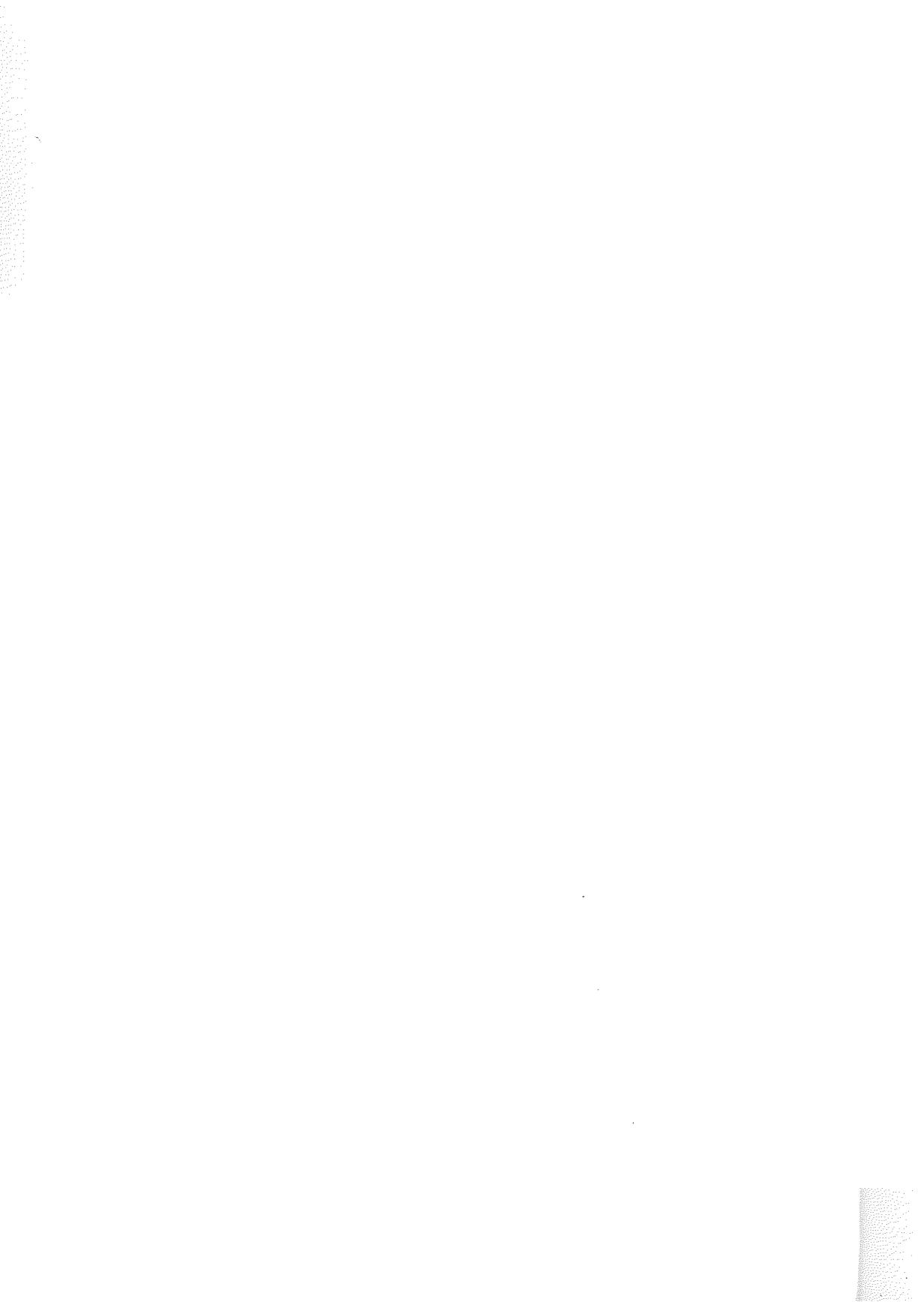


um médico vê o homem

Lúcio Gonçalo de Alcântara



**um
médico
vê o
homem**



Lúcio Gonçalo de Alcântara

**um
médico
vê o
homem**

Fortaleza
1976

Copyright (C) 1976 by Lúcio Gonçalves de Alcântara

Capa e diagramação: José Nasser Hissa

Lúcio Gonçalves de Alcântara
Rua Tibúrcio Cavalcante, 2150
60.000 Fortaleza - Ceará

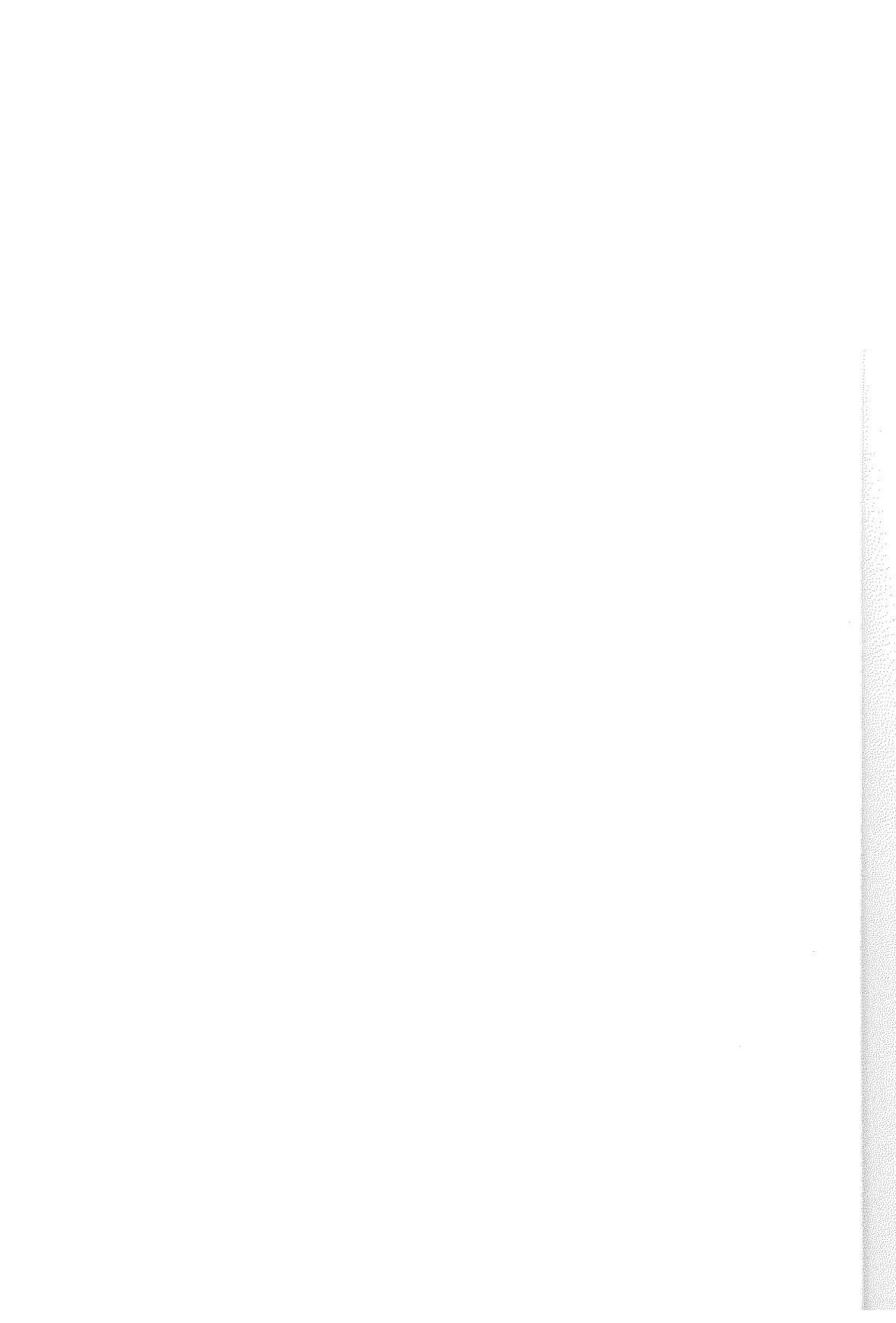
Alcântara, Lúcio Gonçalves de
Um Médico vê o homem. Fortaleza, 1976.
223 p.

1. Medicina Social. 2. Medicina na Literatura.
3. Saúde Pública. 4. Ecologia. I. Título.

CDD 610
CDU 614

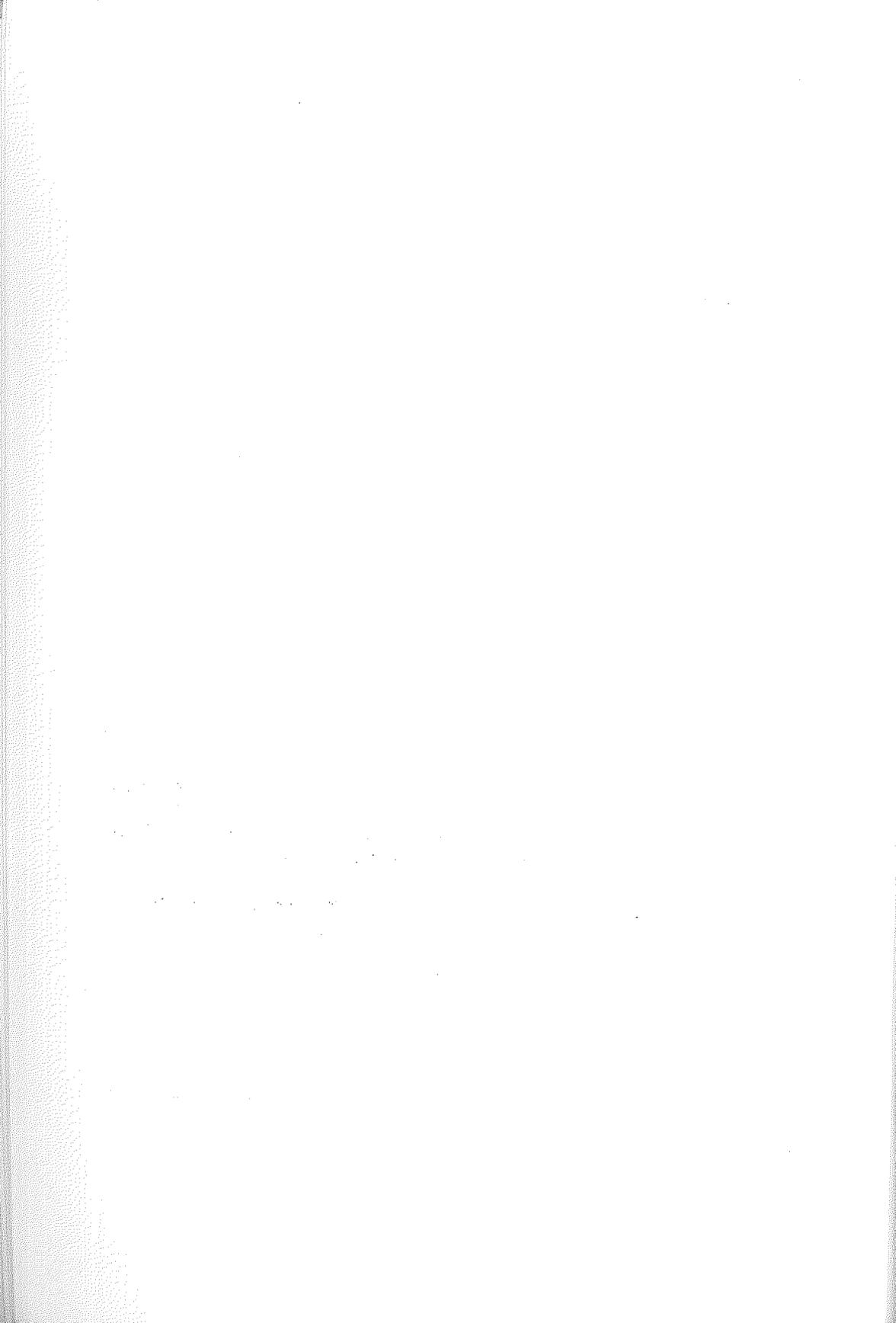
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

A meu Pai
A minha Mãe



*“...porque se os homens tiveram
necessidade da palavra para aprender
a pensar, tiveram ainda mais necessidade
de saber pensar para encontrarem a arte
da palavra.”*

Jean-Jacques Rousseau



NOTA EXPLICATIVA

Este volume se compõe de trabalhos divulgados, entre 1973 e 1974, no Tabloide de *Tribuna do Ceará*, de Fortaleza. Para sua publicação em livro, foram reunidos por assunto, sem obedecer à ordem de aparecimento na Imprensa.

APRESENTAÇÃO

— Saúde, objetivo e instrumento do desenvolvimento — Medicina, tecnologia e humanismo — Enfermagem, missão e profissão — Ecologia, uma arma política? — Por um novo humanismo — são alguns dos interessantes tópicos tratados neste segundo livro do Dr. Lúcio Alcântara. Tais temas revelam a extensa gama de preocupações do autor para com a saúde pública, o ensino superior, o meio ambiente, a medicina e suas interações com a literatura. Acentuam também o respeito do autor para com a ciência e para com o humanismo, o que aliás tem sido demonstrado no seu desempenho como Estudante de Medicina, Presidente do Diretório Acadêmico, Médico e Médico-Plantonista, Professor Universitário e Secretário de Saúde.

Sensibilidade, conhecimento e bom senso, como o leitor concluirá, sobram a Lúcio Alcântara ao discorrer sobre estes assuntos. Estes atributos de sua personalidade, que o presente livro ratifica, talvez sejam a razão primeira de sua excelente atuação como Secretário de Saúde, porque, hoje mais do que antes, o homem de Saúde Pública precisa deles para o exercício eficaz do cargo de chefia e suas obrigações, ao fazer escolha das decisões ou opções necessárias.

Apesar dos contínuos progressos da Medicina, a sociedade exige cada vez mais dos médicos — e nós, médicos, nem sempre somos capazes ou temos organização para satisfazer tais exigências. Há no mundo uma crise entre os médicos e a comunidade; e no Brasil, também, estes choques preocupam os responsáveis pela assistência médica e pela administração pública. Para que o País possa definir uma política de Saúde, para o

coletivo e para o indivíduo, é necessário a atuação de líderes, que a par de serem cultos, sejam práticos e objetivos, a fim de que as definições escolhidas atendam às inquietações da população, sem desestimular o médico, em suas múltiplas obrigações, inclusive a de se manter atualizado com a maré crescente de novos conhecimentos. Este livro é um sintoma típico de que Lúcio Alcântara, conhecendo os dois lados do problema e tendo a capacidade de tomar decisões na área política, já é um dos líderes da nossa classe e da vida pública e portanto pode dar uma imensa contribuição a sua classe, ao Estado e ao País.

O dilema Medicina ou Política deixa de sê-lo para tornar-se uma vantagem para ambos os lados.

Pode parecer estranho que o autor, um homem de Saúde Pública tenha convidado um cirurgião, considerado por alguns, na melhor das hipóteses, um artesão de inteligência prática, para escrever a introdução de seu livro. Além da deferência pessoal, que muito me honra, aceitei a incumbência, sem para ela estar preparado, como um outro sinal da "mente aberta" do autor, que não enxerga pequenos preconceitos ou tabus.

O livro é interessante, bom e agradável de ser lido. Ao lê-lo entretanto não consegui descobrir qual a característica mais forte do autor: a do médico, a de humanista ou a de homem público. Será que Lúcio Alcântara as possui em proporções adequadas? A resposta a esta pergunta fica reservada para leitores mais argutos.

Fortaleza, dezembro 1975

REGIS JUCA

SUMÁRIO

1

MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

Saúde, objetivo e instrumento do desenvolvimento	15
Impacto das ações de saúde sobre o desenvolvimento	18
O preço da saúde e o custo da doença	21
A Carta de Punta del Este, 10 anos depois	24
Panorama sanitário da América Latina	27
Epidemias, fronteiras e comunicação	30
Interiorização dos médicos ou da Medicina?	33
Medicina, as prioridades de hoje	38
Estados Unidos, a busca do novo modelo	41
Suécia — Estado Previdência	45
Os vários níveis da prevenção	49
A doença da vergonha	53
Medicina, tecnologia e humanismo	58
Pode o computador substituir o médico?	61
Alguns aspectos da relação médico-paciente	64
A Medicina das palavras — I	69
A Medicina das palavras — II	73
Consultas curtas... receitas longas	77
Médico — artigo de consumo	81
Enfermagem, missão e profissão — I	84
Enfermagem, missão e profissão — II	88
A morte, a Medicina e o médico	92
Diante do câncer e da morte	96
Ainda há lugar para o médico de família?	100
O novo médico de família	105
Acupuntura, mito e realidade	109
O pecado científico	113

As aventuras do Barão e a patologia da simulação	116
Uma instituição em perigo	121
De Simão Bacamarte a Ronald Laing — I	124
De Simão Bacamarte a Ronald Laing — II	128
De Simão Bacamarte a Ronald Laing — III	132
A filosofia da Medicina: um novo enfoque	137

2

NÓS E O AMBIENTE

Progresso e natureza, a difícil coexistência	143
Ecologia, uma arma política?	146
A propósito de cidades e de ruas	149
Sua Excelência, o Automóvel	152
O Chapeleiro Louco ou os efeitos do mercúrio	156
Alasca, a próxima vítima	159
A Revolução Verde: efeitos e causas	162
Uma nuvem diferente	166

3

CIÊNCIA E SOCIEDADE

Ciência e sociedade	173
Por um novo humanismo	177
Entre a originalidade e a humildade	181

4

LITERATURA

Tuberculose, fonte de inspiração literária	187
Um solo em tom grave	191

5

AVULSOS

Imaginação, o maior capital	197
Os dois tempos do homem	200
Nostalgia — a viagem de volta	204
Copérnico: a época, o homem, a obra — I	208
Copérnico: a época, o homem, a obra — II	212
Copérnico: a época, o homem, a obra — III	216

SAÚDE, OBJETIVO E INSTRUMENTO DO DESENVOLVIMENTO

“A saúde não é um produto da economia, mas uma aspiração de cada indivíduo, tanto quanto o são a dignidade e o conhecimento.”

A. Jacquart

Nos últimos anos, um número crescente de técnicos em Saúde Pública tem vinculado os problemas sanitários da população às suas condições econômicas, seja como causa ou efeito, mas sempre como parcela importante no seu processo de crescimento e desenvolvimento econômico.

Reivindicam para a Saúde características de investimento e se negam a aceitá-la como simples mercadoria de consumo.

Pareceria irrelevante a discussão se não atentássemos para a necessidade da adesão dos governos e economistas à idéia de que o planejamento global do país deve necessariamente destinar ao setor saúde os fundos suficientes ao seu incremento no ritmo dos demais. Com efeito, alguns economistas, entre eles Myrdal, têm clamado pela participação da saúde no planejamento global, recriminando os que tradicionalmente enfatizam os investimentos físicos no processo de crescimento nacional e relegam a saúde e a educação a plano secundário. Os modelos adotados para os países em desenvolvimento, a partir de experiências observadas nos Estados Unidos e em nações da Europa Ocidental, colocam à margem os chamados fatores “não econômicos”, entre os quais se situam o ensino e a saúde. O método do capital e produção, tão popular entre os economistas, pro-

curava explicar o espetacular progresso da América do Norte e da Europa pelo montante de recursos aplicados em investimentos físicos, estradas, barragens e energia, por exemplo. Verificou-se posteriormente que outros fatores — ensino, saúde, investigação, tecnologia, administração etc. — também influíram de modo decisivo, no fenômeno desenvolvimentista. Tratou-se, então, de ampliar o modelo antigo para falar-se agora também de inversão em recursos humanos. Não obstante Myrdal reconhecer o progresso já efetuado com vistas a compreensão total do desenvolvimento, deplora, no entanto, que o método da inversão desconheça a importância de medidas políticas e mudanças de atitudes capazes de assegurar a rentabilidade de investimentos aplicados em saúde e educação.

Tendo em vista estes fatos, advoga-se para os países em desenvolvimento uma metodologia nova para o planejamento, assegurando uma participação ponderável dos setores de saúde e educação, que sempre receberam atenção secundária na formulação da política desenvolvimentista através do processo convencional do planejamento. Neste sentido, convém destacar o esforço continental despendido pelos governos americanos ao subscreverem a *Carta de Punta del Este*, reconhecendo formalmente o papel da saúde no desenvolvimento econômico e social da América Latina.

O enfoque econômico para os problemas de saúde determinou nos países desenvolvidos a criação de uma nova disciplina: a economia sanitária (*health economics*). Dedicam-se seus estudiosos ao estabelecimento do custo da assistência médica, sua eficiência e qualidade, bem como sua correlação com o desenvolvimento nacional. Reflete, assim, a nova tendência para estender à área da saúde o conceito da relação custo/benefício, isto é, do resultado obtido face aos recursos investidos no setor. Não se encontra em pauta, todavia, a definição de critérios para escolher entre a saúde e outros problemas comunitários em função das disponibilidades existentes, mesmo porque torna-se difícil falar de saúde em termos monetários absolutos, pois como acentuou Jacquart “o preço da vida é uma expressão desprovida de significado.”

Vê-se, assim, apesar da impossibilidade relativa de reduzir conceitos como vida, saúde e bem-estar a expressões eco-

nômicas puras, carecerem de razão os que encaram a saúde como um subproduto do desenvolvimento, condicionando sua melhoria exclusivamente ao crescimento dos indicadores econômicos (*renda per capita*, produto nacional bruto etc.).

Afigura-se-nos mais prudente encarar o processo desenvolvimentista no seu conjunto, de modo a elevar o homem ao nível de bem-estar a que ele aspira, o qual deve se constituir a meta maior do progresso tecnológico e material que o mundo experimenta. O direito que cada pessoa tem à saúde é sagrado, mas a manutenção de serviços sanitários e a constante preocupação com a elevação dos seus padrões não se justificam apenas em termos humanitários, de vez que sólidas indicações revelam que os programas de saúde auxiliam na promoção do desenvolvimento econômico. O direito à saúde, assim, sobre ser uma aspiração do cidadão e um dever do Estado, é, ainda, um fator catalisador do desenvolvimento.

Pelo que se disse aqui, torna-se fácil compreender que as relações entre Saúde e Desenvolvimento comportam influências recíprocas e estreita interdependência, cujas características tornaremos a apreciar.

IMPACTO DAS AÇÕES DE SAÚDE SOBRE O DESENVOLVIMENTO

“A terra não é lugar de repouso. O homem escolheu lutar, não forçosamente por si próprio, mas por um processo de desenvolvimento emocional, intelectual e ético que continua sem interrupção. Crescer entre os perigos é o destino da raça humana, porque é a lei do espírito.”

René Dubos

A tentativa de justificar os programas de Saúde, em termos econômicos, tem-se constituído um estimulante exercício para os sanitaristas, no seu afã de conquistarem adeptos entre dirigentes e economistas, a nova e forte casta de administradores, para a execução de seus planos. Na realidade, nada nos parece mais eloqüente como apelo em defesa de maiores fundos e melhor atenção para a área da Saúde do que a necessidade de proporcionar ao homem a felicidade e o bem-estar pelo qual anseia e que compete à sociedade oferecer-lhe. No entanto, observa-se nos dias atuais uma constante preocupação em aferir, através de números, os resultados obtidos com os recursos aplicados em determinado empreendimento. Tanto quanto possível, é isto que os sanitaristas estão tentando fazer com a Saúde Pública.

Não bastasse a necessidade de assegurar ao homem um estado de bem-estar físico e mental, é possível alinhar alguns argumentos de natureza econômica que justificam a atenção

cada vez maior que os programas de Saúde vêm merecendo dos planejadores, no âmbito global da política de desenvolvimento das nações.

Basicamente, a saúde pode influir no ritmo de desenvolvimento de um país por três maneiras: a) possibilitando à criança um crescimento sadio até a idade produtiva; b) contribuindo, através dos programas de Saúde, para o aumento da produção nacional; c) assegurando um bom nível de saúde aos grupos economicamente ativos da população.

Quanto ao primeiro item, é sabido que os chamados países subdesenvolvidos apresentam elevadas taxas de mortalidade infantil, o que vale dizer que muito investimento é feito em benefício de uma faixa da população que não chega a atingir a idade produtiva, quando deveria retribuir à sociedade os recursos aplicados pelo Estado. Calcula-se, por exemplo, que cada jovem americano de 18 anos de idade consumiu, ao longo de sua vida, somente com saúde, recursos da ordem de mil dólares, o que vale dizer que os 73 milhões de jovens existentes em 1960, época do estudo, representavam um investimento total de 73 bilhões de dólares.

Com relação ao segundo tópico, diversos exemplos ocorridos no Ceilão, Sardenha, Nepal e México demonstram que o controle da malária, em amplas regiões destes países, desencadeou notáveis surtos de desenvolvimento agrícola, bem como originou uma distribuição populacional mais homogênea.

No que concerne à preservação da saúde dos grupos etários economicamente ativos, os fatos indicam uma relação direta entre os programas de Saúde e a qualidade do trabalho. A experiência colhida nas Filipinas, Haiti, Nepal e Paraguai mostra que o absenteísmo ao trabalho, devido à malária, chega a atingir até 35%, caindo para 4%, após a execução de medidas de combate à endemia. A diminuição da mortalidade nos Estados Unidos, a partir de 1900, determinou um acréscimo populacional de cerca de 13 milhões de pessoas no ano de 1960, as quais geraram um produto superior a 60 bilhões de dólares.

Vê-se, assim, como podem as medidas de caráter sanitário determinar o incremento da força de trabalho, cujo resultado é a produção de um maior volume de riqueza. Sabe-se, todavia,

que à elevação das condições de saúde de um povo segue-se um maior crescimento populacional, restando, então, do ponto de vista econômico, balancear entre o que foi ganho pelo aumento de produtividade e o que deverá ser investido em favor da população adicional oriunda do aumento demográfico.

Não obstante a inexistência de uma fórmula para calcular o aumento de produtividade necessário para o equilíbrio dos efeitos negativos do incremento populacional, Mushkin chegou a determinar, em alguns casos, efeitos hipotéticos sobre o produto nacional bruto decorrente da erradicação de uma determinada moléstia. É importante observar, ainda, o efeito sinérgico existente entre a melhoria da saúde de uma população e a possibilidade de utilização de recursos naturais até então inacessíveis, por sua localização em regiões insalubres. Neste caso, os dois fatores se associam, produzindo um impacto altamente positivo na economia nacional.

Convém ressaltar, por fim, que a melhoria das condições de saúde, com o conseqüente declínio da mortalidade infantil, permite que um número maior de indivíduos escape à ceifa da morte, aumentando, assim, as chances de que dentre eles estejam alguns dos raros espíritos superiores, que surgem de tempos em tempos, e à atuação dos quais a humanidade deve seu progresso e suas transformações sociais. A Medicina, ao resguardar a saúde destes verdadeiros agentes do desenvolvimento (*growth agents*), dotados de inteligência superior, capacidade empreendedora, inventividade e mente criadora, presta à sociedade grande contributo, cujo alcance não pode ser avaliado pelos parâmetros usuais, mas que se reveste de um profundo significado humanístico, pois a existência destes homens confunde-se com a evolução e o futuro da civilização.

O PREÇO DA SAÚDE E O CUSTO DA DOENÇA

“Devemos empregar nossos recursos e engenhos para combater com maior eficácia as causas mais comuns de doença e incapacidade, levem ou não estas condições a um resultado fatal.”

John Snyder

Como já é sabido, a prioridade conferida pelos governos à Saúde, dentro de seu planejamento global, varia de um país para outro, em função dos recursos disponíveis, de seu estágio de crescimento, do grau de civilização de seu povo e aspiração de bem-estar dos seus habitantes. Cabe, no entanto, aos responsáveis pela formulação da política de Saúde, sensibilizar os governos para que invistam, de modo cada vez mais substancial, na infra-estrutura sanitária assessorando-os ao mesmo tempo, na escolha das prioridades, dentro do setor.

Considerando estes fatos, é válido lançar-se mão de argumentos de caráter econômico, como elementos auxiliares na tomada de decisões ou escolha de opções, para deflagrar uma determinada ação sanitária, do modo mais racional e produtivo.

Não obstante as disparidades existentes entre os investimentos efetuados pelos diversos países, no campo da Saúde, acredita-se que cada um gaste, nem sempre objetivamente, o máximo que lhe permite sua economia. É óbvio, no entanto, que para os países em desenvolvimento, que empregam, em Saúde, de 1% a 2% de seu produto nacional bruto, ou ainda pouco mais de uma libra *per capita*, contra 5% a 9%, ou cerca de 45

a 125 libras dos países desenvolvidos, a hierarquização dos problemas a serem atacados, preferencialmente, representa uma dramática responsabilidade para os técnicos, os quais necessitam lançar mão de sua inteligência, imaginação e criatividade, para escolherem, de fato, as melhores soluções. Um exemplo, ditado pela escassez de recursos disponíveis para uma abordagem completa dos problemas sanitários, é o chamado tratamento vertical (programas destinados a uma só doença), em detrimento do enfoque horizontal (investimentos crescentes visando à melhoria dos serviços permanentes de Saúde).

Compreende-se, destarte, a importância que os argumentos de natureza econômica desfrutam na elaboração deste elenco de prioridades a adotar, sem, no entanto, consistir no único fator de decisão, pois é impossível desprezar o caráter humanitário da Medicina e esquecer que as decisões governamentais se revestem sempre de um aspecto político.

Quanto ao sentimento humanitarista, é preciso lembrar não se tratar mais do Humanismo meloso do passado, mas, sim, da nova característica que identifica a Medicina Social de hoje, a qual, no dizer de Dubos, “compreende a ciência, a técnica e a ação; e que o diálogo entre as Humanidades, como conhecimento e formação do mundo cultural, as Ciências, como conhecimento do mundo natural, e as Técnicas, como método para seu emprego, se efetua com mais intensidade e eficácia na ação”.

O governo dos Estados Unidos, país marcadamente capitalista, último reduto da Medicina privada, ao intervir de modo estatizante, na área da Saúde, subsidiando a assistência médica para os velhos, o fez desprezando os postulados da economia sanitária, para ceder a um imperativo de ordem política, pois a força de trabalho e a produtividade da população beneficiada são praticamente nulas.

É oportuna a análise do exemplo de Zanzibar, como modelo capaz de evidenciar o custo econômico indireto de uma doença, no caso a esquistossomose urinária, endêmica, naquele país. Cohen, pesquisador de Harvard, calculou que a perda *per capita*, resultante de mortes por esquistossomose, no ano de 1960, equivalia aos gastos governamentais com Saúde, por habitante, no mesmo período. Mais, ainda, a impossibilidade de

curar os indivíduos que não faleceram naquele ano será igual, no mínimo, ao produto bruto *per capita* do país.

Muito se tem falado das vantagens de prevenir, sobre as de tratar ou recuperar o doente. Apesar de todos fazerem coro com estas idéias, pouco se tem aplicado a fórmula *custo-benefício*, para caracterizar a supremacia da prevenção sobre o tratamento e a recuperação. A Organização Mundial da Saúde cita, como exemplo a ser imitado, os resultados obtidos, a partir da campanha de vacinação contra a poliomielite, empreendida na União Soviética, entre 1955 e 1966, a qual imunizou 127 milhões de pessoas, tendo custado 46 milhões de rublos, incluindo-se vacina, salários, transportes e ensaios experimentais no campo. O benefício advindo da campanha foi estimado, determinando-se o número de casos que teriam ocorrido de 1958 a 1965, supondo-se estáveis as cifras de morbidade de 1958, e as perdas financeiras decorrentes do tratamento, da morte e da invalidez, evitadas pela ação preventiva. Com a aplicação dessa metodologia, encontrou-se um montante de 3 bilhões de rublos, o que representa um lucro de cerca de 48 rublos por cada rublo investido.

Com a aplicação desta filosofia, o balanceamento entre as repercussões econômicas e os impulsos humanistas inerentes à Medicina, estaremos em condições de optar, judiciosamente, entre as diversas ações de saúde a serem desencadeadas em caráter prioritário.

A CARTA DE PUNTA DEL ESTE, 10 ANOS DEPOIS

“Avaliação, em toda e qualquer atividade humana, consiste na compreensão exata e reflexiva dos fatos”.

Abraham Horwitz

Em termos continentais, a aceitação da Saúde como fator básico para a promoção do desenvolvimento integrado, visando simultaneamente ao crescimento material e ao bem-estar das populações, surgiu a partir da elaboração da *Carta de Punta del Este*, documento subscrito pelos governos americanos, em agosto de 1961. Aludido documento constituiu-se em carta de princípios e declaração de intenções, através da qual, os países membros da Organização dos Estados Americanos reconheciam, formalmente, o papel da Saúde no desenvolvimento social e econômico. Ao lado das declarações de caráter geral, que constituíam, por assim dizer, a parte filosófica da Carta, foram também inseridas no texto metas quantitativas e objetivos bem definidos, de modo a permitir, no futuro, uma avaliação dos resultados obtidos, a revisão dos erros, o reajuste da política de trabalho, a remoção dos obstáculos e reformulação dos planos, quando o confronto com a realidade assim o exigisse.

Posteriormente, em abril de 1963, realizou-se em Washington uma reunião de Ministros de Saúde, na qual foi analisado o panorama sanitário da América Latina, em termos de projeção para o futuro, isto é, considerando mais o que resta por fazer do que os êxitos até então alcançados. Assim se ex-

pressaram os Ministros em seu relatório final apresentado, ao término do referido encontro: “Interpretamos os propósitos da *Carta de Punta del Este*, como um esforço conjunto para estimular o progresso social da América Latina, concomitantemente e como resultado do contínuo crescimento da economia. Quanto aos problemas de saúde em si, entendemo-los como um conjunto de fatores que condicionam as enfermidades e sua distribuição em cada sociedade. Estes fatores são de ordem biológica, econômica, histórica e cultural. De acordo com as informações disponíveis, prevalecem, na América Latina, as infecções, a desnutrição, a deficiência do saneamento ambiental, habitação e condições de trabalho insalubres, a ignorância e uma baixa renda *per capita*. Estes fatores em conjunto, produzem uma morbidade geral exagerada; elevada morbidade infantil, gestações e partos complicados, o que se reflete na limitação da expectativa de vida ao nascer. São eles também responsáveis pelo baixo aproveitamento escolar, redução do rendimento da força de trabalho e um sentimento de pessimismo diante da vida. Estes problemas de saúde apresentam uma distribuição diferente de um país a outro e, em cada um deles, nos meios urbano e rural”.

Em face da situação retratada no informe ministerial e, considerando a decisão dos governos de enfrentar os problemas já identificados, surgiu a necessidade de se elaborarem planos e projeções para o futuro, de modo a compatibilizar os recursos disponíveis com as prioridades nacionais, os quais, de acordo com os recursos humanos existentes, deveriam contemplar setores sanitários mais críticos, pretendendo, basicamente, atender aos seguintes objetivos:

- 1) reduzir a mortalidade dos menores de cinco anos de idade, à metade das taxas atuais;
- 2) erradicar do continente a varíola e a malária, e intensificar o combate a outras doenças infecciosas freqüentes, tais como as entero-infecções e a tuberculose;
- 3) melhorar substancialmente a alimentação e a nutrição dos grupos mais vulneráveis da população, aumentando a ingestão de proteínas de origem animal ou vegetal;
- 4) estender os serviços de esgoto e água potável, a pelo

menos 70% da população urbana e 50% da população rural, na próxima década;

5) aperfeiçoar a organização e a administração dos serviços de saúde nacionais e locais, integrando as funções preventivas e curativas; obter um melhor rendimento dos serviços de assistência médica; criar progressivamente os que sejam indispensáveis e assegurar a todos o acesso aos agentes terapêuticos e prevenção das enfermidades;

6) dar maior ênfase à formação e à capacitação de profissionais e auxiliares para as ações de cura e prevenção das doenças. Para atingir tal objetivo é necessário:

- a — determinar o número de técnicos das diversas categorias, indispensável a cada função ou profissão;
- b — treinar em serviço os funcionários atuais e formar progressivamente o mínimo requerido;
- c — ampliar e criar os centros educacionais necessários.

Decorridos mais de dez anos do estabelecimento destes objetivos básicos, a Organização Panamericana de Saúde vem de publicar dados que indicam os resultados obtidos ao longo do decênio, ao mesmo tempo que estuda as causas que influíram, negativa ou favoravelmente, no desempenho de cada setor objeto do plano, nas diferentes nações e em um mesmo país.

A execução da política de trabalho delineada na *Carta de Punta del Este*, demandou de todos os países e de seus técnicos, empenho, imaginação, criatividade, reformulação de conceitos, mudanças de atitudes e muitas vezes a criação de mecanismos administrativos inéditos, para que se oferecessem à população melhores condições de saúde, que ela vem justamente reclamando.

Proximamente, pretendemos avaliar o progresso sanitário alcançado pelos países latino-americanos, principalmente pelo Brasil, nos dez anos que se seguiram à elaboração da *Carta de Punta del Este*, comparando a situação atual com as metas expressas naquele documento.

PANORAMA SANITÁRIO DA AMÉRICA LATINA

“Os problemas médicos se apresentam sob dois aspectos nitidamente diferenciados, porém complementares. De um lado, todos os fenômenos da saúde e da doença refletem a unidade biológica da espécie humana; do outro, são todos condicionados pela diversidade das instituições sociais e dos meios de vida.”

René Dubos

Analisaremos, de modo sumário, as características sanitárias da América Latina, bem como o progresso experimentado, à luz dos objetivos delineados na *Carta de Punta del Este*.

Sabemos que um dos índices mais usados para aferir o grau de saúde de uma população é o coeficiente de mortalidade infantil, isto é, o número de crianças que morrem antes do primeiro ano de vida, por cada mil nascidas vivas. Mencionado indicador, que traduz, de maneira global, a situação sanitária de um país ou região, deveria ser reduzido em 50%, ao fim da década. Todavia, foi diminuído em apenas 15%, ou seja, 36% da meta pretendida. Em 5 países (Uruguai, Paraguai, Cuba, Costa Rica e Guatemala), o referido indicador, em 1969, atingiu valores superiores aos do período 1960-1962, refletindo, provavelmente, uma deterioração das condições de saúde. Mesmo admitindo-se a precariedade das estatísticas de saúde, entre nós a mortalidade infantil desponta como elemento dos mais úteis para o conhecimento de uma realidade sanitária, sendo função de fatores sociais e econômicos.

Quanto às doenças transmissíveis, logramos grande progresso no combate à malária e à varíola, dentro das prioridades identificadas, em razão do desenvolvimento de ações verticais na programação de Saúde. No ano passado, o Governo Brasileiro anunciou perante a Assembléia Mundial de Saúde, a extinção da varíola em território nacional, doença que nos afligia, desde os tempos coloniais. No tocante à malária, o programa atualmente em curso beneficia todas as populações de áreas malarígenas, estando em estágio diferente de desenvolvimento nas diversas regiões do país.

Grave problema enfrentado pelos países das Américas do Sul e Central é o da desnutrição, que, como causa básica ou associada, é responsável pelos nossos elevados coeficientes de mortalidade infantil. Quando não leva a criança à morte, facilita a ocorrência de infecções ou perturba seu desenvolvimento psicomotor, constituindo-se importante causa de óbito infantil e retardamento mental. Estima-se que, na América Latina, a desnutrição vitimou, direta ou indiretamente, 213.000 crianças de 1 ano e 154.000 na faixa de 1 a 4 anos. Apenas em 9 países o consumo *per capita* de calorias esteve acima do mínimo estabelecido pela FAO e, em outros, 78% das crianças abaixo de 5 anos apresentavam graus variáveis de desnutrição. Torna-se maior nossa angústia diante do problema, quando observamos que a produção agrícola, de um modo geral, e a de alimentos, em particular, não vem acompanhando o incremento populacional. Em alguns países mostra, até, certa tendência ao declínio, quando analisada em termos de produção anual *per capita*.

No que se refere ao saneamento ambiental, uma das preocupações dos governos signatários da Carta, verificou-se, ao cabo dos dez anos, que estamos longe de atingir a meta de 70% da população urbana e 50% da rural servida por rede de água e esgoto, como era o propósito inicial.

Apesar do esforço governamental e dos financiamentos das agências internacionais de desenvolvimento, apenas a Colômbia conseguiu expandir sua rede urbana, ao nível previsto, enquanto que a população rural beneficiada não ultrapassou 20%.

A reorganização dos serviços de saúde, a dinamização da assistência médica, a integração de operações pelos órgãos

executivos em todos os níveis, eliminando-se o paralelismo inaceitável e logrando-se a complementaridade desejada e, a institucionalização do planejamento em Saúde, foram pontos perseguidos com intensidade variável, pelos diversos países latino-americanos. Ressalta, todavia, como obstáculo a transpor, a insuficiência de unidades sanitárias, uma para cada 15.000 pessoas, em contraste com o número ideal de uma para cada 5.000, bem como a escassez de leitos disponíveis, associada a uma baixa produtividade hospitalar, que reduz a oferta real à população. Com relação a hospitais, saliente-se que não obstante um acréscimo de 150.000 leitos, a relação leito-habitante caiu, na América Latina, de 3,2% para 3%, devido ao aumento populacional. Mais uma vez verifica-se que o esforço governamental esbarra diante da demanda sempre crescente, gerada pela explosão demográfica, marca comum aos países em desenvolvimento.

Vê-se, assim, que a magnitude dos problemas sanitários com que nos defrontamos, desafia a dedicação e o talento de nossos líderes e administradores, demandando a criação de mecanismos originais, capazes de oferecerem soluções ajustáveis às nossas peculiaridades.

De tudo que foi dito depreende-se que dois problemas despontam como fundamentais: o saneamento básico e a desnutrição, de um lado, e o crescimento populacional desordenado, de outro, anulando, às vezes, o esforço nacional, devotado à melhoria da assistência médica e do fomento à saúde.

O Brasil, ao instituir o Banco Nacional de Habitação, acelerou a expansão das redes públicas de água e esgoto e, ao fundar, no ano passado, o Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, objetivou atender aos grupos vulneráveis da população atingidos pela desnutrição. As duas instituições são bem representativas da criatividade e imaginação de nossos administradores e sua operosidade está permitindo ao país aplicar, na solução de seus problemas, fórmulas nacionais compatíveis com a nossa realidade e com os objetivos a serem atingidos.

EPIDEMIAS, FRONTEIRAS E COMUNICAÇÃO

“Quem pode honrar os mortos com decência, me diga, camarada, quando se está no susto de morrer também, examinando as mãos a cada instante, o rosto nos espelhos a ver se já chegou o fatal anúncio das primeiras bolhas.”

Jorge Amado

Desde a peste negra, epidemia de peste bubônica que vitimou 25 milhões de pessoas, no ano de 1348, os surtos epidêmicos têm-se constituído razão de temor e pânico para a humanidade, seja pela dizimação que produzem, ou pela propagação inexorável que costumam apresentar.

Foram as epidemias, no passado, fatores importantes de contenção do crescimento demográfico, pela elevada mortalidade que provocavam, de sorte a assegurar um aumento populacional discreto, quadro que se modificou, na medida em que o homem aprendeu a dominá-las e combatê-las. É bem verdade que o progresso da Medicina e o aperfeiçoamento de novas técnicas sanitárias permitiram um certo domínio das epidemias, porém, a ampliação e modernização dos sistemas de comunicações, as facilidades de viagens, o encurtamento das distâncias, as migrações e o turismo tornaram as nações mais vulneráveis às contaminações e as epidemias ganharam meios mais rápidos e eficazes de difusão. Dantes, eram os ratos dos velhos galeões e dos navios pachorrentos que transportavam a peste de um continente a outro, ou era o algodão manipulado pelos negros da África que introduzia a varíola na vitoriana

Inglaterra de então. Pode-se dizer, sem exagero, que a doença hoje viaja a jato, trafega nos modernos comboios ferroviários, difunde-se nas auto-estradas, caminha nos rápidos navios e tem sua trajetória acompanhada, temerosamente, através da televisão pela qual assistimos, às vezes impotentes, à sua aproximação.

Tornou-se assim, a doença, ubíqua, adquiriu um caráter de universalidade, não se contém mais dentro de fronteiras políticas ou geográficas, pode mesmo surgir inopinada e violentamente, como aconteceu com a varíola, introduzida em 1970 na asséptica Alemanha por um paquistanês e que, até ser controlada, fez 4 óbitos e acometeu 20 pessoas. De outra feita, voltou a varíola a fustigar a Iugoslávia, depois de quarenta anos, trazida por um peregrino que voltava de Meca e passara no Iraque, onde a doença grassava; foram 143 pessoas que adoeceram, a partir dessa única fonte de infecção, trazida do Oriente, de cambulhada com a fé maometana.

Acodem-nos estas considerações a propósito da epidemia de cólera que se vem registrando na Itália, onde já ocorreram mais de 20 óbitos, causando pânico entre os italianos e atemorizando os países vizinhos. A notícia, trazida até nós, com a celeridade com que viajam hoje, as boas e as más, faz-nos recordar as epidemias de gripe, a bailarina e a espanhola para os antigos, a asiática, a coreana, a Hong Kong e a recentíssima *fog*, para os mais jovens, cuja onda de difusão no mundo acompanhamos todos, pela imprensa, até que ela sorratamente chegasse a nós, sem bater à porta, sem respeitar o nosso lar.

Agora mesmo a draconiana Saúde Pública americana registra, alarmada, um caso de cólera no Estado do Têxas, depois de sessenta anos que os Estados Unidos haviam anotado a última ocorrência dessa enfermidade contagiosa. Vê-se, portanto, que ninguém está a salvo e que as providências profiláticas devem ser adotadas prontamente, e com toda eficiência possível, visando ao bloqueio da epidemia.

A partir de 1970, quando irrompeu um surto de cólera na União Soviética, a moléstia tem rondado o Ocidente, sendo que, em 1971, atingiu Portugal e Espanha, tendo o fato lhes causado insuportáveis prejuízos, ao interromper o fluxo turístico, fonte de gordas rendas, pois os ricos gastadores de dólares se viram

afugentados do brilhante sol ibérico pela presença da exótica doença. Agora, foi a vez da Itália, e quem sabe onde e quando vai parar a peste indômita, *que até aqui tem zombado das medidas profiláticas pelos homens postas em prática.*

Esse encurtamento do mundo, graças à rapidez das comunicações, aproximou os povos entre si, modificou hábitos culturais, tornou as doenças mais universais, fez ruir as barreiras sanitárias e motivou, por parte das comunidades médicas, um interesse maior pelas diversas doenças, independente do lugar onde ocorram. Nesse sentido, é louvável a iniciativa das universidades americanas que, preocupadas com o fato, já ensinam a chamada Medicina Internacional, cuja abrangência envolve as condições sanitárias dos vários países e as repercussões que possam vir a ter na nação americana.

O momento exige que cerremos fileiras, junto à Organização Mundial da Saúde, para cuja coordenação apelamos, no sentido de resguardar a saúde das nações e impedir a disseminação das doenças, exercendo, através de seu regulamento sanitário internacional, uma ação supranacional, em consonância com os princípios de paz e cooperação, que devem *constituir a divisa do mundo de hoje.*

INTERIORIZAÇÃO DOS MÉDICOS OU DA MEDICINA ?

“Nós conhecemos os problemas que nos afligem, mas somos incapazes de reunir todos os esforços para uma ação conjunta. . .

Em outras palavras, os americanos de todas as classes estão fulminados por uma espécie de paralisia da vontade.”

John W. Gardner

Anuncia o Governo Federal, através do Ministério da Saúde, um plano de interiorização de médicos, destinado a levar assistência médica aos diversos municípios do interior, carentes de qualquer forma de assistência, por mais elementar que seja. Efetivamente, o problema da distribuição de médicos tem várias implicações. Depende de muitos fatores e vem desafiando os governos de vários países, os quais têm procurado criar mecanismos que atraiam o médico para a zona rural, fixando-o ali.

É verdade que não são apenas os médicos que estão mal distribuídos no país; a própria irregularidade na distribuição do progresso é da riqueza nacionais enseja a que importantes peças componentes da nossa sociedade se disponham irregularmente em todo o território, sobressaindo, no entanto, a figura do médico, por ser um dos integrantes básicos da comunidade, sinônimo de segurança e de tranqüilidade, e por isso mesmo permanentemente solicitado. Ocorre que a assistência médica, que uma população pode receber, é função de sua capacidade pagadora, de seu poder aquisitivo. Ora, como nossas comunidades

rurais são ainda bastante pobres, não dispõem de meios capazes de assegurar a presença de um médico entre elas. Daí resultar de pouco valor a fixação de uma relação ideal MÉDICO/HABITANTE, como meta de governo a alcançar, pois esses se fixam nas diversas regiões, em razão de fatores econômicos, culturais e sociais, que nem sempre atendem ao interesse do país.

Também é desprovido de sentido o argumento manipulado pelos chamados “excedentes”, que, contidos no umbral da universidade, invocam a assistência deficitária no interior, e a escassez de médicos na zona rural, como forma de sensibilizar as autoridades e o povo, para a consecução dos seus objetivos. Formados, logo esquecem os números que manusearam em seu favor, não vão para o interior, fixam-se nas capitais e nos grandes centros urbanos. A cidade de São Paulo e a Guanabara, com mais de 10% da população brasileira, abrigam cerca de 50% dos médicos do país, cuja localização nas diversas regiões geoeconômicas guarda proporção com a distribuição percentual da renda interna.

Dentre os diversos fatores condicionantes da distribuição de médicos, podemos alinhar alguns, que consideramos os mais importantes:

a) ORIGEM SOCIAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA. O acadêmico de Medicina, na sua maioria, é egresso de uma classe social mais abastada, embora a progressiva democratização do ensino superior esteja mudando o quadro e como tal, por educação, é infenso a uma aventura de exercício profissional no campo, preferindo, mesmo em condições salariais insatisfatórias, permanecer na cidade, gozando de seu conforto e da convivência com a família e seu círculo social.

b) LOCALIZAÇÃO DAS ESCOLAS DE MEDICINA. Estando as Faculdades localizadas nos grandes centros urbanos, devido aos recursos humanos e materiais de que necessitam, atraem para seus quadros discentes indivíduos nascidos na cidade, acostumados às facilidades e ao colorido da vida urbana, a que não renunciariam para iniciar suas atividades no meio rural. Os estudantes oriundos do interior, cedo são absorvidos pela vida citadina, em rápido processo de aculturação, e raros são os que regressam às suas comunidades depois da formatura. Nesse

sentido, é interessante mencionar a experiência chinesa no recrutamento de candidatos às escolas de Medicina. O futuro médico é selecionado nas pequenas vilas do interior, através das Cooperativas Médicas Rurais, após ter demonstrado pendor para o exercício da profissão, e sempre mediante compromisso prévio de retornar à localidade de origem, para exercer a atividade médica.

c) **FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO MÉDICO.** O ensino médico brasileiro, nos moldes em que é ministrado, está desvinculado do contexto sócio-econômico e produz um profissional alheio à nossa realidade sanitária. Trata-se de um modelo didático importado, cuja inadequação ao ambiente local desestimula o recém-formado a exercer a Medicina Comunitária de que carecemos e frustra seu entusiasmo, aos primeiros passos no exercício efetivo da profissão.

d) **INEXISTÊNCIA DE MECANISMOS ESTIMULADORES DA INTERIORIZAÇÃO.** A ausência de estímulos financeiros e profissionais capazes de atrair o médico para o interior o faz permanecer nas grandes cidades, temeroso da pobreza do campo, da monotonia da vida rural, das dificuldades que enfrentará no exercício da profissão, do desaparelhamento das instituições médico-hospitalares e da ausência de uma equipe de saúde capaz de lhe dar o suporte necessário para a execução de um trabalho realmente produtivo.

Entre as diversas tentativas de levar alguma forma de assistência médica aos rurícolas, despontam, como mais promissoras, aquelas que compreendem um sistema de hierarquização e escalonamento das ações de saúde, em função da população a servir e dos recursos disponíveis, bem como uma crescente delegação de tarefas primariamente reservadas ao médico e a outros profissionais de Saúde, cuja formação e custo de manutenção sejam compatíveis com as disponibilidades da comunidade a que vão atender. Em suma, os que não podem ter um médico, que tenham uma auxiliar de enfermagem, uma parteira, ou outro tipo de profissional convenientemente treinado e capaz de proporcionar-lhes o mínimo da assistência médica de que necessitam.

Em alguns países, tais como a China, a União Soviética e a Etiópia, o Governo estimulou a formação de profissionais, do-

tados de conhecimentos rudimentares de Medicina Preventiva, Saúde Pública, Obstetrícia e Pediatria, capazes de atuarem junto às pequenas comunidades rurais, dedicando-lhes pelo menos as formas mais elementares de assistência médica. São eles os “doutores descalços” chineses, os *feldshers* russos e os *health officers* etíopes, cuja formação profissional pode ser oportunamente complementada, mediante matrícula em curso médico regular.

Outros países, entre os quais o Irã, optaram pela forma do estágio compulsório do recém-formado, em zona rural, substituindo o serviço militar tradicional, assegurando mediante um rodízio sistemático, a presença de médicos no interior do país. No caso específico, o estágio profissional é precedido de um treinamento militar de seis meses de duração, a que se segue um período de dezoito meses de trabalho em pequenas unidades do interior, operadas por uma equipe sanitária, cabendo a supervisão e coordenação das ações ao Ministério da Saúde.

No Brasil, vários têm sido os projetos ensaiados e as proposições apresentadas ao Congresso Nacional, sem que até agora se tenha adotado qualquer delas, provavelmente porque deixam de compatibilizar o desejo de equacionar o problema com o sentimento liberal, que tem caracterizado nossa elite dirigente, no tocante à formação e utilização da mão-de-obra superior. Com efeito, alguma interferência diretiva do Estado, na formação e distribuição dos profissionais de nível universitário, não seria descabida, pois sendo o ensino superior, numa grande parte gratuito, cabe ao Governo cobrar dos beneficiários alguma forma de retribuição capaz de favorecer o planejamento e a atuação governamental, na tarefa de proporcionar felicidade e bem-estar a todos os integrantes da sociedade.

A extensão dos benefícios da Previdência Social aos agricultores tem constituído um estímulo, ainda que tímido, à fixação do médico no interior, pois aumentou a capacidade de pagamento das comunidades rurais, ao mesmo tempo que lhes forneceu meios de obtenção de equipamento e material médico, desde que se organizem convenientemente, através do esforço associativo. É pois, altamente louvável o desejo governamental de interiorizar a Medicina, prestando atendimento, de alguma forma, a cerca de 50% da nossa população, que ainda vive nos

campos e que constitui exatamente sua parcela mais sofredora e desassistida. Apesar de não conhecermos o plano na sua íntegra, acreditamos que, longe de objetivar apenas uma marcha de médicos para o sertão, ele visa à interiorização da assistência médica integrada, exercida sob a forma de equipes de saúde multiprofissionais, cuja coordenação geral deverá reservar a cada comunidade o padrão assistencial compatível com seu suporte sócio-econômico.

MEDICINA, AS PRIORIDADES DE HOJE

“Existem, entre outros, dois tabus na medicina clínica: morte e prioridade.”

Johns Boe

Com o início da revolução industrial, na Inglaterra e Europa, desencadeou-se um rápido processo de urbanização, cuja conseqüência imediata foi a deterioração da qualidade de vida da população, devido à formação desordenada de aglomerados humanos e à precariedade das condições de trabalho, habitação e higiene. A partir dessa época, foram organizados os primeiros programas de Saúde Pública e iniciadas ações, sob a coordenação do Estado, visando ao saneamento ambiental. Desde então, a interferência estatal no planejamento e execução da política de saúde e assistência médica vem crescendo em todo o mundo, tendo por objetivo a preservação, recuperação e fomento da saúde da população, sem discriminação social ou econômica. Assim, progressivamente, a Medicina deixou de ter apenas o indivíduo como centro de suas atenções para atingir a coletividade como um todo, estabelecendo-se então as bases da chamada Medicina Social. Hoje, mesmo a medicina individual não prescinde de uma visão integral do homem (*comprehensive medicine*), como uma unidade psicofisiológica, inserida em um contexto social.

Obviamente, haveria de surgir um desencontro entre a grandeza do objetivo a perseguir — por a saúde ao alcance de todos — e os recursos existentes para sua efetivação. O drama

consiste então em conciliar a demanda a ser satisfeita, com a nossa capacidade de fazê-lo, o que nos leva à incômoda posição de escolher soluções entre alternativas válidas adotando prioridades para equacionar os problemas com que nos deparamos.

Há uma concordância geral entre os técnicos, quanto à prioridade reservada à Medicina Preventiva, no conjunto das ações de saúde desenvolvidas em um determinado país ou região. Apesar da unanimidade existente e da consagração das medidas profiláticas em anúncios pomposos, na prática a realidade é outra. O triunfo da tecnologia médica, o instinto conservador do médico, a glorificação das relações médico/paciente, o mito da salvação da vida a qualquer preço, e, a difusão pelos meios de comunicação de massa dos “milagres” da Medicina moderna, todos estes fatos, concentram o prestígio e o esplendor da Medicina na terapêutica e na cura, em detrimento das medidas preventivas cuja execução prosaica, anônima e sem emoções fica relegada a plano secundário. Um transplante de órgãos, espetaculoso, mas de pouco efeito prático, comove a muitos, porém a proteção de populações inteiras com o emprego de imunizantes seguros, às vezes não sensibiliza sequer os médicos. Creio que reside na teatralidade, na encenação de alguns atos médicos, na auréola de magia e deidade que envolve o médico, o respeito e a admiração que o público devota à Medicina.

Ao fenômeno, também, não escapa o aluno de Medicina, cuja atitude para com as disciplinas correlatas à Saúde Pública é de indisfarçado desdém, calcado na crença de que lhe serão inúteis na prática, seduzido que está pela miragem de uma Medicina individualista, que já não encontra lugar na época atual. A culpa, a nosso ver, divide-se entre a Universidade, incapaz de corrigir a distorção do ensino médico, e o poder público que não estimula a carreira de sanitarista. Ao jovem médico, assim deformado, cedo são conferidos encargos administrativos que logo negligencia, pois, para a incumbência, falta-lhe motivação e preparo.

No que se refere às pesquisas, a maior soma destina-se às investigações laboratoriais, de cujo resultado nem sempre decorre benefício social, marginalizando-se aquelas voltadas para

os fatos epidemiológicos, das quais já resultaram conhecimentos valiosos. Citam-se, entre outros, o relacionamento entre a descoberta da ocorrência de trombo-embolismo e o uso de anti-concepcionais, a incidência de leucemia em crianças e a exposição prévia de gestantes aos raios X, e o aparecimento de certos tipos de câncer, em decorrência de hábitos individuais ou coletivos. Ironizando, um cientista inglês afirmou: “apesar de que a maior parte do que sabemos sobre câncer tenha resultado de estudos epidemiológicos em conexão com certos hábitos de vida, nove décimos dos recursos destinados à pesquisa cancelológica são aplicados em laboratórios, onde animais correm em círculo em busca do seu segredo”.

O problema da eleição de prioridades constitui, na Medicina de hoje, um imperativo a que não podemos fugir e que está a requerer de todos, comunidade, dirigentes e médicos, uma participação decidida e honesta, capaz de proporcionar a um maior número de pessoas um mínimo de saúde, atentando-se para a limitação de recursos, bem como para a produtividade a ser obtida, em função do investimento a realizar.

Sabemos que conceitos como vida, morte, dor e sofrimento não se reduzem a números ou cifras, mas será impossível imprimir a um sistema coletivo de saúde a indispensável organização, sem que se abandone a demagogia das promessas fáceis, para adotar uma política realista, capaz de contemplar a maioria na satisfação de suas necessidades básicas. É certo que o poder de decisão nas questões de saúde está escapando do âmbito puramente médico para a órbita da influência política; todavia, a formulação final do modelo a ser implantado deve ser fruto do entendimento entre três forças: a Comunidade, a Medicina e a Política. À comunidade cabe reclamar melhores condições de vida e participar ativamente da promoção de sua saúde e bem-estar, aos médicos compete esquematizar as alternativas viáveis dentro da realidade que não podem desconhecer, e dos políticos espera-se que escolham dentre todas a mais sábia delas.

ESTADOS UNIDOS, A BUSCA DO NOVO MODELO

“A crise da saúde é apenas parte da grande crise americana, refletida no Vietnam, nos guetos, na poluição e na revolução.”

Jack Smolensky Franklin Haar

A República dos Estados Unidos foi organizada com base nos estados já existentes, de cuja associação federativa resultou, sem que fosse desfeita a autonomia das unidades políticas que a constituíram. De fato, os Estados precederam à República. Uma organização política assim estruturada haveria de resultar forçosamente em uma forma de execução descentralizada das ações que competem a um Estado moderno. Ao governo federal cabe o estabelecimento das linhas mestras de atuação em cada setor, ficando a execução a cargo dos governos estaduais e locais. É exatamente o que ocorre em relação à política de saúde, onde, ao lado da centralização normativa e descentralização executiva, percebe-se nítida participação comunitária na manutenção dos serviços sanitários e financiamento da assistência médica. Desenvolveu-se então a Medicina americana com o mínimo de intervenção estatal, baseada na conscientização do cidadão, em relação à necessidade de financiar a sustentação e aperfeiçoamento do sistema de saúde, através da justa remuneração do atendimento médico dispensado. Entre tantas amostras de socialização da Medicina, já perceptíveis em todo o mundo, permanecem os médicos americanos praticamente como os últimos exemplos dos profissionais liberais do passado, que, absorvidos pelo Estado, passaram a experimentar

uma modalidade de convivência tripartite, onde figuram o paciente, a instituição e o médico.

A modernização da Medicina, se acarretou de um lado progressos tecnológicos admiráveis, resultou igualmente no encarecimento da assistência médica, impossibilitando o seu custeio em caráter individual. Enquanto outros países optaram pela forma de assistência médica sob a responsabilidade do Estado, os americanos incluíram uma figura nova entre o médico e o paciente: a companhia de seguros.

Até 1964, os cuidados médicos dispensados pelo poder público federal, estadual e municipal abrangiam quatro campos apenas, a saber: as Forças Armadas, os veteranos e certos grupos populacionais especiais (6% da população total); programas de combate a determinadas doenças (ex: tuberculose); programas de pagamentos para beneficiários da assistência pública (8.000.000 de pessoas); despesas federais com projetos destinados a ajudar a população (ex: construções de hospitais). Considerando-se que, em 1961, foram gastos 25 bilhões de dólares em assistência médica nos Estados Unidos, e que deste total apenas 20% foi investido pelo poder público, é possível avaliar o quanto tem sido discreto o gasto governamental com o setor, em relação ao montante total de recursos aplicados. Dos 20 bilhões de dólares restantes, cerca de 30% foi pago pelos seguros voluntários de saúde e o restante desembolsado pelos pacientes ou seus responsáveis. A partir de 1965, o governo americano formulou um programa especial, que retirou boa parte dos custos de serviços médicos e hospitalização da responsabilidade dos pacientes com idade superior a 65 anos.

O contínuo crescimento dos custos, com a Saúde, tornou a assistência médica quase proibitiva e originou, na população, um forte sentimento reivindicatório, de certo modo hostil para com os médicos, apesar do respeito que a sociedade, como um todo, lhes devota, e cujo objetivo final era aumentar a participação estatal no custeio do atendimento médico. Sensíveis aos reclamos da população têm surgido, de várias fontes envolvidas no problema, diferentes propostas visando a modificar a situação atual, estando no momento pelo menos seis delas sujeitas ao debate político e à discussão pública. São elas: 1 — Lei de Proteção da Saúde; 2 — Ameriplan; 3 — Lei do Consórcio de Segu-

ro Nacional da Saúde; 4 — Lei dos Direitos de Saúde; 5 — Plano da Associação Norte Americana de Seguros; 6 — Medigap.

Todas estas propostas têm em comum o objetivo genérico, e às vezes pouco definido, de melhorar a qualidade da assistência médica e torná-la acessível a todos os americanos, sem distinção de qualquer espécie.

De todas que se encontram em discussão a mais radical é a Lei de Proteção de Saúde que recebe o apoio do Senador Edward Kennedy e de cerca de 70 congressistas, a qual se propõe beneficiar todos os indivíduos, oferecendo uma completa gama de serviços de saúde, que inclui a prevenção e detecção precoce das enfermidades, tratamento médico e reabilitação, sem período de carência, impostos extras ou sistemas de co-seguros. Prevê a criação de um fundo cooperativo de saúde, o qual seria o instrumento financiador do plano, extinguindo praticamente os atuais seguros individuais de saúde, embora estimule a formação de grupos sob o regime de pagamentos prévios integrais. A implementação do plano custaria no primeiro ano de sua execução aproximadamente 70 milhões de dólares.

No extremo oposto encontra-se o Medigap, patrocinado pela Associação Médica Americana com o apoio de 150 congressistas sobretudo integrantes dos setores mais conservadores da política americana. O Medigap defende a manutenção do esquema atual do seguro privado, subsidiado pelo Governo Federal, em percentagem variável de 100% a 10%, dependendo da renda do beneficiário.

A Lei dos Direitos de Saúde foi proposta pelos Senadores Hugh Scott e Charles Percy e consiste basicamente no incentivo aos grupos de pré-pagamento, na cobertura securitária para os tratamentos sob regime de internamento hospitalar, e na criação de uma forma optativa de seguro, para fazer face aos custos de assistência médica ambulatorial.

O plano da Associação Norte Americana de Seguros é uma tentativa das companhias de seguro, visando a reforçar o sistema atual do seguro-saúde de caráter privado, enquanto o Ameriplan, que tem o apoio da Associação Hospitalar Americana,

classifica a assistência médica em três níveis (*standard*, manutenção da saúde e assistência em caso de enfermidades catastróficas e suplementar) a serem financiados em caráter optativo, através do seguro privado, com subsídios do Governo Federal, na dependência da renda familiar.

A Lei do Consórcio do Seguro Nacional de Saúde representa o pensamento governamental, e foi concebida na administração Nixon, situando-se entre a tendência renovadora radical da lei Kennedy e o conservadorismo da Associação Médica Americana. O Governo americano pensa em melhorar os padrões da assistência médica, estendê-la a todos, e desenvolver a formação de recursos humanos, mediante a criação de centros regionais de educação sanitária, em conexão com faculdades de Medicina.

O pensamento da administração é manter o sistema de seguros de saúde, embora preconize a introdução de mecanismos controladores, através da implantação de juntas revisoras e fiscalizadoras, das quais fariam parte os consumidores. A idéia central do plano é estimular o desenvolvimento das organizações de pré-pagamento (pagamento prévio) para a prestação de assistência médica, fazendo a percentagem da população beneficiada por este mecanismo pular dos 3% no ano de 1964 para 90% em 1980. A modalidade de pré-pagamento não reembolsa o indivíduo de despesas realizadas com assistência médica (ao contrário do seguro saúde privado), mas, proporciona cuidados médicos prestados em casa, no consultório ou no hospital.

O sistema nacional de saúde dos Estados Unidos está às vésperas de uma modificação, a qual poderá ser mais ou menos profunda, radical ou moderada, dependendo do resultado dos debates de opiniões, do predomínio das correntes envolvidas na questão e da inclinação política da administração nacional. Todos esperam, os médicos e a população, que ela se faça sem sacrifício da alta qualidade da Medicina praticada naquele país.

SUÉCIA — ESTADO PREVIDÊNCIA

“A política social baseia-se na solidariedade; solidariedade entre as gerações e em cada uma delas.”

Ake Fors

O sistema de saúde e assistência social sueco é tido como um dos mais perfeitos em todo o mundo, já havendo alguém chamado a Suécia de “Estado Previdência”, admirável síntese do interesse que o seu governo demonstra com o bem-estar de seus cidadãos. A saúde, ali, é encarada como sendo a proteção médica do ambiente, ou seja, a criação de um ambiente físico, social e mental, adequado para o homem, e a eliminação sucessiva das perturbações existentes no sistema ecológico. Segundo esta concepção, cada indivíduo poderia ser comparado a uma balança que estivesse sujeita a pressões (biológicas, químicas, físicas, etc.) e a proteções, de cujo equilíbrio dependeria a saúde individual.

A tendência sueca foi sempre a de colocar a maior parcela de responsabilidade, com a assistência médica e social, nas mãos da comunidade e dos governos locais, estando o sistema de saúde fundamentado no princípio da solidariedade entre gerações e regiões, sob a coordenação do governo central. Partem do princípio de que a pessoa deve pagar pela sua saúde, exatamente quando pode fazê-lo, isto é, no momento em que está hígido e em plena fase produtiva. Estabelece-se, assim, um sistema de pré-pagamento, mediante o qual os recur-

sos canalizados através dos impostos destinam-se à assistência médica e social aos velhos, aos doentes e aos incapacitados.

Na atualidade, a Suécia aplica em Saúde, cerca de 8% do seu PNB, ou ainda, 4% de seu orçamento, o que representa, sem dúvida, cifras significativas da prioridade que o Governo confere à Saúde e Assistência Social, dentro de seu planejamento global.

O sistema de saúde sueco é essencialmente descentralizado, competindo a maior responsabilidade executiva aos governos locais, cujos conselhos regionais, em número de 23, dispõem sempre de comissões médicas para assessorá-los, cabendo a atividade executiva, a um diretor de saúde regional. As atividades de saúde e assistência social constituem os principais encargos dos governos regionais, consumindo cerca de 80% do seu orçamento total. Ao Ministério da Saúde e Assistência Social cabe a coordenação da política de saúde, em termos nacionais, bem como o financiamento de programas especiais de saúde, e eventualmente o auxílio aos governos regionais, que dele necessitem. Nesse particular, é comum a transferência de recursos de regiões mais ricas para outras, cujo crescimento econômico insatisfatório é agravado pelo alto percentual de velhos na população, com custos assistenciais naturalmente onerosos. Estamos, assim, diante de uma forma de solidariedade entre regiões, garantindo uma igualdade de tratamento, mesmo quando as condições econômicas são díspares.

Várias modificações têm sido introduzidas na organização da assistência médica visando ao seu aperfeiçoamento, sendo a última conhecida como "Reforma das Sete Coroas". O objetivo da reforma foi o de facilitar e estimular o tratamento médico em ambulatório, evitando-se os internamentos hospitalares desnecessários, que, por serem gratuitos, eram muito solicitados e aumentavam consideravelmente o custo operacional do sistema. Atualmente, paga-se por consulta médica 7 coroas, e 10 coroas por dia de hospitalização, que representa um pagamento simbólico, pois na verdade o leito-dia custa realmente cerca de 360 coroas. Os medicamentos são praticamente gratuitos; 15 coroas é o máximo que alguém paga para aviar uma receita prescrita pelo médico.

Mesmo com todos os êxitos alcançados, existem ainda problemas a serem resolvidos, demandando a aplicação de recursos num montante cada vez maior, sendo os gastos suecos com saúde duplicados a cada 10 anos. Apesar de todo o esforço e do dinheiro investido, ainda se formam filas para atendimentos nos ambulatorios, há dificuldades em recrutar médicos distritais para a zona rural, bem como é grande o número de pessoas idosas sobrecarregando demasiadamente a assistência médica. De fato, o aumento da expectativa de vida ao nascer fez com que boa parte do contingente populacional sueco passasse a se constituir de pessoas acima de 60 anos. Calcula-se que, por volta de 1980, a Suécia terá cerca de 1.100.000 habitantes com idade acima de 65 anos, o que representará cerca de 20% de sua população total.

Afirma Dubos que os países se dividem em SUBDESENVOLVIDOS e MALDESENVOLVIDOS, sendo que muitos dos primeiros caminham céleres para o segundo estágio. Segundo ele, os países ricos são chamados maldesenvolvidos devido à poluição ambiental, ao caos urbano de suas cidades, à redução das áreas verdes, à violência e à incomunicabilidade entre as pessoas, tudo isso produzindo condições desfavoráveis ou até hostis ao homem.

Assim, com o advento do progresso material, as enfermidades do subdesenvolvimento cedem lugar a outras formas de moléstias, típicas dos países desenvolvidos, chamadas por alguns "doença do bem-estar..." Hoje as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morte na Suécia, para cuja etiologia contribuem, com certeza, o padrão alimentar e os hábitos da população, condicionados pelo alto padrão de vida que desfrutam. As doenças mentais, o alcoolismo, a assistência aos anciãos são outros problemas graves, que o Governo enfrenta, e para cuja solução não hesita, inclusive, em aumentar a taxação dos impostos, visando à mobilização de maior soma de recursos.

O bem-estar social de seus cidadãos é o objetivo final do Governo sueco, e constitui a fonte maior de suas preocupações. Entretanto, para aprimorar o que já foi obtido, ou mesmo preservar o nível atingido, necessário se faz manter em funcionamento uma economia ativa e dinâmica, com base no pleno

emprego, o que permite a cada um participar da construção nacional, e auferir, também, os benefícios que a capacidade distributiva do Estado assegura a todos, através de uma justiça social exemplarmente administrada. Pensar em implantar uma política de assistência social ousada, sem o suporte econômico correspondente, é querer distribuir uma riqueza que não foi produzida, é pensar em ratear, com todos, bens que não foram gerados, é transformar o país em Estado-Pensão, cujo destino final será a estagnação econômica e a revolta social da população, ao se descobrir privada dos direitos que já tinha aprendido a desfrutar. Quem duvidar, veja o exemplo do Uruguai!

OS VÁRIOS NÍVEIS DA PREVENÇÃO

“Cada dólar gasto com médicos e hospitais na América Latina custa uma centena de vidas; se usado para abastecer a população com água potável teria salvo cem vidas”.

I. Illich

A afirmativa do autor contém, é certo, uma dose de exagero e representa um ponto de vista radical, que o bom senso dos administradores e o anseio da população, por mais e melhor assistência médica, não poderiam aceitar em termos absolutos. É válido todavia, quando, chocando, enfatiza a necessidade de conferir maior importância à execução de melhoramentos de infra-estrutura, que repercutem favoravelmente nos padrões de saúde da comunidade.

Aceita a idéia de que cabe à Medicina Preventiva um papel de relevo nos modernos sistemas de saúde, compete elaborar um modelo de atuação capaz de compatibilizar as principais necessidades do país com a capacidade de financiamento dos programas e as características culturais da população a ser beneficiada. Sendo muito vasto o campo de atuação da Medicina Preventiva, a aplicação de suas técnicas visando a conservar o estado de adaptação ótima do indivíduo ao meio está estratificada em níveis de ação que, por sua vez, são condicionados pelo estágio de desenvolvimento do país e pelas características culturais de seu povo.

O conceito de prevenção, em Medicina, tem uma abrangên-

cia, às vezes insuspeitada, desde que se considere a possibilidade real de que todas as doenças possam vir a ser evitadas ou detectadas precocemente, a tempo de impedir o óbito ou a invalidez. É possível que a maioria das pessoas, entre nós, relacione a idéia de Medicina Preventiva somente a campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis, por ser este um dos métodos mais em voga nos países em desenvolvimento. No entanto, em países desenvolvidos, certas atitudes preventivas são estimuladas pelo Governo, com apoio na indústria, na engenharia, no setor educacional e no sistema de tráfego, passando a proteção individual, através de imunizantes, a desempenhar um papel secundário, no conjunto das medidas preventivas. Assim, cada país comporta a aplicação de medidas preventivas diversas, e em diferentes níveis de complexidade, de acordo com a magnitude e natureza de seus problemas de saúde.

Uma Medicina Preventiva, mesmo eficaz, não é necessariamente boa para todos os países, pois nem sempre consulta aos interesses de cada um deles. Tomemos dois exemplos bastante ilustrativos das nossas afirmações anteriores. A vacinação contra a varíola, eficiente meio de combate à doença, constitui ainda uma medida imprescindível em nosso país, mas deixou de ser compulsória na Inglaterra, há muitos anos isenta da moléstia, por causa do ônus financeiro que representa e do risco individual que pode acarretar. A partir de 1966, o Governo inglês abandonou a prospecção de casos assintomáticos de tuberculose, através do sistema de abreugrafias, considerando que a diminuição de incidência da doença elevou para 600 libras a detecção da moléstia por cada caso diagnosticado. Adotou-se, então, o critério do tratamento de pacientes na fase sintomática inicial, abandonando-se a procura indiscriminada de casos, sem prejuízos de natureza médica e com vantagens de ordem financeira.

As medidas preventivas aplicáveis, visando a preservar e fomentar a saúde comunitária, admitem uma sistematização baseada no nível de interferência em que atuam e na amplitude do espectro a ser atingido. É possível esquematizá-las em dois grupos: a) fatores que interferem em nível de agrupamentos humanos; b) fatores que interferem em nível do indivíduo.

No primeiro grupo, despontam, como principais, os fatores capazes de introduzir modificações no ambiente e no comportamento das pessoas, produzindo melhores condições de vida e de saúde. A implantação de redes públicas de esgoto e de abastecimento de água tratada, e a erradicação de doenças, como a malária, através do saneamento de zonas insalubres e extinção de espécies transmissoras, são exemplos de alterações positivas introduzidas no ambiente, e que condicionaram a melhoria da qualidade da vida em muitas partes da terra. Quanto ao comportamento humano, sabemos ser difícil modificá-lo, ainda que, apelando para leis coercitivas e mesmo quando ele atenta contra a segurança individual. Pouco sucesso tem-se conseguido no combate ao fumo, sabidamente um agente nocivo à saúde, e, pouco vale a obrigação do uso de cintos de segurança em veículos automotores, se os passageiros teimam em não atá-los à cintura.

Entre os elementos de proteção individual, estão os que agem no genótipo, visando ao controle genético, ou no fenótipo, induzindo modificações fisiológicas no indivíduo, favorecendo o diagnóstico precoce das doenças, ou estimulando seu tratamento preventivo.

O controle genético objetiva o aprimoramento das populações, através da educação e do esclarecimento aos casais, quanto à transmissão de doenças hereditárias.

A maior e mais conhecida arma da Medicina Preventiva, a imunização, consiste em uma alteração fisiológica provocada nas pessoas com a inoculação artificial de agentes imunizantes capazes de protegê-las contra as doenças infecciosas. Outras modificações fisiológicas desejáveis, o emagrecimento por exemplo, como forma de prevenir a obesidade, esbarram no problema da mudança de comportamento com todos os seus imponderáveis.

O diagnóstico precoce das doenças vem sendo progressivamente utilizado, na medida em que o desenvolvimento da tecnologia médica enseja a simplificação dos métodos de investigação clínica, aplicáveis com rapidez e economia a toda a coletividade. A detecção precoce do câncer ginecológico e da tuberculose assintomática constitui realidade palpável, que não se pode ignorar pelos resultados obtidos em termos de

casos descobertos a tempo de evitar o óbito e o sofrimento humano.

Ainda que paradoxal, o tratamento, que pressupõe a existência de uma doença já instalada no organismo, pode ter um sentido preventivo, quando evita que um mal, cronificando-se, torne o doente um inválido, ou transforme um tratamento, dantes rápido e simples, em oneroso ou ineficiente. É mais fácil e barato tratar uma otite média, que vê-la transformada em uma mastoidite, ou instituir um tratamento adequado para uma doença reumática aguda, a tempo de evitar a invalidez permanente do paciente.

A Medicina é uma só, como unitário deve ser o enfoque assistencial, incluindo-se prevenção, onde aparentemente só cabe terapêutica, ou instituindo tratamento em caráter preventivo, quando a meta for evitar a difusão ou o agravamento da doença.

A cada nação deve corresponder uma determinada política, cuja constante revisão assegure dinamismo e eficiência, face aos problemas médico-sociais com que o país se defronta no caminho do progresso, cujas soluções devem ter por base princípios de racionalidade econômica, humanismo e espírito público.

A DOENÇA DA VERGONHA

*“Levou-me tempo a perceber
Mas agora sei que todas as pudicícias lusitanas
se resumem a uma folha de parra.”*

Fernando Namora

As doenças venéreas, tão antigas quanto o mundo, têm, no curso dos anos, variado de incidência em função de fatos sociais, econômicos e de hábitos e costumes da população. Aumentam nos tempos de guerra, devido à maior promiscuidade, e também nos “bons tempos”, quando o dinheiro em abundância facilita sempre o relaxamento dos costumes e estimula a permissividade da sociedade. Na década de 40 e início dos anos 50, com a descoberta da penicilina e outros antibióticos, a sífilis e a gonorréia foram reduzidas a níveis tão baixos que se admitiu sua próxima extinção. Este foi o nosso erro, o pecado da imodéstia, o maior dos pecados científicos. A partir de 1958, constatou-se que as doenças venéreas, particularmente a sífilis e a gonorréia, estavam aumentando em pelo menos 76 dos 106 países integrantes da Organização Mundial da Saúde. Na França, por exemplo, em 1946, foram registrados 15.454 casos de sífilis. Em 1956, a cifra caiu para 1.156 e, atualmente, ocorrem cerca de 4.000 casos anualmente, um aumento superior a 200%. Quanto à gonorréia, que chega a ser 50 vezes mais freqüente que a sífilis, calcula-se que, nos Estados Unidos, no ano de 1971, tenham ocorrido mais de 2.500.000 casos, tendo a Organização Mundial da Saúde estimado, para 1963, um total de 65.000.000 de doentes em todo o mundo. Seria oportuno

tuno indagar por que no momento em que vivemos uma época de ouro da Medicina, com tantos recursos terapêuticos disponíveis, assistimos à ressurreição das doenças venéreas, sobretudo nos países mais ricos, onde ela já é a doença transmissível mais freqüente, logo após a gripe. O fenômeno que se nos depara não é nada simples, e resulta da concorrência de vários fatores, sobretudo de ordem social, que ensejaram a recrudescência de doenças aparentemente superadas. As principais causas determinantes do aumento de incidência das doenças venéreas podem ser distribuídas em dois grandes grupos: SÓCIO-ECONÔMICAS E MÉDICAS.

A seguir, examinaremos resumidamente os fatores sócio-econômicos, a saber:

a) **DEMOGRAFIA E URBANIZAÇÃO** — A predominância de jovens na população e o aumento da vida média das pessoas permitem que os indivíduos iniciem sua vida sexual mais precocemente, com pouca ou nenhuma educação sexual, e prolonguem-na por mais tempo, aumentando assim a possibilidade de contrair uma moléstia venérea. A formação dos aglomerados urbanos, com a migração de camponeses ignorantes para as cidades, onde muitas vezes vivem marginalmente, e aturdidos pelo choque cultural que sofrem, constitui também um fator de agravamento do problema.

b) **TURISMO E MOBILIDADE POPULACIONAL** — A rapidez dos meios de comunicação e a freqüência de viagens turísticas ou comerciais entre os habitantes dos diversos países fazem deste intercâmbio um importante meio de disseminação da doença venérea, o que dificulta a localização da fonte de infecção inicial e requer um programa de cooperação internacional para o seu controle. Estima-se em alguns países escandinavos, que, cerca de 50% dos seus casos de blenorragia são importados pelos seus habitantes, em férias ou em viagens de negócios. Nos Estados Unidos, registrou-se o caso de uma *call girl*, na Califórnia, que contaminou 310 pessoas, abrangendo 34 estados americanos, Canadá e México. . . . Outro elemento importante na propagação da doença venérea é o imigrante. Longe dos seus países de origem, isolados pela língua e pelos costumes, socialmente marginalizados, eles apresentam altos índices de contaminação, maiores que os encon-

trados nos países de onde procedem o que representa um problema considerável para a Europa, onde há nações, como a França, que tem 6% de sua população constituída de estrangeiros.

c) GRUPOS VULNERÁVEIS — Os jovens e certas categorias profissionais, como os marítimos, são mais susceptíveis de contrair a doença, seja pela ignorância sexual dos primeiros ou pela vida aventureira e irregular que costumam levar os marujos, em peregrinação pelos diversos portos do mundo. A incidência de doença venérea em marítimos chega a ser cerca de 16 vezes maior que na população em geral. Quanto aos outros, acredita-se que boa parte do incremento que as moléstias venéreas apresentam a cada ano deve-se à sua maior incidência nos grupos mais jovens da população. Nos Estados Unidos, há pouco tempo, a descoberta de um caso de sífilis em uma jovem de 14 anos permitiu identificar 17 indivíduos que haviam contraído a infecção e cuja média de idade era de 10 anos.

d) PROSTITUIÇÃO E PROMISCUIDADE SEXUAL — A prostituição, sob as novas formas que apresenta, é, sem dúvida, uma das causas mais importantes do aumento das doenças venéreas. Seja na sua forma clássica facilmente identificável, disfarçada sob a capa de outras profissões, ou ainda exercida por adolescentes ansiosas pelos artigos de luxo, perfumes, vestidos etc., o comércio do sexo nunca esteve tão ativo quanto agora, estimulado pela garantia da “pílula” anti-concepcional e, infelizmente, por um menor receio das doenças venéreas. A liberação da mulher e a liberdade sexual que os modernos anticoncepcionais lhe permitiram, livrou-a do temor das gestações indesejáveis, mas não a eximiu do risco de adquirir sífilis ou gonorréia.

e) IGNORÂNCIA E EDUCAÇÃO SEXUAL — A falta de conhecimento, por parte da população, sobretudo dos jovens, e a inexistência de programas organizados de educação sexual têm sido responsabilizados como fatores fundamentais na expansão e propagação das moléstias venéreas. A virgindade pode não ser um tabu, hoje em dia, mas estas mesmas criaturas tão liberais, quando acometidas de uma doença venérea, passam dias sem procurar o médico, ou quando instadas a fazê-lo, negam-se a mencionar o nome do parceiro

de quem adquiriram o mal, providência básica para identificar a fonte de infecção. Compreendendo a gravidade do problema, muitos países vêm desenvolvendo programas de orientação sexual dirigidos aos mais jovens, tendo recentemente os Estados Unidos desencadeado a "operação vênus" desenvolvida a base de filmes com personagens de Walt Disney.

f) **HOMOSSEXUALIDADE** — O aumento da homossexualidade masculina nas grandes cidades é outro fator de agravamento do problema, pois neste grupo marginal a incidência da doença é maior que na população em geral, tendo sido responsável por 10% dos casos de sífilis diagnosticados na França em 1968.

Quanto aos fatores de ordem médica, temos que destacar os seguintes:

a) **EPIDEMIOLOGIA DA DOENÇA** — A gonorréia é uma doença que tem um período de incubação muito curto o que permite uma ampla difusão da doença antes que se identifique a fonte de infecção, o que por sua vez se torna ainda mais difícil, no caso de a moléstia ter sido contraída no exterior. Agravando ainda o problema, temos o fato de que, na mulher, a doença adquire às vezes um caráter benigno, que a torna uma portadora assintomática e, como conseqüência, uma importante fonte de infecção, pois ela desconhece que está doente. Em Chicago, um estudo realizado em 32.000 mulheres tidas como sadias, foi positivo para gonorréia em 6% dos casos.

b) **PROBLEMAS TERAPÊUTICOS** — Os espetaculares resultados obtidos, a partir da descoberta da penicilina, foram-se modificando com o tempo, apesar de que a sífilis continua a demonstrar a mesma sensibilidade ao mencionado antibiótico. O que ocorreu foi um certo abandono da penicilina, por receio de reações alérgicas, o que contribuiu para o ressurgimento da sífilis. Quanto à blenorragia, o uso imoderado e indiscriminado de antibióticos determinou o aparecimento de cepas bacterianas resistentes, o que tem dificultado sobremodo o tratamento.

c) **DIAGNÓSTICO** — A inexistência de um método sorológico para diagnóstico da gonorréia em larga escala, a exemplo da sífilis, limita em muito a nossa possibilidade de diagnosticar a moléstia.

Como vimos, os fatores envolvidos na epidemiologia das doenças venéreas são, não apenas complexos, mas numerosos e estreitamente vinculados às transformações sociais experimentadas pelo mundo, requerendo da sociedade, dos pais, dos mestres e da Medicina (que descuroou do estudo e desenvolvimento da venereologia) um esforço supremo para controlar sua expansão até aqui sempre ascendente.

MEDICINA, TECNOLOGIA E HUMANISMO

“Depois que as condições naturais da existência foram suprimidas pela civilização moderna, a ciência do homem tornou-se a mais necessária de todas as ciências.”

Alexis Carrel

O progresso experimentado pela Medicina nos últimos anos proporcionou ao médico numerosos recursos técnicos, mediante os quais muitas vidas têm sido salvas e muitas dores mitigadas. Embriagado pelas maravilhas da tecnologia, seduzido pelos aparelhos mais modernos e pelos métodos mais recentes de análise laboratorial, armado com toda a parafernália com que se pratica a Medicina de hoje, o médico tornou-se impessoal, distante e céptico perante a necessidade do diálogo e do mútuo entendimento com o seu paciente, como meio de auxiliar o diagnóstico e o tratamento. Enveredou pelo caminho da especialização, da superespecialização, pois hoje há especialistas em aparelhos, sistemas, órgãos e doenças. Esquecido de que está tratando de doentes e não de doenças, pretende conhecer até à exaustão, a patologia de seu paciente, mas ignora quase tudo sobre ele, sua família, seu trabalho, suas angústias, seus anseios e esperanças. O paciente deve sempre ser encarado pelo médico no seu aspecto global como uma unidade humoral e psico-neuro-endócrina, em constante interação com o meio ambiente que o cerca, e, para tal, para que assim aja, ele precisa ser, sobretudo, sábio mais que erudito, humano quanto competente, e tão discreto como

decidido. De poucos profissionais se exigirão tantos atributos, necessários devido à nobreza e conteúdo social da missão que deve desempenhar.

Samuel Levine, um grande médico americano, em conferência que pronunciou para um grupo de jovens estudantes de Medicina, afirmou que um postulante à carreira de médico, quaisquer que tenham sido as razões de sua escolha, deveria possuir pelo menos três condições básicas: alta dose de curiosidade, vontade de servir e amor à humanidade. Sem atributos como esses torna-se difícil que o médico desenvolva a mais preciosa de suas qualidades, o conhecimento humano, a empatia, a capacidade de estabelecer um elo de ligação com o seu paciente, a única forma de lhe dispensar um último conforto, quando o aparelho mais moderno jaz inútil ao pé do leito e quando a droga mais potente é inócua para o organismo enfermo. Rodeado pelos aparelhos mais estranhos e submetido a testes laboratoriais incompreensíveis, o paciente de hoje é, sobretudo, um homem angustiado e assustado, profundamente carente de enfermeiras e médicos capacitados e extremamente necessitado da atenção, que o atarefado internista quase nunca pode lhe dispensar.

A evolução da Medicina, após tantos lances favoráveis ao seu aprimoramento técnico, dá agora uma inflexão e procura recompor, com nomes novos, uma instituição antiga, o médico de família. Em todos os países, ele ressurgiu como a fórmula encontrada para simplificar, sem aviltar, o atendimento médico, mediante a formação de uma larga base de profissionais polivalentes, capazes de dispensarem ao núcleo social sob sua supervisão a assistência médica em primeira instância, bem como a orientação necessária à preservação e promoção da saúde. Um profissional assim concebido deverá necessariamente possuir, como parte integrante de sua formação, bons conhecimentos humanísticos, suficientes para lhe possibilitar a visão integral do homem e do ambiente, que constituiria um ponto fundamental para que bem se houvesse no exercício de sua tarefa, tecnicamente simples, mas, socialmente complexa. Estamos falando de Humanismo, e não de humanitarismo. Pensamos que se deve inspirar ao profissional médico do futuro não apenas bons sentimentos, mas conhecimentos humanísticos sólidos, bastantes para desenvolver nele o juízo crítico, a valoração de conceitos e

o discernimento dos fatos. Enquanto a Ciência tem seu compromisso com o futuro, o Humanismo apoia-se basicamente no passado. Juntos, eles alargam os horizontes do homem, favorecem seu poder criador, ensinam-no a ter “a verdade de hoje como a dúvida do futuro”, segundo Clouser. A Ciência tende sempre à fragmentação do conhecimento, ao estudo do particular em detrimento do geral, ao passo que o Humanismo é sobretudo a globalização do conhecimento, o estudo do homem, seu destino, sua fé, suas esperanças, suas razões, angústias e sofrimentos.

Conscientes da importância dos estudos humanísticos na formação do médico, muitas universidades americanas já estão acrescentando aos seus currículos, em intensidade e profundidade variável, estudos de Sociologia, Antropologia, Literatura etc., como fundamentos indispensáveis à sua formação. A Medicina pode ser uma nova ponte entre o Humanismo e a Ciência; o curso médico, o cadinho que permitirá sua fusão, e o médico um instrumento para a realização do Humanismo do futuro, que, segundo Faulkner, será obtido “repondo-se Humanismo na Ciência e o cientista na humanidade do homem”.

PODE O COMPUTADOR SUBSTITUIR O MÉDICO ?

“Obtemos de um computador o que pomos nele, e, para evitar respostas estúpidas devemos formular as perguntas corretamente.”

Alexander Comfort

Em meio a tantas criações da sociedade moderna, o computador avulta como um de seus símbolos mais representativos. Dizemos melhor, símbolo e mito de nossa era. Resume, em si, a nossa luta pela ordenação, acumulação e análise da informação. Representa um instrumento de simplificação da processualística das atividades sociais e uma esperança de solução inesgotável para os problemas com que nos deparamos em nossa atuação cotidiana. Possui-lo confere *status* e prestígio a qualquer instituição. Sem capacidade de criar, limitado a processar e transformar as informações, costumamos esperar do computador mais do que ele pode dar, esquecendo-nos de que rentabilidade depende fundamentalmente da qualidade dos dados que lhe são oferecidos. Não passa portanto de mais um instrumento mecânico a serviço da inteligência humana e de sua capacidade criadora.

Amplamente utilizado a serviço da indústria, do comércio, da administração e da ciência, não tardou a ser aplicado também na Medicina, mesmo sofrendo as naturais restrições e enfrentando as resistências esperadas, as quais estão basicamente relacionadas com a natureza essencialmente personalizada da atividade médica. Como que contornando estas dificuldades, o computador veio a penetrar no campo da saúde através de sua utilização em atividades administrativas gerais que, em si

mesmo, pouco diferem daquelas desenvolvidas em outras áreas. Aplicado também na manipulação e análise de dados epidemiológicos ou elementos estatísticos relacionados à saúde, o computador encontra no momento sua maior chance de utilização, no setor médico, no registro e redistribuição das informações. Com efeito, o atual sistema de comunicações, dentro das instituições de saúde, feito em moldes tradicionais, resulta oneroso, imperfeito e inadequado ao presente momento, resultando em erros e demoras que retardam a assistência ao paciente ou tornam-na penosa e menos eficiente. O emprego da metodologia do computador permite arquivar os dados referentes à doença do paciente, sua evolução, prescrições médicas, exames de laboratórios e resultados terapêuticos, de maneira prática e funcional facilmente disponíveis para futuras necessidades. A ampliação do modelo às intercorrências patológicas individuais extra-hospitalares permitiria construir um roteiro evolutivo integral do padrão mórbido individual a que o médico teria fácil acesso para dele lançar mão, sempre que fosse necessário.

O emprego do computador em Medicina é visto sempre com desconfianças, muitas delas de caráter psicológico, por parte de médicos, enfermeiras, doentes e pessoal auxiliar, ao mesmo tempo em que acarreta a ampliação da equipe de saúde, em sentido mais largo, com a introdução nela de programadores e operadores de computadores. Talvez por esta, entre outras razões, já fracassaram vários projetos de utilização de computadores com fins médicos, inclusive por falta de definição de objetivos e metas precisas. É no entanto, no aspecto da contribuição que o computador pode oferecer para o diagnóstico, que surgem as maiores restrições e descrenças, quanto à sua verdadeira utilidade. Encarado com hostilidade por muitos que enxergam nele mais uma ameaça contra o lado humano da Medicina, ele deve ser visto, não como um antagonista do médico mas, sim, como um meio auxiliar de diagnóstico, que poderia contribuir para uma maior exatidão e precisão diagnóstica. É ingênuo supor que ele poderá substituir o médico, sua capacidade de discernimento, sua experiência, sua sensibilidade humana.

A doença não é mais que um conjunto de sinais e sintomas que se exteriorizam em intensidades variáveis na dependência de fatores ligados ao agente causal e à constituição do paciente, com uma distribuição temporal mais ou menos regular.

Nesta ordem de idéias o ato de fazer ou dar um diagnóstico médico consiste no essencial, na eleição de um modelo ou padrão. Ao arrolar o elenco de sinais e sintomas que encontrou em seu paciente o médico instintivamente confere-lhes valores e pesos diferentes até chegar a uma ou mais hipóteses diagnósticas. A elaboração de um diagnóstico corresponde, portanto, a um processo escrutinador ou discriminativo.

Ora, se o homem, usando uma metodologia empírica, artesanal, pode construir uma conclusão diagnóstica com bases em elementos colhidos no doente, tanto mais fácil sê-lo-á para um sistema acumulador e analisador de informações, desde que convenientemente alimentado e orientado para a comparação com um estereótipo imaginado para cada doença. Esta concepção permitiria, além do mais, a realização de exames de saúde em massa para atender à grande clientela, a maior parte dela sadia, que ocorre às instituições de saúde, mormente nos países onde a assistência médica é gratuita. O emprego do computador como auxiliar do diagnóstico permitirá ainda que o acervo de experiências acumuladas nas informações retidas escreva a história natural das doenças, conforme os resultados obtidos com os ensinamentos transmitidos pela tradição e torne público os conhecimentos que permanecem confinados na esfera de alguns poucos médicos de talento e clínicos de valor.

A dificuldade para a aplicação do computador, na realização do diagnóstico médico, reside em dois pontos fundamentais: as informações a serem recolhidas implicam em que se saiba de antemão o que se está procurando; a evolução cronológica da doença recomenda um acompanhamento cuidadoso para que se surpreenda oportunamente um diagnóstico que não pôde ser feito em um determinado instante. Óbvio que as duas limitações apontadas servem para reforçar o papel do médico no processo, e, ao mesmo tempo, indicar a necessidade de aperfeiçoamento do sistema de computação, de modo a torná-lo mais adequado à formulação de diagnósticos médicos.

Considerando que o computador trabalha dados que lhe fornecemos e emite respostas que devemos interpretar, é óbvio que não pode substituir o médico, porém, não há por que deixar de explorar, por preconceito, a potencialidade que nos oferece a tecnologia da computação, como meio de refinamento e aprimoramento diagnóstico.

ALGUNS ASPECTOS DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

"Eu não acredito que discernimento e simpatia possam ser ensinados na escola médica, mas podem ser transmitidos pelo exemplo."

D. A. K. Black

Considera-se como essencial para o êxito de um tratamento o estabelecimento de uma relação entre o doente e seu médico, caracterizada por certas peculiaridades compatíveis com determinadas situações clínicas. Sendo um processo dinâmico, bipolar, centrado na figura do paciente e do médico, envolvendo a ambos, tem por conseqüência uma dupla face e pode ser visualizado de dois ângulos diferentes, para melhor compreensão do tipo de relacionamento a se desenvolver. Embora em algumas circunstâncias o ato médico possa se processar unilateralmente, ou seja, sem a participação ativa do paciente, a tarefa de cuidar de alguém, do ponto de vista clínico, implica na sua interação com o médico, já que são partícipes de um mesmo processo objetivando sua cura ou reabilitação. É neste momento que não basta ao médico o domínio exclusivo da técnica, pois, para obter êxito necessita, ademais, espírito de compreensão, tolerância, simpatia e habilidade. Thomas Szasz, estudando a questão das relações entre médicos e pacientes, elaborou três modelos básicos, nos quais podem-se enquadrar as várias eventualidades mórbidas que demandam intervenção médica. São eles: 1 — ATIVIDADE/PASSIVIDADE. 2 — GUIA E COOPERAÇÃO. 3 — PARTICIPAÇÃO MÚTUA.

O modelo ATIVIDADE/PASSIVIDADE é caracterizado por uma atuação ativa do médico, que faz alguma coisa pelo

paciente incapacitado de agir. Este, inerte, funciona apenas como recipiente, intervindo passivamente no processo terapêutico. O protótipo do modelo é o tipo de relação existente entre o pai e uma criança, podendo ser observado nos casos de coma, anestesia geral e delírio. O paciente está inteiramente à mercê do médico, sem condições de cooperar de modo ativo com o tratamento em andamento.

A relação tipo GUIA E COOPERAÇÃO ocorre em condições agudas (infecções graves por exemplo) nas quais não há perda de consciência, de sorte que o paciente está em condições de obedecer às ordens médicas, que não discute, porque sente-se inseguro, sequioso de ajuda, e vê no médico um símbolo de poder e conhecimento, dele depende sua vida.

Quanto ao terceiro padrão de relacionamento médico/paciente, o da MÚTUA PARTICIPAÇÃO, baseia-se no postulado da igualdade entre os seres humanos, exige uma interdependência entre médico e doente e consiste fundamentalmente em ajudar o paciente a ajudar-se. É aplicável preferentemente nas doenças crônicas, diabetes, cardiopatias e outras, sobretudo em pacientes que desejam cuidar de si, ao menos em parte, sendo tanto mais produtivo quanto maior for a capacidade intelectual e a educação do paciente. Na relação tipo GUIA E COOPERAÇÃO, as coisas se passam à semelhança do que ocorre entre o pai e um filho adolescente, enquanto que a MÚTUA PARTICIPAÇÃO é um tipo de relacionamento só encontrado entre dois adultos.

Embora historicamente o método de MÚTUA PARTICIPAÇÃO seja o mais evoluído dos três, porque carece de uma estrutura psicológica e organizacional complexa, a rigor não se pode falar em superioridade de qualquer das modalidades de relacionamento médico/paciente sobre as demais. Acontece que cada uma delas deve estar adequada à patologia que o paciente apresenta, ou estágios desta mesma patologia, pois a evolução da doença requer atitudes distintas, por parte do médico, nas suas diversas fases. Com a diabetes, por exemplo, é possível demonstrar que em sua seqüência evolutiva o médico poderá se relacionar com o paciente em ocasiões distintas, segundo as três maneiras antes mencionadas. Ao atender o doente em coma, sua relação com o médico será do tipo ativo/passivo para,

em seguida, evoluir ao nível da cooperação e finalmente ingressar na fase da participação mútua, durante todo o período de controle da doença. Caso o médico ignore este conjunto de opções de relacionamento com seu paciente, e não seja capaz de reajustar seu comportamento, poderá comprometer todo o tratamento, e desfazer, ou não chegar sequer a fazer, o seu vínculo com o doente.

Infelizmente, em grande quantidade de casos, a relação entre médico e paciente permanece sempre no plano da GUIA E COOPERAÇÃO, sem que se formem a empatia e o entendimento necessários entre os dois integrantes do sistema.

A relação é estabelecida em bases unilaterais, o médico isola-se em sua torre de sapiência, exercita a Medicina de modo ritual por gestos, usando símbolos de linguagem e de indumentária, recusando-se a descer ao nível do paciente para conviver com ele. Sonega as informações ao paciente, ou as fornece com um ar de enfado, em termos inacessíveis. Em vez de esclarecer, confunde, em lugar de aproximar-se, afasta-se. O doente "bom" é o paciente, dócil, obediente e tranqüilo. O paciente "trabalhoso", difícil, é aquele que pergunta, contesta, pede esclarecimentos, argumenta. Como mediador entre a Medicina e o doente, o médico adota, com freqüência, um comportamento que confunde o doente, pois torna a Medicina indistinta dos médicos, misturando a autoridade (a Medicina), com os intermediários (os médicos). Assim, atacar os médicos seria atacar a Medicina. Questionar seus procedimentos, seria duvidar da Medicina, e assim esta faz-se sagrada e o médico sacerdote. Como tal, tornam-se intocáveis, supõem-se imunes aos erros, defesos da crítica e impõem uma ordem social plena de rituais, na qual afloram com fisionomias pré-fixadas, e comportamentos pré-estabelecidos, o paciente e o médico. Sem diálogo, o paciente indisciplinado afasta-se do médico, e este, aliviado, espera por outros menos rebeldes. Este é o epílogo de uma experiência terapêutica falhada, onde ambos, médicos e doentes saíram perdendo.

Na raiz dos insucessos há causas variadas, mas avultam, como relevantes, o problema da informação médica e o manuseio da psicoterapia.

Explicitamente, ao falarmos em informação médica, queremos significar com isto a distribuição ou comunicação da informação ao paciente. Ela só se torna efetiva, a informação, na medida em que reduz uma condição de incerteza, e a quantidade de informações fornecidas mede-se pela proporção em que a incerteza foi reduzida. No caso do médico à cabeceira de um doente, tende-se para a comunicação de uma informação nula, se este não for esclarecido, ou informado, sobre aspectos de sua doença, que, afinal, dizem respeito sobretudo a ele. Manter o paciente na ignorância, escamoteando ou tangenciando informações, sob pretexto de que o médico só faz o que é bom para ele, é alimentar uma situação de dúvida angustiante para os espíritos mais esclarecidos. Preconizar como ideal, para os médicos, um modelo de relacionamento com o paciente que lembra apenas a relação paternalista de um pai com um filho, propiciando-lhe segurança, é desconhecer que também tratamos com adultos, muitos deles, cultos, inteligentes e perspicazes, que rejeitam um enfoque unilateral, que uma abordagem deste tipo acarreta.

Quanto à psicoterapia, ela é intrínseca, indissociável do próprio ato da consulta médica. Quando Black disse "ser a psicoterapia um tema demasiado universal para ficar restrita ao círculo de seus devotos" é que percebera estar ela implícita em todos os atos médicos, de tal sorte que era impossível deixar de praticá-la, deliberada ou inconscientemente. A opção já não é mais empregá-la ou não, mas sim, fazê-lo mal ou bem. Não havendo tempo para praticá-la de modo formal, usá-la mesmo superficialmente, mas nunca desamparar o doente, deixá-lo à mercê de suas próprias angústias, temores e incertezas.

Cuidando de um paciente, o médico assume com ele um compromisso solene e firmam, juntos, propósitos comuns, com objetivos idênticos, que proporcionem satisfações a ambos. A atividade médica em função de um paciente, a procura de sua recuperação, devem resultar de um consenso de opinião estabelecida entre eles, a que o doente pode chegar levado pela mão esclarecedora e humana do médico, mediante a simplificação do linguajar técnico e a compreensão do ritual profissional. Não nos enganemos, os médicos, com a capacidade de julgar de nossos pacientes, *nem façamos menoscabo da impressão que lhes*

A MEDICINA DAS PALAVRAS — I

*“Uma rosa anônima pode ser muito perfumada,
mas tem menos chance de ser cheirada.”*

Richard Asher

O domínio das palavras, a percepção de seus significados, do que aparentam e do que realmente simbolizam, confere a quem as usa correta e deliberadamente um excepcional poder sobre os objetos e as pessoas. São de fato expressões de predomínio de uma casta sobre a sociedade ou dialetos privativos de categorias profissionais. Feitas para servirem aos seus criadores, são instrumentos de dominação social.

Muito representativo do que acabamos de afirmar é a manifestação de Humpty Dumpty, um estranho personagem de Carroll, em *Alice no País do Espelho*, que, dirigindo-se à Alice, dizia: “quando eu uso uma palavra ela significa o que eu quero que signifique e nada mais.” A uma pergunta de Alice, indagando se ele tinha poder para tal, retrucou Humpty Dumpty que “tudo se resumia em saber-se quem era o mestre, a única pessoa com poder para atribuir significado às palavras.” O diálogo pode ter algo de absurdo e de fantástico, como de resto é este o tom da obra de Carroll, mas é aplicável ao objeto da nossa discussão, quando se presta a uma comparação do poder dos mestres de Humpty Dumpty com a desenvoltura com que se batizam doenças, sinais, sintomas e síndromes, com nomes variados, às vezes contraditórios, ainda que pomposos, freqüentemente inexpressivos ou

distanciados do fenômeno que devem identificar. Assim, batizando as doenças e os sintomas, os médicos foram construindo o jargão da terminologia clínica de hoje, identificando patologias através de denominações inadequadas, falsas, pedantes às vezes, consagradas todavia pelo uso indiscriminado e continuado.

Entre a tradição e a precisão do significado, tem vencido quase sempre a primeira, mesmo que o desdobramento dos conhecimentos tenha demonstrado o equívoco da denominação inicial. Há palavras como *mecônio*, por exemplo, que significa de fato ópio nas fezes, mas que é usada para indicar as primeiras fezes exoneradas pelo feto que na realidade não contém ópio algum, permanecendo porém com esta denominação, ainda hoje, em função do uso consagrado através dos tempos. Literalmente é uma coisa, mas de fato significa outra, muito distanciada da idéia que correlacionou a palavra com o fenômeno em si. Coisas diferentes ocorrem com palavras exatas, que a prática clínica, desvirtuando-as, tornou imprecisas e em certas ocasiões vagas. É o caso de *afasia*, que significa a perda completa da voz, mas que é empregada incorreta e inadequadamente para descrever distúrbios da palavra em graus e intensidades variáveis. A palavra perde então a clareza para se tornar mais abrangente e menos precisa.

Há ainda o hábito de se associarem a doenças, ou outras manifestações clínicas ou laboratoriais de quadros mórbidos, nomes de pessoas que descreveram os fenômenos ou estão ligados de algum modo à descoberta, esclarecimento ou tratamento de determinada entidade patológica. Muitas ocorrências, dadas como comuns ou freqüentes em certos quadros, estão vinculadas a determinadas doenças, como elementos significativos e patognomônicos, quando na realidade não passam de exceções, sintomas e sinais raros, dificilmente identificáveis, mormente em relação aos aspectos descritos pela primeira vez. É fácil associarmos, por exemplo, a *febre de Pell Ebstein* aos linfomas, ou a *proteinúria de Bence Jones* ao mieloma múltiplo; no entanto, raramente nos lembramos de que seus registros são mais raros que freqüentes, nas patologias citadas. Cultivamos o detalhe talvez pelo amor das palavras e das citações em detrimento da clareza, da representatividade e significância estatís-

tica. Trocamos então o que é freqüente pelo que é incomum e o que é rotineiro pelo que é incerto.

A preocupação com as palavras, com os nomes, com o batismo da sintomatologia, é tanta, fascina de tal modo o espírito do médico, que pode resultar daí uma distorção de sua conduta, perante o doente, cujos interesses poderão ser superados pela ânsia do doutor em descobrir a doença, identificá-la, rotulá-la, após o que transforma o resto de sua tarefa em desinteressante atividade terapêutica ou, o que é pior, torna-se cético ou indiferente à evolução clínica do paciente. A busca do diagnóstico do doente se representa um exercício de inteligência, de conhecimento e de argúcia, não deve no entanto converter-se em um suplício de tântalo para o médico, ao mesmo tempo próximo e inatingível, pois nem sempre o diagnóstico correto e precoce está associado ao êxito terapêutico. Exemplificamos melhor. Não há dificuldade nenhuma em diagnosticar coisas simples como a acne, as aftas ou a alopecia (lenta, progressiva e inexorável. . .); porém, em contraposição, o tratamento é incerto, às vezes empírico e geralmente ineficaz.

Nestes casos, diante de sua impotência terapêutica, perante um mal limitado porém resistente, o médico reage às vezes com olímpica indiferença e, concedendo-se um momento de rigor científico, atira ao paciente um nome incompreensível e vistoso para denominar a patologia, evidente por si mesma, o que em nada contribui para melhorar o estado de espírito do doente. . .

É incorreto pensarmos que a Medicina só atinge seus objetivos quando o médico descobre um diagnóstico brilhante, rápido, eficiente. Este pode ser mais inútil que uma impressão clínica mal definida, pouco nítida. Contra a doença, nem sempre é possível fazermos alguma coisa; pelo paciente sempre poderemos fazer algo. Antes de afirmar, "vou tratar esta doença", é preciso dizer "vou tratar este doente". Um diagnóstico exato, preciso, bem localizado, é muito importante para o tratamento, porém nem sempre é tudo. Às vezes tem apenas valor científico, mas, humanamente, do ponto de vista individual, do ângulo do doente, é desesperador não produzir nenhum resultado positivo. Satisfaz a curiosidade do médico, preenche um critério científico, mas, para o paciente, o efeito é nulo, ou por-

que já seja tarde demais ou porque contra a doença descoberta nada haja para ser feito.

Pensamos então que não há razão para a obsessão do médico em encontrar para cada paciente um diagnóstico justo, perfeito e acabado. Não há por que se torturar o médico, na busca de um diagnóstico para seu doente, superponível aos que lhe foram ensinados nas aulas da faculdade de medicina ou transcritos nas longas e intermináveis páginas dos compêndios médicos.

Povoando os consultórios médicos, as salas de espera e os corredores dos hospitais e dos ambulatórios, há uma legião de pessoas procurando os médicos, tangidas pelos dramas familiares, pelas frustrações pessoais, pelas incertezas do presente e sobressaltos do futuro a desfiarem, junto ao médico, um sem número de queixas e sintomas vagos, imprecisos, confusos, abundantes, extensos, para os quais inexiste um diagnóstico médico, capaz de satisfazer prontamente o espírito do doutor, incomodado pelo desafio de uma patologia rica e ao mesmo tempo pobre. Para estas pessoas, que a prática clínica diária nos faz encontrar a cada instante, um diagnóstico exclusivo, dogmático, transposto das páginas dos livros, vale muito pouco. O pano de fundo da cena onde elas sobressaem como atores, marionetes do destino, é a solidão, o desamparo, a infelicidade, disfarçados de mil maneiras. Como tais sentimentos não são por si mesmos doenças, não temos remédios contra eles, salvo a dedicação, o afeto e a compreensão. Aí, o destino do doente já não dependerá das poções miraculosas, das injeções salvadoras ou dos comprimidos heróicos, mas sim, e sobretudo, da capacidade do médico de ajudar, de apoiar, de ouvir, de compreender, além dos limites estreitos de um simples diagnóstico clínico.

A MEDICINA DAS PALAVRAS — II

“Não são apenas os remédios dos vidros e as pilulas das caixas que curam os doentes, mas, também, a maneira como o médico os dá.”

Michael Balint

Entre outras, Richard Asher aponta duas faltas, a obscuridade e a crueldade mental, como pecados graves da Medicina. Ambos estão ligados a um fato que julgamos essencial, o direito do paciente à informação. A popularização da Medicina, a divulgação de atos e intervenções médicas, de modo amplo, através da imprensa leiga, vêm levando um número cada vez maior de pessoas a tomar conhecimento de características e detalhes do exercício profissional, gerando nesta legião de indivíduos expectativas e desejos de participação mais efetiva na organização, estruturação e funcionamento dos sistemas de saúde e prestação de assistência médica. Não é apenas a capacidade reivindicatória da coletividade que se fortalece, mas é também, embora em menor escala e de modo mais lento, o poder de crítica e de discernimento que se aprimora.

Falando em obscuridade, queremos no âmbito deste tópico especificar a falta de clareza e de simplicidade de expressão da linguagem dos médicos ao se dirigirem aos pacientes, ou às suas famílias, quando, a pretexto de esclarecerem, confundem, tornando suas palavras tão ininteligíveis aos leigos que a explicação se mostra inútil ou contraproducente. Não vale argumentar que a tentativa de explicar certos fatos ligados à doença de um paciente não encontram nele a menor recepti-

vidade, bem como é falso supor que a cordura, docilidade e cega confiança do doente sejam elementos indispensáveis ao êxito de um tratamento. Aqueles que assinalam a indiferença do paciente com relação a esclarecimentos médicos sobre sua doença são os mesmos que rotulam de incômodos e aborrecidos os doentes curiosos acerca de seus problemas clínicos.

Se o paciente, convenientemente conduzido, pode, e deve, se tornar um parceiro do médico na realização de seu tratamento em busca da cura, por que os médicos cultivam a idéia de dissimular o conhecimento, escondendo dos pacientes algumas informações básicas, relativas à sua doença ou sua situação clínica? Por que estimular entre os médicos o uso de uma linguagem supostamente científica, destinada à prática clínica, e nada esclarecedora para o leigo? Não colocamos em causa a linguagem científica, impossível de simplificar, pois sua compreensão exige a acumulação de um acervo de conhecimentos cujo encadeamento deve conduzir ao entendimento do conceito emitido. É impossível simplificar expressões tais como, mitocôndrias, cromossomas e outras semelhantes, que só podem ser corretamente interpretadas por alguém que seja detentor de noções básicas de biologia, citologia ou bioquímica.

O mesmo já não ocorre na clínica diária, onde não vemos, de modo substancial, diferenças, salvo semânticas, entre dizer-se síncope cardíaca em lugar de parada do coração, ou falar-se em neoplasia hepática em vez de tumor do fígado. Essencialmente significam coisas semelhantes, sendo algumas mais acessíveis ao leigo do que outras. No fundo, talvez reflitam apenas o embasamento humanístico, empírico, é até certo ponto místico, sobre o qual repousam as origens da Medicina, perpetuadas através de gerações de médicos incutidos de noções de falsa erudição e de um sentimento de superioridade destinado a definir uma relação de poder e hierarquia entre eles e seus pacientes. Para perpetuar esta relação de poder, esta submissão do paciente perante o médico, nada mais útil do que a linguagem técnica, o jargão profissional. Por causa disto, o médico receia que a simplificação da linguagem clínica venha a implicar na perda do prestígio da profissão e insiste em manter um nível de comunica-

ção que não atinge os leigos para, desta forma, resguardar incólume sua imagem de sapiência e infalibilidade.

Não vemos por onde possa a dignidade profissional ser atingida pela simplificação da linguagem clínica ou pelo fornecimento de uma massa de informações que permita um conhecimento mais realístico e melhor orientado sobre os médicos e a Medicina. Esta passou a encerrar um sentido social tão profundo que já não pode mais ser assunto de uns poucos privilegiados. A sua nova dimensão exige que seja matéria de debate público, veiculada pelos diversos órgãos de comunicação, que assim aproximam os médicos dos pacientes, aproximação esta que não devemos temer porque a boa qualidade da assistência médica dispensada aos pacientes com preparo técnico e cunho moral, termina por se sobrepôr às distorções e aos desencontros que nascem fatalmente da agitação das idéias e dos choques de opiniões.

Defendendo a tese da informação médica, que julgamos indispensável fornecer ao paciente e seus familiares, pretendemos abranger também, dentro do mesmo conceito, o trabalho pedagógico que a tarefa requer, pois que, muitas vezes, os rótulos, mesmo breves, e a economia de palavras, ainda que confusas, satisfazem melhor ao doente que uma explicação circunstanciada da patologia que apresenta, suas origens, causas e efeitos. Não devemos ceder diante do conformismo, que é cômodo mas ajuda pouco a realizar o profissional, como também não devemos nos deixar levar pelo devaneio da fantasia científica, recusando termos simples em troca de expressões pomposas que nada contribuem para o benefício do paciente e em muito dificultam o entendimento entre médicos e leigos.

Valemo-nos ainda do mesmo Richard Asher para, exemplificando, estranhar que se rejeite uma palavra simples como "ataque" para designar uma ocorrência neurológica aguda que preferimos denominar de trombose cerebral, hemorragia cerebral ou embolia cerebral, de acordo com a nossa preferência clínica momentânea, que muitas vezes não é passível de verificação laboratorial. Ataque (stroke, em inglês) é uma palavra simples, não erudita, curta, mas que em si mesma reflete bem a brutalidade e o inesperado do quadro. Dificilmente o médico escapará à tentação de empregar uma palavra mais científica, até

porque a tradição exige que assim ocorra, e este, convicto de que a clínica ou a confiança dos doentes é ganha explorando-se a ingenuidade e o desconhecimento da população, tripudia sobre ela manuseando expressões que o leigo desconhece, assegurando deste modo a prevalência e o predomínio de sua técnica e de seu saber, ainda quando apenas aparentes.

Ligado ao problema da obscuridade está a questão da crueldade mental, manifesta no médico sob três formas distintas: falando muito, falando pouco ou esquecendo o paciente. Em qualquer circunstância, quando e como dizer ao paciente constitui sempre uma dificuldade a que o médico não se poderá furtar, no exercício diário da clínica. Somente o seu juízo, seu senso clínico, que não se cristaliza nos ensinamentos *dos compêndios, nas aulas das faculdades, mas que poderá se estruturar a partir da criação, da intuição e até da imitação, somente com ele, repetimos, contará o médico para, agindo bem, escapar do erro, por excesso, por escassez ou por omissão. A avaliação de cada caso e de suas implicações materiais e humanas terá de ser procedida cautelosamente para posteriormente ser escolhida a linha de conduta a seguir. Corre-se o risco de, falando em excesso, criar no espírito do doente tensões e expectativas às vezes desnecessárias. Falando pouco, incorre-se no perigo de entregar o doente a angústias e ansiedades injustificadas. Ignorando-o, como nas discussões acadêmicas de pé de leito, entregamo-lo a toda sorte de conjecturas e meditações, que em nada contribuem para esclarecê-lo ou curá-lo.*

Indiretamente, convenhamos, um certo conhecimento de Medicina, por parte dos leigos, é bom para todos. Os pacientes poderão escolher melhor e mais conscientemente seus médicos e estes, observados, se verão obrigados ao aperfeiçoamento constante da técnica e da ética profissional.

CONSULTAS CURTAS... RECEITAS LONGAS

“As receitas são mais rápidas que os argumentos e as palavras de apoio, assim, a pleora de remédios, linimentos e tônicos continuará a predominar.”

Richard Asher

A atual política de saúde, em qualquer país, encontra para sua execução uma dificuldade básica, localizada na contradição existente entre dois objetivos fundamentais buscados na tentativa de aperfeiçoar a assistência médica e melhorar as condições sanitárias à disposição da população. Falamos de duas necessidades a serem satisfeitas, mas dificilmente conciliáveis: a expansão da assistência médica, garantindo a todos o direito à saúde e, de outro lado, a modernização e o aperfeiçoamento técnico que estimulam a formação de especialistas e resultam numa contínua sofisticação da Medicina. Surgem daí as distorções, dentro do sistema, e afloram as incoerências dos programas a serem postos em prática, já que os objetivos estão não apenas dissociados, mas, de algum modo, até antagonicos.

Fala-se em massificar a assistência médica, em torná-la fácil e rapidamente acessível a todos, “industrializando” a Medicina e transformando-a em artigo de consumo. A burocracia médica cronometra as consultas, estabelece prazos para diagnósticos, restringe a liberdade de ação do médico, priva-o em certo grau de sua flexibilidade de ação e de sua independência de atitudes. Em contraposição a esta idéia de simplificação e ampliação na atenção médica, boa em si, mas

distorcida na sua aplicação, o atendimento do segundo objetivo — a modernização da Medicina — implica na especialização médica em larga escala, prejudicial e onerosa, e na transformação dos médicos em técnicos, puros engenheiros da saúde, a lidarem somente com máquinas, aparelhos e números.

Corremos o risco de parecermos antiquados, mas, sendo a atividade médica um conjunto de processos e atuações essencialmente humanas, não vemos como possa o profissional prescindir do conhecimento humanístico e psicológico, que deve fundamentar a sua ação junto ao doente, pois, hoje, com todos os percalços pelos quais a Medicina vem passando, a relação entre o médico e o doente permanece como uma das ligações efetivamente mais fortes entre duas pessoas.

Pensamos que a conciliação entre as metas a serem atingidas, que visam simultaneamente a satisfazer um direito do homem, o direito à saúde, e aprimorar os técnicos e o exercício da Medicina, possa encontrar um forte ponto de apoio na multiplicação dos policlínicos, dos clínicos gerais, daqueles formados para exercerem a Medicina de modo integrado, conscientes, sem cederem nem mesmo à dicotomia enganosa e tentadora da doença orgânica e psicológica. Aos especialistas caberiam apenas os casos que demandassem uma assistência mais sofisticada, que requeressem maior profundidade técnica e domínio de um determinado campo do conhecimento médico.

Certamente que um profissional dotado das qualidades que imaginamos deva possuir um clínico geral como o que acabamos de descrever não se improvisa, mas se forma. Cabe então uma articulação maior entre os órgãos formadores de médicos, as universidades, e o sistema consumidor do produto, principalmente a Previdência Social, para que haja uma identificação de princípios e propósitos visando a um alinhamento de suas políticas de trabalho em relação a pontos comuns. Pensamos que a Medicina a ser exercida por este tipo de médicos deva ser sobretudo relacional, baseada no entendimento e na mútua compreensão entre eles e seus pacientes. Assim sendo, os clínicos gerais constituiriam a brigada de frente dos órgãos assistenciais, dispensando em primeira instância um atendimento integral e de alto padrão a quantos procurassem seus serviços em busca de socorro médico. Ocorre, todavia, que o

médico geral é um espécime em via de desaparecimento sendo o título considerado às vezes até ofensivo ou pejorativo. Desaparece porque vivemos a embriaguez dos especialistas, a sedução da Medicina armada de aparelhos e instrumentos rotulando de obsoleta e antiquada a Medicina simples, praticada apenas com o auxílio dos sentidos e da perspicácia clínica apoiada em rudimentares instrumentos de trabalho.

Ocorre que o afã de expandir a rede assistencial, de multiplicar o número de consultas e atendimentos médicos, traz no seu bojo implicitamente a simplificação racional do sistema de prestação de serviços médicos, que deverá ser centrado mais em ambulatórios que em hospitais e movimentado mais por generalistas que por especialistas. Na medida em que os especialistas passam a ter seu tempo tomado predominantemente por atividades rotineiras, estaremos desperdiçando perícia e conhecimento técnico para suprir funções importantes é certo, mas, delegáveis a outros profissionais capazes de bem exercê-las. Quanto ao outro, o generalista, deslocado ou postoço, pois está ali institucionalmente, mas traz consigo vícios de formação que lhe deram uma visão deformada da Medicina que iria encontrar fora das paredes do hospital-escola, padece males maiores, porque vive diariamente dilemas incômodos que são a resultante não apenas das condições de trabalho que lhe são impostas mas também da sua consciência e do seu conhecimento profissional.

Limitado aos poucos minutos de que dispõe para cada paciente, vê-se forçado a estabelecer de imediato uma hierarquia de doenças, dispensando a cada paciente a atenção que lhe pareça suficiente, de acordo com sua escala de valores. É fácil percebermos quão ilusório pode ser o método pois joga com sofrimentos humanos e necessidades. Sem tempo, mal pode ouvir seu doente, nem chega a pressentir, entre as ciladas que os pacientes podem armar, os verdadeiros motivos de sua vinda ao consultório, as raízes de suas queixas ou as razões de seus padecimentos pessoais que desabafa junto aos ouvidos muitas vezes surdos do seu esgotado médico assistente. Finalmente, temeroso de passar à margem de um diagnóstico orgânico, racionalizando, na tentativa de ser constantemente técnico e lógico, ou apenas para agradar ao doente que reclama por exames, o médico solicita as análises

clínicas sem muita convicção, mais para confirmar a impressão que a entrevista, mesmo ligeira, lhe deu de estar frente a mais um caso psicossomático. . .

Os exames funcionam, neste esquema, já como uma primeira medicação porque aplacam a ansiedade do doente que os requisita e conforta o lado teórico, organicista, racional, do médico, na crença de que descartada a possibilidade de uma doença orgânica, palpável, visível, identificável, rotulável, ele cumpriu seu papel de modo a não merecer censuras. O epílogo do ritual e das atribuições do afanoso médico culmina quando ele prescreve para seu doente a relação de medicamentos às vezes longa, prolixa, e freqüentemente na razão inversa da duração da consulta. . . Sem tempo a perder, convencido de que medicando agrada ao doente, prescreve-lhe medicamentos inócuos ou desnecessários que, quando muito, atendem ao lado psicológico do paciente. Não podendo estabelecer com o paciente o vínculo relacional de que falamos há pouco, receita não o doente, mas seus sintomas, cede aos caprichos do paciente, que clama por remédios e passivamente capitula diante dos fascinantes e eloqüentes apelos publicitários que fluem copiosos das oficinas da poderosa indústria farmacêutica.

O ato de receitar é mais cômodo do que argumentar com o paciente, procurar convencê-lo da desnecessidade do remédio. Parece até que uma consulta médica concluída sem uma receita é um ato falhado, incompleto, destinado a deixar no paciente uma sensação de abandono e no médico um sentimento de frustração. A receita médica tem um aspecto gratificante para o doente; e o medicamento, enquanto fornecido gratuitamente, é mais um símbolo, um troféu, a lembrar-lhe o ressarcimento dos tributos recolhidos aos órgãos governamentais. Desperta uma falsa sensação de esperteza e sabedoria, uma ilusão fugaz contida nos frascos de xaropes e elixires, poções mágicas de sonhos, e nos vidros de comprimidos dourados de esperança a acalentarem nos espíritos crédulos e confiantes, a idéia de que a solução para seus problemas, que o doutor apressado não pôde escutar com atenção, está ali, disponível finalmente, presa em suas mãos.

MÉDICO — ARTIGO DE CONSUMO

“Vivera a medicina como uma missão, mas vivia-a como homem e não como apóstolo: com nervos, ansiedade, azedumes e até por vezes com desordenada truculência.”

Fernando Namora

A Medicina tem algo de misterioso, de sobrenatural, e de mágico, às vezes com traços de sacralidade, características estas que forçosamente se refletem na figura dos que a praticam, os médicos. Exercendo o papel de mediador entre a Medicina e o paciente, o médico com ela se confunde e, embora aquela, enquanto ciência médica, seja neutra, transfere para seus agentes marcas de religiosidade, apostolado, infalibilidade e pureza de caráter.

As relações entre médicos e pacientes são reguladas no geral por um sentimento de submissão do doente às ordens e determinações médicas, sendo que estes na sua maioria não recebem explicações mais detalhadas sobre a doença de que padecem, o tratamento a ser empregado ou os exames a que se submeterão. Quando o faz, geralmente o médico usa uma linguagem técnica que o paciente não compreende, transformando-se então apenas em um ignorante doutrinado. Este tipo de relacionamento unilateral entre médico e paciente está tão sedimentado que o jargão clínico já consagrou como “difíceis” e “trabalhosos” aqueles doentes que perguntam, interrogam, em certos casos contestam, e até desafiam o médico. O que estamos acostumados a esperar do pa-

ciente é docilidade, obediência e confiança, e o mais estará a cargo do médico, pois só ele tem competência e poder para decidir! Qualquer intervenção ou participação do doente poderá ser tida como inoportuna e recebida com impaciência, como fator de perturbação do tratamento.

O condicionamento a que o paciente foi levado por uma atitude médica continuada de distanciamento e superioridade ostensiva induziu o público a identificar o médico como símbolo de autoridade e prestígio, integrante de uma casta que, por paradoxo, admira e teme, venera e rejeita, simultaneamente. Interpretando o médico como senhor de seu destino, como detentor de técnicas e segredos que poderão devolver-lhe saúde ou restaurar sua vitalidade, o doente, consciente de sua inferioridade momentânea perante um semelhante, é potencialmente um adversário seu, com ou sem exteriorizações perceptíveis. Distinguindo o médico, da sociedade, como um componente diferenciado a quem dedica atenções especiais, pode alimentar para com ele uma revolta surda, contida, embora despontando aqui e ali através de pequenas manifestações sociais aparentemente insignificantes. Enquanto exalta a figura irreprochável do médico, a necessidade de seu aprimoramento técnico, o relevo social da função que desempenha, a sociedade dá a impressão de se comprazer de modo especial em revolver os escândalos que comprometem médicos, em apontar com dedo de fariseu os que cometem deslizes morais ou se desviam dos caminhos da honestidade. Em se tratando de questões técnicas, aí então o julgamento é mais rigoroso e a tendência dominante é de aceitar-se a imputação de incompetência, antes mesmo de um exame da matéria em profundidade.

O interesse que a Medicina desperta e essa ambivalência de sentimentos que o público devota ao médico, ou seja, à sua mitificação, e o desejo inconsciente de diminuir sua estatura moral e prestígio social formaram um rico veio sabiamente explorado pela televisão, pela publicidade e por uma literatura de consumo habilmente comercializada. Descobriu-se que o médico ajuda a vender, e que sua imagem convenientemente manipulada é uma grande promotora de vendas. Já existem mais de trinta títulos traduzidos no Brasil e profusamente distribuídos através das livrarias, ostentando em capas vistosas

nomes tão “atraentes” e apelativos como *Mulheres de Médicos*, *Amantes de Médicos*, *Ideal de Médico*, *Herança de Médico*, *Obsessão de Médico* e *Curtição de Médico!* Não é novidade que o médico seja tema de livros, pois o passado é rico em exemplos de obras abordando médicos ou a Medicina como temas centrais, algumas com forte conteúdo de crítica e ironia, mas na sua maioria de boa qualidade literária. O que constitui novidade é a enxurrada de publicações de gosto duvidoso com enorme vendagem garantida pelo apelo publicitário que o médico encarna. Quanto à televisão, abischoitou seu quinhão de público usando o médico em seriados, criando heróis como os Drs. Kildare, Marcus Welby e Ben Casey, os quais, fabricados nos estúdios americanos, percorreram o mundo numa maratona de sucessos, promovendo a imagem do médico solícito, competente, generoso e bonito. As intermináveis telenovelas, que dominam a audiência e absorvem a atenção do público, também não prescindiram, para maior riqueza das suas tramas, de um médico no elenco, nobre ou vil, generoso ou mesquinho, fracassado ou vitorioso, conforme o exijam as conveniências do dramaturgo, a evolução dos episódios e a sensibilidade “ibopeana” dos telespectadores.

A Medicina pode ter algo de divino e sagrado; quanto aos médicos, são apenas homens. Deles se exige tudo, que sejam desprendidos e caridosos, capazes e estudiosos, pacientes e compreensivos. Esquece-se talvez de que são iguais aos seus semelhantes, feitos do mesmo material e plasmados na mesma sociedade, susceptíveis a todos os defeitos e passíveis das mesmas falhas.

O que a comunidade deve esperar do médico é que ele seja sobretudo humano! Sendo humano, como profissional, será humanista e, como pessoa, humanitário. Nem sacerdote nem bruxo, nem apóstolo nem feiticeiro; apenas médico, bons médicos, é o que aspiram ser os profissionais conscientes dos dias de hoje.

ENFERMAGEM, MISSÃO E PROFISSÃO — I

“A enfermagem deve ser encarada como uma arte em relação à medicina, à cirurgia e à higiene, e, como arte, deve cuidar dos doentes e não das doenças.”

Florence Nightingale

O dia doze de maio assinalou o transcurso da data consagrada à enfermeira, e as manifestações tributadas à classe por toda a comunidade refletem o apreço da sociedade por esta profissão de grande beleza e muita utilidade. Trata-se na verdade de uma profissão muito antiga, ou melhor, de uma atividade antiga, pois no curso do tempo experimentou muitas modificações que tornam suas características atuais bem diversas daquelas encontradas em um passado relativamente recente.

Diz-se da Medicina que nasceu quando o homem primitivo deu o primeiro grito de dor. Nesta mesma ocasião nasceu também a Enfermagem. Apareceu e se desenvolveu no início como fruto de uma atitude de solidariedade humana, como resultado do desejo de servir, de mitigar a dor, de socorrer o doente, de consolar o moribundo, de auxiliar os inválidos. Surgiu como uma ação a ser desempenhada voluntariamente, em caráter artesanal e empírico.

A enfermeira era sobretudo a mão amiga que pensava os ferimentos e proporcionava ao doente todos os cuidados, mesmo os mais simples, funcionando como autêntica substituta da mãe. Não havia preocupação maior, de ordem técnica

ou profissional, como também a carreira não era institucionalizada, nem obedecia a normas bem definidas, quanto à organização de cursos de formação. A partir da Segunda Guerra Mundial, tomou corpo, movimento em todo o mundo visando a acelerar o processo de institucionalização da Enfermagem, profissionalizando as enfermeiras e estabelecendo critérios para o funcionamento de cursos regulares, com a finalidade de formar pessoal. A partir daí a Enfermagem começou a perder seu caráter amadorístico, meramente filantrópico, para se transformar numa profissão reconhecida, com direitos e deveres determinados, o que inevitavelmente haveria de se refletir no comportamento das enfermeiras treinadas agora em padrões bem diferentes dos anteriores.

Ao lado do fortalecimento da ética e do consenso profissional, ampliaram-se as bases científicas da Enfermagem, bem como ocorreu uma ascensão da profissão na escala de valores da hierarquia social. Na medida em que se transformou em profissão de grau universitário e aumentaram as perspectivas de trabalho com remuneração condigna, foram sendo vencidos os preconceitos sociais que, estigmatizando-a injustamente, reduziam a demanda às escolas especializadas. Este é naturalmente um processo lento, e um dos elementos responsáveis pela alarmante carência de enfermeiras, principalmente nas regiões em desenvolvimento onde o problema chega a adquirir proporções alarmantes. Há inclusive uma inversão de fatores, pois, enquanto precisamos de mais enfermeiras que de médicos, no Brasil, para cada enfermeira que se diploma existem quatro médicos concluindo seus cursos.

Da profissionalização da enfermeira que lhe ensejou ascender na escala social e alcançar um nível mais elevado de preparação técnica, decorrem algumas transformações da profissão, que resultaram na incorporação de novos encargos profissionais que alteraram seu relacionamento com os doentes. A escassez de pessoal de saúde determinou o processo de delegação de competência como única forma de estender a toda população os benefícios da assistência médica. Tarefas mais simples são delegadas do médico para a enfermeira, e desta para a auxiliar e assim sucessivamente, na dependência dos recursos humanos e econômicos disponíveis, de tal sorte que em um mesmo nível de atuação podem interferir profissionais de

padrões técnicos desiguais, respeitando-se o limite do preparo de cada um. Novamente é a questão da compatibilização de recursos que vem à baila, e a necessidade de adequar o mínimo disponível ao máximo de resultados que podem ser obtidos. Por outro lado, a crescente complexidade dos problemas sanitários e a consciência firmada de que eles devem ser encarados globalmente gerou a formação das equipes polivalentes e multidisciplinares, nas quais a enfermeira vem tendo cada dia um papel mais saliente.

Em decorrência dos fatos mencionados, a enfermeira viu subitamente alargarem-se seus horizontes profissionais, descortinando novas perspectivas com as quais não sonhava. Enveredando pela trilha da administração sanitária e hospitalar, envolvendo-se nas questões de planejamento de saúde, participando sempre mais de atividades docentes, ela se afastou progressivamente do leito do doente, para se enredar no labirinto da burocracia e se afogar num mar de papéis, ofícios, relatórios e memorandos. Cedo compreendeu que o prestígio profissional, infelizmente, quase nunca advém do zelo e do cuidado que dispensa ao doente, mas sim da maneira como progride no exercício de suas atividades administrativas ou docentes. Para a enfermeira diligente e dedicada, que lida diretamente com o paciente, atendendo suas necessidades e cuidando de seu conforto, estão reservadas apenas as apreciações elogiosas dos médicos, um sorriso agradecido do paciente, ou um olhar benevolente de sua chefe imediata, mas não os melhores salários ou as maiores oportunidades de progresso profissional.

Paradoxalmente, a profissionalização da enfermeira subtraiu muito do seu tempo para execução daquilo que foi a razão de ser, os fundamentos e a base, sobre a qual se edificou toda a enfermagem: O CUIDADO AO PACIENTE. A enfermeira moderna distanciou-se do doente e foi absorvida por outras atividades estranhas, ainda que correlatas, ao núcleo e à essência de sua profissão. É reconfortante sentir aqui e ali, nas enfermeiras debruçadas sobre mesas de trabalho atulhadas de papéis, um desejo incontido e indistinto de retorno às origens, à beira do leito, ao contato direto com o paciente. Elas sabem no íntimo que reside aí a possibilidade maior de sua realização profissional, como estão igualmente conscientes do sentido altamente gratificante, emo-

cional e espiritualmente, do trabalho que desempenham. Mesmo despidas da aura de romantismo e filantropia pura que inspiraram as enfermeiras do passado, é difícil crer que no presente materialista desumano que vivemos, alguém possa exercer a profissão de enfermeira sem uma grande dose de humanitarismo, de compreensão para com o próximo, de crença na condição humana, de respeito para com o doente e de entendimento com seus semelhantes.

ENFERMAGEM, MISSÃO E PROFISSÃO — II

“Os hospitais foram feitos para os doentes e não os doentes para os hospitais.”

Florence Nightingale

Vimos, em artigo anterior, como a evolução profissional da Enfermagem vem contribuindo para afastar a enfermeira da assistência direta ao paciente, na medida em que se abrem novas perspectivas para o seu trabalho, todas elas mais prestigiadas, mais cômodas e melhor remuneradas que a estafante e difícil tarefa da Enfermagem clínica. Já frisamos que, por mais relevantes que sejam as outras funções desempenhadas pelas enfermeiras, nenhuma diz tão de perto, em relação à sua atividade básica, como o atendimento que podem dispensar ao pé do leito de um enfermo. Há inclusive levantamentos demonstrando que a maior parte das enfermeiras manifesta interesses em cuidar do doente, embora na prática ocorra uma contradição entre pensamento e realidade, pois quase sempre optam por outras formas de exercício profissional de execução menos trabalhosa e de maior destaque social.

Entendendo-se como muito humanas e decorrentes de uma realidade que é inútil desconhecer, as motivações que estão levando as enfermeiras a um quase divórcio do paciente, espera-se, no entanto, que, mesmo absorvidas pelas tarefas de administração, planejamento ou ensino, guardem consigo certos princípios básicos estreitamente vinculados à sorte dos doentes, a que jamais poderão ser indiferentes, mediante o que es-

tarão preservando o caráter humanitário e o cunho social que identificam a profissão.

Cuidar do paciente poderá não ser apenas uma tarefa da enfermeira clínica, mas uma responsabilidade de todas, que, estejam onde estiverem, não podem se eximir das obrigações para com o doente. Dentro desta idéia achamos interessante reproduzir e comentar um decálogo de recomendações que uma enfermeira canadense, Jean Hayter, enunciou em artigo que escreveu sob o título: *O que significa realmente "cuidar" de um paciente?* Para ela o cuidado integral que deve ser dispensado a uma pessoa compreende os seguintes pontos:

1 — *Cuidar de um paciente é dar-lhe uma massagem suave que o tranqüilize.* Com isto deseja enfatizar a necessidade de pequenas atenções que podem ser dispensadas ao enfermo, tais como oferecer-lhe um copo de água ou afagar-lhe a cabeça, que, sendo atitudes banais, infundem no doente uma confortadora sensação de bem estar físico e psicológico.

2 — *Cuidar de uma pessoa é ficar ao seu lado, quando ela se encontra atemorizada, ou escutá-la quando tenha algo a dizer.* A eficiência de uma enfermeira não deve ser medida apenas pela sua atividade física ou pela sua prontidão em medicar ou socorrer o doente. Pode ser igualmente eficaz aquela que, amparando o paciente em seus momentos de solidão e temor, escuta-o, transmite um sentimento de solidariedade e segurança, valorizando-o como pessoa humana.

3 — *Cuidar de um paciente significa saber usar os equipamentos mecânicos, em vez de deixarmos que estes nos dominem.* Os aparelhos, mesmo os mais complexos, não funcionam por si, nem logram eles mesmos a recuperação e a cura do paciente, se este não receber também a indispensável atenção humana. Cumpre à enfermeira dominar seu funcionamento, encorajar o paciente a usá-lo convenientemente e desfazer no espírito deste receios que costumam estar presentes.

4 — *Cuidar é obsequiar um ramo de flores à enfermeira que está à cabeceira do paciente.* Falando assim, ela quer simbolizar a necessidade de um reconhecimento maior ao trabalho da enfermeira clínica, quase sempre à margem das maiores oportunidades de reconhecimento material ou moral ao serviço

que desempenha. Na enfermeira que assiste diretamente o paciente fundem-se a figura da mãe e da "curadora" ou seja confundem-se o lado espiritual e o físico, que coexistem na Enfermagem. Multiplicam-se as oportunidades de ascensão profissional e aperfeiçoamento técnico nos campos do planejamento, da administração e da docência, enquanto a Enfermagem clínica é relegada a um plano secundário, acarretando desestímulo funcional e queda na qualidade do trabalho desenvolvido.

5 — *Cuidar é buscar novas maneiras de solucionar problemas.* A sobrecarga de trabalho é uma constante nos hospitais e, conseqüentemente, há sempre carência de recursos materiais e humanos. Não basta que a enfermeira reclame da administração as condições que lhe faltam em um determinado momento, porque nem sempre elas estarão disponíveis, cabendo-lhe então desenvolver sua capacidade criativa, imaginando soluções novas ou adaptando procedimentos antigos, suficientes para contornarem ou minorarem as dificuldades surgidas.

6 — *Cuidar é participar do processo decisório na organização a que pertence.* Cabe à enfermeira participar das discussões de assuntos de interesse da instituição onde trabalha, manifestando suas convicções e oferecendo subsídios para o equacionamento de problemas de âmbito geral ou específico.

7 — *Cuidar é estabelecer laços de amizade com outras enfermeiras.* A formação de uma consciência profissional fundamentada em princípios éticos e morais é imprescindível para a criação de um sentimento de classe sólido e duradouro. Como no Brasil só recentemente as enfermeiras vêm assumindo funções de maior relevo e destaque, é indispensável que mantenham suas divergências exclusivamente no âmbito da discussão técnica, sem se deixarem conduzir por antipatias ou preferências pessoais, que só conduziriam ao enfraquecimento da classe que ora tanto necessita de afirmação perante a sociedade.

8 — *Cuidar é vincular-se com outros profissionais do setor de saúde.* A Medicina moderna é exercida através de equipes multidisciplinares, e neste conjunto não deve haver lugar para rivalidades profissionais ou opiniões preconceituosas para que a harmonia reinante resulte na consecução do objetivo final, o bem-estar do doente. Do respeito mútuo que deve presidir às

relações entre os integrantes do grupo e da obediência às normas em vigor e ao princípio da hierarquia depende o sucesso das ações em andamento. É oportuno lembrar as palavras de Florence Nightingale quando disse: "ninguém estará pronto para mandar se não estiver preparado para obedecer."

9 — *Cuidar é filosofar sobre assuntos morais no campo da saúde.* O impacto das novas técnicas adotadas pela medicina e a constante evolução experimentada pelo mundo forçam a enfermeira a refletir sobre assuntos de natureza moral, levam-na a revêr conceitos, já que não pode desconhecer as discussões que se passam em torno de si sobre o aborto, a eutanásia ou o transplante de órgãos.

10 — *Cuidar é reconhecer ocasionalmente que temos procedido bem.* Trata-se de um convite à reflexão, para que, repassando seus atos, a enfermeira distinga os acertos das faltas, e revisando sua conduta, acerte com os caminhos do permanente aprimoramento profissional.

Estes mandamentos da enfermeira nos parecem de grande utilidade como regras norteadoras da profissão, pois, dimensionando de modo integral o cuidado que deve ser oferecido ao doente, tornam todas elas partícipes do processo, independentemente de cargos ou funções, ao mesmo tempo que garantem incólumes os conceitos de humanitarismo e solidariedade que identificam a Enfermagem, desde suas origens.

A MORTE, A MEDICINA E O MÉDICO

“Mas em vida tão escassa que esperança será forte? que quanto da vida passa está incitando a morte.”

Camões

Diz-se que a morte é companheira da vida. Surgiu com ela, ou melhor, com o aparecimento dos seres biológicos complexos, pois os unicelulares não morrem, já que seu mecanismo reprodutor é a própria garantia de sobrevivência. Morrendo, desde o dia em que começa a viver, e consciente da sua inexorabilidade, o homem, antes de se resignar com a sua perspectiva mortal, teme a morte por ser imprevisível e desconhecida. Forçado a conviver com ela, de modo paradoxal, absurdo e conflitivo, sem ter até agora podido vencê-la de todo, a luta do homem tem sido a de protelá-la, tapeá-la, enganá-la, adiá-la, sorvendo para tanto sofregamente o frágil quinhão de segurança e longevidade que a Medicina moderna é capaz de lhe oferecer.

Acuados diante da certeza do seu fim, os místicos e religiosos transformam-na em passagem para a vida eterna; os mais ansiosos cuidam de perscrutá-la nos meandros do ocultismo e da quiromância; os cétricos a definem como sendo a negação da vida. Seja a morte o passaporte para a vida eterna, ou simplesmente o mergulho no vazio e no nada, temem-na todos, por medo do ajuste final de contas da contabilidade teológica, ou por um temor igual ao que assaltava a criança envolvida na escuridão. Há até quem diga a morte bela, quando chegada na velhice, anos e anos após o gasto natural do organismo, e

chame-a de feia ou de anti-natural, quando, surpreendendo, ceifa a vida por intercorrências inesperadas. Aliás, parte da angústia do homem reside em sabê-la certa e imprevisível, tornando-a assim impossível de ser evitada. O que vale é que, como diz justamente Tristão de Ataíde, morre-se aos poucos, morre-se com os amigos e os parentes que se vão, morre-se com os ideais que perdemos, com as crenças de que nos desfazemos, com os objetos que se gastam, com as casas e os móveis velhos que se destroem. A vida seria na verdade apenas um processo biológico progressivo pelo qual atingimos a morte, de que descuidamos na infância (pode ser até objeto de folguedos), que idealizamos romântica na adolescência, que encaramos na maturidade como nossa maior inimiga, e para qual deveremos estar preparados na velhice, dizendo, como o poeta Manoel Bandeira, "que a mesa está posta e a cama feita."

Estando a morte na raiz das preocupações humanas, filosóficas ou pragmáticas, tem sido objeto de um volume cada vez maior de discussão e debates em todos os veículos de comunicações, leigos ou científicos. Talvez seja o homem que começa a vencer o tabu da morte, como já vencera o do sexo. Até agora, o que se conseguiu foi aumentar a expectativa de vida média do homem, através do controle de várias doenças e da melhoria da qualidade da vida, tornando sua probabilidade de sobrevivência progressivamente maior. Na medida em que conseguimos proteger melhor a saúde do homem, permitimos que um maior número de pessoas atinja idade mais avançada e conseqüentemente surjam novos desafios a serem respondidos pela Medicina e pelos médicos.

O poder de prolongar a vida, a possibilidade de usar as drogas mais potentes, a disposição de empregar os aparelhos médicos mais sofisticados, a oportunidade de realizar a cirurgia mais ousada pedem do médico uma avaliação correta dos valores que se encontram em jogo, o respeito pela vida humana, o sofrimento do paciente, os sentimentos familiares, a fidelidade aos princípios éticos profissionais, o que vem a exigir dele que seja sobretudo um sábio tomador de decisões.

É certo que a Medicina é a ciência de proteção da vida, e mantê-la é o seu grande objetivo, mas, entre tantos com-

bates que trave contra a traiçoeira morte, será ela que na última batalha haverá de levar a melhor. Por causa disto é que muitos educadores médicos têm se preocupado com a formação profissional dos novos doutores, cuidando de prepará-los também para a "tanatos", para a assistência final ao desenganado, ao moribundo, ao paciente pelo qual o mais que a Medicina pode fazer é possibilitar uma morte calma e confortável. Tem-se dito até que o hospital é o lugar mais impróprio para se morrer, pois, isolando o doente no confinamento das dependências e procedimentos institucionais, cercado-o com a frigeidez e a eficiência impessoal da tecnologia médica, o que se faz é agravar sua crise de solidão ("On mourra seul", diz Pascal) e roubar-lhe os últimos suportes psicológicos que poderiam fazer sua morte mais suave.

Apesar de Bilac ter dito que "para certas questões é mais razoável ouvir os poetas do que os fisiologistas, pois aqueles possuem uma ciência ingênita para as coisas do espírito, capaz de funcionar melhor que o raciocínio", muitos médicos têm procurado contribuir objetivamente para uma compreensão mais humana da morte, que transforme a agonia do moribundo não apenas no epílogo de uma batalha perdida, no apagar de uma vela bruxuleante a que se assiste indiferente, porque o último ato da tragédia biológica deve inspirar sobretudo solidariedade e respeito e o que encarna de mais profundo é a evasão do espírito e da inteligência, a dissolução da consciência, traços que distinguem o homem dos outros animais.

Pensando assim foi que a Dra. Elisabeth Ross — psiquiatra de Illinois — separou didaticamente as cinco fases por que passa um moribundo, visando com isto a facilitar a compreensão das carências psicológicas exibidas pelo agonizante. São os seguintes os cinco estágios mencionados: negativismo, revolta, concordância (geralmente com Deus), depressão e aceitação. Com objetivos semelhantes estão sendo desenvolvidos programas especiais em alguns hospitais, visando a infundir nos pacientes compreensão, confiança e esperança, sem prejuízo das medidas terapêuticas que o caso requeira.

Por mais competente que seja o médico, por mais aparelhado que seja o hospital, por mais querido que seja o doente, há de chegar muitas vezes um momento em que todos se per-

guntam até que ponto é justo adiar o inevitável. Neste instante, o médico estará se deparando com uma série de conceitos cujos valores pouco o haviam preocupado, até então. Refletirá sobre o sentido ético de sua profissão, que foi construída para resguardar a vida, pensará na responsabilidade legal dos familiares e no respeito às últimas vontades do paciente, voltará seu pensamento ainda para a definição da morte no plano espiritual e biológico, e hesitará, por fim, antes de tomar qualquer medida, mesmo moral e profissionalmente correta, que possa a qualquer título ser interpretada como abreviadora do último sopro de vida que anima o corpo irremediavelmente condenado à morte próxima. Devido à indefinição e flexibilidade dos parâmetros apontados é que a atenção dedicada a um paciente moribundo varia, nos diversos locais e entre os vários médicos, na dependência de valores éticos, preconceitos, inclinações filossóficas ou religiosas e circunstâncias pessoais e familiares.

Paradoxalmente, quanto mais se desenvolve a tecnologia e avança o conhecimento da Medicina, mais se exige que o médico seja um profissional sábio, um homem isento de paixões, uma alma nobre e um espírito humanista. Na base da competência técnica deve estar uma sólida formação humanística, que permita ao médico tratar com o mesmo desembaraço e discernimento as doenças do corpo e os males do espírito, sem o que jamais poderá compreender na sua totalidade o sofrimento do paciente que assiste. Da mesma forma deverá ser tão eficiente na cura como diligente na morte, igualmente empenhado em curar como em confortar e aliviar os que já não podem esperar da Medicina senão uma última palavra de compreensão e carinho.

DIANTE DO CÂNCER E DA MORTE

“Um moribundo precisa morrer como um homem com sono precisa dormir; e há um momento em que é errado e inútil resistir.”

Stewart Alsop

Aos 60 anos faleceu, em maio de 1973, Stewart Alsop, um dos mais famosos colunistas da imprensa americana, vítima de leucemia, enfermidade contra a qual lutou, desde julho de 1971, quando uma junta médica lhe comunicou o diagnóstico definitivo. Neste período, além de manter sua presença nos jornais, onde continuou a discutir com argúcia e independência assuntos de natureza política, escreveu um livro *Stay of Execution*, no qual narra a maneira estóica e decidida com que esperou a morte iminente. No livro, seu tom é não só de resignação, quando diz que: “há tempo para viver e tempo para morrer”, mas também de aceitação da morte, quando a descreve, junto com o nascimento, como uma experiência universal, interessante, mesmo que se saiba dela com antecedência. O último livro de Alsop é, acima de tudo, um dramático relato escrito sob tensão por um homem inteligente e poderoso, inapelavelmente condenado à morte.

A história de Alsop e o drama que sua popularidade tornou público servem para reabrir a discussão em torno do anúncio das doenças fatais e da trajetória de sofrimento que desencadeiam até o desfecho final. Entre a declaração da sentença médica irreversível e o desenlace, há muitas vezes um longo e doloroso caminho a percorrer que poderá se tornar me-

do por diversas razões, entre as quais o sofrimento intenso, a impossibilidade de trabalhar, o desejo de poupar à família um triste espetáculo de definhamento e dor, ou a vontade de controlar a morte como controlara a vida. Igualmente, é freqüente o suicídio na fase depressiva, embora por mecanismos diferentes, o que suscita mais uma vez a já antiga discussão sobre o ato de matar-se, para uns demonstrando de coragem, para outros sinal de covardia. É aqui que cabe a expressão de Albert Camus em *O Mito de Sísifo, o homem rebelde*: “Não há mais que um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio.” Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da Filosofia.

A aceitação passiva é encontrada nos doentes taciturnos, geralmente deprimidos, indiferentes ao meio, que assumem uma atitude de estudada apatia e visível ironia diante do médico, do tratamento e da morte.

Finalmente, os que se propõem lutar contra a morte até o fim fazem-no de três maneiras: vivendo intensamente como se nada houvesse (aqui o desejo de realizar-se em vida ajuda a suportar a idéia da morte), lançando mão do curandeirismo como tentativa desesperada em busca da cura e, finalmente, submetendo-se a experimentos clínicos na fase de testes de medicamentos e condutas terapêuticas novas.

Certamente que nem sempre estas fases mencionadas anteriormente são observáveis em um mesmo paciente ou se apresentam na seqüência já indicada mas, de qualquer modo, são pontos de referência altamente válidos para uma compreensão mais aguda, por parte do médico, do transe vivido pelo paciente na dura travessia do diagnóstico até a morte. Para proporcionar ao paciente uma morte digna, Weisman aponta as seguintes regras básicas a serem seguidas em relação a ele: 1 — prolongar a vida tanto quanto possível; 2 — reconhecer e resolver conflitos residuais; 3 — procurar atender os últimos desejos; 4 — aliviar a dor; 5 — preservar as reservas sociais e psicológicas. No mais, é ter em mente que de nossa ação poderão decorrer para o paciente condenado dias menos negros, e até felizes, como alguns pacientes agônicos já o têm revelado, lembrando-se do ensinamento de Vargas Otero de que “a psicoterapia às vezes cura, com freqüência alivia, a miúde ampara, porém sempre acompanha.”

do por diversas razões, entre as quais o sofrimento intenso, a impossibilidade de trabalhar, o desejo de poupar à família um triste espetáculo de definhamento e dor, ou a vontade de controlar a morte como controlara a vida. Igualmente, é freqüente o suicídio na fase depressiva, embora por mecanismos diferentes, o que suscita mais uma vez a já antiga discussão sobre o ato de matar-se, para uns demonstrando de coragem, para outros sinal de covardia. É aqui que cabe a expressão de Albert Camus em *O Mito de Sisifo, o homem rebelde*: "Não há mais que um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio." Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da Filosofia.

A aceitação passiva é encontrada nos doentes taciturnos, geralmente deprimidos, indiferentes ao meio, que assumem uma atitude de estudada apatia e visível ironia diante do médico, do tratamento e da morte.

Finalmente, os que se propõem lutar contra a morte até o fim fazem-no de três maneiras: vivendo intensamente como se nada houvesse (aqui o desejo de realizar-se em vida ajuda a suportar a idéia da morte), lançando mão do curandeirismo como tentativa desesperada em busca da cura e, finalmente, submetendo-se a experimentos clínicos na fase de testes de medicamentos e condutas terapêuticas novas.

Certamente que nem sempre estas fases mencionadas anteriormente são observáveis em um mesmo paciente ou se apresentam na seqüência já indicada mas, de qualquer modo, são pontos de referência altamente válidos para uma compreensão mais aguda, por parte do médico, do transe vivido pelo paciente na dura travessia do diagnóstico até a morte. Para proporcionar ao paciente uma morte digna, Weisman aponta as seguintes regras básicas a serem seguidas em relação a ele: 1 — prolongar a vida tanto quanto possível; 2 — reconhecer e resolver conflitos residuais; 3 — procurar atender os últimos desejos; 4 — aliviar a dor; 5 — preservar as reservas sociais e psicológicas. No mais, é ter em mente que de nossa ação poderão decorrer para o paciente condenado dias menos negros, e até felizes, como alguns pacientes agônicos já o têm revelado, lembrando-se do ensinamento de Vargas Otero de que "a psicoterapia às vezes cura, com freqüência alivia, a miúde ampara, porém sempre acompanha."

AINDA HÁ LUGAR PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA ?

“A desvalorização econômica e social coloca o clínico geral no degrau mais inferior da hierarquia médica, enquanto a formação acadêmica é orientada para formar técnicos limitados, verdadeiros engenheiros da saúde.”

Norbert Bensaid

Sob várias denominações — policlínico, médico da comunidade, médico prático geral, clínico geral — está a ressurgir em todo o mundo um interesse renovado pela figura do médico de família como um elemento indispensável ao bom funcionamento dos sistemas de saúde presentes e futuros. Não se cogita simplesmente de restaurar o médico do passado, sacudir o bolor de sua sobrecasaca, ajustar-lhe os *pince nez*, dar-lhe vida nas velhas estampas descoloridas, e transplantá-lo para a realidade de hoje. Num instante de crise, da família e da assistência médica, ambas perceptíveis em escala mundial, buscase como um dos remédios para o impasse em que vivemos a segunda, a revitalização do médico de família, um tipo de profissional para atuar ao nível da menor unidade social, a família, o microcosmo do paciente, onde a doença se reflete ou se nutre, e onde se originam ou se projetam os desequilíbrios sociais.

O tipo de assistência médica dispensada às pessoas tem variado, ao longo do tempo, em função do estágio dos conhecimentos médicos e das características sócio-econômicas de determinadas épocas. Antes do desenvolvimento das moder-

do por diversas razões, entre as quais o sofrimento intenso, a impossibilidade de trabalhar, o desejo de poupar à família um triste espetáculo de definhamento e dor, ou a vontade de controlar a morte como controlara a vida. Igualmente, é freqüente o suicídio na fase depressiva, embora por mecanismos diferentes, o que suscita mais uma vez a já antiga discussão sobre o ato de matar-se, para uns demonstrando de coragem, para outros sinal de covardia. É aqui que cabe a expressão de Albert Camus em *O Mito de Sísifo, o homem rebelde*: “Não há mais que um problema filosófico verdadeiramente sério: o suicídio.” Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da Filosofia.

A aceitação passiva é encontrada nos doentes taciturnos, geralmente deprimidos, indiferentes ao meio, que assumem uma atitude de estudada apatia e visível ironia diante do médico, do tratamento e da morte.

Finalmente, os que se propõem lutar contra a morte até o fim fazem-no de três maneiras: vivendo intensamente como se nada houvesse (aqui o desejo de realizar-se em vida ajuda a suportar a idéia da morte), lançando mão do curandeirismo como tentativa desesperada em busca da cura e, finalmente, submetendo-se a experimentos clínicos na fase de testes de medicamentos e condutas terapêuticas novas.

Certamente que nem sempre estas fases mencionadas anteriormente são observáveis em um mesmo paciente ou se apresentam na seqüência já indicada mas, de qualquer modo, são pontos de referência altamente válidos para uma compreensão mais aguda, por parte do médico, do transe vivido pelo paciente na dura travessia do diagnóstico até a morte. Para proporcionar ao paciente uma morte digna, Weisman aponta as seguintes regras básicas a serem seguidas em relação a ele: 1 — prolongar a vida tanto quanto possível; 2 — reconhecer e resolver conflitos residuais; 3 — procurar atender os últimos desejos; 4 — aliviar a dor; 5 — preservar as reservas sociais e psicológicas. No mais, é ter em mente que de nossa ação poderão decorrer para o paciente condenado dias menos negros, e até felizes, como alguns pacientes agônicos já o têm revelado, lembrando-se do ensinamento de Vargas Otero de que “a psicoterapia às vezes cura, com freqüência alivia, a miúde ampara, porém sempre acompanha.”

nas técnicas de diagnóstico, tratamento e controle das doenças, o médico, impotente para tratar do paciente, limitava-se a aplacar sua dor, confortá-lo e ampará-lo. Tornava-se então um amigo da família, estabelecendo com ela laços de estreita ligação. Na medida em que surgiram as grandes descobertas médicas no campo da fisiologia e da microbiologia, acompanhadas do descobrimento das vacinas, dos antibióticos e dos quimioterápicos, do aperfeiçoamento da aparelhagem médica, ocorreu uma rápida expansão de conhecimento médico e uma profunda transformação no exercício da Medicina, caracterizada fundamentalmente por dois fatores: a excessiva fragmentação do conhecimento e um pendor do médico pelos aparelhos, em detrimento do homem.

A rápida expansão da Medicina criou a idéia da compartimentalização do conhecimento médico, que se tornou fragmentário e disperso nos vários ramos das especialidades e subespecialidades médicas, encorajadas inicialmente pelo sistema formador do médico e posteriormente pelo comportamento e aspirações da própria sociedade que se acostumou a exigí-las. A formação de um profissional com uma larga base de conhecimentos passou a ser encarada como uma idéia ultrapassada, e o clínico geral a ser tido como um médico superficial, de segunda categoria, inviável na atual fase de desenvolvimento científico e tecnológico da Medicina. Com efeito, o conhecimento médico em um determinado setor duplica a cada dez anos, o que exige efetivamente o aprimoramento técnico, mas não exclui o médico geral, capaz de assistir o paciente em primeira instância, naquele sem número de situações clínicas que prescindem do especialista mas que exigem sempre um médico consciente, ágil e bem preparado.

A era da especialização, coincidente com a larga difusão da Medicina, seus recursos técnicos e suas potencialidades, junto ao público, exerceu uma influência tão acentuada na comunidade que resultou de certo modo no desprestígio do médico, sobretudo do clínico geral, em favor do especialista, dos instrumentos e dos remédios. Já não são apenas os colegas mal informados que dissimulam uma expressão de desdém diante do médico geral, mas é o próprio paciente que, antes mesmo de mencionar suas queixas ou enumerar seus sintomas, solicita de pronto uma consulta com especialista X ou Y. Da mesma forma, já

não se confia mais no Dr. Fulano ou Sicrano mas no último lançamento do laboratório famoso ou no remédio milagroso que curou o vizinho. O médico tornou-se uma figura impessoal, os doentes foram reduzidos a números, os diagnósticos sujeitos aos exames complementares que, cada vez mais complexos e custosos, fizeram a anamnese perder muito de sua importância. Os aspectos sociais e psicológicos do paciente passaram a ser descurados, por ignorância ou por falta de tempo para as entrevistas, apesar de indispensáveis para o aprofundamento das relações com os pacientes.

Vivemos indiscutivelmente sob o signo da Medicina Comunitária, Social, da Família, que tem por meta ampliar cada vez mais a assistência médica, atingindo grupos marginalizados, até há pouco tempo fora do alcance dos benefícios da moderna Medicina. Na medida em que perseguimos este objetivo, mobilizamos um potencial de demanda que permanecia à margem do processo e que foi motivado pelas novas facilidades oferecidas. O que ocorre em seguida é o congestionamento dos serviços médicos, cuja capacidade instalada e recursos humanos disponíveis são insuficientes para o atendimento dos novos consumidores. O resultado é a insatisfação do paciente e dos componentes do sistema de prestação de serviços médicos, a queda do padrão de assistência médica, a duplicidade de esforços, o paralelismo de ações e a baixa produtividade do setor.

O médico de família, em sua nova concepção, seria a maneira prática de superar estas dificuldades. Daria assistência integrada à família, garantindo o socorro médico imediato, atuando ainda como ponto de ligação entre o paciente e o sistema de saúde, orientando-o e encaminhando-o ao especialista ou ao hospital, sempre que necessário. Não se pense, porém, que a função do médico de família deva ficar restrita tão somente ao papel de policial de trânsito, barrando ou dirigindo os encaminhamentos médicos. Sua função é muito mais complexa e só poderá ser exercida após treinamento conveniente que confira ao profissional uma visão ampla de técnica médica corriqueira, da administração sanitária, dos mecanismos de liderança de grupos e dos fundamentos sociais e psicológicos do grupamento familiar. Como se vê, um conjunto respeitável de conhecimentos e qualidades pessoais deve ser possuído por um médico que deseje dedicar-se à Medicina da Família.

O antigo médico de família tinha, no dizer de Miguel Pereira, “na ordem moral, mais decidida influência do que, na científica, temos nós hoje valor e erudição”. Com isto quis realçar o papel de orientador e de conselheiro que o médico exerceu no passado, em função do respeito que infundia e da amizade que o prendia à família. Esquemáticamente, apresentava como pontos essenciais de seu exercício profissional as seguintes características:

1 — Exercia a Medicina isoladamente. Não havia a noção de equipes médicas e ele raramente solicitava a participação de colegas.

2 — Atendia principalmente a necessidade de saúde dos indivíduos enquanto doentes. Pouco usava as técnicas de prevenção.

3 — Dispondo de recursos técnicos limitados, exercia a Medicina no domicílio do paciente, facilitando assim a formação de vínculos pessoais com a família do doente.

4 — A identificação cultural do médico com a família era facilitada pelo fato de que ambos pertenciam à mesma classe social.

Somente após a democratização da assistência médica o médico viu-se em contato íntimo com doentes e familiares de categorias sociais diferentes da sua, o que dificulta a compreensão do contexto familiar, dos padrões culturais e do enfoque social do paciente. O exercício da Medicina era assim dificultado pela falta de conhecimentos sociais básicos por parte do médico, embora a prática da Medicina geral, no ambiente da família, permitisse que profissionais experientes prestassem assistência global e adequada, mesmo a famílias de classes sociais diferentes.

O novo médico de família, imaginado pelos educadores médicos e estudiosos dos problemas de saúde, assemelha-se ao médico rural, mas deverá dispor de uma formação muito mais sólida e extensa, já que trabalhará predominantemente nos grandes centros urbanos, onde se acumulam e se multiplicam os problemas da assistência médica. Voltado para a família, além de compreendê-la e auxiliá-la, na doença ou na saúde,

estará preparado para entender o fenômeno mais amplo, a sociedade, afinal uma grande família, desunida embora, mas integrada por pessoas reunidas em torno de aspirações idênticas e angústias comuns. Diferindo em muitos pontos de seu homônimo do passado, o médico de família que hoje tantos se empenham em formar, vai buscar na experiência dos antecessores as raízes fundamentais para a formulação de um novo modelo de desempenho profissional.

O NOVO MÉDICO DE FAMÍLIA

“Essa é a doença que mina o corpo dos médicos de família: o “complexo do especialista.”

Jean Marie Saurel

Julgamos desnecessário insistir na importância da revitalização do médico de família como uma das soluções possíveis visando à dinamização da política de assistência médica para torná-la mais produtiva, racional e qualificada. Seria um dos instrumentos de compatibilização entre os recursos financeiros e humanos ao nosso alcance e a necessidade inegável da ampliação do atendimento médico. A idéia é incentivar a formação de um novo tipo de profissional, de algum modo calcado na imagem do antigo clínico geral, que aprendemos a respeitar durante gerações inteiras, capaz de dominar novas técnicas, amparado por um lastro de conhecimentos humanísticos e sociais que lhe permitam exercer a profissão tendo como centro de operações não apenas o paciente, mas o conjunto familiar. Voltando-se para a família, conhecendo seus valores, suas angústias, ambições e esperanças, o médico voltaria a desempenhar seu antigo papel de orientador, de árbitro e poderia dispensar novamente ao paciente aquele artigo que não se avia nas prescrições médicas e em procura do qual ele, aflito, vem muitas vezes bater às portas do consultório, o reconforto.

A sociedade moderna, com os problemas da industrialização, da urbanização, da desagregação social, está gerando novas doenças e aumentando a população de doentes, de neuróticos, de desajustados, de marginais sociais. A esse médico de

família caberia cuidar dos jovens traumatizados pelo desmoronamento da estrutura familiar, dos casais em desequilíbrio, da legião de anciãos cada vez mais numerosos e mais sofridos, todos doentes "funcionais", produzidos em série por uma sociedade desumana, atrelada à idéia dominante do crescimento material, estimulada predominantemente pelo dinheiro, pelo lucro e pela produção industrial. O especialista não é o elemento indicado para realizar a primeira abordagem clínica com pacientes do tipo que referimos acima; no entanto, a distorção do sistema de saúde leva-os quase sempre direto à consulta especializada, crenças de que esta é a forma mais rápida de recuperar a saúde comprometida. Aí então é que tudo se desarranja, segundo o Dr. Solignac, membro da Sociedade Francesa de Medicina Psicossomática. Cita, em apoio a sua tese, o fato de que pacientes portadores de vertigens por fobia, freqüentes em Paris, procuram inicialmente o otorrino, passando meses a engolir remédios que não produzem nenhum efeito, onerando desnecessariamente o paciente e desperdiçando horas de trabalho médico mal dirigido. A reativação da Medicina de Família, se resulta proveitosa para o paciente, é igualmente útil como mecanismo disciplinador e racionalizante da assistência médica, na medida em que evita internamentos hospitalares dispensáveis e reforça o atendimento ambulatorial e domiciliar. Na Inglaterra de hoje, noventa por cento dos casos são tratados fora do hospital, sob os cuidados de uma equipe de saúde especialmente treinada para assistir a família.

Para preencher tantas funções, o médico de família imaginado para o futuro deverá reunir um conjunto de atributos e conhecimentos que vão requerer o cumprimento de um longo e amplo período de formação e treinamento.

Entre outros, poderíamos apontar os seguintes requisitos como indispensáveis ao exercício da Medicina Comunitária ou de Família:

- 1 — Deve ser um médico geral não especializado no atendimento de determinada patologia, capaz de prestar assistência médica em primeira instância e preparado para liderar o grupo e coordenar todos os recursos médicos disponíveis, *objetivando a recuperação do paciente sob seus cuidados.*

2 — Deve possuir sólidos conhecimentos de patologia, clínica, terapêutica e Medicina Preventiva. Atuando de modo integrado, complementarizará entre si as técnicas curativas e preventivas, voltando-se não apenas para a recuperação da saúde mas também para a promoção da saúde.

3 — Espera-se que seja capaz, ao mesmo tempo, de fazer um diagnóstico precoce, seguir o tratamento de um caso crônico ou dispensar os cuidados finais a um paciente desenganado. Situa-se assim, tanto no princípio como no fim do processo do tratamento médico.

4 — Sendo médico de família de classes sociais diferentes da sua, é imprescindível que possua conhecimento de Ciências Sociais e do Comportamento para melhor interpretar a mentalidade de seus pacientes e apreender o contexto social onde vai trabalhar.

Vê-se pelo acerto das qualidades exigidas de um médico de família que a sua formação requer tanto aprimoramento e empenho como a de qualquer outro especialista médico. A universidade, portanto, constitui uma peça essencial no processo, pois, ao longo do curso médico e na fase de pós-graduação, deverá se forrar o médico de família de um volume de conhecimentos e experiências que lhe possibilite exercer uma atividade médica centrada na família. Considerando que a sociedade confia sobretudo no prestígio do especialista e rejeita o clínico geral, porque associa sua figura à idéia de incompetência profissional, urge corrigir essa imagem distorcida, através da preparação de médicos gerais competentes e criteriosos.

A preocupação da universidade em formar médicos dentro de hospitais, manuseando exames sofisticados, cuidando de casos raros e complicados, apoiados por uma equipe de especialistas altamente treinados, aliada ao desprestígio social do clínico geral, são os fatores responsáveis pelo declínio do interesse pela Medicina geral, por parte dos estudantes de Medicina. Na França, em 1968, cinquenta e sete por cento dos médicos com clientela particular eram médicos de família, porém uma pesquisa recente feita entre estudantes de Medicina revela que os futuros clínicos gerais não chegam a 27 por cento. Cabe à universidade um papel relevante na orientação dos estudantes de Medicina em direção à Medicina de Família, instituindo em nível

de especialização programas específicos de formação de clínicos gerais.

De nada valerá a formação deste novo tipo de médico, se ela não se fizer acompanhar de uma reformulação da assistência médica, criando-se condições para sua absorção no mercado de trabalho até agora restrito ao especialista. No pé em que as coisas se encontram, o que ocorre é uma subestimação do clínico geral e uma subutilização do especialista. Segundo dados constantes de recente artigo da revista *Pediatrics*, os pediatras consagram apenas cinquenta por cento de seu tempo aos doentes e deste tempo cinquenta por cento é empregado examinando crianças de boa saúde e vinte e dois por cento tratando doenças das vias respiratórias, o que deve estar muito distanciado do trabalho que se espera de um especialista bem preparado.

O médico de família não deve ser encarado como um instrumento de improvisação, visando a descongestionar os corredores dos ambulatórios, hospitais e centros de saúde apinhados de pacientes sedentos de assistência médica, e muito menos como meio de iludir, através de um atendimento indiscriminado, os doentes aflitos que batem às portas do consultório à procura de socorro médico. Ele deve ser encarado, sim, como uma nova concepção, válida e exeqüível, que visa a ampliar a assistência médica sem aviltar a qualidade da Medicina e sem rebaixar o nível do conhecimento médico.

ACUPUNTURA, MITO E REALIDADE

“Da telepatia à acupuntura estranhos fatos continuam a ser ignorados por aqueles cujo dever é investigá-los. Ainda são ignorados porque deixam de se acomodar dentro de um dos escaninhos acadêmicos e por não admitirem sua própria explicação em termos ajustados às teorias acreditadas.”

Aldous Huxley

A medida que evoluiu como ciência, a Medicina perdeu o sentido sobrenatural e místico que a caracterizava em certo estágio de desenvolvimento da humanidade, passando a adotar procedimentos diagnósticos e terapêuticos, cujo progressivo aperfeiçoamento conferiu ao trabalho médico características de racionalidade embasadas em sólidas fundamentações científicas.

Paradoxalmente, ao lado do formidável avanço da Medicina que tem permitido novas e importantes conquistas no controle das doenças, assiste-se em todo o mundo, ainda, à prática de uma Medicina empírica, artesanal, às vezes de fundo espiritualista, cuja fundamentação teórica foge às regras que constituem a base da Medicina ortodoxa atual. Brian Inglis, em livro que publicou sobre o assunto, agrupou uma série de procedimentos curativos entre os quais estão a Homeopatia, a Acupuntura, a Hipnose, a Osteopatia e a Auto-sugestão, como formas

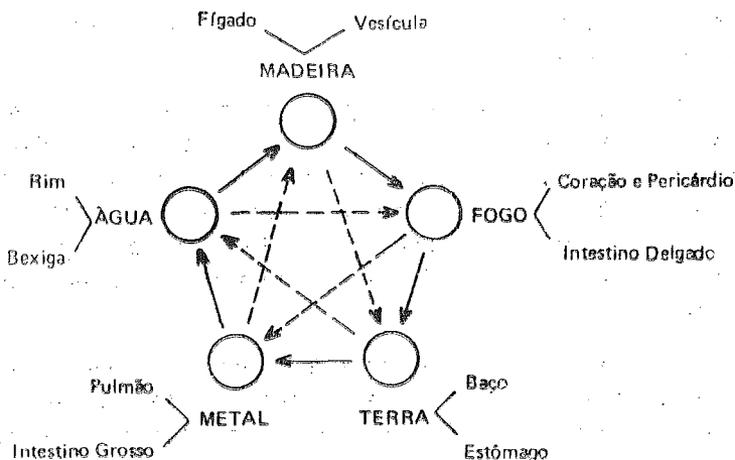
marginais de atividade médica, mesmo quando exercidas por profissionais legalmente habilitados.

Não obstante vivermos hoje a era da tecnologia, é fácil verificar a difusão de técnicas de tratamento, para nós inusitadas, importadas do Oriente onde têm sido, há milênios, transmitidas às gerações através da tradição oral e de documentos escritos.

Entre os diversos métodos de tratamento desenvolvidos pelos orientais, destaca-se, como um dos mais populares, a Acupuntura, cuja propagação atingiu os países da Europa Ocidental, os Estados Unidos e mesmo o Brasil, onde já existem alguns especialistas no assunto.

A base teórica da Acupuntura repousa em postulados e princípios da antiga Medicina chinesa, cujos pontos principais vamos recordar rapidamente. Admitem os chineses a existência de um fluxo vital de energia no corpo humano, o CHI, que contém duas forças: O YIN positivo e o YANG negativo, circulando em meridianos próprios que interligam as diversas partes do organismo. O YIN representaria a noite, o escuro, o frio e o interior do corpo, enquanto o YANG significaria o dia, o calor, a luz e a superfície corporal. Por outro lado, os doze órgãos e meridianos através dos quais flui a energia do YIN e YANG, estão divididos em órgãos sólidos que "acumulam mas não transmitem" (fígado, pâncreas, rim, baço, coração e pericárdio) correspondendo ao YIN, e órgãos ocos que "transformam mas não retêm" (vesícula biliar, intestino delgado, intestino grosso, bexiga, estômago e meninges), correspondentes ao YANG. As duas forças opostas se encontram sempre em equilíbrio dinâmico, de cuja estabilidade dependeria a saúde individual.

Outro ponto importante para os praticantes da acupuntura é a doutrina dos cinco elementos, MADEIRA, FOGO, TERRA, METAL e ÁGUA, segundo a qual tudo teria se originado a partir da MADEIRA, configurando um ciclo pentagonal, no qual é possível observar a interrelação existente entre essas cinco forças e os elementos que sucedem um ao outro em rotação horária, de acordo com a representação esquemática aqui reproduzida.



Legenda:

CRIA —————
 DESTROI: - - - - -

Representação esquemática da doutrina dos cinco elementos, mostrando os órgãos relacionados a cada um deles bem como as influências que exercem uns sobre os outros.

Ao longo dos meridianos do corpo, estão dispostos cerca de oitocentos pontos, correspondentes aos cinco elementos, nos quais a introdução de agulhas próprias, de modo adequado, poderá determinar a estimulação ou sedação de um determinado órgão, produzindo o desejado efeito curativo. De acordo, ainda, com a regra mãe-filho, o ponto a ser estimulado é chamado de MÃE e o ponto a ser sedado é chamado de FILHO. Assim, em um caso de úlcera do estômago, onde se supõe uma hiperatividade do órgão, deve ser sedado o seu meridiano, que corresponde ao elemento TERRA e estimulado o ponto MADEIRA do seu próprio meridiano, devido ao efeito antagônico sobre o anterior. Ainda mais, como o fígado é oposto ao estômago, de acordo com a lei dos cinco elementos, o ponto MADEIRA de seu meridiano deverá ser estimulado para anular a hiperatividade estomacal. Note-se que a localização dos pontos a serem manipulados obedece a regras especiais e que a estimulação desses pontos é obtida através de movimen-

tos de rotação das agulhas no sentido dos ponteiros do relógio e a sedação no sentido inverso.

A Acupuntura tem sido utilizada, também, com fins anestésicos, para a realização de atos cirúrgicos, consistindo a técnica na inserção de agulhas em pontos estratégicos, conectadas ou não a uma fonte geradora de eletricidade. Muitos profissionais idôneos, que assistiram a demonstrações do método, testemunharam sua eficiência, inclusive em cirurgias de grande porte.

Embora teoricamente todas as doenças pudessem ser tratadas pela Acupuntura, o método tem surtido maiores resultados no tratamento de dores musculares, osteoarticulares, bem como de outras sensações subjetivas de desconforto físico e mental, que incomodam o paciente e para cuja gênese concorrem certamente fatores neurovegetativos, sem que se identifique um substrato orgânico bem caracterizado.

A formulação dos princípios teóricos da Acupuntura é criativa e imaginosa, mas soa absurda ao espírito dos médicos formados à luz das leis atuais da Fisiologia. A sua difusão e o interesse que despertou no Ocidente determinaram o aparecimento de núcleos de pesquisa, que se dedicam à busca de explicações mais racionais para o fenômeno. No momento, a Acupuntura como meio terapêutico ou método anestésico carece de fundo científico, segundo nossos conhecimentos biológicos.

Apesar desse fato, evidências se acumulam de que muitas pessoas têm se beneficiado da Acupuntura, até preventivamente, e quase sempre depois de desilusões com a Medicina ortodoxa.

Antes de desconhecer a Acupuntura, como método útil no tratamento dos males de que padecemos, ou procurar explicações simplistas para os benefícios que muitos têm realmente obtido, importa à Ciência esgotar os meios de investigação, em busca das raízes do processo para posteriormente emitir um julgamento imparcial, isento de preconceitos científicos.

O PECADO CIENTÍFICO

“As ciências não são mais do que as leis e as opiniões do homem, injustas e vantajosas, sadias e perversas, boas e más, jamais perfeitas porque recheadas de erros e de contradições.”

Henrique Cornélio Agripa

Desde que a China realizou suas primeiras manobras diplomáticas visando à reaproximação com o Ocidente, numerosos grupos de leigos e médicos puderam observar naquele país demonstrações de uma exótica técnica de tratamento, a Acupuntura, emitindo posteriormente depoimentos sobre sua eficácia terapêutica e anestésica. Os chineses têm, com efeito, estimulado a sua prática, principalmente através dos médicos tradicionais (aqueles que seguem os ensinamentos da antiga Medicina chinesa) embora o método também seja aplicado, em substituição à anestesia química que conhecemos, mesmo em clínicas e institutos médicos modernamente apetrechados. Atualmente, segundo os números disponíveis, cerca de 80% das operações realizadas na China são feitas sob anestesia acupuntural. Depoimentos idôneos de médicos franceses e americanos, que testemunharam atos cirúrgicos (tireoidectomia, voforectomia etc.) realizados em pacientes anestesiados pela Acupuntura atestam o valor do método, ressaltando ademais o fato de ser a intervenção realizada com o paciente acordado, o que facilita a recuperação pós-operatória.

Com todas estas observações acumuladas e com a expansão que a Acupuntura vem experimentando nos países ociden-

tais, muitos debates estão surgindo sobre o seu efetivo valor e as bases científicas em que se fundamentaria. Como método terapêutico, indicado em numerosas condições clínicas mal definidas, que atormentam personalidades neuróticas desengañadas da Medicina ortodoxa, acredita-se que o êxito obtido é de natureza psicológica e resulta da confiança do paciente no médico e no tratamento insólito que experimenta com curiosidade e esperança. Tratar-se-ia então de Psicoterapia, a Psicoterapia por meio das agulhas.

A Psicoterapia explicaria o sucesso que o tratamento pela Acupuntura viesse a obter em certos casos clínicos, principalmente aqueles onde não é possível demonstrar um substrato anatômico, e que são freqüentemente rotulados como idiopáticos ou de causa neurovegetativa pela Medicina clássica, mas, não justificaria a indução da analgesia ou anestesia em pacientes cirúrgicos.

Deixando de lado a teoria chinesa tradicional, de que já tratamos em artigo anterior, e onde há mais filosofia que fisiologia, vários cientistas vêm pesquisando ultimamente o fenômeno da Acupuntura, procurando descobrir, à luz de nossos conhecimentos, suas causas determinantes. Alguns têm procurado identificar a Acupuntura à hipnose, embora, como veremos a seguir, os dois métodos guardem entre si muitas diferenças. A hipnose, no sentido clássico do termo, demanda uma longa preparação do paciente, que pode variar de 4 a 8 horas, para a realização de uma intervenção cirúrgica, enquanto a Acupuntura prescinde de preparação prévia do paciente.

Os hipnotizadores, mesmo profissionais, não conseguem êxito em mais que 1 de cada 5 pacientes, para a realização de uma operação de grande porte, enquanto apenas 1 de cada 10 casos mostra-se refratário à anestesia acupuntural. Ainda mais, a experiência demonstra que os indivíduos em hipnose profunda não são capazes de falar espontaneamente, ou realizar movimentos coordenados, salvo quando treinados, ao contrário do que ocorre com a Acupuntura, que permite ao paciente inclusive colaborar com o ato cirúrgico.

Fisiologistas de Shangai e da Filadélfia realizam experiências em laboratórios que já demonstraram a inibição de descargas elétricas neuronais em alguns núcleos talâmicos, quando

são estimulados certos pontos cutâneos correspondentes aos meridianos chineses. O efeito obtido é passageiro, e não se conhece ainda a proporção em que a descarga elétrica dos neurônios corresponde à dor, mas é possível supor que esteja em jogo um mecanismo inibidor ao nível do tálamo.

Os experimentos até agora realizados são limitados e não permitem que se extraia deles nenhuma conclusão definitiva, capaz de conferir à Acupuntura a chancela de um procedimento médico cientificamente estabelecido. É possível que o entusiasmo pela Acupuntura resida no exotismo do procedimento ou seja apenas mais um dos modismos que de tempos em tempos sacodem a Medicina (quem se lembra do parto sem dor?), mas o importante é que todos os médicos, biólogos, fisiologistas, fiéis ao espírito de Claude Bernard, estudem o fenômeno objetivamente e sem paixões, antes de anunciar qualquer conclusão definitiva sobre o assunto.

AS AVENTURAS DO BARÃO E A PATOLOGIA DA SIMULAÇÃO

*“Eu não sou eu nem sou o outro,
Sou qualquer coisa de intermédio:
Pilar da ponte de tédio
Que vai de mim para o Outro.”*

Mário de Sá-Carneiro

O exercício efetivo da Medicina, sua prática diária, nos conduz, em mais ou menos tempo, com maior ou menor frequência, na dependência de nossa especialidade e atuação funcional, a enfrentar situações clínicas delicadas que envolvem simulação de doença ou farsa em indivíduos que procuram o médico.

Uma abordagem do problema, mesmo superficial, demonstra a existência de dois grandes grupos de farsantes ou de simuladores de doença. Há os que agem assim de modo deliberado, consciente, procurando auferir daquela situação criada por ele algum benefício de ordem material ou se furtar ao cumprimento de determinadas tarefas ou missões. Neste caso estão aqueles indivíduos que, movidos por um desejo de recompensa, promovem a encenação, visando a confundir, mesmo temporariamente, o médico, e assim obter algum lucro pessoal, através da simulação. As motivações primárias do indivíduo são:

1 — *Temor*: da guerra, da deportação, de transferências para outros lugares, etc.

2 — *Desejo*: por uma pensão, aposentadoria, indenização.

3 — *Fuga*: de prisões, campo de concentração, batalha, julgamentos.

Movidos por estes fatores, iniciam todo um ritual de simulação de doenças, onde não faltam imaginosas criações de sinais e sintomas e manobras fraudulentas que alteram os exames e confundem o médico. É óbvio que determinadas situações, como a guerra, por exemplo, favorecem o aparecimento dos simuladores, que criam doenças na tentativa de escapar das batalhas, fugir ao serviço militar ou simplesmente ganhar alguns dias de folga. Conta-se mesmo que o fato foi inclusive aproveitado pelo inimigo, durante a Segunda Guerra, ao fazer soltar entre as tropas inglesas sediadas na Itália panfletos incitando os soldados à simulação e reprodução artificial de doenças. Mencionado folheto trazia em suas primeiras páginas as três regras de ouro da simulação, a saber:

1 — você deve dar a impressão de que está revoltado com a doença;

2 — decida-se por uma doença e se concentre nela;

3 — não converse muito com o médico.

Seguem-se outros conselhos úteis aos farsantes, todos eles com o objetivo de conferir a maior veracidade possível às queixas urdidas na fértil imaginação do interessado.

Do que vimos depreende-se que o móvel da farsa, a motivação maior, é uma forma qualquer de interesse pessoal, que na realidade comanda todo o processo.

Os indivíduos que assim agem são os simuladores puros, verdadeiros, mas há os que agem de modo inconsciente, sem nenhuma premeditação ou desejo de vantagem pessoal, mas que nem por isto perturbam menos a nós, médicos. Para estes indivíduos Asher estabeleceu três categorias especiais, de acordo com as características de cada um, e as possíveis vantagens e motivações, mesmo inconscientes, daquilo que denominou de "fronteiras da farsa". São elas:

1 — *A doença como uma forma de conforto (história e síndrome de abandono)*. Em ambos os casos motivações psicoló-

gicas e carências de ordem afetiva se exteriorizam dessa forma, às vezes como uma modalidade de fazer concentrar sobre si as atenções.

2 — *A doença como um “hobby” (tipo “grande giro”, paciente externo crônico, hipocondríaco excêntrico e o convalescente crônico).* Os quatro tipos nada mais são que hipocondríacos cujas manifestações se exteriorizam sob modalidades diversas. Assim o tipo “grande giro” é apenas um hipocondríaco, que despende seus dias em contínuos périplos pelos grandes centros médicos, freqüentando consultórios de renomados especialistas, passeando seus achaques e desfiando suas queixas, enquanto o pobre é obrigado a se cronificar como “freguês” dos congestionados ambulatórios das instituições governamentais. O excêntrico procura, através de métodos terapêuticos estranhos e anticientíficos, a cura para seus males, enquanto o convalescente crônico é o indivíduo que se recusa a ficar bom e fica sempre atribuindo seu mal-estar ou seus desconfortos a causas remotas ou a doenças há muito tempo extintas.

3 — *Á doença como uma profissão (anorexia nervosa, artefatuísta crônico, síndrome de Munchausen).* Neste grupo se incluem tanto os que por motivos obscuros voluntariamente se impõem um regime de fome, como os que ajudam através de manobras e artefatos, a manter a doença, o que ocorre com alguma freqüência em feridas e lesões cutâneas de cuja exposição se valem para implorar a caridade e a benemerência dos passantes. Por fim, resta a síndrome de Munchausen, denominação criada para designar uma ocorrência clínica curiosa, e não tão rara, motivo de dúvidas e confusões, impostas pelas características polimorfas e variadas de que se reveste. Para designá-la inspirou-se Richard Asher na figura de Jerônimo Frederico Munchausen, um barão alemão que, tendo integrado a cavalaria russa contra os turcos, descreveria mais tarde para seus amigos os feitos de modo tão fantástico e inverossímil que inspiraria um seu compatriota desterrado na Inglaterra, Rudolf Erich Raspe, a transcrevê-las em livro que afinal veio a lume sob o título, *Narrações das maravilhosas viagens e campanhas na Rússia do Barão de Munchausen.* A obra foi suficiente para, através dos anos, perpetuar as rocambolescas e fantasiósas

histórias do barão guerreiro e caçador, erigindo-o como o protótipo do mentiroso.

Falando de um general que via beber em excesso, sem nunca embriagar-se, disse o barão ter constatado que o bebedor contumaz, ao ingerir algumas garrafas de áraque, descobria invariavelmente sua cabeça retirando o chapéu para em seguida remover uma placa de prata que recobria o crâneo, deixando assim escapar os vapores etílicos, mantendo-se deste modo a salvo dos efeitos deletérios do álcool. De outra feita, estando o nosso herói a caçar, já sem munições, depara-se com um bando de perdizes que logo alçam vôo, e, para não perder a presa tão desejável, carrega sua espingarda com a vareta de socar chumbo e surpreso constata que atinge meia dúzia de pássaros em pleno vôo, todos trespassados pelo engenhoso projétil e já prontos para preparo no improvisado espeto... São todas neste diapasão as peripécias do nosso herói guerreiro, caçador, e complementarmente mentiroso, um título que lhe asseguraria a fama e a posteridade...

Mas, afinal, que tem a Medicina a ver com as histórias inacreditáveis do famoso mentiroso? É que, como o Barão, os doentes portadores da síndrome que leva seu nome contam histórias dramáticas, simulam, geralmente em público, mal-estar agudo e intenso, dores abdominais, e são conduzidos a hospitais como pacientes graves com risco de vida iminente. Muitos deles são levados às pressas para a sala de cirurgia e imediatamente operados. Uma análise mais cuidadosa da história clínica demonstra que usam nomes falsos, são clientes habituais dos hospitais com história de vários internamentos anteriores, e imaginam para si novas identidades a povoarem seus mundos repletos de fantasias. Dizem-se coronéis da Gestapo ou pilotos da RAF, quando não passam de pobres diabos a percorrerem hospitais carregando consigo sua farsa inconsciente, que não serve a ninguém mas, pelo contrário, põe em risco suas vidas, desperdiçando parte do precioso tempo das equipes hospitalares e os quase sempre escassos recursos disponíveis.

Costumam apresentar a síndrome sob três formas:

1 — *Laparotomofilia migrans*. Há predominância de queixas abdominais e estes pacientes geralmente apresentam várias cicatrizes cirúrgicas no abdome.

2 — *Hemorragia histriônica*. Predominam manifestações hemorrágicas sobretudo hemoptise e hematemese.

3 — *Neurológica diabólica*. Aqui estão os “especialistas” em desmaios, convulsões e ataques.

Para o diagnóstico da síndrome nas suas várias apresentações devemos ter em conta os seguintes pontos: história pouco convincente e cheia de afirmações falsas; contradições entre as informações do doente e os dados do exame clínico (história de hemorragias cataclísmicas sem palidez cutâneo-mucosa correspondente); uma mistura de agressividade para com os circunstantes e respostas evasivas às indagações que lhe são formuladas.

Há motivos possíveis para o desencadeamento da síndrome e entre outros apontam-se:

- 1 — ressentimento e inveja contra médicos, manifestados pelo desejo de frustrá-los e decepcioná-los;
- 2 — necessidade de fugir da polícia;
- 3 — necessidade de abrigo e alimentação decente, o que obtêm no hospital;
- 4 — necessidade de drogas (entorpecentes e psicotrópicos).

É possível que em muitos casos os pacientes sejam nada mais que psicopatas histéricos ou esquizofrênicos, mas o seu comportamento, de certo modo obedecendo a um padrão, justifica o estudo do grupo em separado, pois devemos conhecê-los menos como uma curiosidade médica e mais como seres humanos para que sejam poupados dos procedimentos médicos, às vezes perigosos e inúteis, a que se submetem pacificamente, como epílogo da farsa que engendraram inconscientemente e de que resultaram as maiores vítimas.

UMA INSTITUIÇÃO EM PERIGO

*“Pensais então que sou insensível à eloquência!
Mas eu a quero nos fatos e não nas palavras.”*

Pasteur

A história da Medicina registra, na primeira metade do século XIX, um notável surto de desenvolvimento da Fisiologia, expresso sobretudo na publicação da obra de Claude Bernard intitulada *Introdução ao Estudo da Medicina Experimental*. Seria de esperar que centros de pesquisas científicas viessem a surgir dirigidos para o estudo do novo e fascinante campo de conhecimento magnificamente entreaberto pela figura inconfundível do grande sábio francês. Todavia foram as necessidades sociais as forças determinantes dos rumos principais a serem seguidos pelos cientistas e pelas instituições científicas. A predominância das moléstias infecciosas, que impiedosas dizimavam populações inteiras, causando pânico a toda humanidade, constituía um sério problema a resolver e que, por isto mesmo, viria a gozar prioridade para seu equacionamento em termos científicos. Como nem as escolas de medicina, nem as universidades, estivessem preparadas para o estudo das doenças microbianas, floresceram no século XIX institutos autônomos, financiados por doações populares ou legados filantrópicos generosos, estabelecidos sob a orientação de cientistas, que, de uma forma ou de outra, haviam granjeado reputação em algum dos múltiplos aspectos da questão. Surgiram o Instituto Pasteur, em Paris, e outras organizações semelhantes, na Inglaterra, em honra de Lister, no Japão, em homenagem a Kitasato, e na Ale-

manha, em Berlim e Frankfurt, entregues respectivamente a Robert Koch e Paul Erlich.

A criação do Instituto Pasteur, em 1888, foi o resultado de uma ampla campanha de mobilização popular com o objetivo de oferecer ao ilustre pesquisador condições de trabalho que lhe permitissem continuar seu labor diuturno em benefício da humanidade. Era o tributo agradecido à obra do mestre, não apenas dos humildes, nem somente de sua pátria, a França, mas de todo o mundo, representado nas subscrições de Sultões, do Czar da Rússia e do Imperador do Brasil. Erigido o novo Instituto, este haveria de receber a marca da personalidade de Pasteur, a que não fugiria, através do tempo, fiel à mística de trabalho estabelecida pelo seu fundador.

Pasteur foi sobretudo um defensor do método experimental na ciência. Dele diz-se ser o método “que vai até a prova sem réplica”, como na mesma ocasião, tomando posse na Academia Francesa, haveria de distingui-lo da “experiência, simples observação das coisas, e a indução que conclui, mais ou menos legitimamente, do que foi ao que poderia ser”.

Ao discursar na inauguração do Instituto Pasteur, reafirmaria, dirigindo-se aos seus colaboradores, a necessidade de cultivar o espírito crítico, associando ao entusiasmo pelo trabalho um severo controle, para que não embarcassem nas asas da glória, tentados pela descoberta inédita sem antes testarem exaustiva e judiciosamente a veracidade do novo achado.

Para orientar o funcionamento do Instituto Pasteur haveria de estabelecer duas normas básicas. A primeira delas determinava que o Instituto deveria manter-se independente da burocracia governamental e da rigidez do sistema universitário francês, enquanto a segunda definia como seus objetivos a realização de pesquisas médicas básicas e a aplicação destas pesquisas no combate às enfermidades. Fiéis a estas orientações, seus seguidores consolidaram o prestígio da instituição, mantiveram sua tradição de simpatia e generosidade e conseguiram novas e importantes vitórias contra a tuberculose, a difteria, o tétano e a febre amarela. De seus laboratórios saíram oito cientistas para receber o prêmio Nobel, e suas ati-

vidades se estenderam por mais vinte laboratórios espalhados na Europa, na África e na Ásia.

Paradoxalmente, tanta vitalidade científica encontra-se agora ameaçada pela escassez de recursos. A própria vida da instituição se encontra em jogo, e notícias publicadas na imprensa dão conta de que, se urgentes medidas não forem adotadas, suas portas estarão cerradas por volta de 1978. Seus atuais dirigentes, fiéis ao espírito de Pasteur, pretendem a todo custo preservar sua autonomia e para tanto lançam-se em busca de novas fontes de receita, apelando para subscrições populares que renderam, no ano passado, por ocasião das comemorações do sesquicentenário de Pasteur, cerca de cinco milhões de dólares. De par com isto, planeja a direção do Instituto dinamizar a política de vendas de soros e vacinas a serem produzidos, agora, em novas e modernas instalações situadas na Normandia, visando com isto a assegurar o equilíbrio financeiro e a sobrevivência da instituição.

O Instituto Pasteur não é apenas um patrimônio da França, é antes uma organização com a qual toda a humanidade está em débito. É pena que, nos dias de hoje, não vicejem os exemplos do passado, que rareiem as liberalidades dos ricos e que minguem os programas de cooperação internacional, pondo em risco a existência de uma instituição tão útil e prestigiosa quanto o Instituto Pasteur.

DE SIMÃO BACAMARTE A RONALD LAING — I

“A loucura, objeto dos meus estudos, era até agora uma ilha perdida no meio da razão, começo a suspeitar que é um continente.”

*Simão Bacamarte,
em “O Alienista”, conto de Machado de Assis.*

Recentemente, o Professor de Psiquiatria José Leme Lopes publicou um oportuno e interessante ensaio, *A Psiquiatria de Machado de Assis*, no qual analisou com propriedade e conhecimento a temática da loucura na obra do escritor brasileiro, focalizando o desempenho de alguns personagens e o cenário social e físico no qual se desenrolam as ações, usando para tanto uma abordagem psicológica e psiquiátrica, mediante a qual tenta estabelecer uma correlação entre a doença de Machado e seu interesse pelos distúrbios mentais, bem como possíveis implicações na caracterização de tipos humanos. Afirma o psiquiatra carioca que a exploração psicológica da criação artística, mais precisamente a literária, não é simplesmente um passatempo ou devaneio de intelectuais pois, pelo contrário, a Literatura já tem até subsidiado a Ciência Médica. Afirma ele haver mais conteúdo sobre a personalidade do epilético nos livros de Dostoievsky que em muitos tratados especializados. E o que dizer do bovarismo que Jules Gaultier retirou do livro de Flaubert?

A Arte, conquanto seja uma expressão de criatividade individual, a explosão de um talento ou a busca do novo, do original, reflete, mesmo inadvertidamente, a personali-

dade do criador e, a partir daí, do produto acabado, tem sido possível reconstituir o perfil psicológico do artista, do escritor. Concebido o produto, lançado ao mundo, seu destino é incerto, seu reconhecimento imprevisto, podendo ou não ser sancionado pelo público, o que para Laing é puramente casual, pois está na dependência de ser descoberto pelo não criativo, pela massa inerte de consumidores sem gosto próprio. Ora, se a Arte não se opõe à Ciência e se na própria Medicina há exemplos exaustivos de relacionamento entre elas, seja no campo da patologia mental, ou da orgânica, ou ainda na influência do criador doente sobre a obra que produziu, matizada de cores especiais que seu quadro mórbido psíquico e até físico acabou por imprimir, estudo como este que acaba de vir a lume é atual, é didático e serve a ambos, à Ciência Médica e à Literatura. Ajuda a compreender o processo criador, e ensina a retirar dele conhecimentos e noções úteis e apropriadas para o cotidiano, pois a Arte não é mais que a imitação da vida.

Entre os trabalhos apreciados pelo Professor Leme Lopes chamou-me a atenção particularmente o conto *O Alienista*, que fui reler agora, com olhos bem diversos dos da adolescência. Vi então o que por força da aprendizagem e da experiência só enxergaria agora. Sendo um conto que narra episódio transcorrido no Brasil Colônia, trata todavia de tema atual, palpitante, objeto de discussões nos centros mais avançados de Psicologia e Psiquiatria. Aborda os limites da loucura e da sanidade mental, satiriza os experimentos "científicos", critica o tratamento psiquiátrico, louva a prevenção da doença mental, humaniza o louco, reconhece as raízes sociais do processo de enlouquecimento e anatematiza a sociedade que engendra seus loucos, etiqueta-os e segrega-os. Chamou-me a atenção a semelhança da crítica implícita na sátira machadiana com as idéias esposadas pelo grupo de psiquiatras reformadores, bombasticamente denominados de antipsiquiatras, na medida em que, assim se intitulando, manifestam de modo ostensivo sua discordância com os procedimentos da Psiquiatria tradicional. Mesmo sem ser psiquiatra, ou por isto mesmo, livre desta responsabilidade profissional, animei-me a fazer alguns comentários em torno de *O Alienista*, sobretudo na linha de comparação com os conceitos renovadores da Psiquiatria moderna, mesmo não necessariamente antipsiquiátrica. Aliás, a semelhança entre as

idéias centrais pressentidas nas entrelinhas do conto de Machado de Assis e os pensamentos de Ronald Laing foram anotadas por Leme Lopes, ainda que *en passant*, de sorte que não reivindico a originalidade da idéia mas antes consolido a presunção de que o nosso Alienista possa ser considerado um precursor de Laing, o revolucionário psiquiatra inglês.

Simão Bacamarte, médico de nomeada, formado na corte lusitana, declina de convites monárquicos para integrar universidades lusas, e vem, carregado de estudos e ciência, fincar raízes em Itaguaí, uma pequena e modesta vila fluminense. Tangido pela inesperada esterilidade da esposa (?), que escolhera com apuro e cuidado, refugia-se na ciência para esquecer a decepção amarga, e opta pelo estudo dos distúrbios psíquicos, da patologia cerebral, pois segundo ele "a saúde da alma é a mais digna ocupação do médico". Crê ainda que como um pioneiro neste campo de estudos haverá de carrear para Portugal e o Brasil a fama internacional que cobriria de glória, e de "louros imarcescíveis", a nossa Ciência Médica.

E foi assim, com empenho, e tendo a caridade por escudo, apoiado pela Câmara de Vereadores, que reuniu os fundos necessários à construção do seu imaginado asilo, a imponente Casa Verde. Foi só aí, diante da empreitada em andamento, que se deram conta os itaguaienses do insólito da idéia, pois que haveria de mais estapafúrdio do que reunir em uma só casa todos os loucos do lugar? Até então era costume os mansos perambularem nas ruas, alvo das chacotas e galhofas das crianças, e os furiosos serem enclausurados em casas separadas e em quartos isolados. Vencida a resistência consuetudinária, por força do rigor da argumentação científica, concluiu-se o empreendimento, para orgulho da vila, felicidade dos doidos, tranqüilidade da sociedade e regozijo de Bacamarte. Afinal teria onde aplicar seus conhecimentos e fazer suas experiências!

A Casa Verde começou a se povoar de inquilinos, e lá havia, segundo Machado, os doidos por amor e ciúme e os maníacos de grandeza e de misticismo. Incrédula, mas orgulhosa, a população assistia ao confinamento dos lunáticos, daqueles a quem o consenso reconhecia como desequilibrados, nas dependências do asilo de Bacamarte. Tudo corria a contento, até

que o doutor, por fruto de estudos intensivos, começou a duvidar de seu próprio conceito de loucura e a ter por nebulosas as fronteiras entre insanidade e normalidade então tidas como uma cerca nítida, que o Vigário de Itaguaí não via vantagem em se querer transpor. Alargando a fronteira da anormalidade, pressentindo sinais de distúrbios mentais onde até então só havia razão e sanidade, pôs-se o nosso diligente alienista a caçar loucos e a etiquetar de mentecaptos os normais de ontem, agora também abrangidos no amplo conceito de doença mental, ampliado a partir da revolucionária tese do doutor. E assim conta-se de como foram recolhidos entre outras, ao asilo de Bacamarte, um homem bom cujo mal foi ter sido excessivamente crédulo e generoso, e uma sua prima que fora buscá-lo, e um albardeiro que tinha por hábito ficar cismando à janela de casa. Não escaparam ao olhar experimentado do alienista Bacamarte as pessoas respeitáveis do lugar, nem um jovem orador que saudara com arroubos excessivos a esposa do médico que voltava de uma viagem ao Rio de Janeiro, e aí houve quem maldosamente enxergasse no gesto uma ponta de ciúme.

De tanta gente se encheu a Casa Verde, de pessoas tidas como sãs e honradas, que se levantou contra o doutor e sua instituição uma onda de protestos comandada por Porfírio, um barbeiro alcunhado "Cangica". Foi tanta a indignação, tamanhos os protestos, que até a Câmara de Vereadores, patrocinadora da edificação asilar, já dava mostras de inquietação, e um vereador afoito, por nome Sebastião, ousava perguntar irritado "se os sãos estão internados como loucos, não será o Alienista o alienado?" Da pergunta inquietante, da insegurança reinante, do medo de ser considerado louco segundo as teses científicas do Alienista nasceu o germe da rebelião, e foi então que se assistiu em Itaguaí à insurreição dos Cangicas.

DE SIMÃO BACAMARTE A RONALD LAING — II

“Um dia perguntaram ao célebre psicanalista Jacques Lacan qual a função da loucura. A ironia, foi a surpreendente resposta.”

Vitoriosa a rebelião inspirada pelos excessos terapêuticos do Alienista, verifica o barbeiro governante a necessidade de granjear para seu governo o apoio dos importantes do lugar, sob o argumento de que era imprescindível que o novo regime, para obter o consenso geral, não deveria praticar certa ordem de atos, ainda que a indignação popular os legitimasse. Por ser o Alienista uma das figuras de proa de Itaguaí, embora a revolução tivesse sido feita sobretudo contra ele, Porfírio não hesitou em procurá-lo, na esperança de fazê-lo um adepto da nova situação política, pois que governo poderia prescindir do cientista famoso e de sua prestigiosa instituição? Argumentando que o governo não pode eliminar a loucura e muito menos discriminá-la, o que é matéria de ciência, o novo governante, sob o protesto de seus adeptos, dirigiu-se à casa de Bacamarte e, parlamentando com ele, propôs-lhe a libertação gradativa dos alienados da Casa Verde na medida em que o doutor os julgasse recuperados.

Com esta fórmula hábil, procurava Porfírio conciliar os interesses políticos com os superiores objetivos científicos, mas o Alienista ponderou que, daí a dias, poderia oferecer melhor alvitre para sanar o problema criado entre governo e ciência. E de fato o fez. Não tardou Bacamarte, surpreendendo a todos, a capturar novos inquilinos para seu já congestio-

nado asilo. Desta vez não respeitou nem os seguidores do barbeiro governante, o que afinal gerou tamanha onda de insatisfação que resultou na irrupção de nova sedição, comandada por João Pina, também barbeiro, também político, o qual, denunciando Porfírio como vendido ao dinheiro do doutor, tomou o poder e, investindo contra Bacamarte, declarou-o “um intruso, adepto das idéias francesas e opositor de Sua Majestade”. Não custou a pagar pela ousadia e desrespeito! Insultando a ciência e atingindo a honorabilidade do médico, desencadeou contra si a hostilidade do Vice-Rei, cujos soldados, invadindo Itaguaí, logo restabeleceram a paz e restauraram a ordem.

Restaurada a Câmara e desagravada a honra do médico cientista, chega ao máximo sua influência local e a população assiste, entre perplexa e atemorizada, serem recolhidos ao asilo novas e respeitáveis pessoas, tidas como sãs, até que Bacamarte, vislumbrando em seus comportamentos traços de insânia, descobrisse novas síndromes psiquiátricas, pespegasse-lhes rótulos de patologias mentais e fosse recolhendo a todos nas dependências de seu já famoso hospital. Zeloso em sua missão e convencido da profundidade de suas idéias, não poupou ninguém que lhe parecesse carente de sua assistência. Fez internar o vereador Sebatião Freitas, cuja voz dissidente afirmara na Câmara que a Casa Verde era a “bastilha da razão”. Foi o bastante para, pela inconsistência das idéias, ser tido como louco. O mesmo fim teve o amigo de Bacamarte, o boticário Cotrim, que, justificando suas adesões apressadas aos sucessivos revolucionários de efêmera duração, por receio, pelo temor, logo teve seu caso diagnosticado como de loucura, filha do terror, de que o caso do farmacêutico constituía exemplo típico.

E não se pense que Bacamarte, já tendo experimentado o travesseiro da derrota, se deixasse impressionar pelo elogio fácil, ou pela solidariedade manifesta. Acima de tudo, seu senso diagnóstico, sua fidelidade à ciência, seu compromisso com a loucura, isto é, com a descoberta de suas causas e tratamento de seus efeitos. Por isso, o Presidente da Câmara ao desagrar o Alienista cometeu erro palmar. Em um momento de compreensível arroubo oratório, pediu sangue para lavar a honra ultrajada do ilustre médico, o que foi suficiente para que a perspicácia de Bacamarte divisasse na temerária afirmação sinais de

loucura, logo classificada como a “demência dos touros” uma síndrome nova, que esperava poder estudar com detalhes e profundidade. A surpresa maior ainda estava por vir, mas não tardou. Deparando-se o médico com sua esposa em feminil atitude, por diversas vezes hesitante quanto à roupa a vestir ou o colar a usar, julgou-a maníaca e rotulou de mania suntuária as manifestações de indecisão e vaidade de sua respeitável mulher.

O nosso herói, contudo, no seu afã de homem de ciência, parecia capaz de inesperadas e inesgotáveis surpresas. Pois, para o espanto de toda a cidade, dirige ofício à Câmara afirmando ter decidido soltar todos os doidos, de uma só vez. Capitulara Bacamarte, julgando-se impotente diante da loucura e de suas manifestações proteiformes e incompreensíveis? Não, apenas chegara à nova concepção científica quanto à doença mental. Verificando ter na Casa Verde abrigados por mente-captos cerca de quatro quintos da população da cidade entendia que aqueles eram os sãos e a loucura residia nos que apresentassem, de modo ininterrupto, equilíbrio mental. Por esta estranha e revolucionária teoria, Bacamarte proclamava sadios os loucos de ontem e acoimava de doidos os sãos de agora. Admitia como normal o desequilíbrio das faculdades, e tinha por patológico o equilíbrio linear, ininterrupto, regular.

Ansioso por comprovar sua nova teoria, propõe no mesmo ofício, em sibilino parágrafo, que a Câmara faça decretar uma postura que lhe dê o direito de recolher à Casa Verde os que se enquadrassem na situação exposta. Isto é, pretendia o direito de deter como loucos, para averiguação, os que apresentassem sinais de normalidade. Por prudência, a Câmara promulga a nova postura por prazo de um ano, não sem antes travarem seus membros acesa discussão por causa de proposta de um deles, que resabiado, entendia os vereadores como fora do alcance da nova lei, pretendendo o edil uma outra imunidade, contra a loucura, senão a dele, a do doutor.

Munido da autorização legal, Bacamarte após as festas de confraternização entre os egressos e suas famílias lançou-se ao trabalho, e através de rigorosa seleção congregou na Casa Verde um punhado de pessoas que tinham de loucos traços indiscutíveis, o bom comportamento, a coerência de atitudes, o culto das virtudes morais. Classifi-

cados em grupos, segundo a virtude predominante, magnânimos, modestos, leais, sinceros etc., foram submetidos a uma estranha terapêutica cuja base era a exaltação das características opostas ao traço dominante da personalidade doente. Para os modestos o remédio consistia em estimular a prepotência e a vaidade, para os leais fomentar a felonía e a traição, e assim por diante. Bacamarte desenvolvia um novo tipo de cura através de antídotos psíquicos, cujo objetivo era devolver a saúde ao indivíduo ou seja, fazer com que ele recobrasse seu estado de equilíbrio mental. Foi tanto o sucesso do tratamento que um belo dia a Casa Verde ficou deserta, já não tinha mais cliente algum, o doutor curava a todos!

Poderia terminar aqui a nossa história, não fosse Bacamarte um espírito inquieto e perquiridor. Meditando, se indagou se em sua modéstia teria de fato curado os loucos, ou o que pareceu cura não teria passado da descoberta do perfeito equilíbrio do cérebro? Os cérebros bem organizados, e por isto mesmo doentes, segundo sua doutrina, que havia acabado de curar, eram desequilibrados como os outros, ele não podia ter a pretensão de haver-lhes infundido nenhuma qualidade nova. Concluiu então que o equilíbrio e o desequilíbrio existiam no mesmo cérebro! Descobriu que coexistiam na mesma pessoa a razão e a loucura! Ninguém seria totalmente louco nem completamente sadio. Itaguaí não teria um único louco, ou todos seriam de certa forma insanos? Encontrou o grande médico a resposta para o enigma da loucura, em cuja procura há tanto tempo se empenhava com perseverança e dedicação, em si mesmo, na sua fascinante personalidade. Em um instante de lucidez (?) compreendeu todo o drama da doença mental e talvez tenha percebido que na realidade, ali, o único alienado era ele, pois ninguém poderia ser tão dotado de qualidades e virtudes sem que isto significasse grave comprometimento das faculdades mentais.

E assim, por reunir em si mesmo a teoria e a prática de sua doutrina, por ter sua normalidade, e por conseguinte sua alienação, constatada pelo seu próprio grupo social de quem solicitara um pronunciamento final, confinou-se Simão Bacamarte voluntariamente no asilo da Casa Verde, onde isolado em sua insânia viria a morrer sem descobrir o que seria sua glória suprema, as raízes da doença mental e as fronteiras entre a loucura e a razão.

DE SIMÃO BACAMARTE A RONALD LAING — III

“O louco não é útil, quer dizer não é útil à nossa sociedade. Ademais, representa um dos muitos fracassos da mesma.”

Nicolas Caparros

Machado de Assis, em *O Alienista*, ironiza de modo sutil e inteligente a Psiquiatria e os psiquiatras apontando-lhes males e incoerências que encheriam de júbilo aos médicos da vanguarda psiquiátrica de hoje, que estão recriminando continuamente e de maneira acre todo o sistema de funcionamento da chamada Psiquiatria tradicional ou oficial. Ao mesmo tempo em que o romancista enuncia conceitos de atualidade palpitante, como o valor da prevenção da doença mental e a importância do equilíbrio psicológico para a saúde, entendida de modo integral, denuncia por outro lado o modo como eram (ou como são) descurados os doentes mentais pela própria sociedade que muitas vezes os fabrica. Sem ser médico, o gênio do escritor foi perspicaz bastante para apreender uma situação que retratou em linguagem satírica condensada, literária, mas, ao mesmo tempo, surpreendentemente válida do ponto de vista teórico, pondo o dedo em problemas que ainda hoje atormentam aos psiquiatras e à sociedade.

No âmago da história, na essência do conto, está a questão ainda posta da normalidade e da anormalidade psíquica, do equilíbrio e do desequilíbrio mental, enfim, da loucura e da razão. O enredo gira em torno das tentativas de Bacamarte para identificar os loucos e descobrir as raízes da loucura. Foi

uma experiência frustrada, ainda hoje empreendida pelos que lhe sucederam, mas, nos percalços de suas experiências, forneceu-nos o médico de Itaguaí, através da pena do cronista, elementos preciosos para se estabelecer um paralelo entre suas convicções, seus achados "científicos" e as propostas mais recentes das escolas médicas que buscam uma reformulação da Psiquiatria.

Concluindo Bacamarte que a loucura estava nos que demonstravam sinais de um equilíbrio perfeito, ininterrupto, linear, pois que em nenhum momento registram desvios e oscilações, precedeu aos que hoje acusam a sociedade moderna de produtora da normalidade alienante. Estabelecendo regras, instituindo princípios de comportamento, delimitando parâmetros de atuação, a sociedade implanta um modelo calcado muitas vezes em mecanismos e instrumentos de contenção e repressão da personalidade que determinam a normalidade do indivíduo segundo os padrões aceitos, mas às custas de forças que induzem à acomodação e à anulação da pessoa. Qualquer atitude mais radical, que não se compadeça com os princípios tidos como ideais, levanta contra o indivíduo a suspeita de loucura, de insânia, pondo-se em marcha os instrumentos corretivos de que a sociedade dispõe, acionados pelos amigos ou pela família e executados pela Psiquiatria através dos psiquiatras. Assim pode se iniciar a "carreira moral", segundo Goffman, de um doente mental culminando com a aposição de um rótulo diagnóstico, e às vezes, desafortunadamente, o internamento em asilos.

Para Laing e outros que lhe seguem as idéias a doença mental é apenas a eclosão de um mecanismo de adaptação desencadeado pelo indivíduo para fazer face a uma determinada situação vivencial na família e na sociedade. Ocorre então, que a solução de seu conflito individual se choca com a realidade externa, isto é, a libertação individual conseguida de modo inconsciente e às vezes penoso não é acompanhada de uma libertação social e a conseqüência é a desadaptação e a rejeição, o que vem contribuir para agravar ainda mais o problema.

No instante em que alguém for inquinado de louco, cabe-lhe daí por diante provar sua saúde, demonstrar sua normalidade mental, e tudo que disser e fizer, ou o que deixar de dizer e

fazer, poderá ser tido como prova ou inferência de sua doença, pois o diagnóstico da doença mental repousa ainda em grande parte em elementos subjetivos. Neste sentido, o conto que analisamos nos fornece um exemplo interessante, o do barbeiro Porfírio, trancafiado por duas vezes na Casa Verde, e em cada uma delas por motivos diversos, em diferentes fases das teorias científicas de Simão Bacamarte. A primeira delas, logo que o fígaro rebelde caiu do poder, e a segunda, quando, convocado novamente pela população para comandar outra rebelião que deveria pôr cobro ao Alienista, que recolhia ao asilo as pessoas mais normais de Itaguaí, recusou-se alegando racionalmente a sua experiência anterior e o fato de se arrimarem as atividades do médico em postura legal aprovada pela Câmara da cidade. Por exibir comportamento tão normal e lúcido, foi o nosso Porfírio internado de novo, o que o levou a dizer, conformado, "preso por ter cão, preso por não ter cão"...

A dificuldade de distinguir entre normais e sadios, aparentemente uma questão técnica simples, não é apanágio apenas do nosso irrequieto Alienista, pois a divergência de diagnóstico encontrada entre psiquiatras de boa capacidade profissional é um indício de que a simplicidade é apenas aparente.

O problema não teria maior importância, não fora o caráter extremamente estigmatizante da doença mental. Uma vez rotulado um indivíduo de esquizofrênico, por imperícia ou precipitação do médico, estará ele condenado a arrastar consigo um pesado fardo a lhe ser aberta ou veladamente lembrado em muitos momentos no decorrer de sua vida futura. Quem não se lembra do caso do senador Tom Eagleton, cuja candidatura a Vice-Presidente dos Estados Unidos terminou inviável porque seu passado registrava consultas e tratamentos psiquiátricos?

O limite entre a razão e a loucura é tão estreito e nebuloso que a literatura especializada registra experiências controladas conduzidas por professores experientes e em centros médicos prestigiosos, demonstrando equívocos diagnósticos grosseiros em pessoas internadas, quando doentes são tidos como sadios e pessoas sãs como insanas. O problema portanto não afligia apenas ao nosso Bacamarte, mas ainda hoje é matéria de discussão médica.

Outra passagem que nos chamou a atenção no desenrolar do conto foi a participação da Câmara nos episódios envolvendo Bacamarte e a reclusão por solicitação do médico de dois de seus membros. Em ambos os casos, parece-nos, eram pessoas incômodas, discordantes, e por isto mesmo inconvenientes para a situação dominante. O primeiro, Sebastião Freitas, acusara o médico e seu asilo e incitara o povo a destruí-los. Tão logo Bacamarte recupera seu prestígio, a Câmara docilmente lhe entrega o vereador impertinente. O outro, Galvão, foi recolhido posteriormente, pois o Alienista entreviu no seu propósito de excluir os vereadores da lei que mandava recolher à Casa Verde todos quantos demonstrassem sinais de um equilíbrio mental ininterrupto, um exemplo dos tipos que pretendia por loucos, e assim, logo foi mandado ao asilo. Machado de Assis chama de dissidente ao vereador Sebastião, o que imediatamente nos fez estabelecer uma associação entre os edis itaguaienses e os dissidentes políticos russos. Há pelo menos uma identidade entre eles, ambos são vítimas da Psiquiatria usada como instrumento de repressão política, como meio de calar as minorias, ou de restringir o diálogo e a liberdade de expressão. Os russos, usando a Psiquiatria como meio policial e o hospital como cárcere, copiam, ampliado, o tímido exemplo do médico fluminense imaginado por Machado.

Finalmente, desejamos apontar como dado importante a submissão da sociedade à Ciência, ao cientista e às suas verdades. Em nenhum momento a Câmara negou o que Bacamarte lhe pedira. Deu-lhe apoio, verbas, o asilo, prestígio, e em troca nada lhe pediu. Quando solicitada, em nome da ciência entregou a cabeça de três de seus membros, inclusive seu Presidente. Mesmo quando se fez vitoriosa a insurreição chefiada por Porfírio, este entendeu que não poderia governar sem o apoio do médico, sem o respaldo do seu prestígio científico, e procurando-o para parlamentar não recebeu deste mais do que vagas explicações e um diagnóstico de louco que na ocasião oportuna o levaria ao asilo por duas vezes. Somente quando um segundo barbeiro entendeu de desafiar a ciência e hostilizar abertamente o Alienista e sua obra, mobilizaram-se os soldados reais, para em pouco tempo esmagar a revolta e fazer resplandecer novamente o prestígio e a glória do cientista.

Bacamarte, vencendo os tabus, conseguiu construir o seu asilo, e agindo como um cientista ditador impôs à população suas convicções científicas vacilantes, segundo as dúvidas de seu espírito inquiridor. Quando necessário, fez promulgar até leis insólitas, aprovadas pela Câmara submissa e colaboradora. No fundo, todavia, não terá sido mais que um instrumento a serviço da estrutura de poder vigente na sua cidade e a ela terminaria por sucumbir, no instante em que, pressentindo-se louco invoca como juiz final de sua condição mental a sociedade que, sancionando seus temores, ratifica sua insanidade decorrendo daí seu recolhimento voluntário ao asilo que construía.

Vergou-se o cientista ao peso de suas crenças científicas logo ele que começara revolucionando métodos e costumes, terminando julgado, por solicitação própria, pela mesma sociedade que desprezara como tola e ignorante e, o que é pior, na seara de que se considerava senhor absoluto, a mente humana.

A FILOSOFIA DA MEDICINA: UM NOVO ENFOQUE

“Ao contrário das ciências naturais as leis e conceitos da medicina estão na sua essência relacionados aos valores e aspirações humanas.”

H. Tristran Engelhardt Jr.

Supõe-se ser a Medicina a ciência de tratar os doentes, devolvendo-lhes a saúde e restaurando-lhes a condição física. Enganam-se os que pensam ser esta exclusividade a sua faixa de atuação. Em seus primórdios, e em tempos não tão recuados, foi realmente assim, descobrir doenças e curar enfermos era seu único objetivo. A evolução da sociedade, as modificações sociais e físicas que o homem experimentou no curso do tempo lhe impuseram novas posições e lhe indicaram novos caminhos. De início voltada apenas para a doença, concentrou a Medicina sobre ela todos seus esforços até que as circunstâncias em que a humanidade vive lhe impuseram também um novo papel, a promoção e a preservação da saúde. A ênfase inicial dada ao combate à doença era não só fruto das circunstâncias de vida do homem, das condições de atraso tecnológico e científico em que vivia mas derivava também do fato de que a condição de doente é por demais objetiva daí reclamar uma atenção e assistência imediata.

A Medicina modelou o homem, transformou-o, fortaleceu-o. Controlando as pestes, permitiu a urbanização e a construção de cidades, protegendo-o contra as doenças, permitiu-lhe conquistar regiões inóspitas e territórios remotos. Criou nele a aspiração por novos valores sociais e humanos, reduziu a

mortalidade, prolongou a vida, e cercou-o de defesas contra doenças anteriormente temíveis e implacáveis. A partir de então o homem passou a ambicionar também conforto material, psicológico, social e físico.

Reconhecendo estas aspirações humanas é que a Organização Mundial da Saúde definiu saúde não como a ausência de doenças mas um estado de completo bem-estar. Ora, o conjunto de novas aspirações do homem e as dificuldades que vieram a surgir em razão dos sistemas de vida que a sociedade vinha desfrutando haveriam de determinar, como o fizeram, de modo inequívoco, uma revisão dos conceitos de saúde e de doença e em seguida uma redefinição dos objetivos e modo de ação da Medicina e dos médicos. Se já não precisamos nos dias que correm da força física que assegurava a sobrevivência dos nossos antepassados longínquos, ajudando-os na defesa contra as intempéries e agressões da natureza, necessitamos todavia de defendermo-nos contra a arteriosclerose a que poderá nos condenar uma vida sedentária e um padrão alimentar inadequado.

Quanto à doença, uma noção aparentemente mais simples de ser entendida, suscita também dúvidas conceituais na medida em que tem sido interpretada como um desvio do normal, produzindo sofrimento físico e miséria orgânica. A adaptação dos indivíduos às variações dos padrões tidos como aceitáveis fazem as modificações toleráveis sem que delas advenham mal-estar ou desconforto físico. Convém lembrar que muitas destas variações decorrem de razões culturais ou sociológicas (daí porque um fato biológico pode ser doença para um grupo cultural e para outro, não) ou ainda surgem de necessidades raciais vinculadas à própria sobrevivência de grupos étnicos. No último caso está a anemia falciforme, um defeito da hemoglobina que protege os negros da África contra o parasita da malária. Mecanismo patológico ou de defesa?

Que dizer das modificações orgânicas que o indivíduo experimenta na velhice? A queda dos dentes, a atrofia da pele, as modificações de comportamento, todo o cortejo de sintomas que acompanha a senilidade, simples ação do tempo, ou doença a ser tratada, corrigida e combatida? Até há pouco eram fatos normais, sinais dos anos a pesarem sobre os anciões;

agora no entanto cuidados e assistidos pelos especialistas num dos novos ramos da Medicina, a Geriatria.

Horácio Fabrega, estudando as raízes e os mecanismos produtores das doenças, estabeleceu uma classificação que definiu, de maneira geral, três categorias: a) produzidas por descontinuidades biológicas; b) produzidas por descontinuidades comportamentais; c) produzidas por descontinuidades fenomenológicas.

A descontinuidade biológica se expressa sob a forma de alterações da estrutura ou do funcionamento do corpo, passíveis de medição por parâmetros bioquímicos e laboratoriais. Neste grupo estão, entre outras doenças, a diabetes, a hipertensão arterial e a apendicite.

As doenças devidas às descontinuidades comportamentais não são mensuráveis através de padrões biológicos, como as primeiras, sendo todavia identificadas através de comparações das chamadas unidades comportamentais do indivíduo em relação à sociedade. Procura-se então investigar suas atitudes perante a família, os amigos, o emprego, a religião, os divertimentos etc., de tal modo que se possa estabelecer um consenso quanto à presença da doença.

No que toca às descontinuidades fenomenológicas, estão elas relacionadas principalmente aos padrões culturais e antropológicos da comunidade, que podem fazer variar de um povo para outro o conceito de doença. Estão implicados neste caso a tolerância das pessoas às doenças e a capacidade de valorizar sinais e sintomas, secundários para uns e considerados importantes por outros, responsáveis em grande parte pela demanda dos serviços médicos em muitas regiões desenvolvidas do mundo.

Diversas nas origens, as três modalidades de produção de doenças guardam entre si alguns pontos comuns. A doença seria nos três casos um estado qualitativo, um desvio da normalidade e uma descontinuidade biológica, psicológica e até sociológica, limitada no tempo e causa de padecimentos e sofrimentos pessoais. O próprio Horácio Fabrega propõe que, abandonando a visão organicista da doença, adotemos um conceito integral capaz de abranger os três grupos de moléstias permi-

tindo um enfoque do problema e reorientando a organização dos serviços de assistência médica.

Do mesmo modo que o conceito de doença não implica necessariamente na noção de sofrimento físico (lembramo-nos das lesões graves descobertas em exames rotineiros e absolutamente assintomáticas), chegamos ao ponto em que a ação do médico ganhou uma tal dimensão social que produziu uma modificação profunda no seu papel perante a sociedade. Em nome de idéias de forte conotação coletiva, como melhoria da qualidade da vida, controle demográfico, combate à fome e à desnutrição, o médico foi convocado para tarefas que, se não negam, são pelo menos estranhas aos princípios da Medicina tradicional. Formado para preservar e garantir a vida enquanto tiver recursos para tal, vemos o médico empenhado em interrompê-la nos países onde o abortamento é um ato médico legal. Preparado para combater as doenças, encontramos-o a frustrar gestações, envolvido nos programas de controle populacional agindo como se fosse necessário tratar a fertilidade e combater a gravidez como moléstia a ser evitada. Já se está falando sem muito pudor na eutanásia e alguns se levantam invocando argumentos em seu favor.

Compreendemos bem o caráter social da Medicina, a sua ligação cada vez mais ampla e mais forte com os problemas sociais, mas tememos que, premidos pelos problemas que enfrentamos e pelo clamor social a que não podemos estar indiferentes, abandonemos, complascentes e acomodados, os códigos éticos e os princípios morais da nossa profissão e assim venhamos a perder de modo irremediável o respeito e a admiração da sociedade.

PROGRESSO E NATUREZA, A DIFÍCIL COEXISTÊNCIA

“De todos os seres orgânicos só o homem pode ser considerado como uma força destruidora. Dispõe de energias diante das quais a natureza é totalmente impotente.”

George Marsh

O homem não é mais que uma das muitas espécies biológicas que povoam a terra, porém, sendo a mais bem dotada de todas elas, é a que exerce maior influência no meio ambiente, modificando-o para satisfazer sua sede de conhecimento, seu desejo de segurança, conforto e bem-estar. Para atingir seus objetivos, criou e desenvolveu técnicas e atitudes próprias cujo conjunto forma a “tecnosfera” a qual, atuando sobre os seres vivos, a “biosfera”, determinou mudanças e impactos ambientais cujos efeitos acumulados ao longo dos anos nos colocaram diante de fatos que ameaçam a sobrevivência da espécie.

O resultado da imprevidência do homem, de sua ação predatória e das interferências desastrosas que efetuou sobre os sistemas biológicos, foi a extinção de centenas de espécies animais, a derrubada de matas seculares sob o peso das máquinas, a formação de desertos, o desaparecimento dos lagos naturais, a transformação dos rios em caminhos de sujidade transportando toda sorte de poluentes, resíduos humanos e industriais, para a grande cloaca mundial — o mar. Agora, premido pelo crescimento populacional imoderado, no ano 2040 calcula-se que a terra terá 16 bilhões de habitantes, e, atemorizado pelo receio da escassez de materiais, energia e recursos naturais, o ho-

mem compreendeu que mais importante do que conquistar a natureza é conviver com ela, pois o ciclo vital é um só, o planeta em que vivemos, único, a tecnologia limitada, e a vida dependente de suprimentos vulneráveis e finitos.

No curso do processo de urbanização e industrialização, o homem utilizou, como ainda o faz, os sistemas naturais como bens livres, transformando rios, lagos, mares e a atmosfera em imensas cloacas onde desaguam os efluentes e os detritos industriais que desfiguram a natureza, superando a capacidade de depuração natural, e atingindo níveis de concentração tão elevados que dificultam ou impedem a vida no seu seio. No afã de produzir mais e por um custo menor, as indústrias não incluíram em sua contabilidade o preço da conservação do ambiente, não se preocuparam em desenvolver ou aplicar tecnologias de controle da poluição, contribuindo assim para agravar as chamadas deseconomias externas, representadas, entre outros exemplos, pela morte dos peixes nos rios poluídos, pela fuligem depositada nas fachadas dos edifícios, ou pelas montanhas de lixo acumuladas nas cidades. É pena que só tardiamente tenhamos nos dado conta de que não consumimos matéria, mas, apenas usamo-la, transformamo-la e ainda temos de nos descartar de seus resíduos e efeitos. Asfixiado pelo *smog* das grandes cidades, quase soterrado pelas montanhas de lixo e sucata, emparedado entre altos prédios, em ruas estreitas e soturnas, onde o sol nunca se descobre, contemplando o cenário sombrio dos subúrbios industriais, o homem está se dando conta de que chegou a hora de pagar para respirar ar limpo, beber água pura, ou desfrutar de uma paisagem natural onde haja um mínimo de efeito estético. O momento requer nossa preocupação não apenas com a capacidade aquisitiva da população, mas, também com o seu poder de suportar os encargos decorrentes da coleta, tratamento e destinação final dos resíduos e materiais inservíveis para que não se agrave a crise da contaminação ambiental. Para os Estados Unidos já não basta assegurar aos seus habitantes a renda que lhes permita adquirir automóveis, consumir bebidas saborosas, ou alimentar-se de comidas enlatadas, mas importa também avaliar a outra face da moeda, ou seja a possibilidade de descartar-se dos 950 kg de sucata que cada americano produz anualmente. A qualidade da vida não é determinada somente pelo poder de compra

das comunidades mas também pela eficiência com que possam se desfazer dos bens quando tornados inúteis. Estima-se que hoje seriam necessários recursos equivalentes a 6% da soma do PNB de todos os países para o combate à poluição e proteção da natureza.

Os custos são inevitáveis e decorrem da necessidade inadiável de conservarmos o meio ambiente; pagá-los sob a forma de tributos especiais como já vem sendo feito em alguns países europeus, ou como valor agregado aos produtos industriais acabados constitui uma decisão política e envolve também a formação prévia de uma consciência social, mas de qualquer modo devemos pagá-los para que não continuemos fazendo-o como vítima de nossa própria sujidade.

ECOLOGIA, UMA ARMA POLÍTICA?

“No clima da discussão pública, o termo poluição assumiu caráter absoluto em vez do seu significado relativo. Para o especialista, poluição implica em dizer o que, como, e onde.”

Abel Wolman

Disraeli, comentando a situação de seu país no século XIX, dizia que na Inglaterra coexistiam duas nações, a nação dos pobres e a nação dos ricos. Hoje o conceito formulado pelo estadista inglês assumiu uma dimensão muito maior, porque já não é apenas um país mas o próprio mundo que se encontra dividido entre povos ricos e pobres. Para os males de um mundo dividido entre países ricos e pobres, desenvolvidos e subdesenvolvidos, é inútil prescrever remédios iguais, e tratamentos políticos, sociais e econômicos comuns. Os problemas dos primeiros são quantitativa e qualitativamente diferentes daqueles enfrentados pelos outros e a ordem de prioridades a adotar para seu equacionamento diversa daquela a ser observada para as nações industrializadas. Sob o impacto da explosão populacional e o trauma da pobreza de seus povos, a luta maior das nações em desenvolvimento é contra o analfabetismo, o desemprego, a desnutrição, as doenças transmissíveis e a mortalidade infantil. Separadas das nações ricas pelo fosso da industrialização e da tecnologia, e na ânsia de ultrapassá-lo, os países subdesenvolvidos procuram mobilizar todos os seus recursos materiais e humanos, buscando gerar as condições necessárias ao grande salto para o desenvolvimento. Percorrem a mesma trilha já palmilhada pelas nações ricas e desenvolvidas de hoje, e, por causa disto, correm o risco de incidir nos mesmos erros já cometidos no passado. Procurando atingir a velocidade

de crescimento que assegure o desenvolvimento almejado por todos, instalam novas indústrias, promovem a dinamização do comércio e a expansão dos meios de comunicação, mesmo que o preço a ser pago por tudo isto seja a poluição ambiental, a degradação da natureza, ou a rotura do equilíbrio ecológico em um determinado biótopo pois, o combate é acima de tudo dirigido contra a pior das poluições, a pobreza.

A prioridade concedida por um país ao problema da poluição e à proteção da natureza está de algum modo vinculada ao grau de riqueza e desenvolvimento nacional. Quanto mais rica a sociedade, maior seu interesse pela preservação da natureza, pela conservação do ambiente e pelo combate à poluição. A Ecologia não é, certamente, um bem de luxo, ou um artigo supérfluo do qual possamos prescindir, mas as necessidades com que se defrontam os países mais pobres são tantas e tão urgentes, que ela fatalmente é relegada a um plano secundário, e muitas vezes encarada como um hábil disfarce sob o qual se esconderia o desejo dos poderosos de impedir o desenvolvimento e perpetuar as condições de pobreza.

A sofreguidão e o açodamento com que os países desenvolvidos se lançam às campanhas visando à preservação dos recursos e à pureza do ambiente, bem como a censura estrepitosa que fazem as nações em desenvolvimento por ocasião das conferências internacionais, significam talvez um *mea culpa* tardio e uma forma de remissão dos pecados que perpetraram contra a natureza até se tornarem ricos e poderosos. As experiências do passado fazem com que as comunidades pobres duvidem da pureza de intenções dos ricos e, ressabiadas, enxerguem na Ecologia mais uma arma a ser brandida contra elas e um novo obstáculo no caminho árduo e incerto do desenvolvimento. O apelo estético da Ecologia não é suficiente para estancar no homem o seu apetite pelo lucro, pelo bem-estar material ou pela produção de riquezas. A poluição, aparentemente um subproduto do capitalismo, da sociedade de consumo, ou da atividade inescrupulosa de industriais gananciosos, também é encontrada nos estados socialistas. Há exemplos lamentáveis na União Soviética, que não escapa à idéia sedutora de produzir mais, por um custo menor. O desejo de ganho, mesmo com o sacrifício de um ambiente puro e saudável, é observado também em escala individual, como vem ocorrendo

na Polônia onde os trabalhadores resistem às medidas de controle da poluição que impliquem em redução das jornadas extraordinárias de trabalho.

Os rios, os mares, a terra e o ar atmosférico são bens comuns, pelos quais devemos zelar em comunhão de interesses, espécie de socialismo ambiental, onde todos respeitem as leis e os códigos disciplinadores das nossas relações com o ambiente, promovam o culto à natureza e não confiem apenas e cegamente no poder da tecnologia como meio eficiente e imbatível para remover toda a sujeira existente sobre a terra.

O problema da Ecologia, a defesa da natureza contra a pilhagem dos recursos naturais e a contaminação, a preservação das florestas e das espécies animais demandam para sua solução uma compreensão supranacional, acima da soberania política das nações, pois, o que se encontra em perigo é a própria sobrevivência do homem, sem distinção de raças ou nacionalidades. A disseminação dos pesticidas não respeita fronteiras políticas. O DDT já foi encontrado na gordura das baleias da Groenlândia e dos pingüins do Alasca, os poluentes radiativos lançados pelos membros do fechado clube atômico já povoam os céus de remotas regiões da terra, e o oceano, ao sabor das correntes marinhas, carrega detritos e resíduos para pontos distantes do seu local de emissão.

O momento requer a elaboração de uma estratégia global, visando o planeta Terra, e cuja base deverá ser uma sólida e leal cooperação internacional, sob pena de que venha a perecer a espécie humana, vítima do furacão de transformações ambientais executadas desastrosamente pelo *homo faber*. O que se encontra em jogo não é apenas a restauração do equilíbrio estético através da recuperação das nossas belezas naturais, mas, em um sentido mais pragmático, a nossa sobrevivência, que poderá periclitir, como nos advertem Barbara Steward e René Dubos no seu livro *Uma Terra Somente* quando dizem: "Uma estratégia aceitável para o planeta Terra, deve, então, levar explicitamente em conta, o fato de que o recurso natural mais ameaçado pela poluição, mais exposto à degradação, mais propenso a sofrer um dano irreversível, não é esta ou aquela espécie, ou habitat, nem mesmo a atmosfera livre, ou os grandes oceanos. É o próprio homem".

A PROPÓSITO DE CIDADES E DE RUAS

“Quem constrói? Quem constrói? Ai de vós outros os pobres.

Se Londres melhora dia a dia,/Onde encontrais uma porta amiga/Se cada dia se derruba uma casa?”

(Versos que circulavam em Londres nos meados do século XIX).

Um dos traços marcantes do momento social que vivemos é a tendência à urbanização, fenômeno encontrado nas várias partes do mundo sem distinção de regimes políticos dos países ou de seu grau de desenvolvimento econômico. Diariamente, legiões de pessoas se agregam às populações urbanas, atraídas pelas maiores oportunidades de emprego, maior facilidade de educação e assistência médica que julgam poderão encontrar nas cidades. Marginalizadas, porque desprovidas de qualificações profissionais que lhes permitam concorrer com êxito no disputado mercado de trabalho, perecem vítima do desemprego e das precárias condições de vida que lhes reservam os guetos existentes nas grandes cidades, ilhas de misérias e pobreza de permeio à opulência dos arranha-céus e ao brilho feérico dos anúncios luminosos. Deste modo, as cidades não crescem, mas, incham, e as instalações de serviços indispensáveis à comunidade não são suficientes para acompanhar no mesmo ritmo a demanda crescente que os novos usuários lhes impõem em consequência do que o nível de vida se deteriora. Na corrida para participar do bolo do progresso, o homem pode en-

contrar na cidade uma vida pior e mais ingrata do que aquela que abandonou nos seus campos de origem.

O homem tem sido um infatigável construtor de cidades, mas, imprevidentemente, transformou-as em ambientes inóspitos, incompatíveis com a convivência humana, cuja funcionalidade e beleza são sacrificadas em nome de princípios facilmente questionáveis, a especulação imobiliária e a forma como se utiliza o terreno urbano. A expansão das cidades, a partir dos seus núcleos iniciais, determinou a expulsão do homem para os subúrbios e os arrabaldes onde se organizaram as novas residências ficando seus monumentos gigantescos de ferro, cimento e alumínio, reservados apenas para os escritórios, os bancos e o comércio. Os poucos enclaves residenciais que ainda encontramos nas áreas das cidades logo desaparecerão, pois não há como resistir à pressão imobiliária e comercial que se desenvolve em torno deles. Escorraçado para longe do centro, onde geralmente trabalha, o pobre homem moderno faz do seu percurso diário, de ida e volta para o local de trabalho, um exercício de paciência, de perícia ao volante e de crença em Deus, para chegar ileso ao seu destino.

O crescimento exponencial das cidades multiplica as distâncias entre a residência e o trabalho, torna mais complexos os meios de transportes e favorece a formação de uma malha urbana cujos limites se tornam imprecisos, de tal sorte que o aglomerado humano constituído vive em função de um mesmo contexto sócio-econômico mas com subordinações administrativas e políticas que nem sempre são as mesmas. São as "megalópoles", formadas pela absorção de cidades vizinhas e pela proliferação das cidades-dormitórios cujas expansões constantes levaram a falar-se delas como "cidades em dedos de luva". Em países pequenos e densamente povoados, como a Holanda, todo o território nacional ameaçava se transformar em uma enorme e caótica cidade, não fossem as providências adotadas em tempo, disciplinando o crescimento das cidades, o uso do solo urbano, a implantação das áreas verdes e das zonas de lazer. Foi precisamente nos Países Baixos e na Inglaterra que floresceu com mais intensidade a concepção urbanística e social das novas cidades, inspirada no desejo de propiciar ao homem um ambiente acolhedor no qual pudesse ao mesmo tempo trabalhar

e viver de modo confortável e harmônico. A estas cidades concebidas para diminuir e aliviar as tensões e as grandes concentrações urbanas tem se dado o nome de contracidades por oposição ao que temos atualmente em matéria de desarranjo e improvisações urbanísticas. Uma contracidade verdadeiramente funcional seria aquela prevista para um tamanho adequado, suprida de suficientes indústrias e comodidades que permitissem a fixação do homem para que, sem estancar, disciplinasse o impulso pela urbanização. O objetivo principal é a humanização da cidade, o que não se obtém apenas cultuando suas origens ou mesmo fazendo restaurar os nomes bucólicos e líricos que antes denominavam de modo coerente e judicioso nossas ruas e praças.

Quanto à denominação de ruas vivemos hoje entre o pragmatismo dos americanos, que simplesmente as numeram, e a aposição de nomes de pessoas cujas façanhas e proezas são na sua maioria desconhecidas até por seus próprios inquilinos. Aliás, segundo Mário de Andrade, que escreveu estes versos, ser nome de rua é a maneira fácil de assegurar o anonimato. Disse o poeta: "Nesta rua Lopes Chaves envelheço, e envergonhado/nem sei quem foi Lopes Chaves. Mamãe! Me dá essa lua,/ ser desconhecido e ignorado/ como estes nomes de rua".

Enquanto não vivemos nas novas cidades, imaginadas e planejadas, arranjemo-nos como pudermos, com as nossas, preservando suas tradições e fisionomias próprias, resguardando seu sabor particular, contra a onda igualitária e uniformizadora que abrange a todas. Resignados, esperamos que as cirurgias urbanas que procuram modernizar seus aspectos não resultem na desapropriação de nossa casa para dar lugar a uma nova avenida, ou na invasão de nosso apartamento por uma nuvem de fuligem e gases expelidos pelos automóveis a rolarem céleres na pista do viaduto recém-construído.

Não podendo colocar o som da água e o perfume das flores em todas nossas ruas como na capital dos Sung, esforcemo-nos para ampliar os locais de lazer, recuperar as ruas centrais para uso dos pedestres, proteger as edificações contra o desgaste e a depredação, conquistar novas áreas verdes, e até, se for possível, modificar o ambiente contristador do centro das grandes cidades, que, fora dos horários comerciais, torna-se depressivo e perigoso, sujo, escuro e mal freqüentado.

SUA EXCELÊNCIA, O AUTOMÓVEL

"O homem corre para ser salvo pela tecnologia e, depois, para ser salvo da tecnologia. Nós americanos, estamos na dianteira em ambas as corridas".

Gerald Sykes

No *Scientific American* de julho de 1899 foi publicado um artigo, no qual eram discutidos os prováveis efeitos sobre a vida humana, decorrentes da produção industrial de automóveis a preços acessíveis à população. Diz o mencionado artigo: "A melhoria das condições urbanas graças à adoção geral do carro a motor dificilmente pode ser subestimada. Ruas limpas, sem pó e sem mau cheiro, com veículos leves de rodas de borracha a moverem-se com rapidez e sem barulho pela sua lisa expansão, eliminariam a maior parte do nervosismo, da distração e da tensão da vida metropolitana moderna". Qualquer motorista retido no seu automóvel no tráfego congestionado das grandes cidades, inalando o *smog* que cobre suas ruas e arranha-céus, lendo essa passagem, poderia meditar na extensão das ilusões humanas, na margem de erro das projeções científicas ou nas incertezas da futurologia...

Henry Ford e seus colegas da indústria automobilística conseguiram produzir automóveis em escala cada vez maior, para atingir um número sempre crescente de pessoas. O automóvel tornou-se o bem durável mais ambicionado pelo homem moderno, motivo de seu orgulho e deleite, convertendo o homem em nova versão de centauro, metade homem, metade carro, a respirar através de motor zoadento, resfolegando pelas

ruas, contaminando o ar atmosférico com gases, fumaça e chumbo. A principal fonte poluidora da atmosfera é a combustão provocada para produzir energia ou movimentar o automóvel. O automóvel é, pois, o segundo agente poluidor mais perigoso de toda a atmosfera; consumindo a maior parte do petróleo do mundo (cerca de 40 % de todo o consumo interno dos Estados Unidos), espalha pela natureza quantidades cada vez maiores de óxidos de carbono e nitrogênio, que já tornaram irrespirável o ar de muitas metrópoles. Apesar de tudo, o automóvel continua cada vez mais popular. É para o homem ao mesmo tempo recipiente e transporte, constituindo-se ao lado da opulência, seu grande amor tecnológico, a cuja posse ele não renuncia, pelo que representa como um mito de poder, liberdade e importância social. Por causa destes fatos é que as fábricas vêm produzindo cada vez mais carros, para atendimento a uma população sequiosa de possuí-los, espicaçada pelas campanhas publicitárias que vendem automóveis até a quem não pode pagá-los e, às vezes, em número maior do que podemos utilizá-los racionalmente. Nos Estados Unidos de hoje, há um carro para cada duas pessoas, e sua produção vem crescendo com o dobro da velocidade com que aumenta a população. Na França, mantidos os níveis atuais de crescimento, haverá no fim do século 120 milhões de unidades, e, a persistir a situação atual, no ano 2000 os 2,5 milhões de carros holandeses serão 7,5 milhões. Toda esta brutal expansão da indústria automobilística é responsável por boa parte de nossa patologia urbana, enriquecida pelas neuroses dos guiadores e pelas nuvens de gases, chumbo e fuligem que povoam a nossa atmosfera.

Outro problema que o automóvel nos tem acarretado, e para o qual chama atenção o francês Saint-Marc, professor do Instituto de Estudos Políticos de Paris, é o da irreparável e extensa degradação da terra, provocada pela abertura de estradas, onde os automóveis possam trafegar, ou construção de parques de estacionamento, onde, imóveis, aguardam que seus usuários retornem de seus trabalhos e lazeres. Na França, as ferrovias não ocupam mais que uma superfície de 215 km² enquanto que a rede rodoviária se estende por uma área de 3.400 km², ou seja, 16 vezes mais, embora ambas transportem o mesmo volume de carga.

A ânsia de viajar, o desejo de se locomover e a necessidade de independência para fazê-lo são estigmas tão fortes na aventureira relação entre o homem e seu automóvel que nos levam a assistir quase impassíveis aos acidentes de viação, como um subproduto, ainda que indesejável, do progresso. Nos Estados Unidos, morrem a cada ano mais de 50.000 pessoas em desastres automobilísticos, na França 16.000, e em toda a Europa, anualmente, mais gente que todas as vítimas de Hiroshima. Será que a nossa tolerância para tão assustadores índices de mortalidade seria a mesma, se, no lugar do automóvel, fosse o tifo, a cólera ou a tuberculose, a matar-nos?

Por todos estes fatos, o automóvel passou a ser um amado inimigo, objeto cobiçado e temido. Sua fabricação e uso nos moldes convencionais está a caminho da superação. Não basta apenas a educação do motorista ou a introdução de dispositivos antipoluidores na construção dos carros, porque, com o crescimento da sua produção, cresce igualmente a poluição ambiental. Não adianta somente fazer carros cada vez menores e com motores de baixa potência, porque as ruas continuarão a transbordar de veículos e a impertinência dos árabes ameaça transformar as mangueiras das bombas de gasolina em simples conta-gotas. O que se impõe no momento é uma mudança radical na tecnologia do automóvel e na sua utilização para que possamos sustar os graves problemas com que nos deparamos atualmente. Chegou a hora de apressarmos os estudos para a produção do automóvel elétrico, uma nova opção conhecida há oitenta anos, à espera de soluções técnicas que tornem viável a sua produção industrial e permitam a sua ampla utilização, ao resolver problemas de peso, autonomia e velocidade. Também os transportes de massa, modernos, velozes e eficientes deverão ser estimulados e aperfeiçoados, mesmo que contem com a antipatia dos motoristas, como constatou-se na Holanda em pesquisa de opinião mandada realizar pelo Ministro dos Transportes, um notório adversário do automóvel. É natural a reação pois, afinal, o fato de possuir e utilizar um automóvel nada tem em si mesmo de deplorável ou anti-social, mas, não nos enganemos, que já não há mais lugar para o egoísmo do motorista que, dirigindo uma gigantesca e vazia perua, penetra no terreno mais escasso do mundo, o centro urbano.

Urge que o governo dinamize e estimule o aperfeiçoamento dos transportes coletivos nas suas versões mais sofisticadas para que o usuário tenha condições de restringir o uso do automóvel, certo de que disporá de condução farta e rápida para que não se repita o exemplo do trem, hoje apenas uma evocação nostálgica, lembrança já desbotada das viagens infantis. As revoadas de ciclistas nas auto-estradas holandesas, a redescoberta pelos ingleses de suas bolorentas carruagens e os desfiles exemplares de estadistas em coches puxados a tração animal são sinais dos tempos, a prenunciarem o declínio do reinado do automóvel, o que talvez permita ao homem recuperar para seu uso as pistas das ruas, hoje sob o domínio implacável da máquina.

O CHAPELEIRO LOUCO OU OS EFEITOS DO MERCÚRIO

- “— Então diga o que quer dizer.
— Eu quero dizer o que penso, o que dá na mesma.
— Não senhora, contestou o Chapeleiro. Se assim fosse, você poderia dizer que “quero o que tenho” era o mesmo que “tenho o que quero”.

De um diálogo entre Alice e o Chapeleiro no livro “Alice no País das Maravilhas”.

Há mais de cem anos um matemático inglês, Charles Lutwidge Dodgson, que costumava conversar detidamente com crianças, escreveu vários livros de histórias infantis sucessivamente reeditados e traduzidos em diversas línguas, que se tornaram clássicos da literatura especializada. Não foi na qualidade de matemático, ou poeta, que Dodgson tornou-se famoso, mas, sim, sob o pseudônimo de Lewis Carroll, autor de contos infantis, dos quais *Alice no País das Maravilhas* é o mais popular. Carroll ficou conhecido como um escritor que levou ao máximo o emprego do absurdo e do *non sense* na literatura, desprezando as afirmações moralistas comuns no início do século XIX, conseguindo assim, com livros para crianças, atrair igualmente os adultos. Os diálogos travados pelos seus personagens imaginários, em países fantásticos, onde as pessoas crescem e encolhem consumindo alimentos mágicos, aparentemente sem sentido, têm muitas vezes um significado profundo, e neles despontam com freqüência sátiras e críticas

sibilinas aos costumes da sociedade da época. Tal é o valor de sua obra e o destaque que a posteridade lhe reservou, que qualquer estudo em profundidade do verdadeiro humor inglês, não poderá ser feito sem uma análise cuidadosa dos seus escritos.

Quem leu *Alice no País das Maravilhas*, há de se recordar da louca sociedade do chá, uma reunião da lebre maluca, do rato de campo e do chapeleiro doido, descobertos pela atônita Alice em torno de uma mesa a tomarem chá continuamente pois o tempo não fazia nada do que lhe pediam e o relógio marcava eternamente cinco horas... Pois bem, o chapeleiro doido, descrito por Carroll como um tipo irritado, nervoso, grosseiro e cheio de tremores, cujos diálogos e expressões soavam ininteligíveis, constitui uma reprodução caricata dos miseráveis operários das fábricas inglesas de chapéus, envenenados cronicamente pelo mercúrio usado no tratamento das peles e feltros empregados na sua confecção.

O mercúrio foi substituído na fabricação de chapéus por substâncias atóxicas e a doença do chapeleiro louco seria coisa do passado se o mercúrio não continuasse sendo utilizado como componente de alguns inseticidas, ou manipulado em numerosas atividades industriais, cujos resíduos, eliminados em rios e mares, vêm constituindo importante e perigosa forma de poluição da natureza. Embora os envenenamentos pelo mercúrio inorgânico sejam raros, está provado que, bactérias em condições anaeróbias convertem-no em mercuriato de metila que se concentra cada vez mais no curso da cadeia alimentar, desde os pequenos animais até alcançar os grandes peixes e os homens.

Há igualmente registro de acidentes ocorridos com pessoas que de modo direto entraram em contato com grandes quantidades de mercúrio acumuladas em carne de animais alimentados com milho tratado por inseticidas à base de mercúrio. No momento o seu uso está praticamente suspenso devido aos fatos referidos, e tendo em conta a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que proscreveu o emprego de inseticidas à base de substâncias que como o mercúrio não sejam biodegradáveis. Assim, restam hoje, como uma das principais fontes de envenenamento pelo mercúrio, os peixes capturados

em zonas fortemente contaminadas pelos efluentes de indústrias que manipulam mercúrio.

Em 1953, pescadores da baía de Minamata, no Japão, começaram a exibir sintomas da doença do chapeleiro louco, — timidez, ansiedade, irritabilidade e alucinações — seguidos, em alguns casos, de transtornos mentais e morte. A razão era muito simples: os mariscos haviam consumido o mercúrio de metila e os pescadores, usando os mariscos como alimentos, ingeriram veneno altamente concentrado, que se alojou em seus cérebros. Dosagens efetuadas revelaram excessivo teor de mercúrio no sangue dos doentes, em órgãos das pessoas falecidas, nas ostras e na lama recolhida do fundo da baía. Poucos anos depois, o fato repetiu-se, ainda no Japão, o paraíso poluição, novamente envolvendo pescadores que exerciam sua atividade pesqueira no rio Agano. Em Minamata, como em Niigata, ficou provado que o mercúrio foi lançado na baía e no rio, por uma fábrica de vinila e de acetaldeído respectivamente. A lição a retirar dos dois episódios é muito evidente, pois não se pode continuar a poluir impunemente rios e mares com toda sorte de tóxicos e venenos cuja concentração progressiva já põe em risco a vida humana.

É possível, a persistir o atual estado de coisas, que breve a humanidade venha a reviver a figura burlesca do chapeleiro louco, já esmaecida na memória de muitos, como símbolo da nossa inquietação perante a ameaçadora contaminação ambiental pelos metais pesados, que hoje não está restrita aos ambientes fabris, mas invade rios e mares dos países industrializados vitimando colônias de incautos pescadores.

ALASCA, A PRÓXIMA VÍTIMA

"...e houve uma ocasião em que meu colega e eu cavamos um grande buraco na tundra congelada e enterramos nele tudo que era lata vazia dos alimentos consumidos durante um ano no acampamento. Foi sem dúvida um gesto inútil, mas ainda sinto-me satisfeito pelo que fizemos."

Frank Fraser Darling

A devastação das florestas, a poluição dos rios, lagos e mares, a contaminação do ar atmosférico, a exploração intensiva e exaustiva dos recursos naturais, a aspiração do homem por tranqüilidade e paz e a sua busca de um reencontro com a natureza, tudo isto, junto com a divulgação e o debate público que estes fatos vêm merecendo, tem contribuído para que, mesmo lentamente, esteja se formando no seio da população uma verdadeira consciência ecológica. Estimulada pelo poder público, ou despertada pelas poucas mas autorizadas vozes de conservacionistas, biólogos e ecologistas, cujo conhecimento técnico e empenho todos proclamam, a população começa a se unir em associações de defesa do meio ambiente convicta de que o governo por si só seria incapaz de controlar as conseqüências negativas de um acelerado processo de crescimento. Discursando em fevereiro de 1970, o Presidente dos Estados Unidos, falando sobre os problemas do meio ambiente, conclamava todos a participarem na busca e no encaminhamento das soluções. O seu apelo foi ouvido, e, talvez, mais intensamente do que ele pudesse supor.

Conscientes de que o Alasca representa uma das últimas reservas naturais ainda incólumes contra a ação predatória do homem, fortes correntes da opinião pública norte-americana, e mesmo internacional, vinham-se opondo à construção de um oleoduto destinado a transportar o petróleo a ser extraído da plataforma submarina da baía de Prudhoe, cujas reservas aproveitáveis são calculadas em aproximadamente 9,6 bilhões de barris.

Transformado em questão política, o problema ecológico do Alasca não fugiria à conotação econômica, como já previa profeticamente o conservacionista Frank Darling em conferência pronunciada em 1969, quando dizia: "O petróleo no Oriente Médio é sujeito ao capricho de povos impulsivos e compulsivos que podem transformar a situação mundial no momento que escolherem. A diplomacia não se distancia muito da duplicidade quando estão em cena debates a respeito de petróleo. Os campos petrolíferos do Alasca talvez possam servir como elemento estabilizador e por isso precisam ser desenvolvidos. Podem realmente vir a ser um elemento para a paz mundial. Mas o que irá acontecer a uma imensa área biologicamente importante na solidão do ártico?" Pressionado pela restrição de exportação de petróleo árabe para os Estados Unidos após a última guerra do Oriente Médio, o Presidente Nixon sancionou, em novembro de 1973, a lei que autoriza a construção de um oleoduto de 1260 quilômetros de extensão cortando o Alasca de norte a sul pondo fim assim a anos de lutas de grupos conservacionistas preocupados com o destino de mais um dos raros redutos naturais ainda existentes sobre a terra.

O oleoduto deverá conduzir em 1980, da baía de Prudhoe até o porto de Valdez, 2 milhões de barris diários de óleo cru, ou seja 8,5% do consumo interno dos Estados Unidos, contribuindo para reduzir a dependência americana a importações de petróleo. O governo do Alasca está igualmente interessado na execução do projeto pois, como proprietário das reservas petrolíferas, receberá os *royalties* devidos pela sua exploração ao mesmo tempo que terá sua economia ativada pela criação de novos empregos e uma substancial injeção de capital.

Estabelecida a irreversibilidade da obra e conhecida a magnitude de seu significado econômico, resta apenas esperar que a técnica evite a repetição de erros passados e a visão

pragmática do empreendimento não venha a desprezar os elementos necessários à preservação da natureza e manutenção do equilíbrio biológico, assegurando tanto quanto possível a conservação do magnífico cenário natural que constitui para o homem motivo de deleite e satisfação. O que se deseja agora é que a obra seja feita, reduzindo ao mínimo a possibilidade de ocorrência de fatos, que, se concretizados, constituirão verdadeiras catástrofes ecológicas.

Teme-se, por exemplo, que o oleoduto, funcionando a uma temperatura de 70°C, provoque a fusão da camada congelada que existe abaixo da vegetação e com sua estabilidade assim ameaçada venha a fazer jorrar de uma só vez 90 mil barris de óleo! Oxalá a camada de dez centímetros de isolante térmico projetada para revesti-lo seja suficiente para evitar que o fato venha a ocorrer. Teme-se, igualmente, que o oleoduto venha a ser destruído em consequência de terremotos, comuns em regiões que atravessa, como também prevê-se que suas partes expostas poderão ser atingidas por balas de caçadores imprevidentes, os mesmos que hoje irresponsavelmente danificam os sinais de trânsito existentes nas estradas.

No momento em que se ultimam as providências para a construção do grande oleoduto, espera-se que seus construtores tenham em mente o exemplo de Santa Bárbara, cuja exploração de petróleo submarino havia sido desaconselhada por vários assessores mas que terminou por ser empreendida, dado o vulto das reservas a serem mobilizadas. O resultado foi um enorme vazamento de petróleo e o custo agora é fechar a camada perfurada para evitar a infiltração. É possível que o Governo americano, capacitado do engano técnico e político que cometeu, tenha retirado do episódio lições para o futuro. Também não é de se desprezar o ocorrido com um gigantesco petroleiro, o *Torrey Canyon*, que, naufragado nas costas da Inglaterra, poluiu com petróleo suas praias e costas de modo tão intenso que só a custo de muito trabalho e dinheiro foi possível limpá-las novamente. É contra coisas assim que devemos nos prevenir, certos de que o lucro fácil, a pilhagem dos recursos naturais e o aumento desenfreado da produção industrial podem trazer no seu âmago armadilhas tão perigosas quanto a extinção das matérias-primas ou a degradação da natureza em ritmo tão rápido quanto irreparável.

A REVOLUÇÃO VERDE: EFEITOS E CAUSAS

"Nada melhor que a agricultura, nada há mais produtivo, mais agradável nem mais digno do homem."

Cícero

Desde que Malthus formulou suas afirmativas pessimistas, temos ouvido falar que a população mundial está crescendo em escala superior à nossa capacidade de produzir alimentos, o que nos levaria um dia a defrontar-nos com o espectro da fome. Frequentemente tomamos conhecimento da opinião dos otimistas, cuja cega confiança nos avanços da técnica leva-os a dizer que o futuro provará que Malthus estava errado.

Na hipótese de que os otimistas estejam errados, ou que as coisas não se passem tão facilmente como poderia se supor, é aconselhável examinar algumas alternativas do problema e encaminhar, enquanto há tempo, soluções mais exeqüíveis. De fato, o crescimento do mundo vem se fazendo de modo tão acelerado, que somente o desenvolvimento de uma tecnologia altamente aperfeiçoada vem permitindo alimentar a todos, mesmo que de modo insatisfatório em muitas regiões. A maior parte dos povos em desenvolvimento consome apenas a metade da ingestão diária de proteína dos povos mais adiantados. A Organização para a Agricultura e Alimentação calcula que existam cerca de 30 milhões de crianças em todo o mundo com crescimento físico gravemente retardado devido à desnutrição. Apesar de tudo, continuamos crescendo e, se levamos mais de mil anos para sermos um bilhão de pessoas na terra, atingimos

o segundo bilhão em apenas trezentos anos, o terceiro em cinquenta e o quarto, a manter-se o ritmo atual, será completado dentro de trinta anos.

Por ocasião do censo mundial da população, entre os anos de 1960 e 1965, chegou-se à conclusão de que nos países em desenvolvimento a população havia crescido 11,5%, enquanto o abastecimento de alimentos aumentara somente 6,9%. A distância estava realmente se ampliando, uma tendência inexorável se continuassem em vigor as técnicas agrícolas ultrapassadas.

Em 1962, uma família rural média, de 5 a 6 pessoas, contava com 2,9 hectares para produzir alimentos para seu próprio consumo e para mais outras 2,5 pessoas. Em 1985, disporia somente de 2,0 hectares, e o número de pessoas dependentes seria de pouco mais de quatro. O crescimento da agricultura nos países em desenvolvimento tem sido feito às custas de incorporação de novas terras, mediante a derrubada de matas e florestas, ao processo produtivo agrícola. A fertilidade da terra é preservada pelo seu repouso (em alqueive), suficiente para a regeneração de seus nutrientes. Na medida em que as pressões demográficas o exigem, tem se reduzido o período de alqueive, provocando destarte o esgotamento da terra, porque o agricultor não adiciona novos nutrientes ao solo, resultando ao final a queda da produtividade. A terra abandonada, exaurida, açoitada pelo vento e a chuva, é arrastada pela água deixando atrás de si uma superfície nua, ou endurece, formando uma crosta dura como tijolo. Assim se formam os desertos.

Por volta de 1967, grandes inovações nas técnicas agrícolas permitiram o aumento da produtividade das espécies vegetais, era a Revolução Verde. Após vinte anos de pesquisa, conseguiu-se obter variedades de trigo e arroz capazes de absorver até 135 kg de nitrogênio por hectare. As espécies convencionais também poderiam fazê-lo, mas, as espigas, de tão pesadas, tombavam ao se aplicar mais de 45 kg por hectare. Esta maior tolerância ao fertilizante, combinada com um período de maturação mais curto, 120 dias, comparados aos 150 a 180 das espécies tradicionais, tornam os híbridos duas a três vezes mais produtivos, desde que recebam água, fertilizantes e pesticidas, em quantidades ideais. Enquanto o crescimento da pro-

dução de arroz na Ásia aumentou apenas 1,4% ao ano na década 1954/1964, as novas variedades poderão crescer à taxa de 2,7%, índice ligeiramente superior ao aumento populacional. Quanto ao trigo, o aumento da produção na Ásia poderá ser de até 4,3%.

Como a maior parte do crescimento da agricultura decorreu sempre da incorporação de novas superfícies de terra para cultivo, sobretudo no subcontinente hindu, onde praticamente não há mais terras disponíveis para cultivar, voltam-se os olhares do mundo para a África e América Latina, a quem caberá abastecer o mundo de grande parte de seus alimentos.

A progressiva diminuição, como vimos anteriormente, da relação hectare homem nos países em desenvolvimento, leva-nos a responder a este grau de pressão da única forma possível: uma revolução radical nos métodos agrícolas. Seria, como mostram Barbara Steward e René Dubos, a tentativa final para aumentar a produtividade, alimentar os agricultores, proporcionar alimentos para os trabalhadores urbanos, escorar a expansão industrial e proporcionar um ativo mercado interno para os manufaturados.

Seria então a Revolução Verde a fácil resposta dos otimistas ao pessimismo dos malthusianos? As coisas não são infelizmente tão fáceis como parecem. A simples produção de sementes selecionadas em países desenvolvidos não basta. Exportadas para as zonas tropicais, elas rendem mal, e não se ajustam ao ambiente onde deveriam se desenvolver. Sabendo-se que aos países em desenvolvimento situados em territórios tropicais caberá a tarefa de desenvolver e incrementar a agricultura mediante a utilização de técnicas modernas, é neles que deverão ser descobertas as novas espécies ajustáveis às peculiaridades ecológicas locais. Lutamos também contra o tempo, que não sabemos se será suficiente para evitarmos a maior crise de todas as épocas, a crise de alimentos. Um programa especial levado a efeito no México pela Fundação Rockefeller aumentou em 200% a produção de milho, mas, para tanto, gastou 25 anos em pesquisas e investigações... A despeito da técnica, recursos humanos, dinheiro e aparelhagem, há sempre um espaço de tempo mínimo para que os programas

comecem a surtir efeito. Um ovo leva 21 dias para eclodir, não importa quantas galinhas ponham-se a chocá-lo!

O impacto desta nova tecnologia nas áreas tropicais exporá o ambiente a transformações ecológicas profundas cujos efeitos não é possível antecipar, mas que é possível pressentir em meio às dificuldades que começam a surgir. A difusão desta nova forma de agricultura nos países em desenvolvimento reclama muita pesquisa, capaz de originar espécies vegetais adequadas ao solo, clima, pluviosidade etc., justamente em regiões onde o cuidado maior era dispensado às culturas de exportação (chá, café, cacau etc).

O sucesso da Revolução Verde repousa, portanto, no cultivo de espécies vegetais selecionadas capazes de alta produtividade, quando convenientemente supridas de fertilizantes, água e pesticidas. A água obtida em muitos lugares mediante a construção de colossais represas tem acarretado modificações ambientais nem sempre favoráveis. Às vezes tem favorecido a disseminação de doenças, como a esquistossomose, na represa de Assuan, a salinização de solos devida a uma irrigação imprópria, a modificação de fluxos fluviais para atender à produção de energia em detrimento da agricultura e a extinção de muitas espécies biológicas.

Quanto aos pesticidas, responsáveis por vários desastres ecológicos, atuais ou iminentes, deles voltaremos a nos ocupar, descrevendo as repercussões que seu uso imoderado vem produzindo nas várias espécies vegetais e animais que povoam a terra, incluindo-se aí o próprio homem.

UMA NUVEM DIFERENTE

"E comeram todos, e se saciaram. E levantaram, do que sobejou, doze cestos cheios daqueles fragmentos."

Mateus, 14-20

Já sabemos que o sucesso da Revolução Verde repousa entre outros fatores na ampla utilização de inseticidas como defensivos contra as pragas que costumam prejudicar as colheitas. O seu uso vem assumindo proporções tão elevadas que não seria exagero dizer-se que estamos mergulhando em uma formidável nuvem de pesticidas... Depois que aprendemos a usá-los abusivamente até começamos a coletar penosamente os efeitos deletérios que estão a produzir na natureza a temer os malefícios que o seu acúmulo continuado no organismo humano possa vir a causar ao homem. A Organização Mundial da Saúde calcula que as crianças absorvem duas vezes mais inseticidas do que seria admissível.

Divididos em dois grupos, organo-fosfatados e organo-clorados, estes modernos agentes da agricultura química se tornam cada dia mais populares. De todos eles o mais usado é o DDT, pertencente ao grupo dos hidrocarbonetos clorados cuja história desde sua síntese tem sido uma trajetória de sucessos e glórias: por ocasião da Segunda Guerra Mundial, livrou populações inteiras da peste, do tifo exantemático e de malária, exterminando os insetos vetores destas doenças. Ainda hoje 15% da produção mundial de DDT é consumida no combate à malária nas diversas regiões do mundo. Para a agricultura foi tido como a solução salvadora e ideal para o combate a toda gama

de insetos e pragas que atacam as lavouras acarretando queda da produção e prejuízos econômicos. Pois, se estes maravilhosos venenos tinham efeitos tão favoráveis, porque não utilizá-los em quantidades maiores? Desta euforia e insensatez resultou o nevoeiro de inseticidas em que de repente nos descobrimos envolvidos. Os resultados não se fizeram aguardar.

Logo se constatou a facilidade com que se disseminava no meio ambiente, sua volatilidade, a propriedade de evaporar-se juntamente com a água, sua resistência à degradação biológica e por último a afinidade pelos seres vivos nos quais se deposita cumulativamente ao longo da cadeia alimentar. Surpresos, verificamos que o DDT tornara-se ubíquo; passou a ser detectado nas áreas mais remotas carregado pelo ar, rios e mares. Já foi identificado na gordura das baleias da Groenlândia e dos pingüins do Antártico, nas focas do Ártico, nos órgãos dos ursos polares e no leite humano. Nos Estados Unidos, tem sido encontrado no tecido adiposo dos americanos em proporções de 12 partes por um milhão.

Acumulando-se progressivamente nos elos vegetais e animais que compõem a cadeia alimentar, o DDT está provocando o desaparecimento de numerosas espécies biológicas sobretudo peixes e pássaros. A concentração excessiva do DDT no fitoplâncton de lagos de Nova York e da Califórnia bem como no rio Mississipi ocasionou a morte de milhões de peixes que deles se alimentavam. A águia calva, o falcão peregrino e mais outros pássaros estão em via de extinção. Os ovos que produzem são, não apenas estéreis, mas frágeis, revestidos por uma casca delicada e rugosa que se quebra antes que esteja em tempo de eclodir.

Na iminência do desastre ecológico que o uso intensivo do DDT está em via de provocar, cabe um momento de reflexão para apreciar a obsessão da agricultura pelos métodos químicos tidos como a fórmula infalível para aumentar a produção agrícola. De há muito, pessoas responsáveis vêm preconizando em contraposição à agricultura química uma agricultura biológica ou biodinâmica (*organic gardening and farming*) que seria desenvolvida preservando-se a integridade do bioma, isto é, respeitando-se o equilíbrio biológico entre as espécies e as condições naturais do ambiente. Toda a oposição existente

entre as duas proposições pode, mesmo no plano teórico, ser resumida nesta singela observação de Frank Darling, um inglês conservacionista convicto: "Eu sempre acredito que os jardineiros são de duas categorias. Há aqueles para quem o jardim é um oásis e um refúgio, um lugar de prazer em suma, mas há os outros que são aqueles que correm o seu jardim com uma bomba inseticida na mão como se estivessem em uma fortaleza sitiada".

Toda a luta anterior de respeitadas cientistas não chegou a ter tanto efeito no despertar da opinião pública e na formação de uma nova consciência como o livro de Rachel Carson, jornalista e bióloga, intitulado *Primavera Silenciosa*, publicado em 1962. Escrito em linguagem acessível, continha denúncias tão fortes sobre os atentados perpetrados contra a natureza nos Estados Unidos que não tardaram a surgir as primeiras medidas oficiais visando a uma maior proteção ao meio ambiente. É desse livro que retiramos um episódio que retrata com fidelidade os efeitos negativos e até paradoxais advindos do emprego inadvertido de inseticidas. Os olmos, interessantes árvores decorativas, começaram a exibir sinais de uma doença provocada por um fungo o qual era transportado por um inseto tipo escaravelho. Para combater a praga as árvores foram pulverizadas com DDT tido como inócuo para os pássaros que costumavam povoá-las. Passado algum tempo, observou-se que estava aparecendo uma grande quantidade de pintarroxos mortos. Exames realizados demonstraram que eles estavam sendo vitimados pelo inseticida. Estimou-se que morreram cerca de 80% dos pintarroxos do meio oeste americano e os sobreviventes tornaram-se na sua maioria estéreis. Os pássaros foram vítimas do DDT acumulado nos insetos existentes nas árvores borrifadas e nas minhocas que viviam sob suas copas já que de ambos se serviam como alimento. Assim, a população de insetos, livres de seus predadores naturais, aumentou consideravelmente e o desfecho final foi bem diferente do pretendido inicialmente.

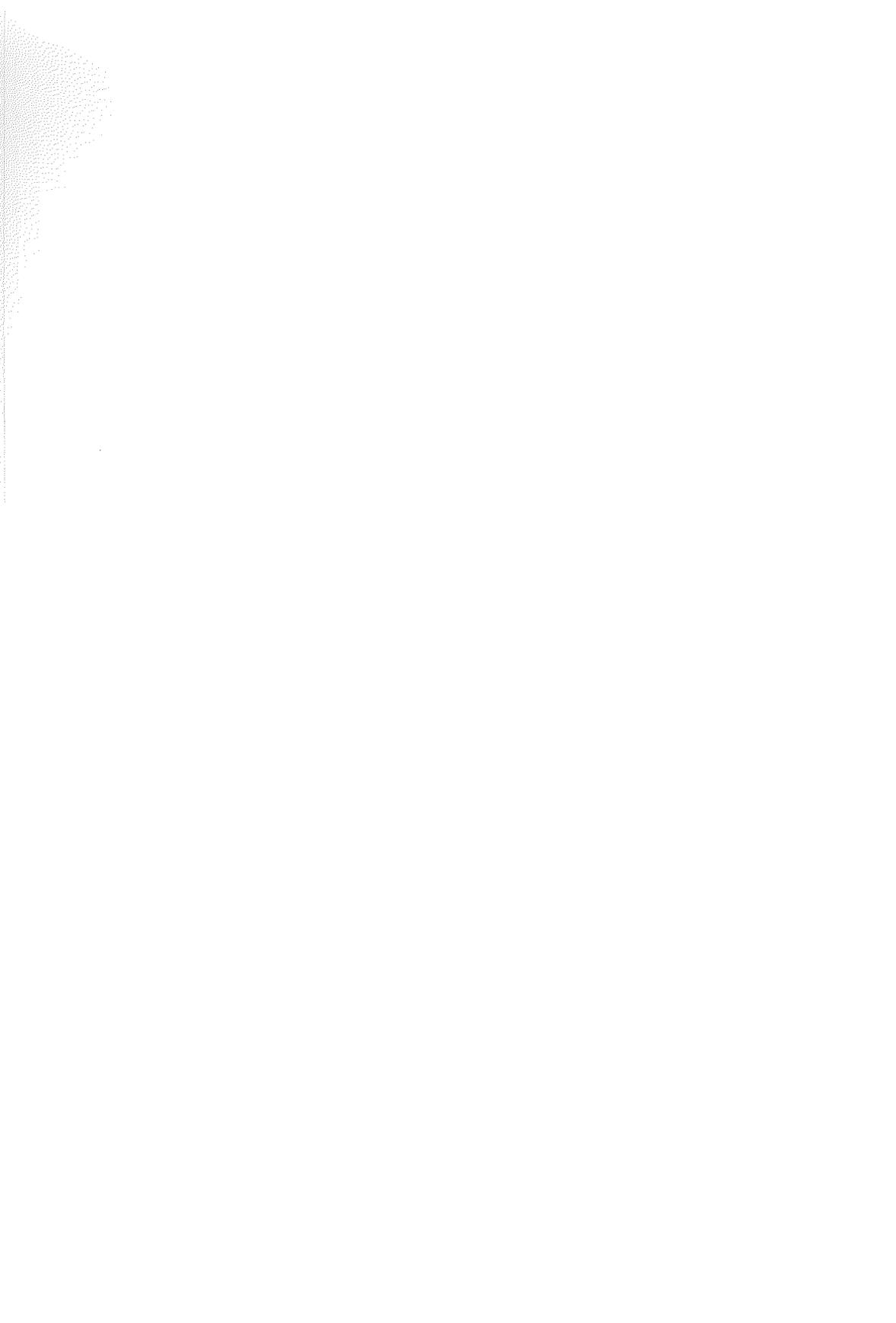
Outro exemplo do aparente paradoxo biológico desencadeado pelo uso de inseticidas ocorreu no Peru, no vale do Cañete, quando a pulverização das lavouras de algodão com DDT e outros hidrocarbonetos clorados liquidou as pragas e também seus predadores. Posteriormente, as pragas apresentaram resistência ao DDT e com seus velhos inimigos elimina-

dos puseram em risco toda a colheita. Felizmente, o uso de inseticidas selecionados, a introdução de novas espécies predadoras e a programação de novas semeaduras fora da época de infestação, numa mistura de métodos naturais e artificiais, foram suficientes para preservar a plantação.

Evidências começaram a se acumular sugerindo que o DDT é tão nocivo para o homem quanto o é para outras espécies biológicas. Fala-se da sua interferência na inativação de hormônios esteróides pelo fígado, relatam-se casos de impotência sexual produzida em camponeses pelo DDT, e estuda-se, entre outras de suas possíveis propriedades negativas, a sua ação cancerígena.

É verdade que muitos destes efeitos tóxicos presumivelmente imputados ao DDT não estão ainda corretamente identificados, todavia até que pesquisas mais aprofundadas demonstrem a sua inocuidade, países como a Suécia, a Inglaterra e alguns Estados americanos (Califórnia entre outros) resolveram suspender completamente ou reduzir a um mínimo a sua utilização corriqueira.

Oxalá as monoculturas de cereais que se espalham por extensas áreas de terras tropicais adaptadas às condições locais de solo, água, luz e clima, e das quais tanto dependemos para nossa alimentação, possam manter-se tão produtivas quanto resistentes. Mas, se um dia este frágil equilíbrio biológico de certo modo artificialmente obtido demonstrar sinais de rotura, lembremo-nos de que o melhor modo de recompô-lo será ao mesmo tempo tão complexo e integral como o próprio ciclo biológico e não tão simples e radical como o é a borrifação intensiva de uma cultura com o último inseticida descoberto.



CIÊNCIA E SOCIEDADE

“Os cientistas sozinhos podem estabelecer o objetivo de suas pesquisas, mas, a sociedade, financiando-as deve ter em conta suas próprias necessidades.”

John F. Kennedy

A Ciência tem muitas imagens, como muitos são os conceitos que as pessoas fazem sobre ela. Entre tantos, formulados em épocas tão distantes quanto as personalidades que os emitiram, recolhemos uma citação de Goethe, que falando sobre a Ciência dizia: “Para alguns ela é uma coisa superior, um Deus supremo; para outros ela é uma vaca eficiente e produtiva que os abastece de manteiga”. O que transparece da opinião de Goethe é o antigo dilema da Ciência que ainda hoje perdura, entre o seu significado intrínseco, puro, e a sua utilização como instrumento de desenvolvimento social, ou seja, sua aplicação prática.

Durante algum tempo acreditou-se que o culto à Ciência e o aprimoramento científico de um povo constituíam corolários do progresso, um epifenômeno do desenvolvimento material. Hoje sabe-se ser um truísmo o fato de que nenhuma nação poderá progredir se não dispuser de uma massa crítica de cientistas e de instituições de pesquisa capazes de criar, ou adaptar, uma tecnologia própria ajustada às necessidades nacionais. Sem isso pode haver independência política mas não haverá autonomia econômica. Estabelecida a premissa de que a Ciência e a Tecnologia são promotores do desenvolvimento; e

não produtos deste, os governos dos diversos países criaram organismos públicos destinados a estimular, orientar e planejar a atividade científica. Mesmo em países como os Estados Unidos a interferência do governo no financiamento e controle dos programas de pesquisa, pura ou aplicada, vem aumentando a cada ano, com redução da parcela anteriormente atribuída às organizações particulares. No momento em que o poder público, isto é, a sociedade, tornou-se o grande financiador da Ciência, os políticos, os administradores, e mesmo o cidadão comum, passaram a acompanhar de perto os trabalhos dos cientistas e a exercer sobre eles o direito de crítica, ao mesmo tempo que tendiam a valorizar o objetivo social da Ciência, a pesquisa como modo de resposta a uma necessidade comunitária. Era a volta ao espírito de Francis Bacon que afirmava no século XVII “o conhecimento, que só serve para dar satisfação é como uma cortesã que existe para dar prazer e não para fruto ou geração. O objetivo seguro e legítimo das ciências não é outro senão este: dotar a vida humana de novas descobertas e novo poder”. Este é um conceito puramente utilitarista da Ciência, voltada exclusivamente para um fim social, para formular respostas ao que seriam as necessidades do homem ou as suas ambições. O conhecimento seria, ainda na expressão de Bacon, sinônimo de poder. A mesma tendência de associar a Ciência ao fim social foi também durante muito tempo professada nos Estados Unidos, cuja primeira sociedade científica fundada por Benjamin Franklin em 1743, declarava-se destinada a promover o conhecimento útil. Só mais tarde, após a Guerra Civil, na década de 1870, os americanos vieram praticar a “ciência pela ciência” do mesmo modo que o “lucro pelo lucro” e a “arte pela arte”...

Em oposição ao conceito utilitarista da Ciência não tardaram a se manifestar os cientistas, definindo-a como uma aventura do espírito, uma manifestação da criatividade humana, sem outros compromissos a não ser com a verdade. Ela seria em última análise uma manifestação do descontentamento do homem, da sua sede de conhecer, estimulada pela curiosidade, servida pela imaginação, baseada na fé, na ordem e na beleza do universo, segundo Warren Weaver. Somente a liberdade criadora poderia, como nas artes, permitir ao cientista produzir o melhor, empregar o seu talento até o máximo de suas possibili-

dades. Os que assim se manifestam entendem, como Flexner, o mesmo que se tornou famoso ao revolucionar o ensino médico americano, quando pronunciando uma conferência sobre *A utilidade do conhecimento inútil* disse que o “culto da pesquisa pura favorece o *serendipity* (descoberta casual), o qual todavia só premia aos espíritos verdadeiramente preparados” A Ciência pode ser comparada às Artes, no que têm em comum de manifestação da atividade criadora humana, mas, enquanto as Artes não evoluem na base de experiências cumulativas a Ciência progride sempre através do encadeamento de fatos científicos acumulados ao longo dos anos no curso da História. Assim, no fundo, um conhecimento útil saudado estrepitosamente pela humanidade é apenas o vértice de uma pirâmide construída sobre achados anteriores, supostamente inúteis, obtidos em laboratórios anônimos por cientistas desconhecidos. Seriam eles menos dignos do respeito da sociedade, do que aquele a quem coube a glória de estabelecer, a partir dos dados anteriores, uma aplicação prática para o conhecimento e que veio a resultar em benefício de todos?

Outro risco contra o qual se previnem os cientistas é o de que, colocada sob a tutela do Estado, possa a Ciência vir a servir como instrumento de ação política ou venha a ser desvirtuada, ou destorcida, em nome de dogmas políticos cuja mistura com o pensamento científico possa resultar na perda de seu brilho natural, livre de conteúdo ideológico ou religioso pois, sendo universal é patrimônio do homem, sem distinção de raças ou credos. Para exemplificar basta recordar o episódio de Lysenko, cujo edifício de falsidades científicas no campo da Genética permaneceu por muito tempo incólume às críticas, às revisões analíticas, como se o poderio político do regime stalinista fosse bastante para modificar as verdades da Ciência.

O desenrolar dos fatos tem nos mostrado que, ao longo do tempo, a evolução da Ciência vem sofrendo inclinações ponderáveis, desviando-se do que poderia ser o rumo previsto, para desenvolver técnicas aplicáveis às necessidades sociais do momento. Quando Claude Bernard publicou, em 1857, a *Introdução da Medicina Experimental*, o que se previa era um notável desenvolvimento da Fisiologia, mas foi a Microbiologia que veio a florescer em numerosas instituições criadas nos diversos países europeus visando a aparelhar o homem para o combate

às pestes, altamente incidentes à época. Posteriormente, razões semelhantes levaram a Medicina a mudar sua ênfase, sucessivamente, para a Química, a Fisiologia e as Ciências do Comportamento.

Dependendo cada vez mais das verbas governamentais para a realização de suas pesquisas, os cientistas desenvolveram uma atitude chamada por René Dubos de "esquizofrênica", pois, ao mesmo tempo que proclamam as virtudes da prática da Ciência pura, na busca dos recursos e da aprovação de seus projetos, acenam sempre com a possibilidade de que de suas descobertas poderá resultar algo de útil para a sociedade.

O fato é que a Ciência, sendo custeada pelo público, não poderá escapar das coações e dos imperativos sociais; o cientista, abandonando a sua torre de marfim, terá que vir ao encontro desses desejos e deverá se preocupar, não só com o avanço, mas também com a difusão da Ciência, para que todos possam compreender a relevância de sua missão desfazendo as imagens às vezes invocadas de que eles constituem uma casta privilegiada, exótica, indiferente aos problemas humanos, para os quais devam ser destinados todos os recursos sem que em troca forneçam nenhuma explicação. Não ignoramos que estamos mergulhados profundamente na Era da Ciência e da Tecnologia, não deveremos regatear recursos necessários ao seu progresso, ao preparo de elementos humanos, e ao apetrechamento científico, mas, esperamos que com essa Era venha também o progresso social, a melhoria do ambiente e da qualidade da vida, a extinção da pobreza, da fome, da ignorância e a promoção da saúde.

POR UM NOVO HUMANISMO

“Não existirão mil pessoas no mundo... Que amem seus semelhantes até à morte, e sintam a gigantesca agonia do mundo?”

John Keats

Vivemos indiscutivelmente a Era da Tecnologia, e, sob seu signo, ocorrem mudanças sociais e materiais profundas, nas comunicações, nos transportes, na utilização da energia, no aumento da produtividade industrial e agrícola, originando-se assim a “sociedade da abundância” a qual trouxe no seu bojo problemas tão graves quanto o isolamento do homem, a violência, a insegurança e a superpopulação. Convencidos de que o progresso material atingido é fruto da Ciência e da Tecnologia, bem como as doenças do sistema social, é certo pensar que a intensificação da civilização tecnológica poderá agravar as contradições existentes entre o crescimento material e as aspirações humanas. Infelizmente, o aspecto mais desencorajador que as previsões futuristas nos apresentam é que elas só projetam fazer mais e melhor o que já possuímos (mais carros, mais aparelhos eletrônicos, mais gente, mais cidades etc.). Não parece ser por essa via que o homem haverá de conquistar sua felicidade, que nada tem em comum com a quantidade de bens que possua ou com o número de aparelhos de que possa se utilizar. Seria o caso então de repensar a Ciência e a Tecnologia, ou conferir-lhes outra feição, transformando-as então em instrumentos a serviço da conservação da terra e de seus recursos, da preservação das espécies e da melhoria da qualidade da vida. A Tecnologia colocou ao alcance do homem conforto

e bens materiais, mas é falaz supor que ela será a solução mágica para todos os problemas humanos como é igualmente enganoso crer na infinidade do seu poder.

Felizmente, por toda parte surgem os que compreendem a gravidade do momento, e, com suas vozes respeitadas, clamam por uma tomada de posição, antes que seja irremediavelmente tarde. Assistimos à ressurreição do humanismo nos mais diversos campos de atividade e nas várias profissões, a cujo fascínio não têm escapado cientistas como René Dubos e Julian Huxley, entre outros, propugnadores da revisão do comportamento do homem para com seus semelhantes e para com a natureza, de uma abordagem mais humana da Ciência e da Tecnologia e da apologia do crescimento material como um fim em si mesmo. Os que agem assim, impulsionados por essa vaga de humanismo que invade a terra, o fazem em nome do humanismo científico, cujo objetivo é usar a Ciência como meio de pregar a paz, a concórdia, o bem-estar da humanidade e a estabilidade ecológica dos sistemas naturais. O que está em causa não é o humanismo verbalístico dos clássicos, mas sim uma nova forma de humanismo, segundo Gould “um elemento unificador de nossa vida intelectual, mais poderoso do que aqueles que já ensaiamos”.

O interesse que o humanismo vem despertando entre líderes intelectuais de nosso mundo serve igualmente para demonstrar que não é justo admitir compartimentos isolados para conter de um lado os aspectos práticos, científicos e técnicos, e de outro os filosóficos, literários e culturais, necessários à formação de um cidadão. Não há mais lugar para a dicotomia artificialmente estabelecida entre o humanista e o cientista, pois ciência e humanidade guardam entre si pontos comuns, e só a visão de conjunto permite a alguém compreender em toda inteireza os dramas da humanidade e os novos caminhos que deverá buscar. O momento não requer tanto os grandes especialistas, cujos conhecimentos profundos e limitados Ortega Y Gasset ironizou chamando-os de “ignorantes ilustrados”, mas sim os grandes espíritos ecléticos, que alguém já chamou de “mentores morais da sociedade” e de cujos talentos esperamos emanem as doutrinas capazes de restaurarem o sentido da fé e a consciência grupal.

É agradável saber que o interesse pelos problemas do homem já atinge alguns empresários, tal como o italiano Aurélio Peccei que estimulou a formação do Clube de Roma, um grupo de especialistas internacionais que se reúne para estudar os dilemas atuais e futuros do homem. O primeiro projeto executado pelo Clube, *O dilema da humanidade*, foi realizado tomando por base cinco elementos que determinam, e por isto mesmo limitam, o crescimento em nosso planeta. São eles: população, produção agrícola, recursos naturais, produção industrial e poluição. Concluindo o estudo, cujo primeiro volume foi publicado sob o título *Os Limites do Crescimento*, chegaram os especialistas à conclusão de que a humanidade se achava em uma encruzilhada. A persistirem as atuais tendências de aumento da população, industrialização, poluição, produção de alimentos e diminuição de recursos naturais, os limites de crescimento na terra serão atingidos algum dia nos próximos cem anos.

É possível, no entanto, modificar o panorama se alterarmos as tendências de crescimento, formarmos uma sociedade estável, onde haja estabilidade econômica e ecológica. Seria a sociedade projetada por John Stuart Mill quando afirmava em 1857: "Creio que o estado estacionário seria no geral um aperfeiçoamento muito considerável em nossa atual condição. Confesso que não estou muito fascinado com o ideal de vida daqueles que pensam que o estado normal dos seres humanos é o de lutar para progredir na vida; que o pisoteamento, os empurrões, o esmagamento e as repressões de uma pessoa sobre a outra, que formam o tipo de vida social existente, sejam o destino mais desejável da humanidade... Não sei por que deveria ser um caso de alegria quando pessoas que já são mais ricas que qualquer um precisaria ser, dobram seus meios de conseguir coisas, que dão pouco ou nenhum prazer, exceto como representativas de riqueza". A única maneira de evitar a tragédia futura é mudar de caminho a tempo.

A maior angústia dos humanistas é não terem previsto, ou não terem tido força para evitar, as calamidades ecológicas que o mito do crescimento acelerado terminou por impor à toda humanidade. Aqui, sim, reside a grande dicotomia, entre os que pensam e os que fazem, entre os que refletem e os que acreditam cegamente na fór-

mula infalível do crescimento contínuo da indústria, do comércio, da população e das instituições. A única alternativa possível parece consistir em abandonar-se o sistema aberto atual que tem por base o crescimento material por um outro sistema semi-fechado estável e não estacionário, que enseje o reaproveitamento das matérias-primas ao mesmo tempo que assegure um equilíbrio global mediante a estabilidade econômica e ecológica, que permita a realização dos potenciais humanos individuais.

Estamos, portanto, no alvorecer de uma nova era, a do humanismo científico, marcada pelo engajamento dos cientistas nos problemas do homem, na tentativa de proporcionar-lhe a idade de ouro, que não deve ser procurada nas brumas nostálgicas do passado, mas que poderá ser antevista na aurora do futuro, se não faltar coragem, obstinação e desprendimento, pois, citando Vannevar Bush, “é dever viver de tal maneira que haja razão para viver, além dos meros mecanismos da vida. É um dever prosseguir, sob as tensões, na procura da compreensão”.

ENTRE A ORIGINALIDADE E A HUMILDADE

“Só pude ver mais longe porque subi aos ombros de um gigante.”

Isaac Newton

O ano de 1973 assinalou a transcorrência do centenário de nascimento do médico baiano Pirajá da Silva o qual descreveu, em 1909, pela primeira vez, o *Schistosoma mansoni*, verme que identificou como causador da esquistossomose mansônica uma doença ainda hoje largamente incidente no Brasil. Entre outros eventos programados para comemorar a data, constou a publicação do livro *Últimas Achegas*, escrito pelo Dr. Edgar Cerqueira Falcão, um dos estudiosos mais dedicados à história da Medicina brasileira. Nesse livro ele reproduz toda a correspondência que manteve com o parasitologista inglês R. Leiper, o qual contestava a afirmativa feita anteriormente reconhecendo Pirajá como o verdadeiro descobridor do *S. mansoni*. No que pese a algumas objeções levantadas pelo cientista inglês, deduz-se de toda a extensa correspondência, e do intrincado de datas e fatos, ter sido o médico brasileiro, de fato, o mais provável descobridor do agente da esquistossomose mansônica. A ausência de um consenso sobre o assunto talvez se explique pela falta de um maior prestígio internacional da Ciência brasileira e mesmo da menor projeção econômica e cultural do Brasil em relação aos países mais desenvolvidos, os quais, em função do desenvolvimento econômico e social, pretendem também a hegemonia científica. Igual raciocínio poderia ser feito em relação a Santos Dumont, ainda hoje obstinadamente contestado pela teimosia e a vaidade nacionalista dos americanos que querem

transformar os irmãos Wright em inventores de avião, em detrimento do nosso mineiro parisiense.

A disputa entre cientistas, quanto à primazia de descobertas e inventos, não constitui novidade, estando a História cheia de exemplos, remontando alguns aos tempos de Galileu, que chegou a publicar um livro *Defesa Contra as Calúnias e Imposições de Baldassar Capar* onde reafirmava o valor de suas experiências e contestava os que lhe haviam copiado o compasso militar e geográfico, instrumento por ele idealizado. Igualmente são conhecidas as polêmicas entre Cavendish e Watt quanto à descoberta da natureza da água, entre Lister e Lemaire quanto ao estabelecimento dos princípios da desinfecção, ou ainda entre Newton e Robert Hooke, sobre questões de ótica e mecânica celestial. Continuando, poderíamos enumerar muitas batalhas já travadas entre cientistas, algumas alimentadas apenas por seus discípulos, ou estimuladas pelos sentimentos nacionalistas de seus concidadãos, que buscam às vezes, como manifesto no caso da Rússia, obter efeito político de uma descoberta científica visando com isto uma maior projeção do regime e do país entre as demais nações.

Robert Merton, em artigo que publicou na revista *American Sociological Review* sob o título *Prioridades na descoberta científica: um capítulo da sociologia da ciência*, ensaia algumas explicações para a ocorrência de tantos incidentes entre cientistas com relação à verdadeira autoria de um invento, ou por outra, quanto à precedência de um sobre outro no tocante à uma descoberta científica.

Recusa-se o autor a encarar o fenômeno apenas como resultante do egoísmo humano, sentimento a que não estariam imunes os cientistas, ou mesmo ao espírito de contestação a que seriam particularmente susceptíveis, procurando descer às raízes sociológicas da Ciência na tentativa de explicá-lo de modo mais aceitável. Entende o articulista que a principal meta da Ciência é a originalidade, na base da qual reside toda a possibilidade de desenvolvimento do conhecimento humano e de progresso científico. Assim, a maior motivação para o trabalho científico seria a procura do original, do pioneiro, razão pela qual os cientistas tanto lutam, mesmo entre si, para assegurar a prioridade das descobertas, inventos e construções de aparelhos.

A descoberta do original, a inovação científica, representa para um cientista sua consagração definitiva e uma forma de gratificação altamente compensadora. Sabemos que muitas vezes estudos paralelos estão se desenvolvendo simultaneamente em vários laboratórios do mundo, transformando o trabalho científico em desesperada corrida ao encontro do objetivo final, o qual poderá ser atingido primeiro, por um ou por outro cientista, ocasionalmente, na dependência de situações fortuitas, que podem ter pouco a ver com o mérito do descobridor. A competição científica pode então se transformar em estéril disputa tendo por árbitros maiores o tempo e o relógio. Tendo-se em conta as dificuldades de comunicações existentes no passado, poderemos compreender melhor o porque de extenuantes discussões sobre a paternidade de uma idéia ou descoberta em disputa, e a dificuldade para se estabelecer de modo imparcial e seguro a primazia do feito científico.

Entre outros componentes da ética da Ciência encontramos além da originalidade, já referida, o desprendimento, a universalidade, o ceticismo organizado e a modéstia, entre outros. A originalidade leva o cientista à consagração, estimula-o à luta, lança-o à procura da recompensa honorífica, ou mesmo material, enquanto valores como a modéstia tendem a reduzir a importância dos conhecimentos adquiridos, e colocá-lo face a face com o imenso universo ignorado e o mundo de coisas a serem compreendidas. Desde Galileu, que proclamou sempre nada saber, a Newton, que afirmou, “o que eu sei não é muito, mas, o que desconheço é imenso”, os cientistas têm proclamado sua impotência diante do desconhecido, ou sua perplexidade frente a tudo que resta por ser explicado ou compreendido. Descobrimos então que o cientista vive uma situação ambivalente, dividido entre duas normas institucionais da Ciência, a originalidade e a humildade.

A primeira seria o móvel da Ciência, o mecanismo propulsor do aperfeiçoamento científico e a única via pela qual o cientista pode atingir a fama, a notoriedade e o galardão do reconhecimento consagrador. A modéstia e a humildade incitam à paciência, ao conformismo, à resignação e valorizam a insignificância do homem perante a imensidão do universo, e a insuficiência do seu conhecimento diante do muito que resta por ser entendido. Institucionalizada pela Ciência, a humildade

pode se transformar apenas em rótulo, sob o qual se disfarça a ambição do cientista, como a originalidade e a ânsia de encontrá-la têm levado outros a percorrerem os caminhos da fraude, do plágio e da mistificação, facilmente constatáveis em uma análise retrospectiva da história da Ciência.

Começando pela história de Pirajá da Silva terminamos enredados nas razões sociais das disputas científicas, a exemplo da que ocorreu com Pirajá, ou melhor com sua obra, pois ele mesmo nenhuma glória ou honraria reivindicou para si.

4

LITERATURA

TUBERCULOSE, FONTE DE INSPIRAÇÃO LITERÁRIA

“Uns tomam éter, outros cocaína. Eu já tomei tristeza, hoje alegria.”

Manuel Bandeira

Acabamos de ler, quase de um só fôlego, o livro de autoria de Tulo Hostilio Montenegro, intitulado *Tuberculose e Literatura; Notas de Pesquisa*, magnífico ensaio literário, no qual o autor dissecou, com profundidade e sensibilidade artística, a influência que a tuberculose exerceu na obra de vários poetas e prosadores nacionais e estrangeiros, sobretudo nos primeiros. Trata-se, como afirmou Peregrino Junior em comentário que escreveu sobre o livro, de um verdadeiro tratado de patologia literária. Com efeito, o próprio livro deve ter sido escrito sob a influência psicológica produzida no autor, por terem sido seus pais e provavelmente um irmão tuberculosos, como esclarece em dedicatória inscrita nas páginas iniciais do volume. É muito provável tenha este fato induzido o autor à realização do trabalho, que seguramente foi fruto de dedicação e extensa pesquisa, que terminou por exaurir o assunto, apesar da abrangência do tema ali tratado.

Na realidade, a família do autor vitimada pela tuberculose, não constitui fato excepcional, pois até que a Medicina dominasse adequadamente seu tratamento e prevenção, a enfermidade grassou entre nós, sem respeitar beleza, sexo, cor, idade ou classe social. Os de maiores recursos encaminhavam seus doentes para estações de tratamento na Suíça, tão bem descrita em livros como a *Montanha Mágica*, de Thomas Mann, ou

mesmo em regiões brasileiras, tidas como de clima favorável à cura da doença. Foi assim, à custa dos tísicos, que de certo modo floresceram cidades como Campos do Jordão (chamada por Ribeiro Couto de “grande feira nacional dos tísicos”), São José dos Campos (onde paravam tuberculosos pobres ou os gravemente enfermos, sem condições de prosseguirem viagem), Petrópolis, Teresópolis, Campanha e Belo Horizonte, para onde desesperados afluíam os tuberculosos, acalentando esperanças de cura, muitas vezes ali para sempre sepultados.

É sabido que a tuberculose, até há algum tempo doença incurável, influenciou de modo considerável a obra de muitos escritores, notadamente poetas do século XIX e início do século XX. Às vezes era o poeta doente a cantar em versos doridos a tísica e a febre hética, que irremediavelmente lhe consumiam a vida, uns, revoltados, clamando contra Deus e a natureza, enquanto outros aceitando o mal, resignados e sofredores, chegavam ao extremo de emprestar-lhe traços de lirismo e beleza. A hemoptise transforma-se em “espuma de color de rosas”, “flores de sangue”, “petalos desprendidos de la rosa de mi corazón”, na poética expressão de Campoamor e um outro vate desconhecido, ambos citados por Tulo Hostillio em *Tuberculose e Literatura*. Houve época em que era de bom-tom ser tuberculoso, a tísica era sinete de intelectualidade, identificava poetas e escritores, conferia-lhes traços de charme e elegância como assinalava a mãe de Ribeiro Couto, advertindo o poeta: “meu filho deixa de fazer versos; ouvi dizer que todo poeta morre tísico...”.

A moda típica do século XIX, chamado por alguns de “século de ouro da tísica”, foi tão intensa que até os sadios chegaram a desejá-la, como complemento indispensável ao poeta, segundo transpirava em carta Casemiro de Abreu, queixando-se a um amigo da monotonia da saúde, terminando ele por ser um dos poetas mais sofridos e marcados pela moléstia que contraíra de um amigo doente e também poeta, em noites indormidas passadas em bares e cabarés do Rio de Janeiro, vindo finalmente a falecer em 1860, com pouco mais de vinte anos de vida.

Foi também desse período o hábito de amar as tísicas, louvar a beleza mórbida, descobrir na magreza, na palidez da

pele e nas olheiras roxas do rosto, insuspeitados traços de beleza que a doença originara ou acentuara, transformando-as em musas inspiradoras dos poetas. Dentre muitos, destacamos Alphonsus de Guimarães, que cantou em belos versos os “olhos cor de opala” da prima Constança, pela qual se apaixonara e que veio a falecer tuberculosa, para desengano e desconsolo do poeta.

Alguns autores admitiram que a tuberculose provocasse no doente a exacerbação da inteligência e de suas funções mentais superiores, fator responsável pela grande produção literária dos tísicos. Registra-se até a opinião extremada de alguém que chegou a responsabilizar o declínio da doença nos Estados Unidos pela decadência da Literatura Americana! Carecem de sentido as afirmações que atribuíam à tuberculose o dom de aguçar a inteligência e os sentidos. Todavia, é certo pensar que o estigma gerado pela doença, a incapacidade dela resultante, a inexorabilidade de sua evolução, o peregrinar pelas estações de repouso, o tratamento e o confinamento nos sanatórios conduziam o homem à cisma, à meditação, à vida contemplativa, ao sedentarismo, à melancolia e à nostalgia, ingredientes de que se serviam os escritores e poetas na elaboração de suas obras. Já foi dito que a tuberculose atinge os pulmões e a alma ou, ainda, como quer Luís da Câmara Cascudo, que a cegueira e a tuberculose são males de mais sugestiva presença intelectual!

Poderíamos apontar exemplos de vocações literárias impelidas para a prosa e para a poesia por circunstâncias determinadas pela doença, que, ao lhes limitar as ações e restringir-lhes os movimentos, negando-lhes muito da dinâmica da vida, despertou-lhes a sensibilidade e o pendor latentes, levando-os a mudar seus destinos, transformando-os em romancistas e poetas. Entre os prosadores, é bem conhecido o exemplo de Oliveira Paiva, cuja doença levou-o aos sertões de Quixeramobim, onde os dias enfermos lhe permitiram as pesquisas no Cartório local, de onde recolheu material que serviu de base ao romance *Dona Guidinha do Poço*, conquistando-lhe um lugar entre os precursores do Naturalismo brasileiro. Manuel Bandeira, o grande poeta, cuja doença o surpreendeu em meio ao curso de arquitetura, interrompido para não mais retomar, é outro exemplo de carreira literária influenciada pela tuberculo-

se, cuja presença é sentida de modo variável em grande parte de seus versos.

Foi, assim, bastante significativa a influência exercida pela tuberculose sobre os literatos, prosadores e poetas, sentida nos seus livros, na criação de seus personagens, na sua sensibilidade, em seus amores, bem como no estilo literário empregado.

Procurar analisar *Tuberculose e Literatura*, neste canto de página, seria pretensão a que não nos atreveríamos, pois para tanto nos faltam talento e arte. Todavia, ousamos recomendar, com a irresponsabilidade dos que não guardam compromissos com a crítica literária, o livro do escritor capixaba, que será de grande valia para os estudiosos e interessados no assunto.

UM SOLO EM TOM GRAVE

“Uma autobiografia é apenas quase uma vida, já que pode conter menos erros de fato que a biografia.”

Graham Greene

Lançado há pouco mais de um mês, *Solo de Clarineta*, primeiro volume das memórias de Érico Veríssimo, há muito reclamadas pelos seus leitores, guindou-se rapidamente aos primeiros lugares nas listas nacionais de vendagem. O autor sempre procrastinara a publicação do livro, alegando haver perdido há tempos o interesse pelo personagem principal. Lendo-o é fácil compreender a hesitação do renomado escritor em escrevê-lo. Não creio ter sido este um livro que Érico Veríssimo tenha escrito feliz e entusiasmado; parece mais tê-lo feito como quem cumpre um fadário, como a libertar-se de algo que o incomodava. Como gênero literário, o memorialismo não é dos mais fáceis, pois o escritor tanto corre o risco de passar o livro todo a repassar monotonamente seus incidentes pessoais, sem atrativos para o leitor, como pode incorrer em omissões ou distorções, como se, reescrevendo a vida, pudesse modificá-la retroagindo no tempo. Talvez precavendo-se contra este último perigo é que Tristão de Ataíde tenha chamado as suas recordações de desarrumadas, e Malraux tenha intitulado suas lembranças de *Antimemórias* a revelar talvez o desejo inconsciente de reprimi-las no fundo da alma, mas ao mesmo tempo convicto da necessidade de agitá-las e revolvê-las. Aqui o romancista imaginoso deve ceder lugar ao narrador fiel, com coragem bastante para não escamotear episódios, revolver sentimentos e

paixões arquivadas nos escaninhos da alma, e isenção suficiente para recordar sem falsear, interpretar sem distorcer, porque rememorar não é romancear, é reviver sem atropelos e sem ressentimentos.

O livro do renomado escritor gaúcho, um dos raros homens neste país a viver do que escreve, representa a meu ver uma catarse, forma de libertação dos fantasmas da infância, que confessadamente costumam perturbá-lo, das recordações do casarão avoengo, das reminiscências familiares retidas para todo o sempre na memória do romancista que tudo anotava no subconsciente. Sente-se que o autor rasgou fundo na sua própria carne, reviu todos os compartimentos da alma e deu vazão à torrente de sensações reprimidas desde à meninice. Não recuou diante de nada, revelou-se por inteiro, dando a impressão às vezes de quem executa ato desagradável mas necessário. Escreve quase sempre em tom intimista como se o fizera para si, deixando transparecer notas de melancolia e sofrimento próprias de um temperamento como o seu, introspectivo e reservado, moldado em um ambiente doméstico marcado pelo desajuste entre os pais. Traçando o perfil do pai, mesmo pressentindo-se no filho sinais de ternura e afeição, o escritor é de certo modo impiedoso e não recua diante de episódios pouco edificantes, como a tentativa frustra de sedução da costureirinha Cordélia. Sebastião é descrito como um caráter ao mesmo tempo nobre e vulgar, capaz de grandes gestos, sensual, arrebatado, generoso, mas ao mesmo tempo desligado das responsabilidades familiares e comerciais. É possível que o autor consagrado ainda carregue consigo o peso plúmbeo da responsabilidade cruel que a mãe atirara aos ombros do menino de Cruz Alta subitamente convertido em árbitro decisivo da querela doméstica, a cuja realidade não pôde se furtar, chamado a escolher entre as razões de uma mãe sofredora e a simpatia que votava a um pai epicurista.

Foi sob as influências destas recordações e os cacoetes psicológicos que se produziram na sua personalidade, das imagens da dissolução familiar, dos insucessos financeiros, da frustração causada pela interrupção dos estudos regulares, da figura resignada e taciturna da mãe a pedalar uma máquina de costura, que o menino esquivo e sensível tornou-se um escritor famoso, após rápidas passagens pelo balcão da farmácia, por

um escritório de um armazém de gêneros e pela carteira de uma agência bancária.

Carregando consigo este acervo de ocorrências e reminiscências da infância e juventude, o homem feito construiu sua obra, marcada pela obsessão com o passado, às vezes pretensamente culposo, representado pelo velho manequim, testemunha silenciosa do ofício de D. Bega, ou pela tesoura que ela manejava até a exaustão para manter a família, e que mais tarde reapareceria empunhada pela mão da velha Bibiana nas páginas de *O Tempo e o Vento*. Aliás o autor assinala que a raiz das suas inspirações reside sobretudo nas recordações infantis, que seu temperamento retraído registrou no computador do inconsciente em suas longas cismas e devaneios sob a sombra amiga da ameixeira do Japão. Na verdade Érico Veríssimo usou como ingredientes para escrever seus livros o material fornecido pelo meio, físico e humano em que viveu, cujos valores, dramas e epopéias soube captar com a perspicácia e o talento que só possuem os espíritos verdadeiramente criadores. Foi seu pai que inspirou a criação do Dr. Rodrigo Cambará, um tipo inconstante e arrebatado como ele o fora; em Toríbio recriou a imagem de seu tio Nestor, valente, bravo e telúrico, e, na figura de Aderbal Quadros, reviveu a figura serena do sogro, um estancieiro que a boa fé levava à falência.

No dizer do próprio Érico, a idéia de escrever um livro é coisa que se insinua lentamente no seu espírito, mas que pode explodir de repente, acelerado por um determinado fato, mesmo inexpressivo. Foi a queda de um corpo suicida no asfalto de Porto Alegre que o estimulou a escrever *O Resto é Silêncio*, como foi a visita que fez a um hospital que o despertou para o tema de *Olhai os Lírios do Campo* ou o declínio dos Veríssimos e a ascensão dos italianos que o levou a conceber *Música ao Longe*. Quanto ao *Tempo e o Vento*, o autor que confessa nunca ter montado em lombo de cavalos, usado ponchos, pelejado nas revoluções gaúchas e derrubado gado nos campos, atribui parte de seu interesse pelo tema à figura de seu tio Tancredo Lopes, um estancieiro de fato e cujo comportamento mais se aproxima daquele tipo de gaúcho que aprendemos a conceber como autêntico. O resto foi feito a partir de extenuantes e prolongadas leituras de antigos jornais que lhe

permitiram reconstituir, romanceada, boa parte da história do Rio Grande.

Tenho para mim que *Solo de Clarineta* foi um livro feito pelo autor visando principalmente a um ajuste de contas consigo mesmo, todo ele solado em notas tristes, plangentes, doridas, onde não há lugar para acordes alegres, salvo disfarçados em fina ironia, para arrebatamentos e paixões pessoais, tudo isso contido nos limites da introspecção e reserva de seu caráter. É livro para ser lido, e pensado.

5

AVULSOS

IMAGINAÇÃO, O MAIOR CAPITAL

"Este rei é um grande mágico, coloca na cabeça de seus súditos que um pedaço de papel é dinheiro, e num passe eles estão convictos."

Montesquieu

O poder de imaginação e a capacidade criadora constituem hoje um capital intangível de que nação alguma poderá prescindir para a promoção de seu desenvolvimento. Será talvez o seu vetor mais importante.

Há exemplos de países que se desenvolveram em condições adversas, com recursos escassos e uma geografia ingrata, mas a tudo se sobrepuja o gênio criador de seus povos. A Holanda incorporou terras ao seu diminuto território, conquistando-as ao mar; a Suíça, sem matérias-primas, fez-se poderoso centro comercial e financeiro; o Japão feudal, superpovoado e com um território fragmentado, fez-se moderna e progressista potência industrial. A todos os obstáculos venceu-os o espírito inventivo e imaginoso dos habitantes desses países.

O progresso do mundo não se fez às custas do trabalho rotineiro, ainda que eficiente, de cada um de nós, mas, sim, pela interferência genial dos indivíduos bem dotados, dos empreendedores, dos inventores, dos estadistas, dos sábios, cuja intervenção ao longo do tempo tem modificado drasticamente o destino da humanidade. São esses "agentes do crescimento", como os chama Leibenstein, que impulsionam o progresso científico, modificando as condições de vida da popula-

ção, graças às suas explosões criadoras que revertem em benefício da sociedade.

Parece essencial que tenhamos sempre o espírito aberto às inovações, que lutemos contra a rotina esterilizante, que estejamos sempre receptivos a uma boa idéia. Às vezes ela vem de repente, como ocorreu a Newton, sob a forma de uma maçã sazoadada, que lhe caíndo aos pés, levou-o a formular as leis da gravidade, que revolucionaram todas as teorias da mecânica celeste.

Do ponto de vista tecnológico, a inovação e a criatividade constituem as chaves de sua evolução e aperfeiçoamento e muito tem valido, inclusive em momentos de pressão política ou bélica, quando novas e eficientes conquistas foram colocadas à disposição da humanidade. Foi o bloqueio continental que levou os químicos de Napoleão a extraírem o açúcar da beterraba; foi a Segunda Guerra Mundial que, entre outros avanços, forçou a descoberta da borracha sintética.

No terreno social, segundo Galbraith, há entre os pobres um forte sentimento conservador, fruto da ignorância, do analfabetismo, da doença e às vezes de frustrações anteriores, levando-os a reforçarem suas atitudes e comportamentos, tornando a pobreza autoperpetuante. Nesse caso, a impermeabilidade de larga faixa da população aos processos inovadores retarda a marcha do desenvolvimento e demanda a mobilização de um forte apoio educativo, com base sociológica, capaz de engajar a todos no mecanismo de mudança social.

A compreensão do processo criativo, como um dos elementos básicos do desenvolvimento, leva fatalmente a que se oriente o ensino no sentido de administrar ao aluno os meios fundamentais que lhe permitam desenvolver sua criatividade e imaginação, em lugar de transformá-lo apenas em caixa de ressonância de conhecimentos sedimentados, fatos históricos ou acidentes geográficos, sem nenhuma orientação de natureza interpretativa.

Nesse sentido, vale a pena rememorar o que se passou nos Estados Unidos em fins do século XVIII e início do século XIX, quando o mundo foi sacudido por um sem número de descobertas, cuja utilidade ainda hoje apreciamos, inventadas por

indivíduos brilhantes, entre eles Edison, Graham Bell e Fulton, que, fugindo a um processo científico ortodoxo, chegaram ao sucesso pelo emprego do método empírico-indutivo, tendo como instrumento maior a imaginação. Ao mesmo tempo, do outro lado do oceano, a Europa, debatendo-se entre formulações teorizantes, genéricas, jugulada por um sistema educacional rígido, presenciava entre cética e perplexa os êxitos dos jovens inventores americanos. O episódio demonstra um exemplo do triunfo da imaginação sobre a tradição e consolidou a orientação praticista do ensino americano, sem dúvida um dos fatores do progresso alcançado pela grande nação.

A um país pode faltar tudo, menos criatividade em seu povo, do contrário ele estará destinado a se consumir asfixiado na rotina e na indolência do conformismo. Como disse Jean Sarrazin, "o que importa a um povo não é ter recursos naturais, é ter imaginação. O que é trágico não é faltarem os recursos, mas faltar o principal dos recursos, a imaginação".

Na imaginação de um povo reside a verdadeira independência de sua nação, ela constitui um bem do espírito que não se aliena e que ninguém subjuga. Não cabe comprá-la ou mercantilizá-la, ela deve ser mais que um dote individual um bem que pertença a toda a pátria. É isto, pois, imaginação e criatividade, que devemos exigir de nossos cientistas, de nossos educadores, de nossos técnicos, de nossos líderes e governantes, como única forma válida para ultrapassarmos a nossa realidade e construirmos assim o "futuro esperado" de que nos fala René Dubos, e não o "futuro lógico" que o mundo presente nas estatísticas agourentas dos futurólogos.

OS DOIS TEMPOS DO HOMEM

“Fazendo o jogo da máquina de acordo com a regra dela, o homem está quase condenado a tornar-se um robô, ainda que seja um robô alegre, que passe cada vez menos tempo lamentando a liberdade perdida.”

Wilkinson

O desenvolvimento tecnológico, o avanço científico, a crescente automatização do trabalho e a legislação social que ampara o trabalhador de hoje estão progressivamente reduzindo as horas gastas no trabalho, em favor de uma liberação cada vez maior do tempo dedicado ao lazer. Enquanto no início da Revolução Industrial o homem trabalhava nas fábricas em condições desumanas, sem direito ao repouso necessário, mesmo para sua recuperação fisiológica, o operário da sociedade moderna, mercê do aperfeiçoamento da tecnologia industrial, das medidas de proteção aos seus direitos, goza hoje de melhores condições de trabalho e de um tempo liberado sensivelmente maior. Calcula-se que em algumas sociedades industriais, como a Holanda do ano 2000, o homem não dedicará ao trabalho mais que 42% do seu tempo útil. Reduz-se o tempo-trabalho e aumenta o tempo liberado, diminui o tempo-negócio e cresce o tempo-ócio, o que deve significar a possibilidade de lazer e não de indolência.

O tempo crescentemente liberado é sem dúvida uma das maravilhas da civilização tecnicista, cabendo ao homem utilizá-lo positivamente como forma de afirmar-se individualmente, valorizando suas tendências pessoais, cedendo às inclinações

do seu espírito, cultivando a arte em qualquer de suas modalidades, ou simplesmente gastando o tempo em formas sadias de entretenimento. Do homem em estado de ócio, contemplativo ou ativamente criador, ao contrário do preso ou adstrito ao negócio, disse Aristóteles ser o verdadeiro homem livre.

A necessidade de organizar o trabalho nos grandes centros urbanos industriais e a constante busca pelo aumento de produtividade para atender aos reclamos da sociedade de consumo impuseram ao homem da cidade a ditadura do calendário e do relógio, criados para servirem aos princípios calvinistas do *time is money* e da pontualidade britânica, subordinando-o a um novo conceito de tempo, o tempo cronométrico. Sendo o tempo cronométrico uma criação artificial, não tem raízes culturais, ignora a ecologia do trabalho, desconhece princípios de fisiologia humana, ou a eventual indisposição do indivíduo para trabalhar, subjugando-o aos ponteiros do relógio em detrimento do seu equilíbrio psicológico e comprometendo, às vezes definitivamente, o seu bem-estar e a sua felicidade. Em contraposição ao tempo cronométrico, asfixiante e neurotizante, temos o tempo telúrico, próprio dos campos e das sociedades menos desenvolvidas, cuja característica sociológica liga-se à formação antropológica do camponês, vincula-se à natureza, ao ciclo das culturas e das estações do ano, tornando o homem mais livre e verdadeiro senhor das suas ações.

As conquistas sociais obtidas pelos operários a partir de 1919, jornada de oito horas e semanas de cinco dias de trabalho, sancionaram a conquista do tempo liberado criando na sociedade uma figura nova, a do homem de após trabalho. Sabendo-se que a tendência é para o crescimento do tempo liberado, impõe-se como dever das sociedades modernas a organização do lazer para que o tempo liberado converta-se realmente em tempo livre, consagrado ao desenvolvimento ou criação de qualidades individuais que permitam ao homem sua realização como pessoa.

Previam moralistas, filósofos e teóricos das sociedades industriais que o homem liberto do trabalho cultivaria as várias formas de expressão artística numa peregrinação às culminâncias da arte. Todavia, os fatos demonstram que vem ocorrendo uma corrupção do tempo liberado descaracterizan-

do-o das finalidades para as quais foi concebido. Surpreendentemente, no afã de elevar sua renda para satisfazer suas aspirações consumidoras, o homem sacrifica seu tempo liberado em trabalhos extraordinários ou exercendo outro emprego conforme já foi constatado na Inglaterra e outros países da Europa. Por outro lado, lazer significa liberdade, poder de escolha, capacidade de opção, vedadas ao homem moderno pela força dos meios de comunicação de massa que padronizam formas de comportamento social e impõem modelos estereotipados de diversão e entretenimento. Em lugar de desfrutar dos bons “lazer ativos” que valorizam a atividade individual e favorecem o alcance do equilíbrio psicológico e da felicidade, o homem, compelido pela publicidade farta, lança-se aos maus “lazer passivos”, frutos da era tecnicista, consumindo-os com voracidade, com desconforto e sem prazer.

Entre as formas de lazer mais difundidas na sociedade atual e mais aceitas pelas populações urbanas estão as excursões de fim de semana, como tentativas do homem de escapar à escravização das cidades. É nesses fins de semana que encontramos as estradas apinhadas de automóveis, a periferia das cidades povoada pelo álaque alarido dos visitantes e os bosques poluídos pelas quinquilharias e as inutilidades citadinas. O conjunto todo, assim descrito, forma, na expressão de Allix, os “arrabaldes de domingo” que J. K. Galbraith figurou tão bem na descrição de um convescote de uma família americana de classe média: “a família que pega seu automóvel lilás e cereja dotado de ar condicionado, de direção e freios automáticos, para um passeio, passa por cidades mal pavimentadas, tornadas medonhas pelo lixo acumulado, edifícios em ruína, cartazes, e postes para fios que há muito tempo deviam ser subterrâneos. Atravessam um campo que se tornou grandemente invisível por causa da arte comercial. . . Fazem piquenique com alimentos primorosamente embrulhados, tirados de uma geladeira portátil, à margem de um riacho poluído, e vão passar a noite num parque que é uma ameaça à saúde e moral públicas. Antes de adormecerem no seu colchão ventilado, embaixo de uma barraca de *nylon*, no meio do fedor dos restos estragados de comida, podem refletir vagamente sobre a curiosa desigualdade de seus benefícios”.

O apetite maior do homem é por belezas naturais, e o móvel do turismo e das excursões, importante forma de lazer, é a busca do equilíbrio estético e da harmonia da natureza, já irremediavelmente perdidas em várias partes da terra. Cumpre à sociedade preservar a beleza natural do ambiente, e fomentar lazeres dignos da condição humana, como meios de construir para a felicidade do homem, permitindo-lhe matar o tempo em vez de matar-se, vítima do tédio, como já vem ocorrendo em algumas monótonas e organizadas sociedades industriais contemporâneas.

NOSTALGIA — A VIAGEM DE VOLTA

“Uma das grandes contradições é a gente querer viver na cidade grande e levar no inconsciente a intenção de recriar a nossa aldeia nata!”

Paulo Mendes Campos

A moda, ou melhor, os modismos constituem uma das características mais típicas da nossa sociedade de consumo. Sob a batuta dos costureiros, as saias descem ou sobem, as calças masculinas tornam-se mais justas ou mais largas; de acordo com os cabeleireiros mudam-se os penteados; a imprensa fabrica uma linguagem da moda; a literatura se renova; e há às vezes até uma ideologia da moda. São modismos, que passam como chegam, de repente. Frutos da civilização tecnológica, são criados para forçar o homem a consumir e a comprar sempre mais, alimentando assim ingênua e desprevenida a máquina econômica, cuja voracidade é azeitada pela publicidade farta e orientada. De todas as modas surgidas ultimamente, uma tem merecido atenção dos críticos, a onda de nostalgia, que vem invadindo o mundo há alguns anos, veiculada sobretudo pelo cinema a partir de filmes como *Bonnie and Clyde* e *Borsalino*, e agora já infiltrada na literatura, no vestuário e na decoração.

Perplexos assistimos aos festivais Greta Garbo e filmes como *Casablanca* e *E o vento levou* arrastarem multidões às salas exibidoras onde jovens emocionados contemplam ídolos que não conheceram viverem uma época que não alcançaram. Não faltam os que, fazendo cinema hoje, evoquem sen-

timentos nostálgicos, como Peter Bogdanovich, que ao realizar o filme *A última sessão de cinema* simboliza no fechamento do único cinema de uma remota e decadente cidade americana mais um dos lances da luta travada contra a penetrante e absorvedora televisão. Recentemente a apresentação do filme *O grande Gatsby*, adaptado a partir da obra de Scott Fitzgerald, um escritor da década dos trinta, resultou em grande sucesso junto ao público americano bem como influenciou significativamente a moda masculina e feminina, a produção de cosméticos, a decoração de ambientes e até a fabricação de cozinhas padronizadas.

Na literatura temos visto aqui no Brasil, de poucos anos para cá, o aparecimento de muitos livros de memória, um gênero tido como difícil, e normalmente destinado a um público reduzido, tendo alguns deles alcançado êxitos surpreendentes nas listas de vendagem. Entre outros poderíamos citar *O Baú de Ossos* e *O Balão Cativo* de Pedro Nava, *O Solo de Clarineta* de Érico Veríssimo, e os volumes de Carolina Nabuco e Juarez Távora para não nos alongarmos desnecessariamente. Igualmente saudosista é o tom do argentino que escreveu *A Traição de Rita Hayworth* cuja trama se desenrola em uma cidade modorrenta e longínqua onde o tempo parece ter parado, sem impedir que os sonhos acalentados na visão onírica das telas hollywoodianas se esboroassem ao encontro com a dura realidade circundante.

Os ditadores da moda passaram a se inspirar nas indumentárias do passado, os penteados retrocederam no tempo, os móveis readquiriram as formas antigas e as lojas especializadas na venda de antiguidades ganharam mais dinamismo e novos fregueses. O que se tem indagado é a explicação por essa paixão pelas coisas antigas, as razões desse frenesi coletivo em busca do passado.

Seria a nostalgia apenas uma moda a mais, destinada a passar como as que lhe antecederam, ou haveria na raiz do fenômeno algo de mais sólido e duradouro ligado a própria essência da pessoa humana? O que se admite é que na base do fenômeno esteja a tendência escapista do homem, a sua sede por segurança e tranqüilidade que não lhe são oferecidas pelos desencontros do presente nem pelo pesa-

delo das incertezas futuras. Oprimido entre as tensões do presente e o temor do desconhecido que lhe aguarda, o homem iança seus olhos para o passado através dos filtros róseos do tempo que destacam as experiências felizes e apagam os maus momentos, com uma ilusão e uma eficiência que só a distância pode dar. No turbilhão do tempo só acontecimentos favoráveis flutuam, para aflorar com facilidade, sob a forma de lembranças dos bons tempos que a poeira da vida não conseguiu apagar. Afugentado pela tirania da vida moderna o homem se refugia no passado, enclausurado em suas recordações, que lhe acenam com momentos de descompromissos e despreocupação que talvez nunca tenha realmente experimentado mas que paradoxalmente relembra. Abrindo o baú de coisas velhas, revive o passado, reabilita costumes e objetos, passa a viver em um clima diferente, emoldurado por uma paisagem nova que o afasta da realidade e lhe defende contra as frustrações do presente.

Do baú velho vai tirando, qual um mágico, a boca carmim e os seios fartos de Marilyn Monroe, as formas exuberantes de Gina Lollobrigida, piteiras, o jazz, a decoração *art nouveau*, as melindrosas, os púcaros de porcelana, as cabeleiras emplastradas de gomalina e os objetos velhos e inúteis, que, servindo de adorno, são, sobretudo, testemunhas mudas de um tempo passado que tenta recuperar emocionalmente. É notável que só sejam reavivados os símbolos de uma época dourada, os mitos da ingenuidade, bem-estar, felicidade e despreocupação com o futuro, que só seriam desmentidos pelos terremotos sociais da década de 60. Por esta forma assegura-se o cultivo apenas da saudade, do saudosismo piegas que serve de artifício mercadológico para favorecer a atividade comercial em sua insaciável tarefa de vender. Mesmo assim, de permeio com esses símbolos inúteis, ressurgem também fantasmas, ao mesmo tempo caricatos e perigosos. Lêem-se com sofreguidão as incontáveis obras sobre Hitler, revive-se o racismo e articulam-se novamente em vários países organizações fascistas. É preciso pois estar atento, que no meio das coisas sem importâncias estão vindo, com maquilagens diferentes, idéias tão antigas quanto temíveis, a superioridade racial e o nazismo.

A nostalgia pode ser mais que um modismo uma necessidade didática. Voltando sobre seus próprios passos, contem-

plando o caminho percorrido, buscando ressuscitar não apenas símbolos insípidos de um comportamento estereotipado, mas, remexendo em tudo que se relacione com sua estratificação cultural, o homem poderá, usando a nostalgia, a exemplo da história, encontrar a chave para construir seu futuro.

COPÉRNICO: A ÉPOCA, O HOMEM, A OBRA — I

“Nada parece mais distante de nossa ciência que a visão do mundo de Nicolau Copérnico. Sem ele entretanto nossa ciência não existiria.”

Alexandre Koyré

O mundo inteiro reverencia a memória de Nicolau Copérnico, o monge polonês que lançou as bases da Astronomia Moderna, comemorando este ano o quinto centenário de seu nascimento.

Nascido em Torun, na Polônia, em 1473, logo ficou na orfandade, sendo juntamente com seu irmão André, criado pelo tio, Bispo de Ermland, Lucas Watzelrode, o qual desfrutava de grande prestígio na Igreja e na Política e que haveria de exercer considerável influência na formação de Copérnico. Cuidou o tio de prepará-lo convenientemente para que ele mais tarde viesse a galgar posição de destaque na hierarquia eclesiástica, tornando-se seu sucessor.

Inicialmente, é Copérnico enviado para Cracóvia, onde permanece cerca de quatro anos freqüentando sua Universidade, uma das mais famosas da Europa aquela época, tendo aí travado os primeiros contactos com a Astronomia e a Matemática. Chamado pelo tio Lucas, volta a Torun para disputar o lugar de Cônego da catedral de Frauenburg, no que não obtém sucesso, apesar do patrocínio episcopal. Decide então o tio enviá-lo a Bolonha, na Itália, para cursar Direito Canônico, e assim melhor habilitar-se com vistas ao canonicato que ainda

tencionava oferecer-lhe. Com efeito, em 1498, Copérnico, ainda na Itália, é informado de sua designação para o cargo de Cônego de Frauenburg o qual viria a assumir três anos mais tarde. Após viagem de um ano a Roma, Copérnico retorna à Polônia em 1501, sendo investido no cargo para o qual fora designado, mas logo solicita permissão ao Capítulo para retomar seus estudos na Itália, tendo-lhe sido concedida a autorização com a recomendação de que estudasse também Medicina.

O motivo da solicitação capitular deve-se ao fato de que era costume da época um clérigo ter noções de ciências médicas, as quais seriam de muita utilidade em Frauenburg onde não havia doutores em Medicina. Por outro lado, não sendo as ciências ainda tão especializadas, havia pontos comuns entre assuntos aparentemente díspares, como Astronomia, Medicina e Religião. Em Pádua, Copérnico conclui seus estudos de Direito, embora venha a se doutorar em Ferrara, voltando a Pádua para terminar os estudos médicos, o que ocorre em 1505. O estudo de Medicina na época constava da doutrina de Hipócrates, Avicena e Galeno, bem como observações práticas, sob a supervisão de um médico de renome, das febres e de determinadas doenças. Não se sabe o grau exato da láurea que Copérnico obteve em Medicina mas o fato é que, de retorno à Polônia em 1506, assume o lugar de médico do Capítulo de Ermland o que só seria possível a alguém legalmente habilitado dadas as severas restrições ali impostas à prática da arte de curar. Chamado pelo tio Lucas Watzelrode, Copérnico permanece em Heilsberg assistindo o tio na qualidade de médico e secretário particular e ajudando-o na condução dos assuntos eclesiásticos e políticos da diocese, até que o Bispo falecesse, subitamente em 1512. Morto o tio, muda-se para Frauenburg tomando posse efetiva no cargo de Cônego da catedral, onde virá a realizar sua obra imortal e morará até morrer em 1543.

Como médico, consta ter Copérnico tratado dos Bispos Feber e Dantisco, da malária de seu amigo Tiedemann Giese, de um conselheiro de Alberto da Prússia, da lepra de seu irmão André, mais tarde deportado para a Itália, e participado da luta contra a peste, que em certa ocasião grassava nas terras sob sua jurisdição. Exerceu a Medicina com dedicação e zelo, é certo, como o comprovam as anotações feitas à margem dos textos

especializados que lhe pertenceram, hoje guardados nas bibliotecas suecas de Uppsala e Strangnas, mas como médico, foi um conservador que desconheceu a pregação revolucionária de dois contemporâneos seus, Vesalius e Servetus, demolidores do edifício de inverdades anatômicas apregoadas como dogmas por Galeno e seus seguidores. Aliás, a moderação, a fidelidade às idéias dos antigos, a contemporização, o culto do segredo e a dissimulação, tidas como características da personalidade de Copérnico, fizeram-no alvo de duras críticas por parte de alguns de seus biógrafos, entre outros Arthur Koestler, no seu livro *Os Sonâmbulos*, do qual extraímos o seguinte trecho: “Podemos avaliar a natureza do seu aprendizado em Medicina pelas receitas que tirou de vários livros de texto. Foi um aprendizado tão conservador como o aprendizado da ciência em geral; tinha indiscutível fé nas doutrinas de Avicena, como a tinha na física de Aristóteles e nos epiciclos de Ptolomeu(. . .) Mas foi também nessa época que viu surgir Paracelso, Serveto e Vesálio e o fim de Avicena e da escola medieval árabe. Há um tipo de gênio, Bacon e Leonardo, Kepler e Newton, que, como se estivessem carregados de eletricidade, tiram uma nova centelha de qualquer assunto que tocam, por mais distantes que esteja do seu campo especializado. Copérnico não pertenceu a tal tipo”.

Copérnico foi sobretudo um humanista, no melhor estilo do *uomo universale*, que tendo vivido entre os últimos estertores medievais e os albores renascentistas, não escapou de todo à crise do espírito e do pensamento que marcou profundamente a época, acorrentando o homem aos preconceitos e dogmas aristotélicos e malsinando como ímpios e incrédulos a quantos ousassem contestar os cânones científicos vigentes. Talvez por este fato, pelo temor do ridículo e pelo receio de incorrer no desagrado da Igreja, é que Copérnico esperou “não por nove anos mas por quatro vezes nove anos”, na sua expressão pessoal, para publicar a sua obra magna *Das Revoluções das Esferas Celestes*, que, afinal, só chegaria pronta às suas mãos no dia de sua morte.

Nicolau Copérnico passou à posterioridade pela concepção genial de sua teoria heliocêntrica, porém não foi menos diligente como médico, estudioso das finanças públicas, ou en-

genheiro sanitaria, construtor da rede de água de Frauenburg em cuja adutora a gratidão de seus concidadãos fez inscrever para conhecimento dos pósteros a seguinte frase: "Sua sabedoria deu aos homens o que a natureza lhes negara".

COPÉRNICO: A ÉPOCA, O HOMEM, A OBRA — II

“Assim, à astronomia de meu mestre cabe, de direito, o nome de eterna, como testemunham as observações dos tempos passados, e como, indubitavelmente, confirmarão as observações da posteridade...”

George Joachim Rheticus

Em outra ocasião, já abordamos aqui aspectos da vida e da obra de Nicolau Copérnico, o monge polonês que idealizou a teoria heliocêntrica do universo, ponto de partida para o desenvolvimento da moderna Astronomia. Voltando ao tema, desejamos destacar novos aspectos de sua atividade que incluiu a Astronomia, a Medicina, a Política, a Teologia, a Diplomacia e até a Economia, de que tratou em livro publicado com o título *Sobre o Modo de Fortalecer as Moedas*, no qual versava sobre o controle da inflação, a cunhagem de moedas, e a necessidade de unificar o dinheiro. De todos os ramos do conhecimento humano a que se dedicou haveria de emprestar maior atenção e empenho à Astronomia, para o progresso da qual ofereceu contributo que lhe garantiu com justiça um lugar na posteridade. Ainda como secretário, médico e conselheiro de seu tio Lucas, Bispo de Ermland, e em meio à intensa atividade política que sua função requeria, encontrou tempo para aprofundar seus estudos astronômicos iniciados em Cracóvia com Brudzewski e em Bolonha com Domenico Maria da Novara, terminando por transpor em manuscrito de circulação restrita, um esboço de sua teoria heliocêntrica, sob o nome de *Comentários de Nicolau Copérnico Sobre as Hipóteses Relativas aos Mo-*

vimentos Celestes, conhecida com o nome de *Commentariolus* cujo tema fundamental era a descrição do tríplice movimento da terra. Posteriormente, talvez para agradar ao tio, a quem devia numerosos favores e que não se mostrara impressionado pelos seus pendores astronômicos, dedica-lhe uma tradução do grego para o latim das *Epistolas Pastorais, Morais e Amorosas de Teofilato de Simocata*.

Com a morte do tio, em 1512, assume definitivamente seus encargos à frente do Capítulo de Frauenburg, que viria a chamar de o mais remoto lugar do mundo, e no qual permaneceria pelo resto da vida dedicado à administração do Capítulo mas, sobretudo, à realização de sua obra magna, *De Revolutionibus Orbium Coelestium*, fruto de seus estudos e experiências. Cerca de trinta anos decorreram até que Copérnico se decidisse a publicar seu trabalho e foram muitas as razões que o levaram a agir assim.

Em primeiro lugar, é mister situá-lo na época em que viveu, entre o obscurantismo dogmático da Idade Média e um dealbar mal delineado de uma nova era de tolerância, humanismo e liberdade — o Renascimento. É bem possível que o temor de arrostar contra os dogmas e as verdades inquestionáveis contidas na *Megale Sintaxia* de Ptolomeu, e de que se conhecia a versão árabe, o *Almageste*, o tenha feito hesitar, levando-o a procrastinar por tanto tempo a publicação do livro. Temendo as restrições que poderia enfrentar naquele período de intolerância religiosa, quando era perigoso duvidar, e imperioso acreditar cegamente, sofreu as primeiras objeções por parte de Lutero, líder da Reforma, um movimento inovador, e que o tachou de “um toleirão que queria subverter toda a arte da Astronomia”. Quando um porta-voz da Reforma assim se expressava, o que aguardar da Igreja Católica, àquela época intolerante e reacionária? Inegalvelmente, alguns Papas como Leão X e Clemente VII, não só permitiram como até estimularam o desenvolvimento das ciências e das artes, mas, nem este clima de tolerância, nem os estímulos recebidos de figuras da Igreja, como o Cardeal Schoenberg, concitando-o a publicar sua obra, foram suficientes para convencê-lo.

Para alguns de seus críticos, entre os quais sobressai Arthur Koestler, não foi apenas o receio de ser imputa-

do como herege que tê-lo-ia levado a retardar a publicação da obra, mas sim o temor do ridículo, o medo de enfrentar as críticas e o desdém de seus contemporâneos. Para Koestler, Copérnico foi um homem que acreditava nas coisas pela metade; tinha o espírito dividido entre o ranço da Idade Média e o porvir fecundo do Renascentismo. Nem teria segundo ele as qualidades do profeta: certeza de missão, originalidade de visão, coragem de convicção. Aferado por temperamento e formação aos princípios clássicos, foi neles que buscou as raízes de sua obra transpondo dados que julgou verídicos e que o levaram às vezes a incorrer em erros. Foi assim que, angustiado pelas dúvidas sobre o valor de seu trabalho, sobre a oportunidade de publicá-lo, sobre a receptividade que encontraria, ele se debateu durante anos até que veio a ceder à insistência de seu único discípulo, um protestante por nome Rheticus, matemático e humanista, que escreveu *Narratio Prima* em estilo de cartas dirigidas a um seu professor, no qual descreve a nova teoria concebida pelo Cônego polonês.

Após a publicação do livro de Rheticus, a teoria de Copérnico torna-se difundida de tal modo que ele, acedendo ao pedido de seu fiel discípulo e de seu amigo Tiedemann Giese, revê todas suas tabelas astronômicas e autoriza a publicação do livro, tarefa que viria a ser levada a cabo em Nuremberg, graças à interferência de protestantes ilustres entre eles Alberto da Prússia. Copérnico dedica seu livro ao Papa Paulo III, e, como a denotar as resistências que teve de vencer antes de publicá-lo, aponta sua hesitação como sendo determinada pelo medo da troça que sua idéia nova e aparentemente absurda pudesse despertar, bem como pela sua admiração pelos métodos pitagóricos da transmissão do conhecimento filosófico somente aos amigos e íntimos, não por escrito mas apenas pela palavra falada. É contraditório que, sendo um renovador por excelência, se mostrasse tão canhestro na divulgação de suas idéias, pelo receio do debate, que supõe um mal, pois segundo suas palavras “a água pura seria estragada e só a imundície ficaria agitada”. Por fim, em seus agradecimentos omite o nome de Rheticus o que para alguns maldosos resultou do receio de atrair a ira papal ao destacar o nome de um protestante. É possível que tenha sido esta a razão, mas o prefácio de seu livro

foi escrito por outro protestante, André Osiander, a cargo de quem ficou o trabalho de supervisionar a impressão da obra, e cujo teor motivou muitas discussões, pois, apresentando as idéias de Copérnico ao nível de hipótese, aplacou os aristotélicos e os teólogos cujas objeções eram temidas. O que não se sabe é se o prefácio foi escrito com a aceitação de Copérnico, a título de concessão política, ou se foi feito a sua revelia o que teria contribuído para povoar de desgostos os últimos dias do grande sábio. De uma forma ou de outra, a dúvida está envolta na poeira do tempo, que já vai recuado, mas o fato é que o monge taciturno, de temperamento sinuoso e atitudes oblíquas, ao receber um exemplar do livro quando já estava às portas da morte, não imaginaria que ele viria a mudar, como de fato o fez, a face da Astronomia e da Ciência.

Foi um revolucionário sem nunca ter agido como tal; com um livro que não chegou a mil exemplares em sua primeira tiragem, alterou o curso da História; não tendo tido mais que um discípulo em vida, foi premiado postumamente pela fidelidade e reverência de fiéis seguidores que chegaram até nossos dias. Agindo diplomaticamente, transigindo com os cânones de sua época, mantendo vínculos respeitosos com as tradições do Classicismo, discordando dissimuladamente e agindo com cautela, Copérnico lançou sua semente astronômica pacificamente...

Todavia, se o cutelo cego da Inquisição não se abateu sobre o criador do sistema heliocêntrico, atingiria mais tarde seus seguidores, entre os quais Giordano Bruno, queimado na fogueira como herege, e Galileu, que noventa anos após Copérnico, experimentou o constrangimento de renegar publicamente suas crenças científicas pressionado até o extremo pela engrenagem inquisitorial. Nem o livro de Copérnico escaparia, pois cerca de setenta anos depois de publicado seria arrolado no Index da Inquisição, embora tarde, pois a idéia germinara, e a atmosfera do Renascimento seria o ambiente ideal para sua propagação.

COPÉRNICO: A ÉPOCA, O HOMEM, A OBRA — III

“... a medicina, arte de homicídio casual, havendo mais perigo no médico, e nos seus remédios, do que na própria doença.”

Agripa

Dois livros publicados no mesmo ano, 1543, marcaram praticamente o início do Renascimento ao proporem novas e profundas alterações nos conceitos científicos vigentes na época e tidos não só como inquestionáveis, mas, também como verdadeiros dogmas de fé. Falamos das obras escritas por Nicolau Copérnico e Andreas Vesalius, *Das Revoluções das Esferas Celestes* e *Sobre a Fábrica do Corpo Humano*, respectivamente, as quais, versando sobre Astronomia e Anatomia, lançaram as bases que permitiram posteriormente o desenvolvimento, em termos racionais, destas duas ciências. Foram dois livros que realmente marcaram o destino da humanidade. Tratando de assuntos tão diversos, como a Astronomia e Medicina, os dois livros apresentaram em comum a forma como foram escritos, pois, expondo idéias avançadas, discordantes das afirmações clássicas da época, tidas como absolutas e imunes de dúvidas, o fizeram de modo sóbrio, cauteloso e às vezes até em tom de respeito.

Vesalius, ao escrever seu livro, modificou conceitos fundamentais da Medicina de então, baseada unicamente nas doutrinas de Avicena, Hipócrates e Galeno. É verdade que ousou disseccionar cadáveres humanos, quando a Igreja e as leis o proibiam terminantemente, mas, ao contestar as descrições anatômicas

micas de Galeno o fez de modo cortês e hábil, usando de muito tato. Referindo-se, por exemplo, aos poros que Galeno dissera existirem para permitir a passagem do sangue do coração direito para o esquerdo afirmaria cuidadosamente que “somos levados a nos maravilhar com a obra do Criador, por cuja ação o sangue se derrama do ventrículo direito para o esquerdo através de passagens que escapam à visão humana”. Posteriormente, em uma segunda edição de seu livro, alteraria esta passagem dizendo: “Embora, por vezes, estes orifícios sejam visíveis, nenhum, tanto quanto o podem perceber os sentidos, passa do ventrículo direito para o esquerdo. Ainda não cheguei nem mesmo aos mais recônditos canais por que o septo dos ventrículos é furado. E entretanto estes canais são descritos por professores de Anatomia que decidiram em absoluto que o sangue passa do ventrículo direito para o esquerdo. Eu porém estou com grande dúvida sobre a ação do coração nesta matéria”.

De modo diferente agiria Servetus que afirmaria simplesmente que “o sangue passava por canais desconhecidos através dos pulmões” contraditando assim frontalmente as afirmativas de Galeno. Enquanto Vesalius, mesmo perseguido, conseguiria escapar à ira de seus opositores, Servetus, vítima da fúria dos calvinistas seria mais tarde condenado à morte e imolado na fogueira.

O que parecia preocupar a estes homens, tanto Copérnico como Vesalius, era o receio da reação às suas idéias, que, colocadas em plano de pura discussão científica, poderiam descambar perigosamente para o terreno da questão religiosa, suscitando dúvidas ou ensejando conceituações novas sobre assuntos de natureza divina, tidos como intocáveis ou sequer passíveis de um estudo crítico, mesmo tímido. Foram audaciosos ao exporem suas idéias, abalando os pilares da sociedade e do pensamento científico da época, estabelecidos nos princípios clássicos de Aristóteles, Plínio, Galeno e outros, mas, habilmente, procuraram contornar a contenda religiosa que fatalmente viria, sendo a obra de Copérnico dedicada ao Papa e apresentada ao nível de hipóteses, enquanto Vesalius, descobrindo um novo mundo, o corpo humano, evitaria entrar em discussões temíveis como a questão do equilíbrio do corpo e da alma.

Foi nesta época que Copérnico exerceu a Medicina, cujos estudos realizou em Pádua na Itália, com a finalidade de atender a região de Ermland onde não havia médico residente. Há referências de que a sua segunda viagem à Itália para continuar os estudos religiosos só foi concedida pelo Capítulo sob o compromisso de que também estudasse Medicina. Sabe-se ainda que disposições do Papa Honório III proibiam anos antes a prática da Medicina, sobretudo a cirurgia, por religiosos, e o fato de que Copérnico tenha estudado Medicina já seria indício de que nunca haveria de ascender muito alto na escala hierárquica da Igreja. De sua atividade médica consta ter tido alguns clientes importantes, como também é conhecida sua preocupação em combater as pestes que grassavam nas regiões subordinadas ao seu Capítulo cuja administração lhe fora entregue. Exerceu a Medicina dentro dos padrões clássicos de sua época, conforme se pode deduzir de uma receita que anotara no verso da capa de uma geometria de Euclides e que se destinava a prevenir doenças infecciosas. Eis seus componentes: esponja armênia, canela, cedro, erva-impigem, dictamno, sândalo vermelho, lascas de marfim, açafraão, espodumênio, camomila em vinagre, casca de limão, pérolas, esmeralda, jacinto vermelho e safiras, coração de gamo, besouro, chifre de unicórnio, coral vermelho, ouro, prata e açúcar. A receita é inútil, mas demonstra bem o tipo de Medicina medieval que se praticava. Apesar de adotar esta receita quilométrica, Copérnico daria sinais de inclinação pelas prescrições mais simples, conforme nota que colocou ao lado da recomendação de Montagnana em seu *Consilia Médica* onde o autor preconizava a vantagem das prescrições mais simples, escrevendo, “*nota hoc medicus*” (observa isto, médico). Demonstrava ceticismo em relação aos remédios da época, quando escrevia em livro, ao lado de uma receita composta de sublimado de vinho, indicada para doenças do estômago, “use generosamente, isto ajudará se esta for a vontade de Deus”... Igualmente descrente se mostraria em anotação encontrada em velho incunábulo que lhe pertencera e que reunia duas publicações médicas *Breviário da Prática Médica* e *Cânones das Febres*. Ao lado da afirmação de que as gotas de bálsamo pingadas nos olhos também removem as cataratas inveteradas, até de 10 anos de duração, assinalava laconicamente, “*si verum est*”.

Finalmente, como médico, não deixou de formular orientações sobre o controle das epidemias, quando relacionava como favoráveis à disseminação das doenças os ventos meridionais, sendo mais saudáveis os ares frescos e secos. Ainda sobre as pestes, preconizou como medida prática, e na falta de providência mais segura, a seguinte atitude a ser adotada pela população: *“fuge sito, longe, tarde revertet”* (fugir rápido, para longe, e voltar lentamente). Não deixaria de emitir também uma opinião sobre a epilepsia que disse ser uma doença de jovens como também afirmou descrever na cura das doenças hereditárias.

Muitos críticos da obra e da personalidade de Copérnico enxergam na sua atividade médica sinais de um espírito medíocre, incapaz de se empolgar pelas inovações produzidas no mundo da Anatomia e da Medicina, por contemporâneos seus, como Vesalius, tendo antes pautado sua ação dentro dos princípios clássicos aceitos na época. Tendo sido um revolucionário na Astronomia não passou de um médico conservador e desconhecido. Todavia o sentimento humanista que caracterizou sua vida, as anotações que formulou em seus livros, hoje em sua maioria guardados na biblioteca sueca de Uppsala, denunciam, mesmo nos setores onde foi menos brilhante o contributo que ofereceu para o progresso da humanidade, a lucidez de seu espírito e a capacidade de duvidar, quando o ambiente era de crença absoluta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 — ASHER, Richard. *Talking sense*. London, Pitman Medical, 1972.
- 2 — BENSÂID, Norbert. *La Consultation*. Paris, Mercure de France, 1974.
- 3 — BLACK, D. A. K. *The Logic of medicine*. Edinburgh, Oliver and Boyd, 1968.
- 4 — BRYANT, John. *Mejoramiento mundial de la salud pública*. México, D. F., Pax-Mexico, 1971.
- 5 — CONANT, James Bryant. *Dois modos de pensar*. São Paulo, Companhia Editora Nacional, Ed. Universidade de São Paulo, 1968.
- 6 — DARLING, Frank Fraser. *As Florestas e a sobrevivência*. Rio de Janeiro, Artenova, 1973.
- 7 — DUBOS, René. *O Despertar da razão*. São Paulo, Melhoramentos, Ed. Universidade de São Paulo, 1972.
- 8 — ——— & WARD, Barbara. *Uma Terra somente*. São Paulo, E. Blücher, 1973.
- 9 — FREYRE, Gilberto. *Além do apenas moderno*. Rio de Janeiro, J. Olympio, 1973.
- 10 — LOPES, José Leme. *A Psiquiatria de Machado de Assis*. Rio de Janeiro, Agir, MEC, 1974.
- 11 — MEADOWS, Donella et alii. *Limites do crescimento*. São Paulo, Perspectiva, 1972.
- 12 — MONTENEGRO, Tulo Hostílio. *Tuberculose e literatura*. Rio de Janeiro, A Casa do Livro, 1971.
- 13 — SILMAN, Robert. *Crítica da medicina liberal*. Porto, Esporpião, 1973.

Este livro teve sua composição iniciada aos vinte e sete dias do mês de março de mil novecentos e setenta e seis e acabou de imprimir-se em Fortaleza - Ceará, nas oficinas da Tipografia Progresso, aos dezessete dias do mês de dezembro do mesmo ano e foi composto em caracteres Futura Medium, corpo 10, com títulos em caracteres Spartan Book, corpo 12.

