica anual, em São Paulo, o paciente surpreendeu seus médicos: no eletrocardiograma, tinham desaparecido as alterações de repolarização e, na avaliação feita pelo ecocardiograma, a parede anterior do coração voltara a contrair-se normalmente. Com isso, o Sr. Heitor se entusiasmou com o tratamento e não deixou mais de tomar suas plantas medicinais, ou seja, suas "poções mágicas". Assim, pude aprofundar a relação com ele, auxiliando-o também quanto à sua vida pessoal conselhos seguidos à risca. Seu estado evoluiu de forma admirável: seu colesterol e sua diabetes estão, hoje, bem controlados, a função cardíaca, normal, e há evidências de que a obstrução das artérias coronárias regrediu. Enfim, ele está livre dos sintomas que o abatiam por ocasião de sua primeira consulta, há cinco anos.

Nesse caso, uma doença de evolução extremamente mim sem alternativa cirúrgica para a correção da falta de irrigação do coração — foi revertida com uma "poção mágica". Combinando plantas com atividades de dilatar as artérias e melhorar o metabolismo das células musculares do órgão, e ainda de combater o acúmulo de colesterol nos vasos, além da prescrição do cromo, que melhora o diabetes, conseguiu-se algo considerado improvável. A equipe médica que acompanha o paciente, no Instituto do Coração, ficou surpresa com sua melhora clínica e com o desaparecimento dos sintomas da angina.

O conhecimento de medicina tradicional me permite desenvolver mais um aspecto da "poção mágica": sempre individualizar as prescrições, mesmo quando estou usando medicamentos convencionais. Isso pode ser evidenciado, por exemplo, nos casos de hipertensão arterial, que tenho tratado com bons resultados. Essa é uma doença que tem muitas caras e na qual a constituição do doente implica em como vai evoluir e reagir aos medicamentos. Existem alguns com hipertensão, com excesso de sal e água, e outros, com sal normal; os que a sofrem devido à renina alta, e outros com renina normal; os que a apresentam

com maior ou menor quantidade de adrenalina no sangue, e assim por diante. Por outro lado, o mecanismo de ação dos medicamentos usados varia amplamente, desde drogas que diminuem a força de contração do coração às que dilatam as artérias, às que eliminam água e sal e às que agem nos centros reguladores da pressão no cérebro. Usando a metodologia da medicina tradicional, classifico as drogas em "frias" e "quentes", como "drogas que circulam" e "drogas que eliminam", "drogas com ação no alto" e "drogas com ação na parte baixa do corpo". Se o paciente tem "sinais de calor", emprego uma droga "fria", como um bloqueador. Se tem "sinais de frio", emprego uma droga "quente", como um bloqueador dos canais de cálcio; se tem estagnação de energia (com tensão emocional, irritabilidade e outros sintomas subjetivos), associo um vasodilatador e um sedativo suave, ou uma droga de ação central; se tem retenção, emprego, principalmente, dieta e drogas que eliminam, como um diurético.

A Expulsão do Mal

Quem não se lembra daquele velho filme de faroeste no qual o mocinho leva um tiro, parece que vai morrer, mas é milagrosamente salvo depois que um médico de última hora lhe dá um porre de uísque e retira a bala com uma faca? Mesmo sem nenhum fundamento científico, essa cena já se repetiu tantas vezes que perdemos a conta. Se nos perguntarmos por que é tão comum, talvez haja apenas uma resposta: faz sucesso. E isso ocorre, justamente, porque ver o mal ser extraído de um corpo provoca em nós um grande bem-estar, seja o nosso ou o de qualquer pessoa com a qual nos identificamos. Essa sensação de alívio brota do inconsciente coletivo e deve, provavelmente, ter relação com a percepção de sentimentos não-elaborados e reprimidos, e também com a consciência de quantas agressões o corpo humano sofre, quer de microorganismos, quer outros agentes potencialmente patogênicos do meio ambiente. Existem, portanto, indicações de como o processo de expulsão do mal é importante, sob o ponto de vista simbólico.

Claude Lévi-Strauss narrou um fato surpreendente, sobre um curandeiro de uma população indígena sul-americana que sai em peregrinação por outras tribos. Este, no relato, conta uma experiência em que sua técnica foi comparada à de outros curandeiros. Ele dominava uma prática que simulava a expulsão, nos pacientes, de um objeto repulsivo, semelhante a um verme, entre rezas, encenação de rituais e a emissão de palavras mágicas. Percebeu que os resultados de seus trabalhos eram sempre melhores que os de outros colegas porque os doentes ficavam satisfeitos em ver o mal sendo expulso de seus

corpos. Isso demonstra como a força simbólica pode melhorar o resultado de um tratamento e induzir um potente efeito placebo. A antropologia acumula várias evidências da importância do ritual de expulsão do mal em processos de cura. Estudiosos descreveram sessões comuns em tribos africanas ou em populações da Oceania, nas quais foram usados artifícios mostrando a retirada, do corpo, de objetos que simbolizavam a doença. Esses fatos são altamente significativos, em termos estatísticos, provando que sua prática deve estar relacionada a elementos simbólicos do inconsciente coletivo, induzindo a benefícios no resultado final dos tratamentos.
É possível, ainda, citar outras evidências de como e agradável ao ser humano eliminar de seu corpo aquilo que identifica como ruim.

Uma grande empresa americana de produtos naturais operando em marketing de rede, com ramificações no Brasil, tem como seu campeão de vendas um "kit de limpeza corporal". Ou seja, a primeira coisa a atrair os consumidores é a possibilidade de eliminar elementos que identificam como nocivos, tais como a presença de inseticidas, pesticidas, e de outras substâncias industriais na comida e na água que acreditam estar acumulando em seus corpos. A crença não é absurda. Um recente estudo da Associação Médica americana mostrou que a incidência de câncer de mama é maior entre mulheres de classes média e alta que na operária, e um dos motivos especulados é o maior consumo, por parte das pessoas de melhor poder aquisitivo, de produtos com ingredientes químicos ou alimentos com defensivos agrícolas.
Portanto, independentemente da capacidade de expulsar do corpo alguma substância tóxica, um parasita ou uma doença, a sensação de expulsá-los do corpo, em rituais ou tratamentos, é extremamente positiva. Sendo assim, por que não procurar explorar esse recurso na medicina? Isso pode ser feito de várias maneiras, desde que o médico saiba adequar os procedimentos à nossa realidade cultural e tecnológica.
A primeira aplicação desse instrumento de magia se dá na cirurgia. Sem dúvida, a moderna cirurgia, com toda sua diversidade e complexidade, derivou do instinto, por parte dos médicos antigos, de abrir a pele para extirpar a doença que estaria incrustrada nas vísceras e nos órgãos. Em muitos casos, a doença assume esse perfil, justificando a abordagem cirúrgica. Portanto, o cirurgião pode explorar, ao máximo, esse aspecto do tratamento, para induzir um potente efeito placebo, e com isso melhorar seus resultados. Uma forma de fazê-lo é guardando a peça cirúrgica num vidrinho com formol, e exibi-la ao paciente. Este poderá aceitá-la como presente ou rejeitá-la. No segundo caso, o médico poderá lhe perguntar como se livrar daquilo, como forma de sugerir que fantasie um ritual

de eliminação da doença. Muitas vezes será necessário mandar a peça cirúrgica para a patologia nesse caso, um fragmento pode ser separado e apresentado ao paciente. Outra maneira de proceder, quando esta não estiver disponível, é fotografá-la após sua retirada, ou filmar todo o procedimento, para que a pessoa veja e compreenda como a doença foi extirpada do seu corpo.
Existem mais formas de eliminação do mal, representadas pelos processos de limpeza corporal, feitos com medidas simples, como tomar bastante água, em especial de fonte limpa; os "banhos de descarrego" da cultura popular; ou introduzir muita fibra na dieta. O médico pode ressaltar a importância desses hábitos e explicar como contribuem para a limpeza orgânica. Esses recursos podem incluir um tratamento, ainda controvertido, chamado quelação, introduzido pela medicina ortomolecular, feito através da injeção de uma substância na veia, que se liga a metais pesados e os elimina pela urina. Os médicos dessa especialidade, em geral, pedem um exame do cabelo chamado "mineralograma", para diagnosticar o excesso de metais no corpo — mas, como ele é pouco preciso, há necessidade de confirmá-lo com outros mais específicos. A quelação pode dar excelentes resultados, especialmente se houver grande acúmulo de metais. Além da sensação de eliminação de algo ruim, gerando um efeito placebo, o processo ocasiona melhora objetiva de muitos sintomas, gerando bons resultados onde, anteriormente, nenhuma ação funcionara. Já tratei, com esse método, alguns casos de depressão que não respondiam ao tratamento habitual e nos quais havia acúmulo de mercúrio no corpo. Com a eliminação da substância, os pacientes voltaram e responder bem à medicação antidepressiva. A quelação é feita com a administração de um quelante, em geral um aminoácido chamado EDTA.

O Feitiço Curativo

Caracteriza-se pela associação dos instrumentos de magia para se conseguir um efeito poderoso. É a mesma estratégia adotada pelos feiticeiros e xamãs, em seus sistemas médicos. Cantando e dançando, eles falam palavras mágicas, invocam divindades, simulam a retirada do mal do corpo e prescrevem poções. Essa associação de recursos também pode ser empregada no contexto da medicina contemporânea. Um paciente de câncer, por exemplo, pode receber ou participar de um ritual, como uma missa, ou fazer uma psicoterapia eficiente (palavra mágica), ser submetido à cirurgia para retirada do tumor (retirada do mal do corpo) e ainda receber um tratamento com associação de drogas (poção mágica). Se todos esses recursos da magia moderna forem explorados de forma adequada, contribuirão para melhorar a eficiência do tratamento proposto.

Uma boa idéia do feitiço curativo é a estratégia usada pela Dra. Gladys McGarey, que começa ensinando o paciente a identificar e conhecer seu lado médico, como já vimos. À medida que esse lado se fortalece, ela emprega métodos para induzir novos estados fisiológicos, através de várias técnicas, como a interpretação de sonhos e a "imaginação guiada". O resultado da abordagem inclui desde mudanças nos hábitos alimentares até mudanças em conceitos filosóficos e existenciais. Em seu trabalho, ela descreve casos como o de uma moça que esteve à morte por causa de um linfoma que não respondia ao tratamento convencional e que, com essa abordagem, teve remissão.

A Magia e a Ciência

Estamos vendo como a ciência precisa de magia. Seu próprio surgimento resultou de um processo de alta complexidade, iniciado com o aparecimento da vida na Terra. Alguns aspectos da evolução das espécies ainda não estão compreendidos. Se ocorreram por pura obra de um fenômeno físico, químico ou biológico, ou se há outra explicação que transcenda nosso conhecimento atual do universo, a polêmica é grande. Podemos considerar que a própria ciência deriva de um processo que podemos considerar mágico. É possível identificar, nela, histórias permeadas por situações especiais. Como vimos no Capítulo 3, as bases da ciência contemporânea têm vínculos indiscutíveis com a alquimia, cujos conceitos se aproximam do que chamamos magia.

Acreditam os alquimistas que existe um processo chamado de transmutação da matéria, que estaria vinculado, necessariamente, à um outro, o da transformação espiritual do alquimista. Ou seja, só alguém de espírito evoluído poderia realizar a transmutação da matéria, cujas etapas se revelariam à medida que o espírito se desenvolveria. Tanto a idéia de transmutação quanto a vinculação entre o espaço físico e espiritual são conceitos que, de forma geral, não são aceitos pela ciência atual. Por isso, é mais fácil se associar a alquimia à magia que à ciência. Sabemos que nos séculos XVII e XVIII os alquimistas foram perseguidos pela Inquisição, e que até hoje são vistos como personagens míticos. O Despertar dos Magos, de Louis Pauwels e Jacques Bergier, retrata muito bem essa atmosfera de mistério e fascínio. Segundo os autores, os alquimistas modernos perseguem os mesmos objetivos da alquimia clássica. O livro, do início da década de 70, a era hippie, de grande misticismo, mostra o início de uma mudança conceitual na sociedade, que iria gerar os diversos questionamentos da ciência, como os que observamos hoje na área da saúde.

Muitos daqueles que contribuíram para a própria construção da ciência contemporânea foram influenciados pela alquimia. Isaac Newton, considerado

um dos pilares da ciência atual, era alquimista. Alguns autores afirmam que Galileu teve contato com alquimistas e leu vários de seus escritos secretos, na busca de informações que sustentassem suas teorias. A descrição das primeiras reações químicas, e os primeiros métodos de laboratório, foram desenvolvidos por alquimistas. Podemos, portanto, considerá-los como os "pais" da atual química.

A magia, vista na sua intercessão com mitos e religiões, relaciona-se igualmente com os limites do conhecimento científico. Tudo aquilo que está além do conhecido é preenchido pela fantasia, impregnada de mistério. Numa abordagem, interessante o físico Marcelo Gleiser mostra, em A Dança do Universo, que a motivação da física e da astronomia está muito próxima da que criou os mitos de muitas religiões: a origem e a formação do universo. Gleiser analisa mitos e demonstra, através da interpretação de seus símbolos, que eles não estão tão distantes da realidade, ao menos à luz das últimas descobertas da ciência. Ou seja, quando os mitos são adequadamente depurados e interpretados passam a ter um sentido lógico.

Por outro lado, o conjunto de mitos e fantasias acerca do desconhecido é a matéria básica sobre a qual se estruturaram as hipóteses sobre a origem do universo. Seja para provar ou rejeitar uma idéia, o cientista lida com mitos, e estes podem estar até mesmo no seu próprio inconsciente, influenciando suas pesquisas. Conceitos que pertencem à visão mágica do mundo são, muitas vezes, incorporados pela ciência, no seu processo de desenvolvimento. E foi o que ocorreu, por exemplo, com a introdução da Teoria dos Buracos Negros. Seria absurdo, há 40 anos, alguém falar em dimensões do espaço não percebidas por nós. Contudo, com a evolução da astrofísica e a descoberta de particularidades dos buracos negros, o fenômeno passou a ser mais aceito. Um buraco negro suga, constantemente, toda a matéria existente à sua volta. E essa matéria viaja para o centro do buraco, onde se concentra um imenso campo gravitacional. Mas a progressiva concentração da matéria, com o aumento de sua densidade, não poderia caber, infinitamente, nesse buraco. Há um limite de concentração. Por isso, alguns astrofísicos sugerem que a matéria pode estar sendo tragada para uma outra dimensão do espaço, e assim o enorme campo gravitacional seria uma abertura, unia passagem para ela.

Um estudo recente publicado na conceituada revista Archieves of Internal Medicine mostrou que podem existir aspectos não explicados pela ciência que influenciam na evolução clínica dos pacientes. Ou seja, os tais aspectos "mágicos". O trabalho foi feito com 900 cardiopatas, dos quais a metade foi ajudada pela mentalização, feita por um padre e um grupo de oração, durante sua permanência no Hospital Saint Lukas, nos EUA. A outra parte não recebeu a

mentalização. Os primeiros não sabiam que estavam sendo ajudados pelo grupo de oração, e a avaliação clínica foi feita de acordo com um escore de pontos que levava em conta a evolução da doença, a resposta ao tratamento e a incidência de complicações. As pessoas que receberam ajuda espiritual tiveram uma diferença significativa de 11%, para melhor, em sua pontuação. Esse trabalho ainda causa muita polêmica na comunidade científica. O médico que o coordenou é muito religioso, e seus colegas acreditam que, de forma inconsciente, possa ter influenciado nos resultados. Ele se defende alegando que não tratou diretamente de muitos dos doentes, e que não sabia quais haviam sido selecionados para receber a ajuda. De qualquer forma, fica evidente que existem aspectos que transcendem o conhecimento e pertencem mais à área da magia, na medicina, e que precisam ser reconhecidos para que o materialismo excessivo não atrapalhe a evolução da própria ciência. Podemos concluir que, para se lidar bem com a ciência, é preciso aceitar, respeitar e compreender esse vasto universo simbólico criado pelas diversas culturas.

Por outro lado, quando ocorre um fenômeno que se incorpora à ciência médica, deixando, portanto, de ser, simplesmente, magia, há uma tendência a minimizar sua importância. A história do óleo de Lorenzo, verídica, ocorrida nos EUA, em 1988, retrata esse aspecto, e é contada, de forma admirável, num filme recente, magistralmente interpretado por Nick Noite e Susan Sarandon. Qual a possibilidade do tratamento de uma doença genética ser descoberto pelos pais de uma criança doente? Se essa pergunta fosse feita há dez anos, a resposta seria nenhuma, zero! Mas hoje temos o exemplo incrível da força e da tenacidade do casal Odone, que, desafiando a arrogância da ciência e da sociedade, e até ultrapassando os limites do bom-senso, aprofundou-se no estudo do metabolismo das gorduras, e abriu caminho para a descoberta do tratamento do seu filho Lorenzo, portador de uma leucodistrofia. A doença é hereditária, causada por um erro genético dos pais. No caso do menino, a ALD (adrenoleucodistrofia) é herança ligada ao sexo, ou seja, a um gene que está no cromossoma X, e por isso só se manifesta em homens. Ela provoca a degeneração do cérebro afetando, principalmente, a substância branca, que corresponde ao local por onde passam os prolongamentos dos neurônios. Privadas das conexões entre eles, as funções do cérebro também acabam por se deteriorar completamente. Com a evolução da doença, a criança perde o controle motor e pára de falar e andar, até morrer por perda completa das funções vegetativas do cérebro.

A degeneração do cérebro é conseqüência do funcionamento errado de uma enzima que regula o metabolismo dos ácidos graxos de cadeia longa, causando um acúmulo de um ácido graxo com 26 átomos de carbono. Este se acumula na bainha de mielina da substância branca do cérebro, destruindo-a

progressivamente. Antes do tratamento descoberto pelos Odone, todos os portadores de ALD morriam após dois anos do início da doença — ou seja, 100% dos óbitos ocorriam antes dos 12 anos de idade. Atualmente, os portadores podem viver como indivíduos normais.

Augusto Odone mergulhou de corpo e alma no estudo da doença para compreender o mecanismo de funcionamento da enzima que sintetiza os ácidos graxos de cadeia longa. O mecanismo lhe foi revelado num sonho, após dias de estudo exaustivo. Baseado em suas conclusões sobre o metabolismo das gorduras, deu para o filho dois ácidos graxos que inibiam a enzima descontrolada: o oleico, que existe em boa quantidade no azeite de oliva, e o erúcico, de difícil obtenção. Além de ter que enfrentar dificuldades para obtê-los, ainda encontrou enorme resistência de pediatras e especialistas em apoiar suas suposições, mesmo após as evidentes melhoras de Lorenzo. Eles expunham argumentos pretensamente científicos, afirmando que um único caso não tinha expressão estatística e que o ácido erúcico era tóxico para camundongos c, portanto, não poderia ser aceito para experimentação em humanos. A Associação de Portadores de Leucodistrofia, que congregava pais de crianças portadoras de ALD, também trabalhou contra o casal, para desacreditá-lo. Porém, a melhora de alguns outros portadores da doença, que iniciaram o tratamento com o óleo de Lorenzo, fez com que a notícia se espalhasse, e os médicos fossem pressionados a tentar uma série clínica supervisionada.

Se os pais do menino não tivessem sido tão persistentes e confiantes, desafiando a ciência, o tratamento da doença não teria sido encontrado. Por outro lado, se tivessem aplicado seu tratamento, obtendo curas, e seu trabalho não tivesse sido incorporado pela ciência, seriam considerados "milagreiros", e os óleos teriam uma conotação mágica. Na medicina, transformações consideradas altamente improváveis ocorrem com bastante freqüência, e, geralmente, não são percebidas na rotina médica. Por causa de experiências como essa, friso que, em medicina, certas coisas são improváveis, mas não impossíveis! Portanto, o médico deve estar preparado para lidar com transformações imprevistas, tentar compreender sua essência e respeitar os aspectos espirituais do ser humano.

A Magia e o Espírito Humano

Para este livro procurei, sempre que possível, buscar teorias científicas para fundamentar minhas opiniões e para propor modelos de estudo mais bem adaptados à complexidade do ser humano. Mas, como vimos, a ciência moderna não é capaz de explicar todos os fenômenos que ocorrem na área biomédica: médicos espíritas que prescrevem e fazem cirurgias sem anestesia quando estão

recebendo espíritos, pacientes que acordam de comas prolongados sem seqüelas neurológicas significativas, ou que se curam de enfermidades crônicas com orações ou medicamentos caseiros enfim, uma infinidade de casos sem explicação satisfatória.

Ao entrar em contato com seu paciente, o médico se depara com a complexidade dessa mente, com todos os misteriosos símbolos que convencionamos chamar de espírito. Isso significa entrar em contato com questões ainda sem respostas, mas que têm importância fundamental, especialmente para aquele que está doente. Qual é a verdadeira razão da vida? Terá cada ser humano uma missão? Como será essa força superior que chamamos Deus? Qual a relação da doença com o que ocorre no espírito do enfermo? Existirão outras razões, que não as biológicas, para justificar as enfermidades? São perguntas tão antigas quanto o mundo, cujas respostas, buscadas incessantemente, estão por trás de toda a ciência, como coloca Marcelo Gleizer. São questões que pertencem tanto a esse campo quanto ao da religião. Todas as religiões afirmam, de forma unânime, que Deus dotou o homem de um espírito, e que sua missão na Terra é desenvolvê-lo. Resta ao médico respeitar esse preceito.

Independente de ter crenças, ou da forma de ver o mundo, ele deve despojar-se dos preconceitos para tentar compreender e participar do mundo espiritual do paciente. Só dessa forma poderá ajudá-lo em conflitos profundos que podem atormentar sua alma no momento da doença. Deve estar preparado para propor soluções quando o outro estiver perdido, sem condições de enxergar um caminho à sua frente. Transcender a questão objetiva da ciência faz parte do trabalho de quem exerce a função de curar. Ao mesmo tempo em que um curandeiro oferecia um tratamento para o corpo, apresentava outro, para o espírito, e a cura vinha da combinação das duas ações.

Se as forças espirituais podem exercer efeito terapêutico, é preciso que o médico saiba aconselhar seu paciente a fazer uso desses recursos. Cabe a ele estimulá-lo a se espiritualizar, para que ganhe, com isso, um arsenal de armas secretas para derrotar a doença. Vários autores, como a Dra. MacGarey, têm defendido a idéia de que a verdadeira cura está no espírito. Profundamente religiosa, ela tem um histórico pessoal e profissional singular: seus pais eram médicos e missionários católicos na índia, onde passou a infância e parte da adolescência, ajudando-os a cuidar dos pobres. Ao voltar para os EUA, para estudar medicina, nos anos 30, deparou com professores retrógrados que acreditavam que mulheres não podiam ser médicas. Vencendo obstáculos, impôs-se como profissional competente. Guiando-se por sua sensibilidade e espiritualidade, MacGarey foi incorporando medicinas alternativas à sua prática, fundando, com quatro colegas, há cerca de 20 anos, a Associação Médica Holística Americana. Atualmente, é muito

respeitada nos EUA, e sua fama lhe vale pacientes famosos, de diversas partes do mundo, que buscam sua clínica em Scottsdale, no Arizona. Em seu livro, ela reforça a importância de se zelar pelo espírito dos pacientes, apresentando uma seleção de casos mostrando como a cura surge quando o espírito recebe o tratamento adequado.

Esta é também a abordagem do famoso endocrinologista indiano Deeprak Chopra, em seu A Cura Quântica que guarda semelhanças com o pensamento de James Gordon -, e reforça a idéia de que o caminho da cura é o espiritual. No seu trabalho, este americano cita estudos mostrando que pessoas com sentido de religiosidade desenvolvido são mais saudáveis, relatando o caso de uma moça com câncer de mama que vem vencendo a doença graças à sua fé em Deus.

Conta ele que quando a doença foi diagnosticada, ela separou-se de um marido infiel e alcoólatra, tornou-se católica e passou a atuar como missionária. Como voluntária, em El Salvador, tratou de crianças pobres, e seu convívio com essa gente reforçou sua fé cristã. Com tudo isso, sua doença foi mantida sob controle. Ao voltar aos EUA, o câncer atingiu os pulmões e, consultado Cordon, este lhe mostrou como sua força espiritual era importante no processo de cura, ajudando-a a reconquistar a autoconfiança. As metástases regrediram e a doença foi controlada.

Conclusão

A magia e a medicina estão intimamente ligadas, desde os primórdios da humanidade. Com o desenvolvimento da ciência, a magia foi separada da medicina.

A falsa magia, representada pela tecnologia, não satisfiz as necessidades subjetivas dos seres humanos. Isso cria espaço para o oportunismo e o sensacionalismo, que fabricam milagres e enganam as pessoas.

Para utilizar os instrumentos de magia, o médico precisa desenvolver sua capacidade de aprofundar o relacionamento com o paciente e, com isso, ganhar sua absoluta confiança.

O terapeuta que quer incorporar a magia à sua prática precisa adquirir novos conhecimentos: psicologia, lingüística, técnicas de hipnose e medicinas alternativas como a ortomolecular, a acupuntura, a homeopatia e a fitoterapia.

A magia simboliza mitos e fantasias que preenchem o vácuo do conhecimento científico, e é essencial para os seres humanos, especialmente quando lidam com as limitações da doença ou com a angústia da morte.

A medicina não explica muitos fenômenos, que representam a magia, na prática médica. Eles são, em geral, negados por ela que, assim, dificulta o conhecimento

de sua essência.

CAPÍTULO 7

A Perda da Humanidade

A medicina nasceu de sentimentos nobres que distinguem homens de outros animais: o desejo de auxiliar e aliviar o sofrimento do próximo, seja físico ou psíquico — proposições claramente expressas em textos clássicos. O juramento de Hipócrates compromete o médico a nunca negar socorro a pessoas necessitadas, mesmo que não possam pagar, e tentar aliviar seu sofrimento quando a cura for impossível. Muitos já arriscaram suas vidas enfrentando o risco de contaminação e o perigo das guerras para cuidar de doentes e feridos. E, outros tantos, têm sido os maiores confidentes de seus pacientes, contribuindo para resolver problemas de toda ordem que afligem suas vidas.

Talvez seja a profissão que mais exija dedicação. Na vida do médico, não existe fim de semana ou feriado. Um chamado de urgência pode chegar a qualquer momento, exigindo que ele coloque de lado suas necessidades pessoais e atenda quem precisa de assistência imediata. Por isso, foi considerada a mais nobre das profissões, comparada ao sacerdócio. Vários autores, especialmente nas décadas de 1960 e 1970, publicaram obras que valorizaram esses aspectos. No Brasil, um deles se destacou, o Dr. Danilo Perestelo, professor de psicologia médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que liderou, por anos, o Grupo Balint da Santa Casa da Misericórdia da cidade, na época freqüentado por médicos de renome. No livro A Medicina da Pessoa, ele ressalta a importância da atenção aos aspectos humanos do paciente. Relata casos clínicos nos quais a abordagem individualizada foi fundamental para o sucesso do tratamento. E mostra que o grau de amadurecimento e autoconhecimento do médico influencia a qualidade de seu atendimento. Para o autor, é preciso estar atento aos próprios aspectos psíquicos para não confundi-los com questões do paciente e, dessa forma, interferir na relação de ambos.

O trabalho de Perestelo foi fundamentado na obra do psicanalista inglês Michael Balint, precursor das principais teorias contemporâneas da psicologia médica, e enérgico defensor da idéia de que o paciente não pode ser tratado como "coisa". A tendência ao excesso de tecnicismo e compartimentalização na medicina, coisificando as pessoas, já havia sido detectada por médicos ingleses, o que motivou o trabalho de Balint. O "paciente-coisa" não tem emoções, vontade ou direitos e, a partir dessa visão, procedimentos, cirurgias ou medicamentos lhe

são aplicados exclusivamente segundo critérios técnicos. A repercussão do livro provocou uma melhora nesse aspecto da prática médica infelizmente passageira. A grande influência da medicina americana, a partir da década de 1980, acentuou o interesse pelo tecnicismo, provocando a progressiva desumanização da medicina. Hoje, pouco se ouve falar em Grupos Balint, ou na importância dos aspectos emocionais do doente na decisão da conduta médica.

Essa perda da humanidade modificou a relação da medicina com a sociedade. Aquele sentimento de admiração e respeito que inspirava deu lugar, nos últimos 20 anos, à desconfiança e ao temor. De profissionais admirados, queridos e respeitados, os médicos vêm-se transformando em campeões de processos por imperícia e falta de ética. A expressão "máfia de branco" não surgiu por acaso. A medicina americana, tão admirada cm nossa mentalidade colonizada, é a campeã mundial de processos judiciais. Não existe profissional nos EUA que trabalhe sem um seguro específico para esses casos. Isso não é uma contradição, quando essa mesma medicina é considerada de tão boa qualidade?

Alguns profissionais entrevistados para meu livro citaram a perda progressiva dos valores humanos como um dos principais fatores envolvidos na piora da qualidade da prática médica. Entre eles, a Dra. Nazaré Solino, responsável pelo setor de medicina do trabalho da IBM do Brasil; o Dr. Marcelo Cosendey, que atua como consultor do ministério da Saúde; e a Dra. Rosamélia Cunha, da divisão médica do Hospital dos Servidores do Estado, que reforçam a idéia de que se perdeu o enfoque principal o bem-estar do paciente e sua condição no contexto social e pessoal, com seus medos e dificuldades.

Na Europa, em países como a Alemanha e a França, onde existe maior flexibilidade da corporação médica às novas idéias, o resgate dos aspectos humanos ocupa o centro da discussão de colegas preocupados com a perda de qualidade de sua prática. Este assunto está sendo abordado em hospitais e publicações médicas, como contou-me o Dr. Balta Radu: "Não há ainda um estudo mostrando a dimensão da corrente humanista na medicina alemã, mas, de qualquer forma, ela tem um perfil muito mais humanista do que a de outros países. É de alto padrão, e voltada para o paciente, e há uma tendência à procura de terapias alternativas, tudo isso espelhando a preocupação, cada vez maior, com o bem-estar das pessoas. Penso que esse é o caminho a ser tomado nos próximos anos e tenho certeza de que, nele, não estaremos sozinhos."

As Evidências do Mal

Minha primeira lição prática, quando comecei a trabalhar como estagiário no pronto-socorro do Hospital do Andaraí (instituição do ministério da Saúde, na

Zona Norte do Rio de Janeiro), foi triste. Estava no quarto ano de medicina. Um interno estudante do último ano e que já pratica, sob supervisão -, acompanhado de um staff explicou-me que eu não deveria perder tempo com "pitis", ou seja, manifestações histéricas dos pacientes. Quando entrasse alguém, cm geral mulher ou homossexual, desmaiado ou semi-consciente, respirando rápido, sem responder às solicitações verbais, sem sinais neurológicos, e com as pálpebras tremendo, o tratamento era uma ampola de Lasix na veia e esperar o "afetado" sair correndo para urinar no banheiro. Lembro-me ainda hoje dessas palavras cruéis, mas minha memória apagou o rosto e o nome do infeliz que as pronunciou, tamanho o mal-estar que me causaram. Esse foi um dos meus primeiros contatos com o atendimento clínico de pacientes, há mais de 20 anos, e a falta de humanidade já estava ali, presente. Felizmente, tinha discernimento suficiente para rejeitar esse tipo de ensinamento, mas é possível que muitos outros acadêmicos, com valores humanos ainda pouco sedimentados, sejam influenciados por informações desse tipo.

Alguns estudos da literatura médica, na década de 1980, demonstraram que a desnutrição era uma verdadeira epidemia nos hospitais. Dependendo da instituição, até 40% dos pacientes a apresentavam. Ou seja, ninguém estava preocupado em alimentar os internados de forma adequada! E claro que a preocupação com a alimentação aumentou e esse problema diminuiu, mas a questão básica por trás disso, a falta de humanidade, não foi atacada. Outro aspecto gritante do problema é a relutância de muitos médicos em oferecer uma analgesia eficaz para seus pacientes. O caso seguinte aconteceu numa das clínicas mais sofisticadas e caras da Zona Sul do Rio de Janeiro.

Sheila Fagundes Parreira estava grávida, entrando no nono mês, quando começou a sentir desconforto no abdômen. Com cesariana marcada para dali a duas semanas, chegou ao consultório do seu obstetra, Dr. R. O exame constatou que já estava em trabalho de parto e foi levada imediatamente ao hospital, onde deu à luz, de parto normal, a uma criança saudável. Contudo, quando o efeito da anestesia diminuiu, passou a sentir uma forte dor no local da episiotomia, e a comunicou aos enfermeiros, que não lhe deram importância e apenas lhe administraram uma novalgina. Como a dor a impedisse até de andar até o banheiro, chamou seu médico. Este, por sua vez, também lhe prescreveu uma solução analgésica, sem examinar o local. A tal medicação foi insuficiente, e Sheila, com muitas dores, não conseguia nem mesmo amamentar o bebê. Com a retirada dos pontos da episiotomia, elas reduziram de intensidade, por algumas horas, para, em seguida, intensificarem-se, irradiando-se para a perna. O obstetra continuou indiferente aos sintomas. Ao longo da semana, já com alta do hospital, continuava com dores, que aumentaram, e passou a tomar um antiinflamatório

prescrito pelo médico, que lhe dizia que eram provocadas por uma tendinite. Mas a situação se agravou e a perna de Sheila inchou. O Dr. R., então, preferiu passar a bola para a frente, indicando-lhe um ortopedista. Este, imediatamente, diagnosticou uma tromboflebite, encaminhando-a a um angiologista. Foi feito um scan das veias da perna afetada mostrando que quase todas elas estavam entupidas, e Sheila foi obrigada a iniciar o uso de anticoagulante e interromper o aleitamento do bebê. A dor passou, mas até hoje sua perna fica dolorida e inchada se fica muito tempo em pé.

A desumanidade desse médico o impediu de valorizar a dor de uma paciente. Não apenas tratou o sintoma de forma insuficiente como não se preocupou cm saber se havia alguma causa orgânica importante que o justificasse. Ela acabou por desenvolver uma tromboflebite, que resultou numa inflamação. Todo bom obstetra sabe que, no final da gravidez, a coagulabilidade do sangue aumenta em função da influência dos hormônios femininos, e que isso pode representar maior risco de tromboflebite, e, portanto, deve-se estar atento para essa complicação. Não sabemos o que aconteceu com Sheila, pois seu caso não foi investigado desde o início, mas há um forte indício de que a dor já tivesse relação com a tromboflebite. Poderia ser um hematoma local pressionando a veia, ou mesmo o início da formação do coágulo.

O fato é que ela ficou traumatizada psiquicamente, por ter passado tantos dias com dores, e depois descobrir-se portadora de um problema sério, cujas conseqüências a afetam ainda hoje, sem falar na interrupção do aleitamento do bebê. Se o médico fosse atencioso, ele teria, certamente, aliviado esses sintomas, teria examinado a paciente com a devida atenção, e evitado a complicação do quadro. A falta de humanidade trouxe sofrimentos desnecessários a Sheila e resultou em iatrogenia.

Em seu Manifesto da Nova Medicina, James Gordon atenta para o problema, na medicina praticada nos Estados Unidos. Conta que, no século passado, as comunidades menores favoreciam a ajuda mútua entre as pessoas: alguém doente se tornava uma preocupação de todos. Na organização atual, quando se tem uma doença mais séria, vai-se para o hospital. É uma solução técnica e prática, já que a maior parte das pessoas à sua volta não se importa com o fato. Ninguém mais tem tempo ou paciência para cuidar de doente. Isso criou uma generalizada indiferença da sociedade para com a doença, e ela se reflete na medicina, influenciando o comportamento dos médicos.

As Causas

Discutir as causas da perda da humanidade é enfrentar uma questão complexa,

em função de sua subjetividade. Poderíamos perguntar o que leva um ser humano a agir de forma fria e cruel para com seu semelhante. Eis aí um ponto que pode envolver aspectos psicológicos, culturais, sociológicos e antropológicos. Mas não deixa de ser alarmante quando um segmento da sociedade, que deveria agir com um alto nível de ética, calor humano, compreensão e solidariedade, começa a se portar de forma inversa. Não estou sugerindo que esse seja um comportamento corrente de todos os profissionais de saúde, mas, sim, que há uma forte tendência ao aumento desses valores negativos.

Avaliando a opinião de autores importantes e de indiscutível reputação médica, como James Gordon, Daniel Taback, Nazaré Solino e Balta Radu, entre outros, vemos que a dois aspectos, especialmente, é creditado esse problema: a valorização excessiva da tecnologia e a influência que a vida moderna tem sobre a sociedade, como um todo, modificando padrões de comportamento. Sobre o primeiro ponto, estou certo de que esse tecnicismo exagerado leva o médico a relevar questões pessoais do paciente. Se, por exemplo, há necessidade de um procedimento invasivo, que certamente vai ameaçar o doente, não se perde tempo tentando descobrir as razões desse receio, e, assim, discuti-las exaustivamente, até que a situação seja perfeitamente compreendida. O médico, em geral, coloca a questão técnica como uma razão maior e pressiona o paciente a submeter-se a um leque infindável de exames. Sabemos, através de estudos científicos, que se o paciente estiver altamente estressado ou desmotivado, e, mesmo assim, for induzido a procedimentos que envolvem invasividade e riscos, há maiores chances de ocorrerem complicações. Não há, portanto, apenas uma questão técnica em jogo, mas uma decisão difícil na vida de um ser humano. Só ganhando sua confiança, e isso será possível apenas com uma postura humana e generosa, o profissional o terá como aliado nessa difícil decisão.

Vimos no Capítulo 3, "A Ciência Médica", que o excesso de compartimentalização contribuí de forma indiscutível para o problema. O super especialista, com uma visão muito influenciada pelo reducionismo, costuma lidar mal com valores gerais como conflitos íntimos do paciente ou repercussões das condutas e procedimentos que adota. Com as modificações dos últimos dez anos, no mercado e na instituição médica, cada vez mais, nas universidades, os jovens estão se especializando e perdendo a visão global da medicina, do ser humano e da doença.

Acredito que o desprezo pela subjetividade dos pacientes seja o fator com maior potencial de gerar comportamentos desumanos. Essa tendência faz com que os médicos assumam uma postura desconfiada, incrédula, diante de uma queixa que não tenha uma causa orgânica definida. Quando o quadro lhes escapa à

compreensão, é comum minimizarem um sintoma, acreditando que ele pode estar sendo relatado com certo exagero. Contudo, sabemos que as pessoas percebem a dor de forma diversa, e a obrigação de quem as trata é lhes aliviar o sofrimento enquanto não for possível debelar a doença que as aflige.
Outro comportamento corriqueiro é se prescrever um sedativo ou um ansiolítico, sempre que alguém se queixa em demasia de um sintoma inexplicável. Acreditam os doutores que as queixas originam-se de ansiedade e de problemas depressivos mal resolvidos, mas parte significativa desses pacientes piora com o calmante. Quando um deles sente um efeito adverso não relatado na literatura médica, atribuindo-o a um determinado medicamento, pode esbarrar no desinteresse do médico. A tendência de subavaliar a subjetividade faz com que este insista na continuidade do tratamento, a despeito dos sintomas. São situações que geram intenso sofrimento às pessoas, e uma das razões para que procurem a medicina alternativa.

As Conseqüências

À medida que o problema cresce, há uma tendência ao surgimento de procedimentos e condutas que mais fazem lembrar um filme de terror. O médico pode estar bem-intencionado, mas sua falta de flexibilidade, somada à aplicação estrita de uma norma técnica, acaba por gerar efeitos desastrosos. Com isso, os pacientes se tornam receosos e excessivamente exigentes, e a boa relação entre eles se torna impossível.
Existe ainda um outro aspecto a ser avaliado na questão: a relação de poder existente numa instituição hospitalar. Aí, quem determina a lei é o corpo médico e, muitas vezes, por consenso entre seus membros, ou outras questões de seu interesse, os direitos individuais dos pacientes deixam de ser respeitados. Isso ocorre, especialmente, em situações em que eles ficam impossibilitados de manifestar sua vontade de forma objetiva. Pode ocorrer, por exemplo, com crianças, pacientes neurológicos, portadores de doenças febris, idosos e pacientes terminais. Em determinadas situações, são submetidos a métodos invasivos ou expostos à dor ou ao desconforto, sem os devidos cuidados. É evidente que muitos médicos são altamente conscienciosos e procuram respeitá-los. Mas é notório o aumento de casos em que seu direito é lesado.
Em algumas situações, a falta de humanidade na medicina gera comportamentos ou situações estereotipadas, caracterizadas nas histórias clínicas que recolhi.

Síndrome do Dr. Pólo Norte

Em geral é um exímio técnico e renomado profissional, sério, de pouca conversa e bastante objetivo na consulta, e o chamo assim porque e frio e distante Não se envolve com seus pacientes, pois, no seu modo de ver, muita emoção prejudica a técnica. Sua conduta é rígida, inflexível. Esse comportamento resulta da combinação de excesso de tecnicismo e compartimentalização com o desprezo pelos aspectos emocionais do paciente. Um caso característico dessa síndrome ocorreu num dos melhores hospitais de oncologia do mundo, o Memorial Hospital, de Nova Iorque.

Essa é a história da doença de Gilson Leite e de sua mulher, Solange. Ela sempre tivera bons hábitos de vida, mas o intestino preso. Para se equilibrar, fazia tratamento com homeopatia unicista. Começou, então, a ter sangramento com as fezes, e resistiu, inicialmente, em procurar tratamento, atribuindo-o às hemorróidas. O quadro persistiu e obrigou-a a buscar auxílio médico. Após consulta a um gastro e exames, foi diagnosticado câncer de intestino e ela foi encaminhada ao Dr. M., famoso oncologista. Segundo sua avaliação, a chance de cura era elevada, com um tratamento combinando radioterapia e quimioterapia. Contudo, após alguns meses, a doença mostrava sinais de atividade. O Dr. M., então, embarcou para Nova Iorque, para buscar alternativas novas ou experimentais para o tratamento. Passaram-se dois meses e, sem notícias, Solange e Gilson ficaram apreensivos. Localizaram o Dr. M. nos Estados Unidos e foram orientados, por ele, a embarcarem para uma consulta com o Dr. S., médico do Memorial Hospital, considerado um dos papas da oncologia. Lá chegando, Solange foi submetida a uma laparotomia exploradora. Após a cirurgia, recuperada da anestesia, ela recebeu uma visita do Dr. S., que, de forma fria e sem interrupções, disse que apenas fizera uma colostomia, já que o tumor invadira estruturas vizinhas e havia metástases no fígado. Acrescentou que a doença não tinha mais tratamento, e que a paciente voltasse para casa e aguardasse a morte. Terminando sua exposição, com um lamento por não ter podido ser mais útil, saiu rapidamente e não mais apareceu para vê-la. Solange entrou numa depressão terrível.

Dc volta ao Brasil, ela caiu num longo mutismo, só vencido com a ajuda dos amigos. Quando se sentia um pouco melhor, começou a sentir dores intensas. Definhando de forma rápida, faleceu. O marido, extremamente cansado e traumatizado, passou a ter crises de tosse, e um desconforto no tórax. Um raio X mostrou que estava com uma massa no mediastino. Há dois anos havia retirado um nódulo dessa região, mas a biópsia o apontara como benigno. Ao contrário do câncer de sua mulher, detectado já em estágio avançado, seu tumor era passível de tratamento. Mas Gilson convenceu-se de que iria morrer, desejando acompanhar a mulher, e colocou toda sua energia em resolver seus negócios. Só

algum tempo depois, sob a influência de amigos e dos filhos, aceitou fazer quimioterapia. Contudo, o câncer avançara muito e a resposta ao tratamento não foi boa. Cerca de um ano depois de Solange, ele também falecia.
A observação desses fatos dramáticos mostra uma série de óbvios erros estratégicos óbvios na condução médica. O tumor da paciente não teve uma resposta esperada ao tratamento proposto. Muitas vezes, os tumores do tubo digestivo, como o do intestino grosso, respondem mal à quimioterapia e à radioterapia. Frente ao insucesso, o Dr. M. abandonou o gerenciamento da doença e saiu de cena, com a proposta de buscar alternativas de tratamento, que na verdade, àquela altura, não existiam. Ao invés disso, poderia ter tentado, aqui mesmo, um procedimento paliativo cirúrgico, mas dias preciosos foram perdidos na sua viagem. Sem ter o que oferecer a ela, sumiu, sem coragem de procurá-la, e, ao ser localizado, sugeriu uma consulta com um especialista de renome, como uma forma de se livrar do problema. A paciente e seu marido viajaram cheios de esperança, sem saber que isso era apenas um jogo de empurra. Ao chegarem ao hospital americano, a solução paliativa já não era mais possível. O oncologista, do alto de sua pompa, comunicou-lhe, friamente, que seu destino já estava traçado e que só lhe restava esperar a morte. O impacto emocional foi tamanho, para o casal, que não só apressou a doença da mulher como também fez entrar em atividade um tumor do marido, sem forças para lutar contra o novo problema. Quando o marido decidiu reagir e tratar-se, a doença já havia evoluído e não havia mais chances de cura. A sentença de morte, dada pelo Dr. Pólo Norte, não apenas contribuiu para matar rapidamente a paciente como deve, certamente, ter ativado a doença do marido, reduzindo sua capacidade de reação.

A Instituição Depauperada

Esse é um problema sério no Brasil. E ocorre quando clínicas e hospitais, e o próprio sistema de saúde, não oferecem as condições necessárias a um atendimento médico adequado. Com isto, muitas vezes o paciente nem chega a ser atendido, ou tem que se contentar com serviços de péssima qualidade, não por culpa do profissional que o assiste, mas porque a infra-estrutura é inadequada. São problemas expostos diariamente na imprensa, na forma de tragédias pessoais protagonizadas, geralmente, por gente humilde. E importante frisar que, nesses casos, o médico é quase sempre outra vítima, não carrasco. São milhares de profissionais trabalhando no sistema público, fazendo o impossível para atender seus doentes, sem dispor dos mínimos recursos necessários. São outros milhares fazendo mágica para adaptar sua prática às regras absurdas e à remuneração inadequada oferecida pelos planos de saúde. Em todos esses casos,

muitas vezes, são injustamente acusados e atacados como responsáveis por um sistema completamente falido e desorganizado.

Essa síndrome pode assumir diversas configurações: é o medicamento do paciente crônico que não está disponível na farmácia do hospital público, a falta de médicos nos seus diversos setores, de uma equipe para dar o apoio necessário ao paciente, de instalações para o funcionamento das unidades de saúde, de material hospitalar, de aparelhagem e de organização do sistema, e é ainda a fila interminável para o atendimento enfim, são muitas as deficiências. O sistema privado, por sua vez, carrega grandes distorções, como a limitação de exames e de dias de internação hospitalar, a recusa de atendimento por atraso de pagamento do plano, falta de vagas em bons hospitais etc.

O que conto a seguir aconteceu em 1986, quando eu trabalhava no setor de Clínica Médica do Hospital dos Servidores do Estado, considerado, na época, um dos melhores da rede pública, e por esse dado podemos avaliar o alto grau de dramaticidade a que pode chegar o caso de um paciente necessitado de uma infra-estrutura hospitalar operante. Severino Dias da Silva era servente de obra e estava trabalhando numa demolição quando uma marquise caiu sobre sua cabeça e seu dorso, causando várias fraturas de vértebras cervicais. Foi encaminhado para aquele hospital, onde foi operado de urgência, para a fixação das vértebras fraturadas, ficando internado no setor de ortopedia. Ficou tetraplégico, como conseqüência da fratura cervical. O setor solicitou que a clínica médica o acompanhasse, pois a parte ortopédica estava feita. Pacientes tetraplégicos precisam de muitos cuidados de enfermagem. Às vezes, há uma significativa melhora do déficit neurológico com o tratamento fisioterápico, justificando esse esforço. Ao vê-lo, solicitei, imediatamente, um colchão de água, para evitar a formação das escaras típicas em quem fica muito tempo imóvel no leito. Fui informado de que não havia nenhum disponível, nem previsão de compra. Fiz, então, um pedido pessoal à chefe da enfermagem: que mudasse a posição do paciente, na cama, a cada quatro horas. Solicitei, também, um sistema coletor de urina fechado, para evitar a infecção urinária o que, igualmente, não foi providenciado.

Estando o servente num andar diferente do meu setor, não havia como controlar, amiúde, o seu atendimento. No sétimo dia de internação, ele começou a apresentar as lesões iniciais de escara. Voltei a pressionar a enfermagem e solicitei, formalmente, ao chefe da ortopedia, que intercedesse para que o paciente tivesse um tratamento adequado. Minhas tentativas foram infrutíferas. O inadequado sistema coletor de urina gerou recorrentes infecções urinárias, com germes cada vez mais resistentes a antibióticos. As escaras foram se formando, uma após outra. Tentei tratá-las com curativos, mas, sem o apoio

necessário, surgiam novas outras, na região sacra, nas panturrilhas, nos calcanhares, nas escápulas, na nuca, nos cotovelos e nos ombros. A escara sacra ficou tão profunda que atingiu a articulação sacroilíaca. Numa das panturrilhas, evoluiu para uma necrose do músculo gastrocnemus, obrigando um debridamento cirúrgico. Todos os dias, quando eu chegava para examinar Severino, ele chorava. Pedia, "por favor", para que eu "desse um jeito" em suas feridas, para aliviar seu sofrimento. Tentei tudo o que estava ao meu alcance: prescrevi solução analgésica, pois ele ainda mantinha alguma função sensitiva e as lesões doíam muito; utilizei os melhores antibióticos disponíveis na época, mas faltava a infra-estrutura hospitalar mínima para dar o suporte necessário a um enfermo daquele tipo. Cerca de um mês após a sua internação, uma das bactérias que infectava as lesões invadiu o sangue, provocou septicemia e ele morreu, em dois dias!

Nesse caso, vemos que o paciente tinha uma condição altamente incapacitante, mas que não o colocava em risco de vida. No entanto, sua recuperação dependia de intensivos cuidados de enfermagem e fisioterapia que o hospital não estava capacitado para dar ou não se esforçou o suficiente neste sentido. Com isso, Severino foi desenvolvendo complicações que normalmente ocorrem quando certas medidas não são adotadas. Teve um sofrimento físico e psíquico terrível. O odor que escapava de suas escuras era o de alguém que apodrecia vivo. Cada vez que era manipulado na cama, chorava de dor, apesar da solução analgésica. Com a falta de atenção intensiva da enfermagem, ficava sujo de fezes por longo tempo.

Coloque-se no lugar desse cidadão. Ou melhor, imagine seu pai apodrecendo vivo, porque uma instituição não consegue ou não se esforça para comprar um simples colchão d’água. Como você se sente? Existe alguma razão que possa justificar tamanha crueldade, tamanho descaso? Por situações cotidianas como essa, não podemos nos esquecer de que o modelo desumano da medicina atual precisa ser definitivamente enterrado.

Uma das maiores preocupações da Dra. Rosamélia Cunha é com a melhora da qualidade do atendimento médico, tornando-o mais humano e acessível aos pacientes. Conheço-a desde a época em que fui estagiário do CTI do Hospital Cardoso Fontes (que pertencia ao inamps). Nessa época, esse era um dos melhores serviços de terapia intensiva do Rio, e logo travamos uma boa relação profissional, por compartilharmos de idéias semelhantes. Trabalhamos juntos, novamente, no Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital dos Servidores do Estado, durante a década de 1980 e começo da de 1990. Desde então, a Dra. Rosamélia vem se interessando pela área de administração hospitalar e gerência de sistemas de saúde. Hoje, atua, ativamente, tanto no setor

público quanto no privado.
"Estou tentando atuar, seriamente, na estrutura dessas instituições, em sua área gerencial, para que modifiquem e melhorem a qualidade dos serviços prestados, desde a chegada do paciente ao hospital, quando deverá ser bem atendido pela recepcionista, até o instante em que tem alta e deverá ser adequadamente orientado sobre a medicação que utilizará em casa. Quando se analisa esta cadeia de ações, vê-se que quase tudo está errado. Há um nível de desrespeito inaceitável para com o usuário do sistema de saúde, desde o momento em que ele chega ao hospital, de madrugada, e tem que entrar na fila para marcar consulta. Temos que agir, e isso significa pressionar as instituições para que funcionem melhor. O problema não é apenas da área pública, acontece também na privada", enfatiza.

O Hospital Gelado

Se imaginarmos corrigidas todas as suas deficiências técnicas, veremos que, mesmo assim, as instituições irão apresentar muitos aspectos desumanos que urgem por reformas. Hospitais são lugares frios, sem colorido, sem graça, que cheiram a éter, têm uma comida detestável, e onde vemos pessoas com expressões de sofrimento conduzidas em maças ou cadeiras de rodas, e profissionais de branco, circulando nos corredores. Resumindo, hospital tem cara de doença. Quando o paciente entra num, sente-se ainda pior. E essas características ficam mais óbvias quanto mais grave for a doença. Se ele necessitar de uma unidade intermediária, ou de uma UTI, a frieza das instalações e a sensação de doença e solidão se acentuam.
Precisamos de hospitais onde os pacientes se sintam bem, entendam que estão em locais que podem lhe devolver a saúde e não onde se sentirão infelizes. Para tanto, é preciso discutir e propor novos projetos arquitetônicos, nova decoração etc. Felizmente, já existe preocupação nesse sentido. Podemos citar vários exemplos de tentativas de tornar esses ambientes mais agradáveis, em centros de excelência da área médica, dentro e fora do Brasil. No Incor, um dos melhores hospitais do país, há um movimento denominado "humanização do hospital", tema de um artigo da Revista do Incor; publicada em agosto de 1999. Nele enfoca-se, especialmente, a atuação dos "doutores do riso" médicos preocupados em tornar menos penosas as internações de crianças, através da organização de brincadeiras e atividades recreativas, que vão de jogos a espetáculos de teatro. A humanização hospitalar, ainda segundo o artigo, passa por uma arquitetura mais aconchegante, e pelo treinamento dos profissionais de saúde. Em Londres, um hospital construiu uma sala de cinema para que os pacientes pudessem ter algum

lazer.
Isso me faz lembrar de Pach Adams, um médico de perfil diferente, obrigado, nos Estados Unidos, a travar uma batalha jurídica para se formar, cujos percalços resultaram no filme A História de Pach Adams, interpretada de forma magistral por Robin Williams, e já exibido no Brasil. Percebendo a falta de contato dos médicos com os pacientes internados, Pach, como era chamado carinhosamente por seus colegas, fantasiava-se de palhaço e inventava histórias e performances para diverti-los. Sua conduta começou a ser frontalmente questionada pelo diretor do hospital onde fazia seu internato. Mas ele citava estudos, feitos em vários cantos do mundo, mostrando que o riso melhorava a saúde, de forma geral, e que os pacientes careciam desse ripo de atenção. Seus oponentes alegavam que a medicina, para ser bem praticada, exigia uma postura incompatível com a dele. Na formatura, a faculdade recusou-se a lhe entregar o diploma. O caso foi levado à comissão julgadora da Ordem dos Médicos de seu Estado, onde, finalmente, Pach venceu a questão. Hoje, o médico dirige uma fundação que oferece tratamento gratuito a pessoas de baixo poder aquisitivo.
Outro exemplo empolgante e que enche de esperanças médicos que, como eu, torcem para que a medicina caminhe na direção de padrões mais humanos é o Projeto Plátano que assim se chama porque, segundo lendas, Hipócrates atendia seus pacientes à sombra dessa bela árvore mediterrânea. O projeto tem proporcionado mudanças estéticas e humanas no ambiente hospitalar de algumas unidades dos Estados Unidos: propõe atividades artísticas aos pacientes, como cerâmica e pintura; instala biblioteca e videoteca; patrocina apresentações de músicos e peças de teatro.
Segundo Gordon, existem evidências suficientes de que a humanização dos hospitais traz melhora, tanto nas estatísticas médicas quanto nos custos. Como insistia Pach, já foi provado que rir faz bem à saúde, melhorando várias funções do organismo. Intervenções psicoterapêuticas obtiveram redução no tempo de internação em até dois dias, nos casos de fratura de colo de fêmur, e exercícios de meditação reduziram a quantidade de anestésicos e o índice de complicações pós-operatórias. São evidencias de que, quanto mais humano for o tratamento, melhor será a evolução dos doentes. Mas, para que isso seja de fato absorvido na prática diária, a mentalidade dos profissionais precisa mudar. Entre aplicar dinheiro para tornar um hospital mais aconchegante ou comprar um equipamento de última geração, grande parte deles ainda prefere a segunda opção. Se empacamos aí, já no ponto de partida do processo se não abrirem suas mentes e corações para essas questões -, como poderemos chegar às reformas estruturais dos hospitais?
Como frisa o Dr. Daniel Taback, "o aspecto humano, caloroso, físico, da relação

médico-paciente, é totalmente insubstituível, a despeito de toda a tecnologia: o diálogo, o abraço no momento de crise, a partilha das situações dolorosas, se o tratamento se mostrar insuficiente, a satisfação com o bom resultado. À medida que os médicos se tornam insensíveis a isso, os aspectos negativos da medicina passam a ser ressaltados. Por exemplo, o profissional poderá ser responsabilizado por um tratamento malsucedido, não por ter se equivocado na prescrição do procedimento, mas pela insatisfação do paciente com o atendimento pessoal, transferida, equivocadamente, para um problema técnico inexistente. A necessidade de contato físico e emocional com o doente é o aspecto mais primitivo da medicina, e o que a torna diferente de todas as profissões".

O Distanciamento Físico ou Síndrome da Ausência de Toque

Além dos aspectos positivos sobre a psique e a emoção dos pacientes, a realização de um acurado exame físico e o domínio dessa técnica são indispensáveis à boa medicina. Quando um médico acompanha clinicamente um paciente, uma alteração no seu exame físico pode ser a dica de que algo não vai bem e precisa ser investigado. Isso é essencial, mesmo naquele que se encontra internado, pois é impossível fazer-se um ultra-som ou uma tomografia computadorizada diariamente, para acompanhar um tumor, por exemplo. Se ele for palpável, o exame físico pode ser utilizado como parâmetro de avaliação.
Além dos argumentos colocados de forma absolutamente pertinente pelo Dr. Taback, temos, também, evidências da importância do contato físico para a saúde. Isso foi demonstrado em animais. Em 1950, Harry Harlow, psicólogo da Universidade de Wisconsin, demonstrou que macacos que não eram tocados, durante a fase de crescimento, tinham desenvolvimento físico e motor prejudicados. Mas que isso poderia ser corrigido se fossem tocados por falsas mães feitas de pano. Em seguida, foi mostrado que ratinhos separados de suas mães e privados de contato físico, além de desenvolverem anormalidades, como baixo peso e deficiências motoras, tinham um número baixo de receptores de hormônios esteróides no cérebro. Esses distúrbios desapareciam se tocados pelos dedos dos pesquisadores. Estudos feitos com humanos, após receberem uma ou várias sessões de massagem, mostraram que apresentaram melhora em várias funções do organismo, reforçando o efeito terapêutico do toque. A massagem melhora o humor e reduz a dor de portadores de câncer, também a pressão arterial, a ansiedade de internados em unidades coronarianas e de pacientes psiquiátricos, e normaliza o ritmo cardíaco de idosos.

Podemos notar duas conseqüências negativas da perda de contato físico médico-paciente: a primeira e a avaliação incorreta do quadro clínico, o que pode levar a erros de diagnóstico; e a segunda é o paciente sentir-se pouco cuidado, o que gera nele insegurança e perda de confiança no profissional que o atende. E o que podemos ver no caso que relato a seguir.

Marina Leite Garcia começou a sentir dores no joelho direito durante a ginástica que fazia regularmente e foi encaminhada ao médico da academia que, ao examiná-la, constatou edema na articulação, foi-lhe, então, solicitada uma ressonância magnética, que mostrou ruptura do menisco interno do joelho. De posse do exame, Marina procurou o consultório do Dr. H., ortopedista que lhe fora recomendado por uma amiga. Ele ouviu a história, olhou o exame e apenas sugeriu que marcasse uma artroscopia para a semana seguinte. Ela lhe pediu que a examinasse, ao que o figurão retrucou que não havia necessidade, pois as informações estavam na ressonância. A moça, então, encerrou o assunto, dizendo que não aceitaria ser operada por alguém que nem sequer olhara para o seu joelho, e saiu do consultório. Na semana seguinte, consultou outro especialista, que a examinou cuidadosamente e, só então, a cirurgia foi marcada.

Nesse caso, a paciente teve suficiente personalidade para rejeitar o médico que não lhe dera um tratamento à altura inclusive, do que costumava cobrar pela consulta. Mas muitos se sentem inseguros, sem coragem de questionar o profissional abertamente, como fez Marina. Com isso, submetem-se a tratamentos sem a necessária confiança para garantir seus bons resultados.

A Humanidade e a Ética

Ética é uma questão fundamental na medicina. A noção de sua importância vem do tempo de Hipócrates. Os primeiros conceitos foram introduzidos, justamente, para conferir nobreza à profissão, distinguindo-a das práticas de cura feitas por leigos. A ética visa, basicamente, impedir que o médico tire proveito de sua posição e da confiança nele depositada, em benefício próprio ou com objetivos escusos. E também se busca estimular a idéia de que a prestação de serviços está acima de outros valores, como a remuneração, e que o médico deve prestar assistência a qualquer pessoa que esteja em situação de extrema necessidade. Se este tiver uma boa noção do que seja humanidade, nunca irá tirar proveito de seus pacientes, nem irá omitir socorro aos necessitados. A piora dos padrões éticos, apontada como um dos grandes problemas da moderna civilização, nada mais é que um reflexo da perda da humanidade. Se esses aspectos fossem reforçados, na formação do profissional, certamente seu nível de ética aumentaria e sua profissão seria mais respeitada. Ao invés disso, é com grande

desgosto que vemos a medicina ganhar a triste alcunha de "máfia de branco”.
Por outro lado, há médicos preocupados com o bem-estar de seus pacientes, e que não negam esforços para lhes oferecer a melhor opção de tratamento. Considerando-se as colocações de Gordon, a perda da humanidade, assim como a redução dos valores éticos na medicina, são aspectos que ocorreram de forma concomitante e progressiva, na passagem para o século XX, como conseqüência do enfoque da técnica em detrimento da ciência humana.
Essa percepção coincide com a de vários colegas entrevistados para este livro, e é fundamentada na obra do sociólogo americano Richard Sennett, professor da Universidade de Nova Iorque. Baseado cm entrevistas com operários, nos Estados Unidos, ele escreveu o ensaio A Corrosão do Caráter, no qual mostra como os valores do capitalismo contemporâneo contribuem para destruir suas qualidades individuais e seu caráter. Segundo Sennett, as constantes mudanças nas relações de trabalho, a insegurança na continuidade do emprego e as crescentes exigências de treinamento e atualização do mercado atuam como fatores para essa completa degradação. Ele alega, também, que a palavra flexibilidade, agregada ao capitalismo moderno, na realidade significa "falta de relações estáveis e definidas com os empregados". Isso tudo leva a classe trabalhadora a adotar valores superficiais, sendo, portanto, impossível se esperar dela posturas corretas. Numa economia em que a política e constantemente replanejada, cujos objetivos são quase todos de curto prazo e avesso a rotinas, não se pode pressupor a construção de relações humanas estáveis ou objetivos duráveis. Com isso, as pessoas se fixam em planos imediatistas e não aprofundam experiências no trabalho fatores essenciais para a elaboração dos valores éticos, Como conseqüência, priorizam apenas ganhar uma hora extra e comprar um disco ou uma roupa, ao invés de se preocuparem com questões básicas, como as possibilidades de crescimento profissional, ou de ganhar a confiança dos patrões e reivindicar um tratamento mais humano e justo.
Transpondo os argumentos de Sennett para a área médica, podemos detectar os mesmos fatores atuando de forma degradante nos profissionais, de uma forma geral. A medicina, como instituição e técnica, passa, cada vez mais, por modificações rápidas e profundas.
A atualização é uma pressão constante sobre o médico. Por outro lado, a figura do profissional liberal desapareceu. Cada vez mais ele depende da remuneração de empresas seguradoras e da infra-estrutura hospitalar. Sofre, ainda, as pressões da indústria farmacêutica, na prescrição de drogas. Tornou-se, portanto, um joguete na mão de poderosos grupos econômicos, indiferentes aos seus valores éticos, ou à sua individualidade. Pouco a pouco, a profissão vai perdendo status e nobreza, e a medicina convencional, estruturada sobre os interesses de empresas,

vive de metas cada vez mais imediatistas, corroendo o caráter desses profissionais. Não se pode esperar que a ética se mantenha preservada num contexto destes.
Portanto, curar a medicina significa recuperar sua humanidade e sua ética, resgatando valores estáveis: as relações de trabalho do médico e sua prática.

Conclusões

O sentido de humanidade nasceu com a medicina e é um dos principais aspectos da sua prática. A medicina o vem perdendo, de forma assustadora e progressiva, nos últimos anos.
A perda da humanidade é causada, especialmente, por três fatores: o excesso de tecnicismo, o desprezo pela subjetividade dos pacientes e a formação médica incompleta e pouco direcionada para seus aspectos humanos.
Como conseqüência disso, temos médicos frios e fisicamente distantes dos pacientes, e instituições despreparadas para acolhê-los com eficiência e respeito.
Alguns esforços estão sendo feitos no sentido de reverter a atual situação, como a implantação de programas de lazer nos hospitais, mas essas iniciativas ainda são tímidas frente à grande necessidade de mudanças.
A queda dos níveis éticos da medicina que fizeram dela um dos mais nobres ofícios está relacionada à falta de valores estáveis na sociedade moderna, assim como ao esmagamento do médico, como profissional, frente às poderosas forças econômicas que dominam o mercado.

CAPÍTULO 8

A Opressão do Capital

Há quem ache que tratamento de saúde não combina com lucro, que é absurda a idéia de se querer ganhar dinheiro à custa de alguém que está doente, improdutivo, fora de combate. E repugnante vê-lo, fragilizado pela doença, ser achacado por uma grande empresa. Se é uma distorção resumirmos, nessa imagem terrível, a prática da medicina privada, pelo menos ela serve para evidenciar a necessidade de se regular a ingerência do capital nos serviços de saúde prestados à sociedade, para que se evitem os abusos que hoje vemos. Muitas distorções na medicina, como ciência ou prática, são resultantes dessa situação.

Sabemos que o capital visa, exclusivamente, ao lucro, e que o sistema desenvolvido pelas sociedades modernas está apoiado nessa premissa, alheia a questionamentos filosóficos, éticos, ou às demandas sociais. Sendo assim, é freqüente entrar em conflito com os objetivos primordiais e nobres da medicina. Na ausência de uma regulamentação eficiente, sem a ação de uma agência de controle forte e independente, e sem uma melhora no padrão dos serviços oferecidos pelo setor público, é fácil saber quem ganha e quem perde nessa queda-de-braço.

A situação ideal, justa, de bom senso, seria que a empresa lutasse por um melhor posicionamento no mercado sem que isso significasse prejuízo à saúde das pessoas. Mas não é isso o que costuma ocorrer: a medicina, hoje, é exercida sob a plena e absoluta opressão do capital. O mercado precisaria estar atento às limitações geradas pelas questões técnicas e éticas da área médica para que a saúde das pessoas não dependesse, inteiramente, das suas regras. Desde que o mundo é mundo, observa-se que a ambição e a agressividade de alguns prejudicam muitos.

Alguns médicos percebem o problema e o apontam como um dos maiores da vida moderna. Como o Dr. Sérgio Xavier, por exemplo, chefe do setor de cardiologia do Hospital Universitário Clementino Fraga, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que se confessa impressionado com a situação a que chegamos. "Vemos que, nas universidades, há uma maior procura pelos campos da medicina mais valorizados sob o ponto de vista financeiro. E o que é hoje proposto como conduta, na prática médica, está condicionado à tabela de

remuneração e pagamento das atividades. A valorização excessiva dos exames complementares, em detrimento da atividade clínica, está intimamente relacionada a esse comportamento. O médico não tem mais motivação para fazer clínica, porque ela não traz mais qualquer compensação financeira, nem prestígio. Com isso, ele passa a se interessar mais pelos procedimentos modernos, sofisticados, bonitos, que dêem retorno financeiro. E a medicina virou essa indústria, em que o paciente é apenas uma mercadoria, num processo de produção que visa obter cada vez maiores lucros. A deterioração da profissão contribuiu para isso. Os médicos se transformaram em empregados dos planos de saúde, e procuram definir sua atuação segundo o sistema proposto pelas empresas", desabafa.

O comentário do Dr. Xavier não é uma opinião isolada. Entrevistei muitos colegas que também criticaram os grupos econômicos. Vale registrar o depoimento do Dr. Tomás Pinheiro da Costa, obstetra e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que atribui grande pane da piora da qualidade da medicina às influências distorcidas do mercado. "O maior problema é a ideologia dominante na sociedade, esse deus mercado, que regula nossas vidas, privilegia aspectos que não são, muitas vezes, a essência das questões médicas, como, por exemplo, a preocupação com a imagem das empresas, e com o marketing dos seus produtos, em detrimento do enfoque na veracidade e na seriedade das informações. Os empresários acreditam que o encanto da população pelos milagres da tecnologia vende mais do que um atendimento médico eficiente."

Com certeza, é fundamental que o médico se conscientize do problema, pois só através de pressões exercidas por organizações de classe e ligadas às universidades o quadro poderá se modificar. Para tanto, é necessário também mobilizar os colegas para a questão. Isso poderá ser feito através de redes de informação, ainda pouco utilizadas no Brasil, mas que podem vir a ter grande alcance e força de influência.

Uma maneira de se buscar respostas mais específicas é compreendendo como e em quais segmentos de mercado atuam as empresas do setor. Podemos dizer que há três grandes grupos loteando a grossa fatia de consumidores dos serviços e produtos de saúde: as administradoras de planos, os fabricantes de equipamentos médicos e a indústria farmacêutica. Cada um pressionando o mercado para atender às suas demandas. Vejamos como atuam.

As Administradoras de Planos de saúde

Os planos existem para permitir que cada vez mais pessoas tenham acesso à

medicina privada, através de sistemas de securitarização. No Brasil, o governo optou pelo que é fundamentado, basicamente, no capital da iniciativa privada, que, por sua vez, mimetiza o que vigora nos Estados Unidos. Assim, ele espera que as empresas supram as necessidades da maior parte do mercado enquanto se ocupa em financiar a saúde dos segmentos mais pobres da população. Esse nosso sistema é um verdadeiro desastre. As empresas estão muito mais preocupadas com sua saúde financeira do que com a da população, menos ainda, com a dos pacientes em tratamento. A maneira como agem tem lógica: se gastam mais do que arrecadam, oferecendo um bom atendimento, vão falir, e enterrar, com elas, o dinheiro de seus segurados. Por outro lado, não é possível que uma empresa apresente um belo fluxo de caixa enquanto a saúde da população é condenada à falência. Mas é triste constatar que e esse o modelo adotado.

Na concepção das administradoras, o importante e oferecer um produto que venda, e que o preço pago seja suficiente para cobrir despesas e garantir lucros. São imediatistas e nem um pouco preocupadas com o que poderá acontecer com os associados daqui a 30 anos. A questão central é como estará o fluxo de caixa neste e no próximo ano, e quantos novos segurados elas poderão captar. Os investimentos estão voltados aos benefícios de efeito pirotécnico, que tenham impacto de marketing, como UTIs móveis em jatinhos e helicópteros e equipamentos de última geração, mas jamais em prevenção. Se os custos da medicina fossem estáveis, seria mais fácil, para as administradoras, equilibrar suas contas. Mas, como aumentam, de forma descontrolada, conseqüentemente suas despesas também crescem, ano a ano. A estratégia a ser adotada é encontrar brechas para reduzi-las. E isso, hoje, é feito de duas formas, ambas nocivas à saúde dos pacientes e à do próprio sistema: negociando preços e custos com os fornecedores e diminuindo o número de sinistros a serem cobertos.

No primeiro contexto, o médico se torna a parte mais fraca, se comparado a hospitais e laboratórios. Seu trabalho é o que menos pesa no custo geral da medicina, com sua baixíssima remuneração.

A conseqüência disso e a piora de sua prática, o que acaba por gerar custos adicionais ao sistema. Com relação à restrição de cobertura a sinistros, é utilizada uma metodologia absolutamente perversa: a de encontrar alguma forma, legal ou não, de não pagar os tratamentos dos segurados. Até há bem pouco tempo, faziam-se contratos com diversas cláusulas restritivas, para se eximirem da responsabilidade do pagamento até mesmo de procedimentos comuns. Por força de uma lei promulgada em 1999, essa estratégia cínica não pôde mais ser utilizada de forma indiscriminada, e as empresas começaram a apelar para outros expedientes. Os mais freqüentes: a criação de entraves burocráticos para a autorização de exames e procedimentos ou, então,

simplesmente, o não-cumprimento do contrato. É comum pacientes desistirem de serviços dos quais necessitam frente aos obstáculos encontrados para fazerem valer seus direitos.

Quando se tratar de um descumprimento de contrato, é preciso que o lesado leve o caso à justiça. Isso se inicia com um registro de queixa no Serviço de Proteção ao Consumidor (Procon). Em final de junho de 2000, o órgão divulgou seu relatório semestral sobre os campeões de reclamação, e as administradoras de planos de saúde ocuparam um dos primeiros lugares. Caso o consumidor e a empresa não entrem num acordo, o primeiro deve entrar com uma ação indenizatória por quebra contratual, o que, geralmente, está fora de suas condições financeiras. De modo geral, ele busca por um acordo ou desiste da empreitada. Sabendo disso, algumas espertas administradoras de planos de saúde, em mais uma manobra cruel, não se preocupam em pagar aos segurados.

E há, ainda, uma estratégia adicional, que é a de punir qualquer irregularidade cometida pelo cidadão, suspendendo sua cobertura. As mais freqüentes são por atraso de pagamento da mensalidade ou a alegação da existência de doenças preexistentes. Com isso, livram-se de cobrir custos de exames e tratamentos. Em qualquer sociedade que se diga civilizada, esse comportamento é intolerável. É preciso que se criem mecanismos para inibir essas distorções, através de uma fiscalização mais eficiente, de multas ou de outras penalizações de ordem financeira, para que o segurado possa usufruir, justamente, da cobertura do seu seguro, quando necessitar.

Se as possibilidades de redução ou controle de custos se esgotam, outra solução adotada pelas administradoras é por que não simplesmente aumentar a receita. Elas têm aumentado suas mensalidades acima da inflação, como instrumento de equilíbrio de suas contas, sob os auspícios do governo, que acaba por sucumbir à incansável pressão dos lobbies e libera os aumentos! Essa estratégia foi implementada a partir da publicação da lei que elevava o teto das coberturas, e que eliminava as "malandragens" do contrato. Mesmo sobre um aparente controle da Agência de Vigilância Sanitária, os preços dos planos praticamente dobraram nos últimos cinco anos, em valores reais.

Foram propostas outras soluções para baratear o custo da medicina e equilibrar o caixa das empresas de planos de saúde. Contudo, estas atendem mais aos interesses do capital do que, propriamente, à área da saúde. A mais conhecida é o sistema Manage Care, proposto nos Estados Unidos, que se baseia no pagamento de um determinado valor, por um grupo de pessoas, a uma empresa de prestação de serviços médicos. O valor da mensalidade é estimado pela empresa de forma a corresponder aos menores custos possíveis para esse atendimento. A estratégia para atingir a rentabilidade almejada é limitar o acesso das pessoas aos serviços

médicos. Isso é feito com a utilização de médicos na linha de frente os gate keeper, cujo papel é selecionar os que "realmente precisam" de maiores cuidados. O modelo tem sérias falhas, pois, se está voltado aos indivíduos mais doentes do grupo, os demais ficam sem um atendimento qualificado o que significa focar os esforços na doença e se esquecer da prevenção, agravando as distorções do sistema atual.
Outro ponto a ser questionado é a conjunção de interesses de empresas que prestam os serviços médicos e administram o dinheiro dos segurados, simultaneamente. Basta um pouco de bom senso para se ver que esse tipo de verticalização de negócios e lesivo à saúde da população. Equivale a colocar a raposa para cuidar do galinheiro. Quando as empresas que cuidam dos recursos financeiros dos segurados também prestam serviços médicos, os resultados podem ser desastrosos: se o número de sinistros é alto, elas podem comprar material de segunda categoria, para baixar seus custos. Ou fazer convênios com clínicas e médicos pouco qualificados. Os segurados, obrigados a buscar os profissionais e serviços conveniados, ficam sem opção, resignados a aceitar a piora gradativa da qualidade dos serviços que lhes são oferecidos, ao mesmo tempo em que pagam mensalidades cada vez mais pesadas.

Os Laboratórios Farmacêuticos

Talvez o grupo que tenha maior poder de atuação, e que mais influencia a medicina, de forma negativa, seja o das grandes empresas farmacêuticas. Detentoras de um enorme faturamento e buscando, sempre, aumentá-lo cada vez mais, elas focam seus esforços em reforçar sua posição monopolista no mercado. A sociedade brasileira tem assistido, boquiaberta, à constante queda-de-braço entre o ministério da Saúde e essa indústria, cm função do abuso nos preços dos medicamentos. Para um setor cujo principal objetivo é o lucro, certamente não existe espaço para preocupações com a pobreza ou a saúde da população. A chegada dos medicamentos genéricos ao mercado mostrou como são exagerados os ganhos das grandes empresas, pois são feitos com a mesma matéria-prima das marcas consagradas e custam quase a metade do preço.
A justificativa oferecida para preços tão elevados é que produzir um remédio custa caro, e as empresas são "obrigadas" a repassar as despesas para o consumidor. Mas na hora de detalhar esses "custos elevados" elas são estranhamente lacônicas, informando apenas que um medicamento exige investimentos da ordem de 250 milhões de dólares, sem explicar onde e como conseguem gastar essa montanha de dinheiro.
A tabela mostra os custos reais das pesquisas de medicamentos, discriminados

em suas etapas.
Conclui-se, portanto, que os investimentos destinados a provar a eficácia e a segurança de um medicamento giram em torno de cinco milhões de dólares. E claro que existem custos adicionais não previstos nesse orçamento, como o de desenvolvimento e implantação de processos, manutenção de setores de pesquisa, o custo financeiro do investimento de maturação lenta, o de pesquisa básica que pode ser grande, dependendo da estratégia do laboratório. Mas, tudo somado, não ultrapassa a casa dos 50 milhões de dólares. Para onde vão os outros 200 milhões? Há quem estime que seus maiores gastos são destinados ao marketing e às verbas corporativas ou seja, nós pagamos altos preços pelos medicamentos para custear as propagandas que irão nos influenciar. Não é irônico? Além dos anúncios nas revistas e dos minutos preciosos na televisão, investe-se, principalmente, no patrocínio dos formadores de opinião, geralmente médicos muito conhecidos, para os quais são financiadas viagens e outras facilidades. Uma grossa fatia das verbas vai, também, para centros de pesquisa, congressos, e para o pagamento de um bom time de representantes do laboratório, que visitam os profissionais. Isso não parece absurdo? Mas é o que acontece.
Grande número de médicos não está consciente desses problemas, mas há vozes questionando a postura ética e os conceitos técnicos e científicos introduzidos no meio, pelas empresas. Uma delas é a do Dr. John Lee, que vive na Califórnia. Há 25 anos, o ginecologista iniciou pesquisas sobre as ações da progesterona natural, com o objetivo de administrá-la às suas pacientes durante a menopausa. Sobre o assunto publicou, em 1993, o livro Natural Progesterone: Multiple Roles of a Remarcable Hormone, no qual afirma sua surpresa diante do completo desinteresse e mesmo resistência dos laboratórios em utilizar essa substância. Segundo ele, são feitas 650 mil histerectomias por ano, nos Estados Unidos, e a maior parte poderia ser evitada com o uso desse hormônio, preterido aos progestágenos sintéticos que aumentam a incidência de várias doenças, tais como miomatose e endometriose. Lec fez levantamentos sobre a incidência de câncer ginecológico e demonstrou que ele aumentou, significativamente, após a introdução dos estrogênios sintéticos no mercado. No seu novo livro, What Your Doctor May Not Tell You About Menopause, desaconselha, taxativamente, seu uso, recomendando o de estrogênios e progesterona natural. Sua conclusão é a de que os laboratórios privilegiaram os sintéticos porque estes puderam ser patenteados, e, dessa forma, estão gerando maior retorno financeiro.
Até hoje, a maior parte dos ginecologistas prescreve esses hormônios, a corto e a direito, tamanha a força do marketing dos laboratórios. Nem os estudos mostrando o aumento da incidência de câncer ginecológico, paralelamente ao

seu emprego, conseguiu modificar esse comportamento. Há um raciocínio simples, que mostra como essa influência é nociva: como se produz a ciência médica? Através de pesquisas feitas em institutos e universidades, publicadas em revistas científicas. Quem financia essas pesquisas? Quem dá suporte financeiro às publicações e influencia nas suas comissões editoriais? Os grandes laboratórios! Então, fica claro o pouco espaço, no mercado e no ambiente científico, para se discutir assuntos contrários aos interesses dessas empresas, geralmente poderosas multinacionais. Se alguém surge com novas idéias, que possam significar perda de dinheiro para elas, as pedras em seu caminho são tantas que as pesquisas geralmente não decolam, e o pesquisador desiste do feito, joga a toalha. Foi o que aconteceu com o próprio Dr. Lee, que ficou sem espaço nas universidades e nas revistas científicas, e acabou publicando suas idéias em meios leigos. Como confiar numa ciência que é distorcida de acordo com os interesses do capital? E mais: como fazer para impedir que o capital a influencie dessa forma?

Realmente, parece impossível se confiar nela. Só através da conscientização do médico e da ampliação de sua visão nos livraremos dessa ditadura. Uma inverdade não se sustenta eternamente e o combustível dos homens é a esperança, a fé nas mudanças e na melhora da vida de todos. O Dr. Sérgio Xavier tem essa visão do problema, e comenta que os grandes congressos internacionais, como o Congresso Mundial de Cardiologia, no Rio de Janeiro (realizado em 2000), acontecem sob os auspícios das indústrias farmacêuticas. "Até os nossos heróis são patrocinados por elas, como o Braunwald, que veio para uma palestra no simpósio satélite e foi logo embora, sem participar de outras atividades do congresso ou trocar figurinhas com os colegas brasileiros. No dia seguinte, tinha uma mesa-redonda, mas ele nem apareceu, já que isso não fazia parte do acordo firmado com a empresa que patrocinara sua viagem. Deixou a impressão de que só veio interessado mesmo em embolsar o dinheiro do cachê. Essas são as pessoas que escrevem os livros que lemos, onde estão condutas que aplicamos. E o que percebemos é que a indústria farmacêutica está por trás deles. Por isso, acho difícil acreditar que haja isenção no que essas pessoas dizem e fazem. Não se trata, apenas, de uma questão moral e ética. Acontece, às vezes, de uma pesquisa médica apresentar resultados insatisfatórios, ou dados pouco confiáveis, do ponto de vista científico, e por pressão das indústrias passa a verdade científica."

Contrabalançar o poder dos grandes laboratórios exige questionar a ciência atual, destronar heróis e muitas outras atitudes que só vão acontecer lentamente. Mas não restam dúvidas de que uma medicina com a qualidade que o novo milênio exige ainda não tem espaço no atual sistema econômico.

A Nova Droga

Por influência da indústria farmacêutica, o médico pode prescrever medicamentos pouco conhecidos por ele. Com isso, maneja drogas sem suficiente domínio de doses, potencial de toxicidade e interação com outras substâncias, que podem prejudicar o paciente. Além do risco maior ao se optar por novas drogas, seu preço é sempre muito mais caro. E o que mostra o caso de Maria Olviedo, que procurou o Dr. E devido a uma tosse renitente às medidas terapêuticas caseiras.

O sintoma surgira após uma gripe forte, e um mês depois ainda não melhorara. O Dr. L, respeitado médico do Rio de Janeiro, que lhe foi indicado como uma "sumidade", diagnosticou, corretamente, uma traqueíte pós-viral. Baseado nesse diagnóstico, prescreveu notfloxacina, uma quinolona de segunda geração, antibiótico novo no mercado, na época. Maria começou a sentir dor no estômago e, no terceiro dia de tratamento, ligou para o médico. Este insistiu na manutenção da medicação e solicitou que ela a ingerisse com leite. A intensidade da dor aumentou e Maria a comunicou a seu médico, recebendo dele a orientação de tomar um antiácido e retornar para a consulta no dia seguinte. Foi quando ela teve uma dor de fortíssima intensidade e procurou-me em meu consultório. Ao exame físico, suspeitei de sangramento digestivo e a encaminhei a uma endoscopia de urgência, que mostrou esofagite de segundo grau, gastrite erosiva e bulbite aguda.

O tratamento foi extremamente difícil. Ela não melhorara da tosse com o antibiótico e cada vez que tossia tinha dor no estômago. Foi necessário um acompanhamento por três meses, até que os sintomas fossem contornados.

Nesse caso, o doutor medalhão, preocupado em adotar as novidades do mercado, para se mostrar atualizado, optou por um antibiótico de última geração para tratar um problema simples, como uma traqueíte pós-viral, que pedia apenas um expectorante. Ele também parecia desconhecer os efeitos colaterais do medicamento, retardando sua supressão. Em conseqüência disso, a paciente acabou com um problema muito mais sério.

Os Fabricantes de Equipamentos

É um setor mais pulverizado, que produz equipamentos diversos, e que, por isso, é regido por interesses também múltiplos. Quem fabrica, por exemplo, kits de laboratório, atua, no mercado, de forma diferente daquele que faz equipamentos para endoscopia. Sua influência na medicina não produz efeitos tão marcantes

quanto a dos laboratórios. Mesmo assim, não pode ser menosprezada, pois tem força para pressionar, significativamente, os custos da saúde e atuar de outras formas, Fabricantes de equipamentos médicos querem que os profissionais os utilizem cada vez mais, não importando se isso irá comprometer orçamentos do governo ou dos pacientes. Eles estão sempre financiando pesquisas para mostrar como seus aparelhos são indispensáveis para a prática de uma medicina avançada e altamente tecnológica. Sob a pressão desse lobby, o profissional é induzido a substituir a clínica por uma pilha de exames complementares, feitos naqueles belos e modernos aparelhos.

O marketing da tecnologia, nessa área, é pesado. As empresas conseguem estender seus conceitos à mídia, fazendo com que os próprios pacientes pressionem seus médicos para que solicitem exames desnecessários. No final dos anos 90, preocupada com seus custos, que não paravam de subir, a Golden Cross associou-se a um grande laboratório do Rio de Janeiro num estudo para avaliar, entre os exames solicitados, em determinado período, qual a proporção entre os que apresentaram resultados normais e anormais: 96% foram normais. A Golden, então, procurou entrevistar os médicos que os solicitaram, para saber a razão dos pedidos. A resposta freqüente foi que o exame fora prescrito sob pressão do paciente. O marketing do check-up, como instrumento de saúde, é resultado da estratégia adotada pelos fabricantes de equipamentos. O acompanhamento de um paciente, através de exames, é uma forma importante de diagnóstico precoce de doenças. Mas deve ser feito após exame clínico minucioso e avaliação médica, e não sob pressão de leigos influenciados pelo marketing das empresas, dispostos a usufruir os serviços oferecidos por seus planos de saúde, pelos quais pagam tão caro. Entretanto, o que eles talvez não saibam, porque nunca lhes foi suficientemente esclarecido, é que a conta desse desperdício irá para seus próprios bolsos.

É possível compreender melhor como age o lobby dos equipamentos médicos nos detendo na forma de atuação da indústria de próteses nome técnico para artefatos não-orgânicos feitos para substituir órgãos ou panes do corpo humano. Sua colocação exige procedimentos cirúrgicos, e quem define o fabricante do material é o médico. Isso significa que, para o fabricante, bajulá-lo e produzir literatura "científica" que o impressione é um ponto básico para vender suas próteses. F. o que ocorre, com freqüência, em ortopedia: as empresas gastam muito dinheiro patrocinando congressos, pesquisas e convencendo os médicos a optarem por seus produtos. Na área de cirurgia cardíaca, a pressão também é grande. Na última década, por exemplo, foi introduzida uma nova prótese, chamada stent, para evitar a obstrução dos vasos após a angioplastia. Até hoje sua indicação e possíveis efeitos nocivos ainda são objeto de discussão, mas

nada disso impede que seja adotado, de forma indiscriminada, nas cirurgias cardíacas.
Novamente, o Dr. Xavier se manifesta: "As pessoas indicam coronariografia, angioplastia e colocação de stent, sem suficientes critérios. Vários editoriais da literatura médica, no Brasil e no exterior, questionam esse tipo de conduta. O stent é um procedimento novo e incorporado de forma muito rápida pela cirurgia cardíaca, e é preocupante que esteja sendo colocado, com tanta freqüência, tanto aqui quanto nos Estados Unidos, simplesmente porque representa um lucro enorme para a indústria."
Não podemos permitir que a medicina seja conduzida ao sabor dos ventos do mercado, ao bel-prazer de uma fábrica de próteses, ou de uma empresa de medicamentos, sem aplicar ao sistema uma lógica de economia e de melhor distribuição de recursos.

Conclusões

Misturar lucro e interesses capitalistas à prática médica e uma questão delicada. Não é humano, nem ético, negar assistência a qualquer pessoa doente, nem pretender lucrar com o sofrimento alheio.
Não existem mecanismos para o controle da influência do mercado sobre o sistema de saúde. Essa força está concentrada em três áreas: nas administradoras de planos de saúde, nos fabricantes de equipamentos médicos e na indústria farmacêutica.
As administradoras de planos de saúde pressionam o mercado para se manterem lucrativas e acabam por reduzir a remuneração do médico, contribuindo, dessa forma, para a queda da qualidade da medicina e, em última instância, prejudicando os pacientes.
A indústria farmacêutica é o lobby mais poderoso e influencia a ciência médica financiando revistas médicas, pesquisas e congressos. O médico conivente com essa situação poderá receitar medicamentos que ainda não conhece bem, podendo trazer prejuízos ao paciente.
A indústria de equipamentos tem interesses pulverizados em vários segmentos de produtos e procura influenciar o médico, para que este os utilize cada vez mais, elevando o custo da medicina. O profissional que se submete a essa pressão torna-se um mercenário, utilizando-se de seu ofício apenas para ganhar dinheiro.

CAPÍTULO 9

A Formação Limitada

Quando se discute a qualidade da medicina, surge sempre a questão: ela está piorando porque a qualidade da formação piorou, ou será que é o contrário? Estamos diante do eterno dilema do surgimento primeiro do ovo ou da galinha. Encontrar a resposta é difícil, mas o certo é que, quando uma coisa piora, a outra sofre logo as conseqüências, e com isso estabelece-se aquele ciclo vicioso. Para quebrá-lo, é preciso, sem dúvida, começar por melhorar o nível dos profissionais, formando gente com uma visão mais completa de seu ofício, médicos eficientes, humanos e capacitados para promover as reformas necessárias. O ponto de partida é a escola, o ensino nas universidades. E é disso que vamos tratar, analisando como estão os currículos, quais são suas deficiências e como resolvê-las.

No Brasil, o Conselho Federal de Medicina vem fazendo constantes alertas ao Ministério da Saúde, com relação à abertura de escolas de medicina sem infra-estrutura adequada para formar novos profissionais. Mesmo nas mais tradicionais e conhecidas, vemos que a formação médica deixa muito a desejar. Há um movimento saudável no sentido de melhorar o ensino médico, com a implantação do "provão", pelo ministério, mas, no meu entender, essa ação ainda é tímida para garantir um padrão de formação à altura das demandas de uma grande nação do terceiro milênio, como o país quer ser visto. Seria interessante que o médico recém-formado passasse por uma avaliação seletiva do governo, nos moldes do board certificate americano, ou do teste do Ministério da Saúde na Alemanha desde que, evidentemente, fosse feita com idoneidade e coerência.

Contudo, não é apenas a formação técnica que preocupa. O equilíbrio mental do médico é uma questão fundamental para se garantir a melhora da prática médica. Dentro de um hospital, ele detém um imenso poder. E, com isso, um maníaco munido de um diploma pode torturar e até matar pessoas fora da mira da lei. Essa questão ficou muito clara, para a sociedade brasileira, em 1999, quando um estudante de medicina, com uma metralhadora nas mãos, entrou num cinema de um shopping paulistano e atirou em quem viu pela frente. Nas investigações, via-se que tinha um sério desvio de caráter, problemas emocionais e personalidade perturbada, com obsessões assassinas. E, vejam só, estava no último ano de medicina, há poucos meses de obter o diploma! Imagine se, em

vez de atirar a esmo com uma metralhadora, ele resolvesse usar sua profissão para dar vazão aos seus impulsos! Seria muito mais difícil pegá-lo e suas vítimas poderiam se multiplicar até que, um dia, com sorte, o psicopata fosse identificado. É uma imagem de dar arrepios essa de uma pessoa doente procurar inocentemente um médico e topar com um frio assassino escondido atrás do jaleco, esperando a melhor hora para atacar. Parece ficção, mas existem outras evidências de que isso é passível de ocorrer. De acordo com uma pesquisa coordenada pelo professor Capisano, da Universidade de São Paulo, na década de 80, na qual 100 alunos da terceira e sexta séries do curso de medicina foram avaliados por uma junta de psiquiatras e neurologistas, o resultado foi assustador: 31% dos estudantes do terceiro ano e 33% do sexto ano preenchiam critérios de diagnóstico de neurose. E mais: 1 % do terceiro ano e 3% do sexto ano foram classificados como psicóticos. Esses dados foram apresentados num congresso de Psicologia Médica, e são usados como referência, pelo professor Hélio Luz, quando este frisa a necessidade de se introduzir mecanismos de avaliação psicológica nas universidades, para tentar detectar o problema e solucioná-lo através de atendimento psicoterápico.

Aproveitando a imagem do nosso "dinossauro branco", imaginemos esse réptil por aí, ainda entre nós, em plena mutação de hábitos, chocando seus ovos por menos tempo e tendo filhotes com cérebros menores que, por isso, teriam problemas de controle motor! Com aqueles corpanzis e sua enorme força, quão desajeitados seriam! Pois é exatamente o que está ocorrendo na formação médica: uma grande rede de escolas sem recursos suficientes, com currículos defasados, estudantes com problemas emocionais sérios e médicos se formando sem passar por exames rigorosos. Sem uma ação rápida, a medicina vai piorar perigosamente.

Tudo o que foi dito pode levar o leitor a crer que formar um bom médico é coisa rara, exceção, em nosso país. Felizmente não é assim. Vemos, aqui, estudantes lutadores, que fazem uma boa formação, a despeito das dificuldades que encontram. Mas não há dúvidas de que são colocados no mercado muitos médicos ruins, despreparados, incapacitados emocional e intelectualmente para exercer a profissão e com uma visão deturpada da medicina, encarada, apenas, como um caminho para ganhar dinheiro.

Os Grandes Problemas

A preparação do material para este livro me permitiu identificar sérios problemas na formação do médico. Vejamos os principais.

A Compartimentalização

Já vimos que é grande a influencia cartesiana na ciência médica. Os conhecimentos oferecidos pelos currículos não propiciam uma visão global das questões. No ciclo básico, eles são dados isoladamente, em matérias estanques, como anatomia, bioquímica, biofísica, farmacologia etc. O estudante, desde o início, portanto, é introduzido às áreas que já o preparam para as especialidades clínicas pediatria, ginecologia/obstetrícia, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia etc. Nessa formação, na qual se prioriza a visão fragmentada da doença e do doente, não é abordada, com profundidade, a importância de se lidar com essas questões de forma holística. O ideal seria fundir as matérias em grandes blocos, nos quais as relações das partes com o rodo pudessem ser ressaltadas.

A Especialização Prematura

Como resultado da formação compartimentada e das pressões de mercado, muitos estudantes, logo no início, elegem uma especialidade. Com isso, passam todo o curso dedicados a um tema especifico, sem dar suficiente atenção às outras matérias. O resultado é um médico com visão limitada e uma prática tecnicista e pobre. A Dra. Adriana Aquino, mestranda em dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga, da UFRJ, enfatiza o problema, que percebe claramente por estar em contato direto com estudantes dessa escola — considerada a melhor do Brasil pelo Ministério da Saúde no ano de 2000.

Para combater o problema, é preciso reduzir a compartimentalização no estudo básico, aumentar o período de prática generalista e modificar os tipos de graduação em medicina. O terceiro item é o que exige maiores considerações. A criação de dois estágios de graduação é uma necessidade urgente. O primeiro exigiria menos tempo de prática clínica e de créditos escolares, e uma formação semelhante à atual, com seis anos de duração, licenciando o médico apenas para fazer procedimentos específicos, como endoscopia ou radioterapia, dar pareceres ou atuar em atividades técnicas, como radiologia e outros exames de imagem. O segundo estágio corresponderia a uma graduação que exigiria, no mínimo, oito anos de estudos, sendo quatro de experiência clínica e treinamento no gerenciamento de pacientes. Essa opção daria ao profissional licença para praticar clínica médica generalista ou em especialidades. Teríamos no mercado, portanto, o profissional autorizado a clinicar e um outro, apto, apenas, às atividades específicas e procedimentos que não envolveriam clínica, cirurgia ou prescrição. O resultado desse novo modelo resultaria, certamente, na valorização do trabalho clínico, com a conseqüente melhora na remuneração desses médicos

e do nível de gerenciamento do paciente.

A Carência de Vivência Clínica

O curso médico e teórico em excesso. A infra-estrutura para o ensino prático adequado, sob supervisão, é um dos itens que mais custa às universidades e por isso vem encolhendo nos currículos, em qualidade e quantidade, e os jovens médicos são cada vez menos treinados em prática clínica. Do que podemos deduzir que só surgirão profissionais habilitados a gerenciar pacientes com problemas complexos de saúde quando receberem bom treinamento clínico nas universidades. Quando me formei, quem queria fazer um bom curso procurava estágios suplementares. Fiz vários, em serviços de emergência e em unidades de terapia intensiva. Isso mostra que, mesmo naquela época, o currículo da faculdade apresentava deficiências de atividades clínicas. Hoje, vem diminuindo a procura por experiências generalistas fora das escolas, ao mesmo tempo em que os currículos privilegiam o conhecimento técnico e teórico.

A Falta de Foco em Problemas Comuns de saúde

Os currículos das faculdades geralmente incluem o estudo de doenças clássicas pouco freqüentes no dia-a-dia. E importante, evidentemente, que o médico conheça um vasto número delas para saber diagnosticá-las. Mas a imensa maioria dos pacientes procura atendimento por problemas corriqueiros: são dores de cabeça, nas costas, constipação, gases, gastrites, sinusites, alergias respiratórias, aumento dos lipídios no sangue, varizes, pressão alta etc. que representam 95% dos casos atendidos em qualquer unidade de saúde. Se o estudante não é bem treinado para lidar de forma adequada com esses problemas, provavelmente será incapaz de obter bons resultados nesses casos, apelando para excessivos exames e propondo tratamentos pouco eficientes. A conseqüência final desse processo são pacientes insatisfeitos e o aumento do custo da medicina.

Para atacar o problema, bastaria valorizar, no currículo universitário, o leque de doenças comuns à população. Outro ponto importante seria a incorporação de medicinas tradicionais, que geralmente apresentam bons resultados no tratamento desses quadros.

O Bitolamento Nocivo

Bitola é o sistema de trilhos e dormentes sobre os quais o trem trafega. Pois a formação em medicina deixa o profissional exatamente assim, atrelado ao raciocínio que aprendeu a desenvolver na escola, incapaz de questioná-lo e de construir um outro, diferente.

O tema gerou profundas discussões com o Dr. Ricardo Caimont e Antunes e o Dr. Alcio Comes, ambos sócios meus na fundação do Instituto de Acupuntura do Rio de Janeiro. Para ensinar medicina chinesa a nossos alunos, foi necessário criarmos uma estratégia que fosse capaz de quebrar os conceitos bitolados que traziam da faculdade, para então colocar outros temas em discussão. Para abrir mentes e corações, boa alternativa é buscar conceitos reformadores nas medicinas tradicionais, que vêm sendo exercidas há milênios e, portanto, têm muita informação técnica acumulada e suporte cultural e prático, encarados, por alguns pesquisadores, como um tipo de comprovação. As principais correntes são a homeopatia, a acupuntura, as medicinas antroposófica e ayurvédica, o xamanismo, a quiroprática e a osteopatia. Em comum, elas têm algumas vantagens, como o baixo custo, a simplicidade de procedimentos e a aplicação em problemas comuns, o que levou a Organização Mundial da Saúde a aconselhar sua aplicação em sistemas básicos de saúde. Algumas dessas terapias têm uma base de investigação científica e, onde foram aplicadas, apresentaram melhora nos indicadores de saúde da população. Porém, a maior vantagem na incorporação desses modelos é que eles auxiliam o médico a resgatar a visão do todo e aspectos vitalistas e humanos da medicina.

A fisiatra Sioni Fraga, pós-graduada no Hospital Pedro Ernesto, da UERJ, um dos melhores centros de medicina do país, frisa a importância da prática de terapias tradicionais na qualidade de seu trabalho. "Minha visão mudou inteiramente com o estudo da acupuntura. Incomodava-me, na medicina ocidental, especialmente no acompanhamento do paciente com dor, a falta de um sistema que me ajudasse a compreender uma série de queixas que não se enquadravam em nenhum diagnóstico, essas que levam o médico a pensar que têm origem psicológica. Já na chinesa, é possível encaixar os sintomas num diagnóstico, conseguindo-se bons resultados e melhorando a vida dos pacientes, o que é muito satisfatório na prática diária. Tenho tido sucesso com a acupuntura, nos sintomas subjetivos e objetivos e ela me ajudou a ter uma visão global do paciente."

Seria um enorme ganho para a qualidade da medicina se os universitários passassem por essa experiência. Contudo, sabemos que a maior parte das escolas não tem setores voltados para pesquisas em medicina tradicional, e que seus

conhecimentos não entram no currículo. É pena. Ignorá-los é, na verdade, falta de visão, já que eles conquistam, mais e mais, credibilidade e espaço no mercado de trabalho. As faculdades poderiam começar por criar setores de atendimento que adotassem procedimentos "alternativos", desde que desenvolvessem pesquisas nesse campo. Em seguida, criariam módulos opcionais em cursos para os interessados e um programa de atualização no tema para professores de outras áreas. Por fim, num terceiro momento, os módulos ser tornariam créditos obrigatórios.

A Priorização da Técnica em Detrimento da Formação Humana

Se de um lado as universidades priorizam o ensino técnico, de outro, para compreender melhor os pacientes, o médico precisa ampliar sua formação nas ciências que estudam o homem, como a antropologia e a psicologia. A primeira é fundamental para o conhecimento dos aspectos primitivos da medicina na sociedade e do papel da magia na medicina. A segunda também, já que o médico lida, o tempo todo, com o simbolismo dos pacientes, e precisa estar preparado para saber usar esse material no processo de cura. A filosofia, com certeza, ofereceria suporte ao médico, que precisa ter uma cabeça aberta e desenvolvida, pois trata de questões ligadas ao significado da vida e da morte, e sua missão inclui acompanhar o doente em sua difícil trajetória, muitas vezes preparando-o para a morte. Essas áreas representam amplos campos de estudo, e o ideal seria a criação de um curso sintético voltado às questões essenciais que mobilizam o médico.
É fundamental, portanto, reivindicarmos a inclusão de matérias como antropologia e filosofia no currículo da faculdade de medicina. O curso de psicologia médica precisa ser ampliado e valorizado.

A Medicina sem História

Não há, nos currículos, uma matéria sobre a história da medicina. Os profissionais saem das escolas sem a menor idéia de como a ciência evoluiu, de que bases conceituais emergiram os conhecimentos hoje utilizados, quais os grande equívocos do passado, as principais correntes de pensamento que nortearam os procedimentos terápicos nas diversas épocas etc. Médicos que se

formam praticando uma profissão sem história desconhecem seus aspectos humanos. Conhecendo o passado, aprendemos mais sobre o presente e nos preparamos melhor para o futuro, compreendendo, por exemplo, a origem de preconceitos e dogmas que permearam a prática médica. Sobrevivem idéias machistas como a de que a histeria é uma doença causada por um hormônio secretado pelo útero. Persiste o conservadorismo retrógrado que motivou, por exemplo, uma vida de humilhações a Horace Wells, o descobridor da anestesia. E topa-se ainda com atitudes insensatas que levaram médicos a obrigarem nutrizes a desprezarem o colostro antes de amamentarem seus bebês. Se isso acontece, deve-se ao desconhecimento da fantástica história da ciência médica, com seus percalços, descobertas, personagens, mitos, implicações culturais, sociais, econômicas, religiosas etc.
Uma medicina só poderá ligar-se no futuro se revisar o passado, e isso precisa ser feito na universidade, como não acontece, é necessário buscar esses conhecimentos fora dali. Vejo, no meio médico, grandes profissionais conscientes da importância de resgatá-los, o que só lhes confere respeito e admiração. Imagino que quase ninguém tenha dúvidas de como é fácil e adequado incorporá-los aos currículos universitários.

O Materialismo

Como conseqüência da formação tecnicista e da falta de conhecimento humano, os jovens médicos são excessivamente materialistas, só acreditando nas verdades "científicas". E claro que eles devem colocar a ciência em primeiro lugar, mas, ao mesmo tempo, não podem negar fenômenos simplesmente por não saber explicá-los, como as curas feitas através das mãos, pelos curandeiros. O conhecimento científico é limitado e acontecimentos desse tipo devem ser tratados com respeito, para que possam, um dia, ser compreendidos aos olhos da ciência.

Síndrome da "Fosforilação"

No jargão dos estudantes, quando algum médico cogita diagnósticos mirabolantes, diz-se que está "fosforilando". O termo deriva de "fosforilação oxidativa", processo que transforma a glicose em gás carbônico, água e radicais fosfato de alta energia, para serem utilizados no metabolismo celular. Esse jargão significa que o cara está consumindo muita energia para manter uma atividade mental intensa, através de idéias fantasiosas. Médicos excessivamente influenciados pelo meio acadêmico gostam de fazer diagnósticos difíceis,

"fosforilam" em demasia. O paciente pode ser prejudicado nessas situações, pois há tanta preocupação com o diagnóstico raro que esses médicos se esquecem do óbvio. Há uma tendência a essa deturpação em formandos saídos de cursos onde impera o tecnicismo.

Durante meus estágios como universitário, tive oportunidade de observar o quanto esse problema influencia os estudantes. Nessa época, trabalhei na emergência do Hospital do Andaraí, onde recebíamos muitos casos de hemorragia digestiva, ataques de asma, traumatismos, lesões por projétil de arma de fogo, infarto e acidente vascular cerebral. Lembro-me bem de como meus colegas se esmeravam em examinar a mucosa da boca à procura de telangiectasias, ou de manchas castanhas, que caracterizam, respectivamente, a doença de Rendu- Weber-Osler e a de Gardner, duas enfermidades raríssimas. Até hoje, com 19 anos de prática, só vi um caso da segunda e nenhum da primeira. Mas ninguém se preocupava em saber qual era a dieta do paciente, se ele estava passando por problemas difíceis, ou se estava usando alguma medicação causadora de úlcera. O grande barato era fazer um "diagnóstico difícil".

Telangiectasias — Aranhas vasculares, ou seja, dilatações de pequenos vasos em forma de uma aranha.

A doença de Rendu-Weber-Osler é hereditária e o paciente tem múltiplas telangiectasias no trajeto do tubo digestivo, o que gera maior chance de apresentar episódios de sangramento digestivo.

Foi o que ocorreu no caso de Manuel Roberto da Silva, que em 1981, aos 62 anos, foi internado devido a um sopro no coração. O objetivo era fazer uma avaliação de sua função cardíaca, já que o sintoma era indicativo de insuficiência aórtica. Nesse tipo de lesão valvular, quando há insuficiência cardíaca, a função do órgão se deteriora rapidamente. A estratégia, portanto, era operar logo, colocando-se uma valva protética se a lesão fosse grave. Contudo, o caso do Sr. Silva não parecia ter maior gravidade pela avaliação clínica e pelo ecocardiograma. Os residentes e internos do hospital acharam que ele deveria receber alta e passar a ser acompanhado no ambulatório. Mas o cardiologista responsável pelo paciente afirmava que havia escutado um sopro de Austin-Flinr, o que denotava a gravidade da lesão, indicando a cirurgia. Depois de muita discussão, a equipe concordou em enviá-lo para um cateterismo. Este mostrou que, em termos funcionais, a lesão valvular realmente não era significativa e que a cirurgia para trocar a válvula não seria necessária. Sem dar o braço a torcer, o cardiologista continuou insistindo em sua tese, garantindo que, em breve, o paciente precisaria ser operado o que não se confirmou.

Nesse caso, ficou claro que, no afã de fazer um diagnóstico raro, o médico

esqueceu-se de outras evidências e começou a torcer para que sua idéia fosse comprovada pelos exames, exibindo, com todas as suas tintas, uma grande vaidade. Esse defeito está de tal forma impregnado na personalidade de certos médicos que estes acabam por distorcer a realidade, em prejuízo do paciente. Como vários médicos compartilharam o diagnóstico do problema do Sr. Silva, este escapou da faca, que fatalmente enfrentaria, desnecessariamente e correndo riscos, se estivesse nas mãos apenas do brilhante especialista.

Síndrome do último Artigo Publicado

É relativamente comum, entre os universitários, acharem que alguém, em seu círculo de relações, sofre da doença que acabaram de estudar. Isso faz parte do amadurecimento profissional. O problema é que alguns conservam a mania ao longo da carreira. E preciso estar atento para se evitar que essa influência distorça a visão do quadro apresentado pelo paciente. A freqüência com que acontece é verificado no número de pacientes com determinado diagnóstico relacionado com uma doença muito veiculada em meios médicos e leigos, em determinada época. Um exemplo recente foi a epidemia de diagnósticos de fibromialgia, que surgiu por ocasião da grande divulgação de informações sobre essa doença, na segunda metade dos anos 80, início dos 90. Subitamente, todo paciente com alguma dor sem explicação aparente estava com fibromialgia. A pessoa nem sequer era acompanhada por algum tempo, para que outros sintomas confirmassem o diagnóstico. A síndrome do "vai-com-os-outros", como poderíamos também chamar essa comportamento, pode ser resumida assim: se muitos colegas falam sobre determinada doença e as publicações discutem o assunto, quando surge um paciente com sintomas sugestivos, seu diagnóstico será, provavelmente, a tal doença da moda.
"Até parece que ele estudou esse assunto ontem!", é o comentário brincalhão que alguns médicos fazem quando percebem alguém excessivamente focado num determinado diagnóstico. Na verdade, todos nós, médicos, sofremos um pouco dessa síndrome, mas precisamos estar atentos para que ela não prejudique nossa prática diária. Estudar rodo dia é ótimo, mas não ficar vendo a doença onde ela não existe.

Aprendendo e Ensinando

"Doutor" vem do latim, docere, e significa ensinar, como gosta de lembrar o médico Ronaldo Azem, coordenador do Programa de Medicinas Tradicionais da Secretaria de Saúde do Governo do Estado do Rio de Janeiro. Ele ressalta que a

prática médica envolve ensinar muitas coisas ao paciente, e quem está nessa função também deve estar sempre aprendendo. Médicos, de maneira geral, estão sempre se reciclando, se atualizando, já que a grande universidade é mesmo a vivência profissional. Aquele que veste o jaleco. empunha o estetoscópio e um diploma deve estar preparado para seguir vivenciando, aprendendo e ensinando. Só assim será um grande médico. Mas o que tenho aprendido, em meu caminho profissional, é que os conhecimentos amealhados pela medicina só nos conscientizam da dimensão de nossa ignorância e de como há ainda muito a aprender. Sejamos, então, humildes, e vamos receber as idéias novas com alegria, pois elas são as sementes do nosso futuro.

Conclusões

A formação médica deve ser vista como uma questão estratégica na melhora da qualidade da medicina: se uma piora, a outra sofrerá as conseqüências e este é um ciclo vicioso que precisa ser interrompido.

A formação médica tem vários problemas: é muito compartimentada, excessivamente teórica, favorece a especialização precoce e dá pouco foco aos problemas comuns de saúde.

Faltam, nos currículos, várias matérias que poderiam oferecer informações importantes na prática médica, como psicologia e antropologia. A história da medicina precisa ser estudada e compreendida, pelos médicos; os conceitos éticos deverão ser mais bem consolidados.

Outro ponto a ser revisto é a ausência, nos currículos, das medicinas tradicionais. A inclusão desses conhecimentos aumentará o senso de humanidade do profissional, alargará sua visão, agregará conceitos inovadores e ainda lhe dará mais recursos para lidar com problemas simples de saúde.

A prática médica, nas universidades, precisa ser ampliada, especialmente para aqueles que pretendem fazer clínica. K importante que se instituam dois tipos de graduação: um, habilitando o médico à clínica e, o outro, exigindo menos prática e menor tempo de formação, habilitando-o apenas a procedimentos, exames e pareceres específicos.

Médicos que não perdem suas manias de estudante podem comprometer seu desempenho profissional. Uma delas é a síndrome da "fosforilação", quando ficam tão preocupados em fazer um "diagnóstico difícil" que se esquecem de problemas reais do paciente; outra, é a "síndrome do último artigo científico", quando diagnosticam, nos pacientes, as doenças que estudaram na véspera.

CAPÍTULO 10

A Medicina Despedaçada

Quem teve o privilegio de assistir às aulas do Dr. Hélio Luz, professor de clínica médica da UFRJ, e coordenador de um dos melhores cursos de especialização na área, sabe de sua aversão à excessiva compartimentalização da medicina. Seu argumento é original: diz que o paciente não deve ser visto apenas como um organismo, ou seja, o conjunto de órgãos, tecidos e estruturas que formam o corpo humano, mas também segundo o conceito de indivíduo e pessoa. "Indivíduo é esse organismo provido de sensações, sentimentos e espírito, e pessoa é esse indivíduo, com sua história de vida, no seu contexto social e familiar."

Esses aspectos correspondem aos três níveis de bem-estar que a OMS conceitua como saúde: o organismo funcionando de forma harmônica, gerando o bem-estar físico; o indivíduo, com suas sensações, relacionando-se ao bem-estar mental e espiritual; e a pessoa, com sua história e suas relações, correspondendo ao bem-estar social. Segundo o Dr. Luz, nenhum desses aspectos pode ser dissociado. Os órgãos, como sabemos, são interdependentes. Indivíduo, como bem diz a palavra, é o ser indivisível. Como separá-lo de suas sensações e percepções do mundo? E, ainda, como isolar cada uma de suas sensações? Só podemos percebê-lo como pessoa, integrado ao seu meio social e familiar. Portanto, conclui o Dr. Luz, qualquer abordagem propondo separar um ser humano em partes não pode ser eficiente, por proporcionar uma visão incompleta do ser como organismo, indivíduo e pessoa, e, portanto, não estar focada na recuperação do seu bem-estar, em todos os níveis.

Ao longo do livro, tenho me preocupado em mostrar a excessiva compartimentalização da medicina contemporânea como um de seus principais problemas estratégicos. Essa distorção do modelo ocidental gera uma série infinita de problemas secundários, entre eles a falta de visão global do paciente e da doença e, conseqüentemente, a deterioração da relação médico-paciente —, o excesso de consultas e de exames com pacientes, a desvalorização da profissão e o conflito de condutas. Sem falar, do ponto de vista da ciência médica, na miopia científica da qual já tratamos, e que impede o médico, como cientista, de discutir novos modelos, introduzir idéias e rever dogmas.

Hoje, a visão do médico é estreita, sua preocupação com o indivíduo reduzida, a

capacidade de julgamento clínico deficiente, o potencial de fazer diagnósticos limitados e, portanto, a atenção ao paciente é restrita, resultando na grande queixa dos usuários sobre o desinteresse dos médicos por seus quadros de saúde. Essa é a terceira queixa dos entrevistados (24,2%) na pesquisa desenvolvida para este livro (ver em “O Enigma da Qualidade", Capítulo 2). Vimos que a abordagem reducionista permitiu um avanço expressivo da medicina e o desenvolvimento de muitas técnicas de tratamento. Mas já dissemos que de nada adianta muita capacidade de análise sem a de síntese, e o resultado é uma deficiência no tratamento das questões globais do ser humano.

Adeus à Clínica

A clínica é a essência do trabalho médico, e sem ela a medicina se fragmenta, perde a alma e a identidade. A ênfase no tecnicismo em detrimento do trabalho clínico faz com que os jovens médicos dêem mais importância aos exames complementares e procedimentos, como frisou a Dra. Adriana de Aquino no capítulo anterior. O problema também é detectado pelo Dr. Tomas Pinheiro da Costa, ginecologista e professor da Universidade Federal do Rio de Janeiro, um dos poucos obstetras que ainda prefere partos normais às cesarianas, por sua postura humanista e de valorização da clínica. "As empresas de medicina de grupo anunciam seus fantásticos aparelhos de exames, com tecnologia de ponta, e não valorizam o trabalho clínico, que é a essência da medicina. Os currículos privilegiam a técnica em detrimento da clínica, seja porque estão surgindo muitas novas escolas de medicina, com currículos moldados nessa visão compartimentada, ou porque o aluno exige uma formação cada vez mais direcionada para o mercado."

No Capítulo 8, "A Opressão do Capital", entendemos que devemos creditar ao mercado o lamentável e completo desaparecimento do clínico geral, aquela sólida figura que resolvia os problemas de saúde de toda a família, conhecia seu histórico e era acionado para tratar tanto de um resfriado quanto de uma doença mais séria. Hoje, ele é mal remunerado e luta para manter seu consultório. Influenciados pelo lobby em torno das especialidades, os pacientes acreditam que estarão mais bem assistidos por um super especialista. A verdade é que não vale mais a pena ser clínico! O bom é dominar um procedimento cuja remuneração seja melhor. A Dra. Minan Andrade, chefe da UTI neonatal do Hospital Barra D'Or, com forte formação clínica, vem se ressentindo do problema, parando com suas atividades no consultório. Para ela, a estratégia atual, de supervalorizar procedimentos, especialidades e super especialidades, em detrimento das consultas, é o fator determinante da queda da qualidade da

medicina.
Em seu interessante livro O Nascimento da Clínica, o filósofo francês Michel Foucault mostra como os avanços da ciência médica se fundamentaram no fortalecimento da clínica assinalado nos séculos XVIII e XIX. A identificação e classificação da maior parte das doenças foi possível através do trabalho de observação acurada de grandes clínicos como o francês Claude Bernard e o inglês Thomas Sydeham. O modelo da medicina clínica desenvolvido nessa época incluía grande atenção ao paciente, com exames físicos detalhados, valorização do todo e preocupação com sua subjetividade.
"Esse é um problema com muitas causas se retroalimentando, como num ciclo vicioso. O convênio paga mal a consulta do médico, que deixa a clínica para focar sua ação num determinado procedimento. O pneumologista faz broncoscopia, o cardiologista faz eco, o gastro faz endoscopia, e assim por diante. E existem outros fatores influenciando o médico, como o isolamento. Nessa situação, ele não se atualiza, fica com uma visão cada vez mais limitada da medicina, e não se interessa pela clínica. Outro fator é a falta de tempo para conversar com o paciente, nessa correria da vida moderna. Tudo isso o afasta da clínica", reforça o Dr. Luis Felipe Mascarenhas, do Hospital dos Servidores do Estado.

A Falta de Gerenciamento ou um Maestro, por Favor!

A anamnese do médico muito especializado é, portanto, limitada, com seu exame físico voltado unicamente para o órgão focado. Ele deixa de observar sinais e sintomas importantes e não participa do gerenciamento de problemas que o paciente possa apresentar, encaminhando-o a outros especialistas. Sente-se incapaz de acompanhar enfermidades que assumem um comportamento sistêmico, afetando vários órgãos, como é o caso da diabetes em endocrinologia, da hipertensão em cardiologia, do lúpus critematoso em reumatologia, da cirrose do fígado em gastroenterologia, das glomerulonefrites em nefrologia. Para compreender esses quadros complexos, é preciso conhecer muito bem clínica médica. Ainda na opinião do Dr. Mascarenhas, seria necessário dar ao especialista um treinamento nessa área, para que pudesse conduzir seu paciente. "Ou convencer esse médico a limitar-se a dar um parecer técnico ou a desenvolver, apenas, determinados procedimentos. No meu caso, faço clínica pneumológica, e se meu paciente com DPOC estiver constipado, com artrose, ou tem uma sobrecarga do coração direito, vou tratá-lo. Mas se apresentar uma complicação que não posso resolver, indico-lhe um especialista, ficando com a palavra final da conduta."

Com a facilidade com que muitos médicos, hoje, despacham seus pacientes para outros especialistas, vemos a triste peregrinação desses infelizes, batendo de porta em porta para tentar resolver cada um de seus problemas de saúde, ou na basca de um diagnóstico. Com tantos profissionais à mão, acabam sem ninguém que gerencie a conduta de investigação ou de tratamento. Sem falar que perdem tempo e dinheiro nessa via crucis, entre consultas e exames, sem que consigam resolver sua carência de atenção e de informação sobre a doença. Isso tudo é reflexo do vácuo deixado pelo clínico geral ou especialista que faz clínica, pois este tende a estabelecer uma boa relação com os pacientes, ganhando sua confiança e participando naturalmente das decisões importantes.

A falta da figura de um gerenciador confiável os leva a consultar vários especialistas da mesma área atrás de confirmações de diagnósticos ou de procedimentos, principalmente no caso de indicações que envolvem riscos, como cirurgias, quimioterapias e transplantes de medula. Em alguns casos, isso representa o agravamento de suas condições emocionais, já que esse estresse desnecessário muitas vezes potencializa os sintomas e piora a doença. Não é raro optarem por condutas inadequadas por tomarem decisões sem suficiente informação técnica ou acabarem vítimas de um conflito de condutas.

Este problema ocorre quando o médico prescreve drogas que apresentam interação tóxica ou geram problemas em outros órgãos fragilizados, por desconhecer o que o colega já prescreveu ou diagnosticou. Tive oportunidade de observar pelo menos cinco casos desse tipo, nos últimos anos, no Rio de Janeiro. Mas se médicos que nem se falam tratam do mesmo paciente, cada um focado no órgão no qual se especializou, como não prever esses equívocos? Portanto, sem um gerenciador, um profissional capacitado a fazer clínica, que coordene todas as fases do tratamento, será difícil devolver ao paciente a saúde e o bem-estar que tanto busca.

Sem um maestro, uma orquestra não seria capaz de manter a harmonia e o compasso na execução de uma peça. Ora, é isso o que reivindicamos para a medicina! O administrador de empresas e maestro paulista Walter Lourenção especializou-se em dar consultoria a empresas utilizando-se de sua orquestra. Sua metodologia, já divulgada num documentário apresentado pelo canal a cabo Globonews, é traduzir em sons a distorção gerencial percebida nas empresas. Utilizando o conceito de que "uma empresa tem que ser afinada como uma orquestra", Lourenção mostra que um grupo de trabalho deve funcionar de forma harmônica e que, para tanto, é fundamental aprender a operar em equipe, sob um comando coerente. E que sensibilidade, sintonia com o trabalho alheio, motivação e domínio do método são essenciais no processo. Ou seja, para se chegar a uma interpretação perfeita de As Quatro Estações, de Vivaldi, ou para

se atingir metas empresariais, tem-se que contar com todos esses atributos.
O papel do maestro, nesse processo, é vital. Para prová-lo, Lourenção pede aos músicos que interpretem a peça de Vivaldi, cada um à sua maneira, apenas mantendo o mesmo ritmo. O resultado é absolutamente desastroso e cacofônico. Num segundo momento, pede que tentem prestar atenção aos colegas. Com isso, o resultado melhora, a música torna-se mais tolerável. Por fim, o maestro segura a batuta e a orquestra trabalha sob sua regência, produzindo o belo som que se espera dela.
Este trabalho nos mostra que, da mesma forma, médicos de diversas especialidades, que operam instrumentais diferentes, necessitam de um bom regente. Dessa forma, seria promovida uma melhora da medicina, incluindo a de seu potencial de humanidade, e uma racionalização mais eficiente do uso dos recursos financeiros destinados ao sistema de saúde, evitando-se uma sobrecarga desnecessária. Afinal, quando o desperdício é evitado, sobra dinheiro para se promover uma medicina de mais qualidade para os setores menos favorecidos da população.
Veja quanto desperdício de tempo e dinheiro, e por quantos dissabores passou, por exemplo, Rachel Ramalho Quick, justamente por não poder contar com um clínico eficiente. Aos 39 anos, ela procurou a fitoterapia para se livrar da cirurgia de um bócio mergulhante. Já estava em uso de hormônio da tireóide, que deveria diminuir o tamanho da glândula, mas isso só ocorreu, de forma significativa, com o novo tratamento, que também melhorou a sensação de desconforto local. Isso tudo gerou confiança na equipe médica, que atualmente a acompanha. A doença de Rachel foi diagnosticada por sua mãe, que conhecia alguns dos sintomas, pois na família já haviam aparecido outros casos. Rachel começara a senti-los há cerca de oito anos, após perdas afetivas e graves problemas pessoais. A maior parte deles era subjetiva, especialmente palpitações e opressão no tórax. Procurou um clínico, que lhe disse que eram de origem psíquica, prescrevendo sedativos. Insatisfeita com a recomendação, voltou ao consultório, sendo encaminhada a um cardiologista que, por sua vez, solicitou um eletrocardiograma com resultado normal. O especialista confirmou a opinião do clínico: de que seu problema era de ordem emocional. Rachel tentou, então, o uso de sedativos, mas seus sintomas pioraram.
Ao comentar o assunto com a mãe, esta apontou para o fato de que havia notado aumento da base de seu pescoço, e que alguns sintomas poderiam ser da tireóide, sugerindo-lhe que fosse a um endocrinologista. Este, após uma consulta rápida, disse-lhe que os sintomas não eram de doença endócrina, indicando outro cardiologista, que fez um detalhado exame semiológico de seu aparelho cardiovascular e solicitou mais alguns exames, como ecocardiograma e uma

prova de esforço que, novamente, foram normais. Rachel foi, então, encaminhada a um gastro, pois apresentava dificuldade de engolir. Nova consulta, novo exame sumário, mais exames complementares, e nenhum diagnóstico. Aconselhada pelo cardiologista, procurou um clínico de renome, que ouviu sua história, olhou os exames e pediu mais alguns, como hemograma e lipidograma. Os resultados foram normais, e o médico voltou a insistir que a paciente utilizasse um calmante. Passados nove meses, desde que iniciara sua peregrinação, os sintomas haviam piorado, surgindo, inclusive, novas queixas. Até então, nenhum dos colegas tinha palpado sua tireóide! A mãe de Rachel, vendo sua angústia, propôs uma estratégia para resolver, de vez, a questão. Convencida de que a doença estava relacionada à tireóide, instruiu-a a chegar a um novo endocrinologista e dizer, textualmente: "Doutor, tenho um problema de tireóide, mas não me lembro o nome. Meu pescoço está aumentando de tamanho." Este examinou sua glândula, solicitou um ultra-som e a dosagem dos hormônios da tireóide, e o diagnóstico foi confirmado.
É uma história incrível! A paciente teve que passar por sete especialistas, incluindo dois endocrinologistas, para ter um diagnóstico de bócio mergulhante. Na ausência de um gerenciador formalmente treinado e designado, os médicos a passaram de mão em mão, sem que nenhum assumisse o acompanhamento de seu caso. A incompetência para diagnosticar o problema foi tanta que sua mãe, leiga em medicina, mas pessoa de bom-senso, teve que assumir a situação. A ausência de um protagonista realmente capaz à frente de todas as etapas de um tratamento gera o aparecimento do "falso gerenciador" dentro de um modelo perverso implantado nos Estados Unidos e, também, no Brasil.

O Falso Gerenciador ou o "Espantalho de Branco"

A partir de dados analisados pelos planos de saúde americanos, que mostraram o excesso de consultas médicas e de exames complementares, e precisando reduzir custos, os administradores criaram um sistema chamado Manage Care ao qual já nos referimos rapidamente no Capítulo 8,"A Opressão do Capital". Segundo suas normas, qualquer pessoa que busque atendimento deve se consultar, primeiramente, com um médico "generalista". Mas o tal profissional é simplesmente um "pau-mandado": seu treinamento não está voltado para gerenciar a saúde dos pacientes de forma segura e verdadeira, mas sim para criar obstáculos que os impeçam de utilizar os serviços pelos quais pagam, assim evitando a geração de custos para a empresa. Esse médico é chamado gate keeper, que significa "aquele que cuida do portão", ou "leão-de-chácara", como chamamos aqui. Para essa função, são escolhidos os que ficaram de fora dos

sistemas de pós-graduação cm suas especialidades residência ou mestrado, ou seja, os piores alunos das universidades.
Nos hospitais, apareceram os hospitalistas, médicos também mal treinados que atuam como uma segunda barreira para tentar reduzir os custos da internação, avaliando os pacientes e decidindo quais casos necessitam do acompanhamento de especialistas e que exames poderão ser solicitados. A esses profissionais chamo de "espantalhos de branco", pois se parecem com aqueles feitos de palha e vestidos como gente, usados para espantar pássaros numa plantação. Apenas carregam a indumentária e a aparelhagem de médico, mas perderam todas as suas qualidades essenciais: a visão global do paciente, a humanidade, o conhecimento profundo e a responsabilidade de seu ofício.
E claro que um modelo unicamente focado nos custos, ao invés de atacar o grande problema operacional, que é a compartimentalização excessiva da medicina, não pode dar certo. Os custos podem até cair, no início do programa, mas é certo que, em seguida, a qualidade dos serviços também vai despencar, e os custos acabam aumentando, num terceiro momento. São as críticas mais freqüentes de muitos médicos. O Dr. Alexandre Carvalho, por exemplo, meu amigo pneumologista de Dallas, garante que, nos Estados Unidos, existem relatos de problemas surgidos com essa prática.
0 conluio do Anonimato ou "Muitos Mandam, mas Nenhum Assume os Erros"
Michael Balint foi uma das primeiras vozes a se levantar contra o atual modelo da medicina. Em seu livro O Médico, seu Paciente e a Doença, ele descreveu o que considera a principal distorção da prática gerada pelo reducionismo, que chamou de "conluio do anonimato". A expressão é forte e traduz uma situação cruel: a ausência de um responsável por decisões na conduta de pacientes internados e vistos simultaneamente por vários médicos, quando são feitos procedimentos invasivos e drogas são prescritas, sem que fique claro quem são os responsáveis pelas indicações.
O "conluio do anonimato" não fica evidente se o resultado das condutas for bom. Mas se resultarem em iatrogenia, percebe-se o quão desastroso pode ser, pois a procura por um responsável leva a um vácuo total: nunca aparece quem prescreveu tal procedimento, ou tal medicação. A equipe procura se esquivar da responsabilidade, e essa conivência entre os profissionais levou Balint a cunhar a feliz expressão.
Sem um responsável formal pela decisão da conduta médica, ou se esta é decidida num processo pouco claro no qual alguém sugere um tratamento ou procedimento, outro o solicita sem discuti-lo e ainda outro aplica o que foi recomendado instala-se uma situação que pode vir a ser incontrolável. Se, na avaliação posterior, ficar evidente que a conduta foi equivocada, potencialmente

lesiva, ou gerou iatrogenia, quem poderá ser responsabilizado? O que ocorre, nesses casos, é que o profissional que propõe a conduta não conhece, como deveria, os dados do paciente, e o encaminha a outro, que está desatualizado naquela especialidade e que, por sua vez, manda-o para um colega que, simplesmente, limita-se a aplicar uma técnica, sem pesquisar se sua indicação está correta. Se esse conluio é mais uma distorção decorrente do excesso de compartimentalização, identifiquei outras, como a do paciente-gerenciador.

O Paciente "por-conta-própria" ou Síndrome do Labirinto

Movido pelo desespero, por não encontrar um médico que tome conta dele, aparece em cena o paciente que resolve assumir seu processo, tomando decisões e, evidentemente, muitas vezes, incorrendo em sérios erros. Ele é, geralmente, pessoa de personalidade forte, desconfiada e controladora, que ouve a opinião de diferentes médicos e decide quais acatar. Procura especialistas, às vezes de uma mesma área, e migra de um tratamento a outro, de forma caótica. A menos que seja médico, geralmente não tem informação técnica suficiente, nem experiência, para tomar decisões importantes sobre sua saúde. E é comum que a salada resultante de suas interferências não traga o benefício esperado. Seu caminho se torna penoso, labiríntico, a luz no fim do túnel cada vez mais distante. A cada nova tentativa, percebe, frustrado, que o problema continua lá. Sem falar que consultas e exames, que faz e refaz, resultam, evidentemente, na elevação do custo do sistema de saúde. Essas distorções ficaram muito evidentes no caso de Rosa Acioly.

Ela é uma profissional requisitada, que trabalha muitas horas por dia. No início dessa história, ela voltava de uma viagem ao exterior, na qual carregou malas e andou muito. Chegou com uma dor lombar, irradiando para a face anterior da perna esquerda, que piorou depois de uma aula de ginástica. Procurou, então, o Dr. V., que lhe aplicou uma sessão de acupuntura, e solicitou uma ressonância magnética. Como não melhorasse, Rosa buscou outro acupunturista, o Dr. B., melhorando, desta vez. A ressonância magnética mostrou uma pequena protusão do disco, entre a terceira e quarta vértebras lombares. Após a terceira sessão de acupuntura, a dor voltou forte. Rosa procurou um neurologista, o Dr. N., que lhe recomendou parar com o tratamento e tomar um anti-inflamatório, fazer repouso e colocar gelo no local, atribuindo a dor à compressão feita pelo disco. O medicamento lhe causou gastrite, o gelo piorou a dor e ela abandonou o neurologista, voltando para outra sessão com o Dr. B. A melhora foi pequena e passageira, e o médico lhe indicou fisioterapia em piscina aquecida. Rosa achou que os resultados viriam a longo prazo e buscou o conselho de outro

neurologista, o Dr. C., que lhe propôs um medicamento para aliviar a dor, mas que causava sonolência e diminuição de raciocínio. Ela passou a usá-lo de forma irregular, e decidiu partir para um reumatologista, o Dr. G., que lhe prescreveu fisioterapia e um anti-inflamatório de nova geração, mais tolerável ao estômago. A dor piorou com a troca do medicamento e Rosa achou que a fisioterapia não estava resolvendo, retomando o tratamento do Dr. C.
Quando precisou viajar novamente, com o esforço de carregar malas e as muitas horas sentada em reuniões e no avião, a dor piorou. De volta ao Brasil, resolveu tentar novamente a acupuntura, com o Dr. B., piorando no dia seguinte à sessão e interrompendo o tratamento pela terceira vez. Voltou ao Dr. C., que lhe recomendou ouvir a opinião de um fisiatra, e manter o medicamento que já estava tomando. Mas Rosa preferiu escutar um ortopedista, o Dr. H., que por sua vez insistiu para que tentasse a fisioterapia convencional. Rosa fez três sessões, sem melhora, e resolveu procurar a RPG, sem persistir no tratamento, por não sentir melhora. Nessa longa via crucis, sempre sentindo dores, buscou outro ortopedista, o Dr. G., que não lhe ofereceu novas alternativas. Por meses, a história prosseguiu, e o que poderia ser uma simples dor irradiada tornou-se um suplício sem fim.

Só, Entre Tantos

O gerenciamento inadequado de um quadro de saúde pode ser desastroso, seja porque é feito pelo próprio paciente, ou por um médico incapaz de associar tratamentos e drogas prescritos por colegas.
Quando há acúmulo de condutas, há riscos de interação tóxica, como ocorreu com uma senhora que, usando anticoagulante devido a uma trombose venosa, procurou um ortopedista devido a uma dor lombar e saiu com uma receita de anti-inflamatório. O especialista não se deu ao trabalho de perguntar qual a medicação que ela estava usando e, nesse caso, as conseqüências poderiam ser graves, já que anti-inflamatórios reduzem a adesividade das plaquetas do sangue e, numa pessoa que toma anticoagulantes, pode causar hemorragia e levar à morte. Felizmente, fui procurado a tempo de cancelar a indicação.
Nas indicações de reposição hormonal para mulheres na menopausa, também assistimos a essa grande confusão de diagnósticos e procedimentos disparatados feitos por médicos que tratam de uma mesma paciente. Na matéria, existem três correntes de pensamento: a que recomenda a reposição quando há uma indicação formal bem definida, a que defende o modelo tradicional de prescrição e uma nova corrente, que a sugere com uma indução de ciclos, que mimetizem os menstruais. Há muitos médicos que dizem à paciente o que ela deve fazer,

quando o correto seria explicar as condutas, suas vantagens e desvantagens, e ambos optarem por uma delas.
Compreendemos, enfim, por todas essas situações, que as distorções causadas pela compartimentalização exagerada faz com que o paciente se sinta só, abandonado, esquartejado entre cantos especialistas e desiludido da medicina, por não poder contar com um apoio efetivo de alguém competente e humano que o siga durante a dura jornada pelo mundo das doenças.

Conclusões

O modelo da medicina atual, centrado nas especialidades, é excessivamente reducionista e compartimentado. Isso resulta de três fatores: a mentalidade cartesiana, o tecnicismo exagerado e a política de remuneração da saúde, que privilegia os especialistas e os procedimentos, em detrimento da clínica.
A compartimentalização excessiva causa aumento do custo da medicina, compromete a relação médico-paciente, desvaloriza a clínica, estreita a visão do médico e impede o desenvolvimento da ciência.
A falta de visão estratégica leva à implantação de sistemas equivocados, nos quais trabalhos clínicos de baixa qualidade são desenvolvidos por médicos com formação precárias, "espantalhos de branco".
A falta de gerenciamento provoca uma série de distorções na medicina, como o "conluio do anonimato", como chamou Baunt. A falta de um gerenciador leva a outras situações, como a do paciente que assume seu tratamento, ouve vários médicos e se perde no complexo mundo da medicina.
O médico capaz de gerenciar a saúde de seu paciente contribui tanto para a melhora da qualidade da vida dessa pessoa como também a da própria medicina.

PARTE IV

A Medicina do Futuro

O choque de idéias não é um desastre.
É uma oportunidade para ser aproveitada.
Ilia Prigogine

CAPÍTULO 11

A Medicina e o Caos ou
Receber uma Flor Pode Curar um câncer

Compreender um pouco como funcionam os sistemas caóticos pode ser uma boa forma de encontrar novos rumos para a pesquisa médica. As doenças costumam aparecer e se comportar de forma tão singular e imprevisível que um médico experiente pode deduzir suas afinidades como esses sistemas. Por exemplo, no caso de uma gripe, as evidências muitas vezes apontam para uma questão simples, que se resolverá em dois ou três dias, com uma medicação sintomática, mas o problema evolui de forma complicada, colocando em risco a vida de uma pessoa. Em outras situações, quadros aparentemente sem solução resolvem-se como por milagre. Para explicar esse universo surpreendente, precisamos buscar novos modelos científicos, mais ajustados às características peculiares da vida.

Em A Nova Aliança, Prigogine e Stengers afirmam que a ciência, no século XXI, caminha para um novo sistema de inter-relação entre suas várias vertentes. Lideradas pela física e pela matemática, eles mergulham num novo universo, muito mais complexo e rico do que se poderia imaginar no fim do século XIX. No atual momento, a filosofia precisará se reaproximar da ciência, para que, juntas, possam encontrar melhores caminhos entre as infinitas possibilidades abertas pelo conhecimento. Novos modelos de investigação, como a Teoria dos Sistemas Complexos e a Teoria do Caos, precisarão ser incorporados às diversas áreas — a medicina é uma delas — para melhor compreensão dos sistemas complexos e caóticos, como o do organismo humano.

Meu objetivo, neste capítulo, é sugerir em que áreas a Teoria do Caos tem potencial para auxiliar a medicina. Ela será um valioso suporte, por exemplo, na definição de prognósticos, tornando possível evitar complicações e agravamento de doenças e, com isso, possibilitará a instituição mais rápida e eficaz de medidas terapêuticas. Poderá, também, contribuir para o melhor entendimento da fisiopatologia de doenças crônicas, que evoluem com períodos de recorrência dos sintomas, e de melhora, possibilitando novas estratégias de tratamento para impedir os surtos de atividade patológica.

Por que, atualmente, é tão difícil fazer um prognóstico preciso para uma doença? Sua evolução depende de uma complexa interação de fatores que atuam com intensidade variável, às vezes somando-se a intercorrências imprevisíveis. A

teoria do Caos propõe uma metodologia para se lidar com sistemas desse tipo, e possibilita a formulação de uma previsão, de acordo com a quantidade e a qualidade de informações que se tenha sobre eles. Ela mostra que os sistemas caóticos, apesar de aparentemente ilógicos, comportam-se segundo algumas regras. A aplicação de seus princípios no modelo patológico de doenças crônicas permitirá conhecer a razão de suas flutuações clínicas, e ajudará na definição da estratégia que manterá seu curso estável, sob controle.

A Caracterização do Caos

Essa teoria foi desenvolvida por diversos autores, dois deles especialmente importantes: Edward Lorenz, professor de metereologia do Massachusetts Institute of Technology (MIL), em Boston, que procurava modelos para explicar o comportamento dos fenômenos atmosféricos; e David Ruelle, matemático e físico belga, radicado na França, que estudava o fenômeno da turbulência no fluxo dos fluidos. Este, em seu livro O Acaso e o Caos, comenta que sua formação nas duas áreas capacitou-o a desenvolver suas teorias, pois através da aplicação de modelos matemáticos chegou a resultados significativos. Utilizou-se, por exemplo, de alguns propostos pelo matemático francês Henri Poincarré, que já se preocupara com questões semelhantes, entre elas o sistema do fluxo turbulento de fluidos e gases. Também Lorenz foi influenciado por Poincarré.

A imagem clássica da Teoria do Caos, mencionada pelo meteorologista num ciclo de conferências da Universidade de Washington, em 1990, é a de que o bater de asas de uma borboleta, sobre o oceano Atlântico, pode causar uma tempestade no Pacífico. Isso parece assustador, mas seu objetivo era apenas o de mostrar que, num sistema caótico, uma pequena interferência pode gerar grandes conseqüências. Para Lorenz e Ruelle, o caos é caracterizado por uma dependência hipersensível das condições iniciais. Isso significa que uma mudança mínima nessas condições pode gerar uma modificação de grandes proporções no sistema. Outro exemplo citado por eles e o da rampa de esquis. Esses equipamentos, soltos, numa mesma rampa, e na mesma velocidade, com 10 cm de espaço entre eles, atingem, ao final da rampa, uma distância de muitos metros um do outro, após terem seguido trajetórias absolutamente diferentes.

O segundo aspecto passível de ocorrer no caos relaciona-se aos "atratores estranhos", eixos em torno dos quais os sistemas caóticos circulam, com comportamentos imprevisíveis, ou seja, o "coração" desse sistema. É possível haver mais de um atrator, fazendo com que o caos varie, ora em torno de um, ora de outro.

Outro conceito interessante a se observar nesses sistemas, especialmente nos que

envolvem movimentos de fluidos ou gases, é a Teoria dos Modos, segundo a qual, quando um líquido recebe uma forte pressão e o atrito aumenta, muitos modos são excitados, formando-se um fluxo turbulento. A turbulência, por sua vez, gera um tipo de comportamento caótico, que ocorre porque os modos apresentam interação variável, criando um sistema dependente das condições iniciais, com atratores estranhos.

Podemos comparar os modos às notas musicais: se pensarmos no mi, por exemplo, sabemos que há "mis" mais agudos e mais graves. A cada oitava, a onda musical que é uma vibração dobrada tem sua freqüência dividida ao meio. Assim são os modos, sendo que estes guardam uma relação matemática entre si. Cada fluido tem um perfil específico de modos, de acordo com sua viscosidade, composição e nível de atrito.

Por fim, há a questão da complexidade e da multifatoriedade, que deve ser considerada quando falamos em medicina do futuro. Quanto mais multifatorial e complexo é um sistema, mais chances ele tem de assumir um comportamento caótico. O que significa que nem todo sistema multifatorial é caótico, nem que os mais simples não possam sê-lo. A multifatoriedade aumenta sua complexidade, mas não determina, necessariamente, o caos. Inicialmente, os físicos estudaram os sistemas caóticos simples, como o da rampa de esquis. Sua representação gráfica permite uma melhor análise dos resultados.

Falta, ainda, discutir o conceito da aleatoriedade palavra originária do latim alea, que significa "sorte". São considerados aleatórios os fenômenos que apresentam um número limitado de comportamentos, e que, a despeito de sua irregularidade, podem, numa análise estatística, apresentar regularidade. Por exemplo, num jogo de cara e coroa. São apenas duas as possibilidades apresentadas, independente da força, velocidade e da altura com que a moeda é lançada: ou ela cai com a cara para cima, ou com a coroa. Numa amostragem de dez jogadas, é possível caírem sete caras e três coroas. E, numa segunda vez, seis coroas e quatro caras. O sistema, portanto, parece ter um comportamento irregular e imprevisível, mas se a amostragem for de um milhão de jogadas, e a compararmos com outra, de igual número, será grande a chance de haver equiparação na freqüência dos lados. Já nos sistemas caóticos, em que o número de comportamentos possíveis é imenso, não é possível determinar um padrão de resposta por meio de estatísticas.

O fenômeno da aleatoriedade e do caos são distintos, embora profundamente inter-relacionados. No exemplo da moeda, o que determina o comportamento aleatório e imprevisível é o caos se considerarmos a trajetória da moeda, no ar, quantas voltas ela dá, e o ponto exato onde cai. E quase impossível reproduzir a mesma trajetória e comportamento espacial, pois há uma dependência sensível

das condições iniciais. Ou seja, é praticamente improvável se jogar duas vezes uma moeda exatamente da mesma maneira.
A aleatoriedade pode influenciar os sistemas caóticos por introduzir modificações em parâmetros antes constantes, ocasionando o fenômeno da "bifurcação", quando um valor constante se modifica, alterando o comportamento de um sistema periódico, que assim se torna caótico, favorecendo o surgimento ou desaparecimento de um atrator estranho. Tomemos por base o nosso sistema atmosférico, caótico e complexo, porém o mais bem estudado até o momento. A aleatoriedade pode determinar mudanças na atmosfera. Por exemplo, se houver uma erupção vulcânica de grandes proporções, a atmosfera ficará impregnada por cinzas em suspensão que influirão na quantidade de luz que chega à Terra, de forma a modificar o clima. Já num exemplo mais radical, se um meteorito de grandes proporções se chocar com o planeta, trazendo uma quantidade enorme de micro-partículas e vapor d’água, vai alterar completamente as constantes, causando uma bifurcação no sistema. Nesse caso, o sistema caótico assumirá um comportamento diferente, com outros atratores e um nível de caos provavelmente maior. As conseqüências seriam tão grandes sobre o clima que poderiam significar o fim da vida sobre o planeta.

O Caos e os Sistemas Biológicos

Alguns autores já sugeriram a aplicação da Teoria do Caos aos sistemas biológicos, como vimos no Capítulo 3, "A Ciência Médica".
Pye e Chance fizeram experiências nas quais controlaram algumas variáveis bioquímicas de animais, em relação ao ciclo circadiano, e concluíram que o comportamento das variáveis era caótico. A própria análise da cinética de algumas reações bioquímicas revelou a presença de um comportamento instável, com bifurcações que, na presença de atratores, evoluíam para sistemas caóticos. Ao considerarmos que nosso organismo está imerso em água, e que esta, por sua vez, sofre pressões que afetam seus fluxos, podemos associá-lo a um sistema desse tipo. Existe, ainda, a influência do movimento browniano das partículas em suspensão aquosa, as trocas osmóticas através de membranas e a interação complexa entre as diferentes substâncias orgânicas, encontradas nos sistemas biológicos. Tudo isso afetando a interação entre substratos bioquímicos e enzimas, e entre substâncias ativas e receptores, concorrendo para que esses sistemas se comportem de forma caótica.
David Ruelle afirma não ter dúvida de que, nos organismos vivos, há um grande campo de aplicação da teoria, mas queixa-se da falta de qualidade e de

quantidade de trabalhos voltados para essa área, apostando que ainda levará tempo até que se consiga utilizá-la na biologia. Penso, como Ruelle, que o maior problema, hoje, é formar pesquisadores que conheçam matemática, física e biologia, capazes de desenvolver modelos adequados para essas análises. Seria interessante, por exemplo, juntar cientistas de diversas áreas num mesmo centro de pesquisa.

A meu ver, há várias questões que devem ser discutidas de imediato. A primeira diz respeito à complexidade e à multifatoriedade dos organismos vivos, com milhares de variáveis, mesmo se considerarmos um simples protozoário ou uma bactéria o que exigiria uma estratégia bem definida, talvez semelhante à idealizada por Lorenz para os sistemas atmosféricos, partindo de esquemas simples.

Outro ponto a ser considerado é que, nos sistemas biológicos, encontramos o fenômeno da homeostase, significando que eles reagem ativamente para manter seus parâmetros estáveis. Vejamos o que acontece, por exemplo, no caso da temperatura: a vida necessita de água em estado líquido; congelada, os seres vivos morrem ou têm seu metabolismo paralisado; por outro lado, a vida também não suporta temperaturas muito elevadas porque a água, em estado líquido, pode chegar à ebulição, e nesse processo a agitação de suas moléculas afeta substâncias vitais, como as proteínas. Por isso, a maioria dos seres vivos procura manter estáveis suas temperaturas, entre 4 e 60°C. Já os sistemas físicos admirem temperaturas que variam entre 272 a + 5.000°C. Uma questão interessante a considerar é com relação ao pH índice de íons de hidrogênio em solução. Os sistemas biológicos não suportam pH muito ácidos ou alcalinos, incompatíveis com seu metabolismo, e possuem um mecanismo que os mantém numa faixa constante.

Sistemas biológicos podem se "rebelar" contra as leis da física, procurando as suas próprias. Eles têm uma "inteligência" peculiar, e ainda enzimas que lhes permitem adaptar-se às variações físicas e químicas do meio ambiente, mantendo suas condições internas constantes. Essa "inteligência" significa que, apesar de caóticos, esses sistemas têm formas próprias de "controlar" o caos. Poderíamos dizer que, neles, se estabelece "um caos comportado", ou "um caos sob controle". É provável que os mecanismos homeostáticos funcionem como atratores do sistema caótico, mas seria necessário experimentação e aplicação de modelos matemáticos para esclarecer esses aspectos.

Quando se propõe modelos para o estudo dos sistemas biológicos, não podemos nos esquecer de outro aspecto: a variável tempo tem importância fundamental na concepção do caos. Os seres vivos evoluem em ciclos regulados pelos mecanismos homeostáticos, que os mantêm dentro de margens estritas. Nesse

aspecto, não se assemelham aos modelos clássicos de caos, como a rampa de esquis, ou o modelo meteorológico. Aqui, a questão principal a ser abordada é com relação à variável espaço: "Qual a trajetória do esqui?", "Qual a mudança climática observada nesse determinado local?" etc. E provável que a discussão espacial ganhe importância, na medicina, frente a questões como "Por que essa doença acometeu essa região do corpo?" Mas, no momento, a grande preocupação é com relação a como as variáveis do corpo se comportam no tempo, não no espaço. Penso que a principal questão a ser respondida é: "Estabelecendo-se o tempo zero, num determinado momento, poderei saber como as variáveis do sistema vão evoluir até o tempo X?" Considerando que disponho de um modelo capaz de estudar o comportamento dessas variáveis, serei capaz de prever o que estará ocorrendo no momento X?

O Caos e o Homem

A Teoria do Caos já foi empregada no estudo da fisiologia do corpo humano, especialmente no estudo das ondas eletroencefalográficas e da freqüência de batimentos cardíacos. Contudo, os resultados não foram precisos, como comenta Ruelle. Do ponto de vista da qualidade, alegou ele que os estudos foram precários, e que os dados publicados não exploraram, suficientemente, o enorme potencial do assunto. Mas insiste na necessidade das pesquisas, frisando a importância de se discutir aspectos peculiares dos sistemas biológicos.

Comparado a outros seres vivos, o homem tem um sistema enzimático6 mais sofisticado e complexo, além de maior capacidade de manter sua homeostasia em faixas bastante estreitas. Por exemplo, um vegetal ou um animal menos evoluído, como o sapo, não controla sua temperatura corporal. Já o homem, em condições normais, consegue mantê-la entre 35,5 a 37°C. A faixa de variação de pH é ainda mais estreita, variando entre 7,35 e 7,45. Isso aponta para um sistema no qual o caos encontra-se bastante controlado pelos mecanismos homeostáticos. Compreender como estes influenciam o comportamento do caos no organismo humano deverá ser objeto de muita experimentação.

Seria preciso provar, de início, que os sistemas fisiológicos do homem têm uma dependência hipersensível das condições iniciais. O processo necessitaria do acompanhamento de muitas variáveis e de um vasto tratamento estatístico para cruzar as informações. Um estudo desse porte, com tais exigências, seria muito dispendioso, certamente, e só poderá ser realizado com o patrocínio de entidades de fomento à pesquisa.

A primeira vista, os seres humanos têm sistemas com comportamento periódico, alguns acompanhando o ritmo circadiano, como a secreção de cortisol pela

glândula supra-renal. Mas se pretendermos saber, exatamente, qual o nível secretado no sangue, cinco horas após um determinado momento, baseando-se no valor mensurado nesse momento inicial, e na variação observada nas 24 horas anteriores, a probabilidade de erro é maior que 99%. Se o sistema fosse periódico, seria possível prever o valor exato, da mesma forma como astrônomos conseguem calcular a ocorrência de um eclipse do Sol, ou a passagem de um cometa. Mas a imprevisibilidade sugere uma situação mais complexa, com a dependência sensível das condições iniciais.

O caos e a Doença

As doenças são um eterno desafio à medicina. Grandes médicos do passado descreveram muitas delas, para que pudéssemos chegar ao atual estágio de desenvolvimento. Os avanços tecnológicos permitiram o surgimento de métodos complementara de diagnóstico, mas vemos que quanto mais informações são acumuladas, mais surgem perguntas sem resposta. "Por que uma doença começou desse jeito?", "Por que pacientes com a mesma enfermidade apresentam sintomas diferentes?", "Por que um deles evolui mal e o outro responde bem ao tratamento?, "Por que, numa pessoa, a doença acomete o joelho e em outra, as mãos?" "Uma forma uma placa de ateroma8 na coronária esquerda e a outra, na direita?"
Por mais que se procure lógica no comportamento das enfermidades, às vezes a busca parece vã. Acumulam-se estatísticas, trabalhos, publicações, mas, na prática, a doença freqüentemente surpreende o médico. Algo de padrão tão irregular e de comportamento imprevisível lembra o quê? Os sistemas caóticos. Por isso, a Teoria do Caos já foi proposta no estudo das arritmias do coração. Sem dúvida, este é um campo onde ela poderá ser aplicada com excelentes resultados. Esse órgão possui células musculares com propriedade de se contraírem, após um determinado período, e desencadearem um estímulo elétrico que pode vir a contrair as células vizinhas. E exibe um "sistema de condução" distribuição desses estímulos pelas células dos feixes cardíacos. Quando o coração está com problemas, uma das células pode se contrair antes do tempo, gerando o que se conhece como extra-sístole. Outras vezes, dispara estímulos elétricos muito rápidos, provocando uma taquiarritmia. Por fim, a organização de células pode entrar em pane, cada uma se contraindo num determinado momento, causando a fibrilação. Quando as arritmias acometem os átrios, costumam ser benignas, mas, se atingem o ventrículo, podem ficar mais sérias. O problema é que, eventualmente, elas têm um comportamento

inesperado, aparentemente ilógico. A Teoria do Caos poderia nos ajudar a entender melhor o funcionamento desse sistema e, com isso, poderíamos prever complicações e uma evolução para a melhora grandes passos, sem dúvida, para o manejo dessas doenças.

Nesse aspecto, a teoria poderia ser útil na compreensão de muitas outras. Analisemos, por exemplo, um caso de infecção por retrovírus vírus do mesmo gênero do HIV, o da AIDS -, assim chamados por possuírem uma enzima, a transcriptase reversa, que consegue sintetizar DNA9 a partir de RNA, e com isso, na célula, transformar seu RNA em DNA. Este pode se unir aos cromossomos da célula invadida e sofrer uma mutação, tornando-a cancerosa. Alguns retrovírus causam leucemia, mas, na grande maioria das vezes, são destruídos pelo sistema imunológico, sem causar danos. Vamos, então, imaginar dois cenários para um retrovírus que infectou uma pessoa. No primeiro, suponhamos que ele agrediu a pessoa num determinado momento em que ela estava bem de saúde, alojando-se, inicialmente, nas células linfáticas da garganta. Nelas, conseguiu sintetizar DNA, que se incorporou ao cromossoma de uma, sofreu mutação e a transformou em cancerosa; nas outras, o vírus se reproduziu, causando uma infecção. No dia seguinte, essa pessoa recebeu uma notícia trágica, da morte de sua mãe, por exemplo, caiu em depressão e seu sistema imunológico também se deprimiu. Em função disso, a célula cancerosa encontrou facilidade de crescer e se multiplicar, e a infecção pelo retrovírus prosseguiu. O paciente se contamina também por um adenovírus, bloqueado pelo interferon liberado com a infecção retroviral -, e acredita que teve uma gripe leve. As células cancerosas caem na circulação e chegam aos gânglios linfáticos, onde começam a se multiplicar. Nosso paciente ainda está deprimido e o corpo não reage à presença de células anormais, e algum tempo depois adoece, com leucemia.

Vamos propor um segundo cenário, no qual nosso paciente, após ter sabido da morte da mãe e ter se deprimido profundamente, contraiu uma gripe por um adenovírus que, como vimos, causa a liberação de uma grande quantidade de interferon. Dois dias depois, o retrovírus entrou em contato com a pessoa (se relacionarmos essas 48 horas com o tempo de vida médio de um ser humano, de aproximadamente 70 anos cerca de 615.000 horas -, correspondem a 0,0078% do período, ou seja, representam uma discretíssima modificação na variável tempo). O retrovírus se alojou numa célula da garganta e sintetizou DNA a partir de seu RNA, que se incorporou ao cromossoma da célula, modificando-a e tornando-a doente. Seguindo com nossa suposição, esta não conseguiu reproduzir-se porque estava bloqueada pelo interferon, que, por sua vez, também impediu o alastramento da infecção retroviral. O adenovírus, além disso, provocou uma

reação forte nos folículos linfáticos da garganta. Com isso, as células de defesa foram atraídas e acabaram identificando a que foi alterada, destruindo-a. Conclusão, nosso paciente se queixa de uma gripe horrível, que quase o matou, mas foi salvo da leucemia.

Em dois contextos quase idênticos, com uma discreta modificação de fatores, a pessoa teve uma evolução completamente diferente: numa possibilidade, uma leucemia, na outra, uma forte gripe. Isso caracteriza uma dependência sensível das condições iniciais básicas para que o caos se estabeleça. A idéia da doença, como sistema caótico, pode ser reforçada se a encararmos como uma bifurcação do caos, que caracteriza os sistemas fisiológicos. Nesse caso, o sistema mudou sua forma de operar influenciado por um novo atrator. Isto fez com que as funções do organismo afetado passassem a funcionar numa faixa anormal — caracterizando a doença.

Tomemos por referência a hipertensão arterial. Os mecanismos homeostáticos estão ajustados pela nossa herança genética e mantêm os níveis de pressão nos vasos sangüíneos entre 10 e 13 milímetros de mercúrio, para a pressão sistólica, e 7 e 8,5mm/Hg para a diastólica. Isso pode variar, por exemplo, durante os exercícios, quando o coração é estimulado e ejeta mais sangue na aorta, e com maior força, fazendo a tensão sistólica subir um pouco. Mas, assim que terminam, ela volta ao normal. Em certos indivíduos, por algum motivo mal compreendido até o momento, a pressão arterial se eleva. Ou seja, alguma coisa interfere com o sistema e faz o atrator modificar-se o que caracteriza uma bifurcação -, e o sistema passa a operar de forma patológica, como se fosse a correta. Ao identificar a hipertensão, o médico prescreve um medicamento para abaixar a pressão, mas o sistema, com o atrator alterado, ou seja, com uma homeostasia errada, às vezes reage, elevando-a novamente a níveis patológicos, como se o patamar fosse o normal. Nesses casos, é preciso introduzir novo medicamento ou aumentar a dose do que foi adotado inicialmente.

A Medicina caótica

Como a medicina lida com sistemas caóticos as doenças -, ela própria assume, por vezes, um comportamento semelhante. A seqüência de eventos patológicos, ou causados por distorções existentes no modelo médico, ou, ainda, por falhas na infra-estrutura do sistema de saúde — pode reproduzir aquela imagem da borboleta que bateu as asas e causou uma tempestade do outro lado do mundo. Felizmente, no caso que narro a seguir, a paciente foi milagrosamente salva de uma tragédia no último minuto.

Aconteceu durante minha residência num hospital do Rio de Janeiro. Estava de

plantão, de sexta para sábado, no setor de clínica médica, quando fui chamado para avaliar uma paciente internada na otorrinolaringologia. Sua doença começara há dois meses e meio, com uma gripe forte, que, 15 dias depois de instalada, trouxe-lhe fraqueza nas pernas e, em seguida, fez com que parasse de caminhar. Ela foi levada a uma emergência onde chegou com falta de ar, sendo então internada na UT1. Foi constatada uma doença rara, a Síndrome de Guillan-Barret — reação que pode ocorrer depois de uma virose e causa inflamação da raiz dos nervos, na coluna, com lesão do seu envoltório, feito de uma gordura chamada mielina. Quando perde o envoltório, o nervo torna-se incapaz de produzir adequadamente as correntes elétricas que caracterizam a célula nervosa, não conseguindo mais conduzir os estímulos nervosos para os músculos. A pessoa, então, vai perdendo os movimentos, inclusive os respiratórios, e pode morrer. O procedimento imediato e colocá-la no respirador por longos períodos, até a função nervosa se restaurar. Mas, para instalá-la no aparelho, é preciso colocar-lhe um tubo na traquéia e, se este a pressionar demais, pode originar tuna fibrose local. O problema é evitado com o alívio da pressão do tubo, feita várias vezes ao dia pelos enfermeiros da UTI. No caso dessa paciente, isso não foi feito como manda o figurino, pois em hospital público nunca há atendentes em número suficiente. Por isso, duas semanas após ter alta da UTI, ela voltou a sentir falta de ar, além de fazer barulho para respirar, em decorrência da fibrose que aparecera e começara a impedir o ar de passar para o pulmão, na parte alta da traquéia. Isso motivou uma nova internação: a paciente precisava de uma cirurgia para alargar a traquéia.

Mas quem fez sua avaliação não foi suficientemente criterioso para solicitar uma espirometria exame que avalia a quantidade de ar respirado e a velocidade com que ele entra e sai. Do contrário, teria visto que a situação era grave, necessitando de uma cirurgia de emergência. E houve, ainda, um agravante: a médica de plantão estava em uso de medicamentos sedativos e a enfermeira não conseguiu acordá-la para que assumisse o caso. Aflita, tomou a iniciativa de ligar para a clínica onde eu fazia plantão. Quando cheguei, percebi logo que a moça estava em insuficiência respiratória: respirava 40 vezes por minuto, suas extremidades estavam azuis, pois o sangue não estava sendo bem oxigenado, e usando um saco plástico constatei que a quantidade de ar que conseguia respirar era muito pequena e por isso estava fatigada. Em questão de horas, poderia morrer. Solicitei uma bandeja para fazer uma traqueostomia, uma pequena cirurgia na qual se faz um orifício na traque ia para permitir a passagem do ar. Mas não havia esse material no setor de otorrinolaringologia! Não havia tempo para discutir esse absurdo e solicitei à enfermeira que corresse à UTI para providenciar a bandeja. Quando ela estava voltando, por incrível que pareça,

ficou presa no elevador. A paciente piorava e já respirava 60 vezes por minuto. Desci um andar, indo à clínica médica, e pedi ao enfermeiro-chefe que me cedesse um auxiliar e o material para a cirurgia, o tal indivíduo negou-me o pedido! Tratava-se de um infeliz complexado que, nessa época, terminava uma faculdade de medicina de segunda categoria, queria ascender em função no hospital (onde hoje atua como anestesista) e gostava de criar casos com os residentes. Mesmo argumentando que a paciente iria morrer, não cedeu e ainda ironizou-me. Perdi a cabeça, chamei-o de assassino e de mau-caráter. Ele tentou me agredir, mas voltei correndo ao andar da otorrino.

Na enfermaria, a paciente já entrara cm coma: estava com um tipo de respiração chamada "peixe fora d'água", que antecede a morte em minutos. Corri à enfermaria de proctologia, ao lado, pois a enfermeira da otorrino ainda estava no elevador, e consegui uma gilete. Usando-a, fiz uma traqueostomia de urgência. Inacreditável: deu certo! Apesar de ter cortado a traquéia, no desespero, com uma gilete sem esterilização, a tireóide não sofreu lesão, nem houve infecção. A paciente foi levada ao CTI, colocada uma cânuia de traqueostomia e depois passou por uma cirurgia de reconstituição da traquéia. Recentemente, fui a esse hospital, para fazer uma de minhas entrevistas para o livro, e um colega, também residente na época, e que conheceu a paciente, disse-me que ela está viva e passando bem, e que todos os anos vai à minha procura para agradecer-me, pessoalmente, por ter salvo sua vida.

Vimos que erros em circunstâncias absurdas podem alterar a evolução de uma doença. E, juntando falhas de todo tipo, de pessoas e instituições, as complicações da doença e problemas inesperados como o de um elevador parado, ou de um aparelho que não funciona numa emergência os eventos assumem um comportamento imprevisível. Um acontecimento corriqueiro, uma gripe, por exemplo, pode determinar momentos dramáticos. A seqüência de eventos, no caso narrado, foi vertiginosa: a gripe causou a Síndrome de GuillanBarret, e com a entubação prolongada poderia surgir uma infecção, uma pneumonia. Mas não, evoluiu para outra complicação, mais rara, a estenose de traquéia, que teve relação com cuidados insuficientes na UTI. O problema foi subestimado, a paciente ficou sem o atendimento correto e quase morreu. Foi-lhe feita uma traqueostomia com gilete, sem assepsia, que deu certo, e a moça se salvou sem infecção ou seqüelas.

Por todas essas circunstâncias, a medicina exige muito do médico, especialmente no Brasil, onde há pouca infra-estrutura operacional no setor público. Ele depara, constantemente, com situações imprevisíveis, em meio a uma expectativa enorme para que não cometa falhas. Se tiver instrumentos para melhor avaliar o caos, certamente se sentirá mais seguro, fará prognósticos mais corretos e

identificará problemas com maior antecedência. E, com certeza, todos sairão ganhando.

O Caos e as Medicinas Tradicionais

No período em que amadurecia a idéia do livro, lendo sobre todos esses fenômenos da física, percebi que a atmosfera, como sistema caótico, tem semelhanças com os processos biológicos: água, movimento. Ela é complexa e, de certa forma, sua relativa estabilidade é uma das responsáveis pela vida no planeta. Atualmente, os meteorologistas conseguem prever o tempo com cinco dias de antecedência, utilizando um esquema de coleta de dados, em diversos pontos do mundo, e um programa de computador para processar mais de 13 mil equações complexas. Nessa época, vi uma reportagem na televisão, sobre um estudo feito por uma universidade do Nordeste Ceará ou Paraíba, não estou bem certo no qual foi avaliada a eficiência dos "fazedores de chuva" da região, que se assemelham aos meteorologistas tradicionais. Através da observação do comportamento de plantas e insetos, esses práticos diziam se ia chover ou não no sertão, com seis meses de antecedência. E qual foi a surpresa dos pesquisadores ao constatarem um índice de acerto superior a 85%! Ou seja, os sistemas biológicos têm uma inteligência intrínseca que pode perceber e avaliar o caos.

Afinal, a vida está aqui, na Terra, há milhares de anos, passando pelo processo de seleção natural, e os organismos mais bem adaptados são os que sobrevivem. Antecipar dificuldades, através da percepção do caos, pode ser um fator importante para garantir a sobrevivência. Os "fazedores de chuva", com sua técnica rudimentar, foram mais eficientes, em termos de antecedência, do que a tecnologia, com seus cálculos matemáticos complexos e seus supercomputadores. Talvez algum dia os meteorologistas aproveitem esses conhecimentos tradicionais e os incorporem às suas avaliações.

A reportagem remeteu-me à relação dos modelos tradicionais da medicina com o caos. Da mesma forma que os "fazedores de chuva" usam sua percepção da natureza para prever o tempo, esses modelos podem, de alguma forma, avaliar a evolução dos sistemas caóticos dos indivíduos, fazer prognósticos e propor medidas terapêuticas. Existem poucas confirmações científicas, por enquanto, sobre essas possibilidades, mas a maioria dos médicos que trabalha com medicina chinesa, por exemplo, trabalha com essa percepção.

A Dra. Qi Li, que apresentei no Capítulo 3, tem graduação na medicina ocidental, é especializada em neurologia e formou-se em medicina chinesa, animada com os excelentes resultados obtidos com o uso de acupuntura nos pacientes neurológicos. A partir daí, passou a observar que, aplicando o

diagnóstico tradicional da medicina chinesa, previa melhor a evolução de um estado de saúde. Suas experiências foram descritas num estudo, em 1983, cujo resumo foi publicado na China, em inglês. Infelizmente, muitos autores não consideram pesquisas desse tipo, duvidando de sua metodologia.

Provavelmente, formas tradicionais de medicina têm valor justamente por perceberem detalhes que ajudam a entender melhor o comportamento dos sistemas caóticos do organismo humano. Precisam ser mais bem avaliadas, nesse sentido, para que possam ser reconhecidas, pelos mais diversos segmentos científicos, como poderosas armas a serem somadas ao arsenal de combate às doenças. É preciso considerar o fato de que essas vertentes trabalham com conceitos amplos, favorecendo interpretações individuais e prevendo mudanças de comportamento nos sistemas.

Veja o que dizem alguns textos clássicos da MTC: "Quando o Qi (ou energia) não circula de forma adequada, e fica estagnado, a circulação de sangue pode ser afetada. Se o Qi fica estagnado, por longo tempo, pode se transformar em fogo." Aqui vemos que não existem parâmetros definidos para a evolução do estado que chamam de "estagnação de Qi". Corresponderia, por exemplo, a um quadro de estresse, que tanto poderia resultar numa "alteração do sangue", ou seja, num tumor ou formação de trombos, quanto no "fogo", um pico hipertensivo, por exemplo. O método tradicional chinês possui uma série de achados clínicos que auxiliam a percepção do caminho evolutivo da doença.

Muitos colegas duvidam de minhas colocações, julgando que os sistemas tradicionais de medicina são arcaicos, ou, até, que invento coisas. Reafirmo que o pior erro é o do preconceito, que leva a julgamentos sem suficiente informação. Ao invés de alardear a falta de valor desses sistemas, no campo do diagnóstico e da terapêutica, a posição correta do cientista é conhecê-los, estudá-los. Pensando no encadeamento de eventos, na medicina, podemos sugerir uma nova imagem para o caos: "Receber uma flor pode curar um caso de câncer", simbolizando que um pequeno gesto de afeto é fundamental para que o sistema caótico migre no sentido da cura.

Conclusões

Há necessidade de se propor novas teorias que expliquem fenômenos biológicos ainda nebulosos na ciência. Entre elas, a Teoria do Caos.

O caos se caracteriza pela dependência hipersensível das condições iniciais. Os sistemas caóticos podem ter muitas variáveis, pois a complexidade predispõe ao caos.

O caos já foi empregado para descrever o comportamento de sistemas biológicos

— como a variação da glicose ou de outros parâmetros bioquímicos no sangue de animais.

A proposta de desenvolvimento de um sistema matemático, para avaliar o acaso, na medicina, exige um vasto trabalho de pesquisa. O modelo a ser definido deverá ser tão complexo quanto o montado para avaliações meteorológicas.

No campo médico, o caos foi empregado para explicar o comportamento de arritmias, mas há um extenso campo de aplicação.

As medicinas tradicionais podem servir de instrumento para se lidar com a incerteza do caos. O trabalho da Dra. Qi Li, em Pequim, mostra que um diagnóstico, pela medicina chinesa, pode apontar as probabilidades da evolução de doenças.

CAPÍTULO 12

Um Caminho Mais Humano

Dizem que para ser um bom médico é preciso eleger um grande profissional como modelo. Ao meu avô, Milton Weinberger, devo a solidez da minha formação e outras qualidades essenciais à medicina, agregadas ao longo de minha vida profissional. Ele clinicou no Rio de Janeiro de 1935 até meados dos anos 80, em hospitais como o antigo Pronto Socorro (atual Souza Aguiar), o Iaserj e a Santa Casa da Misericórdia. E quem o conheceu testemunhou sua forma de praticar a medicina, com dedicação sacerdotal e singular capacidade de criar soluções inovadoras que aliviassem o sofrimento do próximo, qualidades que nunca foram ostentadas, pois sempre preferiu a discrição, até mesmo a humildade, deixando que outros usassem seus feitos em benefício próprio.

Esses atributos lhe renderam um batalhão de admiradores, entre pacientes e colegas que respeitavam sua postura profissional. Foi eleito Médico do Ano, pelo Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro, em 1984. Hoje me pergunto se não seria essa medicina com médicos éticos e dedicados, bons resultados e pacientes satisfeitos a ideal para o nosso futuro. Minha sensação é a de que, em termos de eficiência, o modelo praticado por meu avô era mais avançado do que esse, com toda a tecnologia ostentada. Tenho absoluta certeza de que Milton avô e Milton filho, protagonistas marcantes dos acontecimentos de minha história de vida, e que inspiraram este livro, aprovariam este meu manifesto. Em qualquer plano cm que estejam, serão meu aliados nessa luta para que a medicina reencontre seus antigos valores. A imagem daquela praticada por meu avô, digna e esquecida, e o sofrimento pela curta vida de meu filho, fundem-se na indignação que brota de minha alma, como um grito de desabafo: é preciso mudar!

Não há tema mais atual, neste século que se inicia, do que o do resgate de qualidades como a ética, a humanidade e a preocupação com o bem-estar dos indivíduos. Minha esperança é de que, na medicina, esse passivo seja compensado, e que meu desabafo contribua para aliviar o sofrimento de pequenos prematuros internados em LTTIs neonatais, assim como de todos os seres vivos, cm sua difícil jornada.

O Caminho

Lao Tsé, chinês que nasceu em 604 a.C., na província de Hunnan, e, conta-se, viveu até os 160 anos, é considerado um dos mais importantes filósofos da humanidade. Para o historiador espanhol Felipe Fernandez Armesto, da Universidade de Oxford, Inglaterra, suas idéias influenciam os pensadores modernos. A obra mais importante do sábio, O Caminho, trata do desenvolvimento do espírito humano e de sua relação com as escolhas feiras no decorrer da vida. Usando uma linguagem metafórica, ele cria o conceito do "caminho do meio", e cita, como exemplo, a água, que encontra seu percurso seguindo a trajetória de menor resistência, e as soluções que buscam o equilíbrio entre os opostos (o yin e o yang, da filosofia taoísta).

Com grande sabedoria, Lao Tsé discute as estratégias de tomada de decisão, a nível pessoal ou institucional. Transportar seu pensamento para a civilização atual significa equilibrar as ciências exatas e humanas, a visão global e a compartimentada, a tecnologia e a tradição, métodos invasivos e suaves. E preciso alcançar o "caminho do meio" movimento que implica a identificação dos obstáculos, a concentração de qualidades e a libertação dos defeitos, conseguindo-se, assim, os melhores resultados, por meio do menor esforço.

Se a ciência médica pretende chegar a um objetivo que abranja o resgate de suas qualidades nobres, usufruindo os avanços tecnológicos e da incorporação de novas idéias, é preciso que a escolha desse caminho seja diferente do que trilhamos no momento. Encontrar o "caminho do meio" significa buscar soluções de conciliação, flexibilizando conceitos, evitando posições radicalizadas e conflitos infrutíferos. Resumindo, precisamos de um modelo mais humano, capaz de incorporar conceitos avançados, conciliando-os com o rico e fantasioso mundo espiritual, ao qual a humanidade sempre esteve ligada.

Não só a filosofia nos aponta esse caminho: vimos que a física também.

No livro Física Atômica e Conhecimento Humano, que reúne uma série de ensaios escritos entre 1932 e 1957, Niels Bohr traz as experiências da física para auxiliar a compreensão e desenvolvimento de modelos para o estudo do complexo universo da biologia, em especial o do ser humano. Suas conclusões, absolutamente atuais, apontam para a necessidade de se romper com conceitos estanques como ocorreu com a própria física para que seja possível conhecer novos universos de idéias, que possibilitem avaliações mais completas da realidade do ser humano. Sem dúvida, a ciência percorre, com rapidez, caminhos fundamentais ao conhecimento, como o mapeamento genético e de receptores celulares. Mas vimos que ainda não existem modelos que possibilitem lidar com essa complexidade de informações, e que favoreçam grandes avanços no conhecimento da fisiologia do organismo humano, contribuindo para melhorar a

qualidade da medicina.

O Desafio do Prognóstico

Na revista Veja, em uma edição de novembro de 1999, li uma matéria sobre a medicina do futuro. Reproduzindo a tendência atual da imprensa internacional, de um entusiasmo exagerado com relação aos avanços técnicos, ela fazia previsões sobre o controle definitivo da obesidade a partir dos estudos sobre a leptina, e de correções dos mais diversos problemas através da terapia genética, possíveis já nas primeiras décadas do século XXI. Algumas semanas antes, a publicação dedicara várias páginas a mostrar como falharam, de forma retumbante, algumas previsões feitas na virada do milênio, por diversas personalidades, entre elas cientistas, com relação aos passos da ciência e da humanidade.

A conclusão óbvia é que prever o futuro é extremamente difícil. O fabuloso escritor francês Júlio Verne chegou a vislumbrar alguns avanços da ciência em sua obra, mas no livro Viagem ao Centro da Terra propôs idéias que se mostraram infundadas, como a existência de um mundo subterrâneo. Outro a demonstrar uma incrível capacidade de antevisão de invenções foi o gênio italiano Leonardo Da Vinci, que desenhou um pára-quedas, mas com formato desajeitadamente quadrado. Para cada percepção correta do futuro, temos uma enormidade de idéias delirantes e um exército de falsos profetas. Como, então, encontrar subsídios para prever o que o destino reserva para a ciência médica?

A grande ironia é que um dos maiores desafios da medicina é justamente fazer previsões sobre a evolução do estado dos pacientes. Fazer um prognóstico é ter que lidar com o universo de incertezas que nos cerca e intuir qual caminho será escolhido por esse sistema caótico. Apesar das dificuldades, a medicina é experiente o suficiente para fazê-lo, com uma razoável proporção de acerto. Podemos usar seus conhecimentos para especular sobre seu futuro, discutindo prognósticos sobre bases científicas.

Vimos, desde o início do livro, que a medicina está cheia de problemas, doente, e que precisa de tratamento; que sua enfermidade se agrava, e não há, ainda, uma consciência geral sobre a necessidade de se buscar caminhos para tratá-la. O esperado é, portanto, que a situação piore, antes que se institua uma terapêutica adequada. Mas há tempo para salvá-la. A boa medicina nasce do inconsciente humano, e enquanto estivermos por aqui, no planeta, ela também sobreviverá, mesmo com surtos e agravamentos esperados nesse processo tortuoso que a levará à maturidade.

O Dinossauro Inteligente

Os dinossauros tinham cérebros pequenos, que lhes proporcionavam um nível de inteligência inferior ao de um cachorro. A medicina também tem essa constituição, mesmo em sua nova versão tecnológica. O esperado é que, numa nova versão, ela agregue maior capacidade mental, e se torne um "dinossauro inteligente", capaz de escolher os melhores caminhos e empregar sua força com eficiência e com o cuidado necessário a uma área tão complexa um bicho grande, mas de olhos bem abertos, que vasculhem em todas as direções, identificando trilhas que possam implicar menor sofrimento para os pacientes e maior satisfação com os tratamentos.

Ao longo do livro foram vistos, exaustivamente, os vários problemas que a medicina precisa resolver, e algumas soluções possíveis. Alem de pensar e abrir os olhos, o nosso "dinossauro inteligente" precisa também escutar seu coração: atender aos apelos sinceros de milhões de pessoas que, como eu, sofreram ou sofrem com os equívocos da medicina doente.

A vocês, que se emocionaram com as histórias que contei, que se indignaram ou se angustiaram com as distorções expostas, convido a se lançarem na árdua construção da medicina do futuro.