

Páginas Recolhidas

Editoriais 1992-2001

PAULO BELFORT

Setembro, 1992. Na efervescência do XVII Congresso de Obstetrícia e Ginecologia do Norte-Nordeste, realizado em São Luís do Maranhão, circula o primeiro número de *Ginecologia e Obstetrícia Atual*, publicação técnica que então pretende, preenchendo lacuna como veículo de educação profissional continuada, alcançar "o universo médico afastado dos centros universitários, levar-lhes opiniões e condutas, essencialmente práticas, dos mais conhecidos e renomados especialistas do país, e assim mantê-los ao corrente do que se diz e pratica no Brasil e no mundo".

Confiada ao zelo e competência do professor Paulo Belfort e contando com um corpo editorial representado por expressivos nomes da Tocoginecologia nacional, a *Revista* vem de completar dez anos de ininterrupta e bem-sucedida circulação, fiel à filosofia que inspirou os seus idealizadores.

Este livro reúne os editoriais do professor Paulo Belfort, de setembro de 1992 a dezembro de 2001, abordando temas sempre atuais de interesse da medicina e, em particular, da especialidade a que a *Revista* se destina.

Seguindo-se a cronologia das publicações, tem-se aqui, na sucessão dos editoriais ora reunidos, um conjunto de valiosas e abalizadas opiniões sobre os mais variados assuntos, muitos dos quais de indiscutível atualidade, que empolgaram, por assim dizer, a comunidade científica e a sociedade brasileira na transição do milênio.

Com inteligência, estilo e um orgulho contagiante pela profissão, Paulo Belfort fez de sua tribuna, nestes dez anos aqui retratados, uma trincheira em defesa da saúde e da vida, dos valores éticos da Medicina, da dignidade da mulher no direito à maternidade, dos deveres constitucionais do Estado no âmbito da saúde, particularmente dos serviços materno-infantis, e da modernização dos cursos de medicina. Debatendo, criticando, construindo, antecipando-se, ensinando sempre.

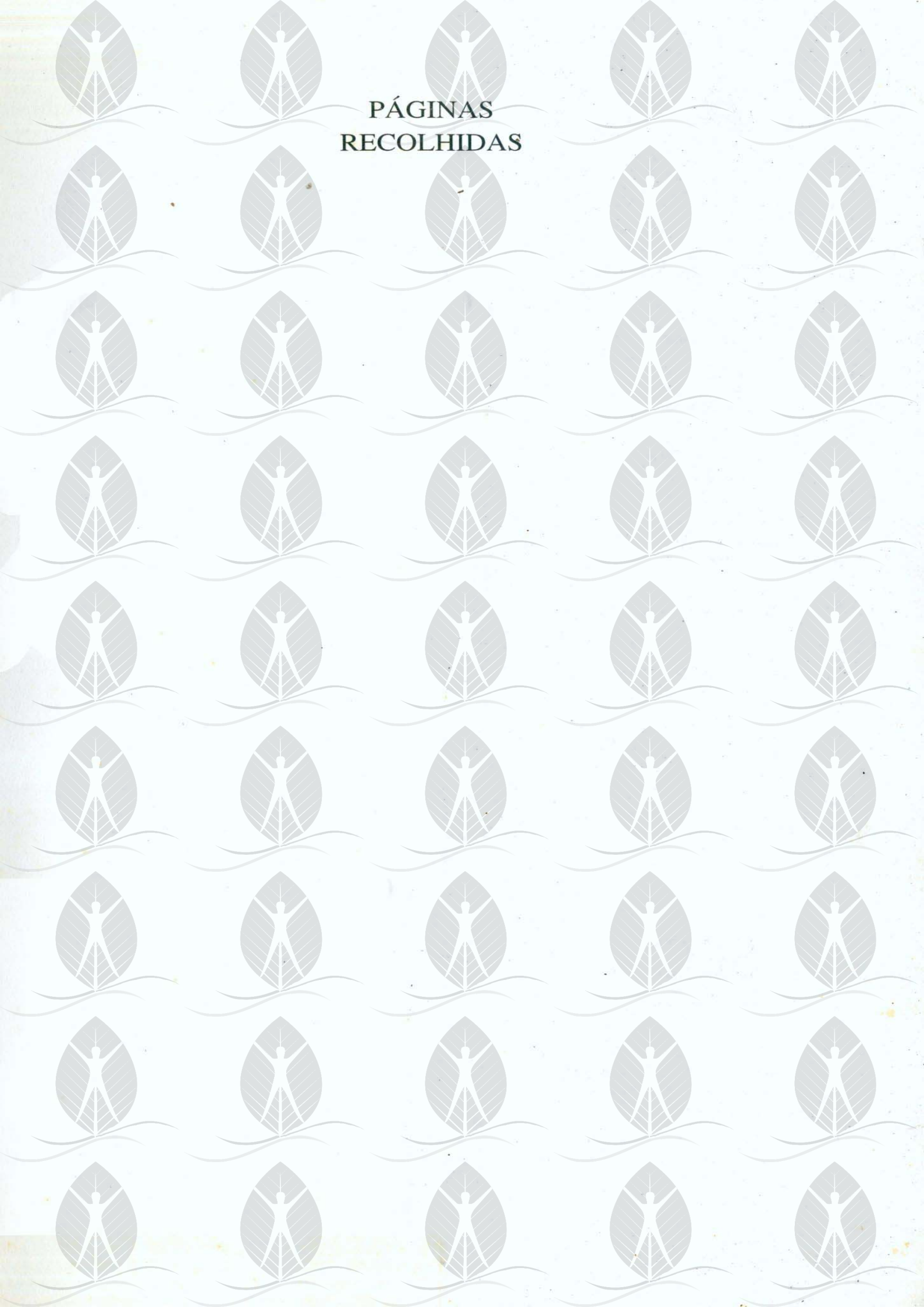
Nascido em Manaus, Paulo Belfort, fez-se cientista do mundo. Médico e professor, conferencista, escritor, sua inteligência, seus conhecimentos, suas mãos, seus dons, enfim, colocou-os a serviço da vida na luta por um mundo melhor, mais justo, mais humano e mais fraterno.

Este livro é, pois, uma síntese do seu pensamento e ação transformadora. A exata dimensão do seu humanismo.

José Braga



PÁGINAS
RECOLHIDAS



GOVERNO DO



AMAZONAS

GOVERNADOR DO AMAZONAS

Amazonino Armando Mendes

VICE-GOVERNADOR DO AMAZONAS

Samuel Assayag Hanan

SECRETÁRIO DE ESTADO DA CULTURA, TURISMO E DESPORTO

Robério dos Santos Pereira Braga

SECRETÁRIA EXECUTIVA DE ESTADO DA CULTURA, TURISMO E DESPORTO

Vânia Maria Cyrino Barbosa

SECRETÁRIA EXECUTIVA ADJUNTA

Delzinda Ferreira Barcelos

ASSESSOR DE EDIÇÕES

Antônio Auzier Ramos

ASSOCIAÇÃO DE AMIGOS DA CULTURA

Saul Benchimol – Presidente

SEC

Secretaria de Estado da
Cultura, Turismo e Desporto

Av. Sete de Setembro, 1546

69005-141 – Manaus-AM-Brasil

Tels: (92) 633.2850 / 633.3041 / 633.1357

Fax: (92) 233.9973

E-mail: sec@visitamazonas.com.br

www.visitamazonas.com.br

PAULO BELFORT

PÁGINAS RECOLHIDAS

EDITORIAIS

(1992-2001)

CULTURA



Edições
Governo do Estado

Copyright © 2002 Governo do Estado do Amazonas
Secretaria de Estado da Cultura, Turismo e Desporto.

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Antônio Auzier Ramos

CAPA

Vanusa Gadelha / KintawDesign

DIAGRAMAÇÃO

Epifânio Leão / KintawDesign

REVISÃO

Alcides Werk

Marcos Sena

FICHA CATALOGRÁFICA

Ycaro Verçosa dos Santos - CRB-11 287

B427p Belfort, Paulo.

**Páginas Recolhidas / Paulo Belfort. Manaus: Edições
Governo do Estado do Amazonas / Secretaria de Estado da
Cultura, Turismo e Desporto, 2002.**

280 p.

**1. Ginecologia – Editoriais – 2. Obstetrícia – Editoriais
3. *GO Atual* – Periódico Técnico I. Título**


CDU 618.1

SUMÁRIO

PREFÁCIO – <i>Jorge Rezende</i>	9
APRESENTAÇÃO – <i>Arlindo Frota</i>	11
A SERVIÇO DA VIDA – <i>Ana Maria Braga</i>	13
1992	15
<i>Ginecologia e Obstetrícia Atual</i> . Uma nova revista	17
A Filosofia da <i>GO Atual</i>	19
1993	21
Receptividade da <i>GO Atual</i>	23
Mensagem... ..	25
Respeito ao autor brasileiro	27
O primeiro aniversário da <i>GO Atual</i>	29
O Rio está decadente!	31
A propósito de conchaves	33
1994	35
Entre a ética e a voracidade	37
Os riscos da obstetrícia para o obstetra!	39
E a família, como vai?	41
A propósito da primiparidade e da gestação tardia	43
De agressões, queda da natalidade e de AIDS	45
Em busca da dignidade perdida	49
O vernáculo na literatura médica	53
Abaixo (uma vez mais) a hipocrisia	55
A propósito da Conferência Internacional do Cairo	59
“O gigantismo dos congressos mundiais”	63
1995	65
Razão de uma existência	67
Medicina: profissão de homem ou de mulher?	69

Um modelo a ser seguido	71
A César o que é de César	75
A propósito do 4.º aniversário	79
Clínica privada, convênios e SUS: é a medicina a mesma?	81
Está aberta a temporada de caça... aos médicos	85
A propósito da "Quarta Conferência Mundial da Mulher"	89
O livre direito de decidir	93
1996	95
Homenagem a um revolucionário	97
O governo por quem é?	101
As sociedades médicas e a saúde no Brasil	105
Lá, como cá...!	109
Uma campanha alegre	111
<i>GO Atual</i> em seu primeiro lustro	115
Uma coisa puxa a outra	119
Em tempo de eleições	121
Enfim, uma luz no fim do túnel!	125
Aborto: uma realidade invisível	129
1997	133
Hecatombe perinatal no Brasil?	135
Até quando?...	139
A injusta imanência feminina	141
Brasileiras casadoiras, celulares importunos e vocabulário encolhido	145
1997: o ano da saúde no Brasil	147
<i>GO Atual</i> em seu 6.º aniversário	151
A hora é essa!	153
Na sala de partos	155
Interrupção seletiva da gravidez	159
Mensagem de otimismo	161
1998	163
E o artigo 128?	165
Clube da Placenta Celestial	167

O professor chegou!	171
Superespecialistas ou supertécnicos?	175
"O caso da pílula de farinha"	179
São exagerados os índices da operação cesariana no Brasil?	183
Medicina de família	187
Médicos escrevem pouco e mal!	191
Reflexões	193
1999	197
As sociedades médicas e o pleonismo	199
Agenda de eventos 99	203
Medicina: clínica x tecnologia	207
A propósito da fertilização assistida	211
Climatério e menopausa: o princípio do fim?	215
<i>GO atual</i> em seu 8.º aniversário e a crise na indústria farmacêutica	219
A propósito do vestiário médico nos hospitais	221
Medicina em revistas leigas, promoção pessoal e outras modernidades ..	225
Perspectiva pouco otimista	227
De magistrados, médicos e do fim do século	229
2000	231
Fator Rh da descoberta à prevenção	233
De abortos e de cesarianas	237
Grandes vultos da obstetrícia brasileira. Sobre Fernando Magalhães	239
De aforismos obstétricos e outros	241
Mortalidade materna e qualidade de vida	243
Nunca parar de continuar. Deixar de ousar, jamais	247
Iniquidade	249
Fim de uma geração	251
"Controle de qualidade" no ensino médico	253
O mundo é feminino	257
2001	259
Ética e bioética em reprodução humana	261
Médicos recém-formados: novas perspectivas?	263



O Brasil – quem diria? – é antes de tudo um forte	265
Antiética e abuso de poder x ética e limites	267
A imperscrutável alma feminina	269
Iconoclastas	271
"Na hora que de nós foge..."	275
Contra força há resistência	277

CURRICULUM DO AUTOR	279
----------------------------------	------------

PREFÁCIO

Pedem-me os organizadores deste florilégio que outra coisa não é a primorosa coletânea de Editoriais de Paulo Belfort que aos leitores antecipe a fruição das páginas que se irão compulsar, e levariam descaminhos não estivessem agora reunidas.

Tantas vezes reflexionei sobre a inutilidade dos prefácios, que ninguém lê e de nada servem para o julgamento da obra, e eis-me vencido, não mais me esquivando do quase hábito de prefaciá-lo, vezes sem conta violentando-me ao fazê-lo, capitulando ante benévolas insistências.

Fernando Magalhães, o excelso num tutelado da Obstetrícia brasileira, me dava mais de cinquenta anos, prefaciando livro de seu menor discípulo, punha sublinha em que o prefácio era uma apresentação no cerimonial das grandes estréias. Não é o caso de Paulo Belfort, enobrecido no ofício de ensinar, escritor conceituado e diserto, que me acompanha nas barrocas e penedias dos caminhos quase impérvios que juntos vimos palmilhando, com a lança no riste, faz meio-século, *dibitando veritatem pervenimus*.

Repetindo o Mestre egrégio vi, nestas páginas, o eco do meu pensamento, e não me pude mais esquivar de lhe apor estas ensossas conjecturas.

Juntos, Paulo Belfort e eu, publicamos muito, compartilhando para o público legente, a experiência de nossa 33.^a *Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro*, que continua de ser ordenada para nossa e alheia ilustração, e sem desobedecer ao grande S. Aureli Angustini: *ecce narravi tibe inulte, quae potui et quae volui*.

Desafortunadamente envelhecemos – *eheu fugaces* – e com relutância..., mas sem perder de vista Bainville: “*les vieux se répètent et les jeunes n’out rien à dire. L’ennui est réciproque*”.

E se por todas as voragens que vencemos, surdiu o que Paulo Belfort escreveu, fruto de seus breves lazeres, não é de mister, mesmo a lume de palha, atravessar protesto. Quem fez o que devia, devia o que fez. Onde o atrevimento para contestar o grande padre?

Jorge Rezende

Professor Emérito da
Universidade Federal do Rio de Janeiro,
da UNI-Rio e da PUC do Rio de Janeiro

APRESENTAÇÃO

Paulo Belfort é, como se dizia outrora, *um amazonense que se distingue lá fora.*

De fato. Nascido em Manaus, Paulo Belfort seguiu, ainda jovem, para o Sul, onde concluiu o curso médio e se graduou em Medicina pela antiga Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Estudioso das ciências médicas, dedicou-se especialmente à Ginecologia e à Obstetrícia, tendo passado a lecionar Clínica Obstétrica na Escola de Medicina e Cirurgia da Universidade do Rio de Janeiro – UNI-Rio, onde obteve, com a defesa de consistente tese, o título de Livre Docente.

O ilustre profissional e professor, agora, vem repartir com seus concidadãos sua longa experiência no magistério, enriquecida pela prática de muitos anos do ofício médico em clínicas e hospitais, por meio deste livro em que enfeixa escritos cheios de sabedoria, a maioria sobre oportunos e palpitantes temas de sua especialidade, mas sem desprezar outros de grande interesse para a área médica em geral e do magistério da medicina.

Na questão do aborto, por exemplo, o professor Paulo Belfort dá ênfase à medicina preventiva, ao planejamento familiar e à contracepção de emergência, uma vez que lhe parece difícil senão impossível evitá-lo, pois a mulher defende o direito de ser dona de seu corpo, pouco lhe importando a opinião contrária à interrupção cirúrgica da gestação, por parte da religião, da família e dos próprios médicos.

Para o culto autor, o exercício da medicina vai mal, por culpa das autoridades que pouco investem no aprimoramento e na correção das distorções do sistema, enquanto fazem da saúde do brasileiro uma questão política.

A seu ver, urge formar médicos generalistas para ocuparem os vazios deste nosso país continental, porque, se há excesso de médicos nas grandes áreas urbanas, é gritante a carência ou mesmo ausência de tais profissionais nas pequenas comunidades, por falta de planejamento institucional.

Com muita amargura, registra a deterioração do perfil médico brasileiro ao longo do século, em prejuízo de seu conceito e cultura, bem como a da carreira de professor, aviltada como se acha pela remuneração pouco gratificante e conseqüentemente pelo pouco apreço da sociedade.

Na expectativa de um bom filme ou da leitura de um grande romance, ai de quem antecipe as cenas mais emocionantes ou o desfecho de cada episódio... Execrado seja quem o fizer.

Por tal razão, nesta apresentação que, por honrosa deferência do autor, me coube fazer, só direi: **Leiam!** Perderão muito de saber feito de experiências e de acurados estudos quem não me ouvir.

Arlindo Frota
Membro Titular da Academia
Amazonense de Medicina.

A SERVIÇO DA VIDA

A fina-se a Orquestra!
Paulo toma do arco e ao violino executa a mais doce e suave melodia. E o milagre se opera. É o toque das mãos do mestre. Não mais a dor.

Ginecologista e Obstetra, fez-se restaurador da alma feminina. Um apaixonado!

A máquina não venceu o homem. Os desencantos e desganhos trazidos pelo tempo não alçaram vôo...

Conheço Paulo.

Canto o seu poder mágico, que o leva a viver a serviço da vida.

Celebro a sua juventude, enquanto formador do futuro.

Parabenizo o escritor, que realizou um trabalho admirável, tanto por seus méritos intelectuais quanto estéticos, fruto da sua participação ativa no universo médico. E, se é verdade que o estilo é o cunho pessoal do talento, é certo, também, que o estilo é a nossa alma espelhada pela palavra. Paulo revelou-se!

Correção e clareza. Simplicidade e propriedade de expressão. Precisão e harmonia.

Respeito à gramática, sem solecismos e barbarismos.

É claro, logo se faz compreender. Foge do pleonasma, da ambigüidade, do arcaísmo, do neologismo.

Sem exageros, fala com propriedade. Com pureza, emprega as palavras. Expressa idéias nos termos essenciais. Prima pela harmonia.

Assim é a obra de Paulo Belfort.

Descreve e analisa. Questiona. Critica e enaltece. Profetiza. Mexe com emoções...

Destaco no homem sua sensibilidade e nobreza.

Vejo em Paulo uma ternura e quase veneração pelos mestres.
A preocupação com a nova geração de médicos. A exaltação à
mulher e à beleza feminina. O zelo.

Isto me emociona. Toca a minha alma de mulher.

Paulo Belfort nasceu em Manaus no Natal de 1929.

Iluminado!

Ousado, correu em busca do sonho. E venceu.

Graduou-se em Medicina em 1954 pela antiga Faculdade
Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Meio século de apostolado...

Paulo é alheado, dedicado, pleno de envolvimento emo-
cional: "...e começou a executar a sonata, sem saber de si,
desvairado ou absorto, mas com grande perfeição".

Paulo é assim!

Ana Maria Braga
Membro Titular da Academia
Amazonense de Medicina.



1992

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ATUAL. UMA NOVA REVISTA

Ganha a Tocoginecologia brasileira uma nova revista médica, que pretende ter como filosofia o enfoque de questões essencialmente práticas, ocupando, assim, espaço bem definido na literatura especializada.

Justifica seu lançamento recente pesquisa nacional realizada pelo Laboratório Knoll, visando a conhecer o pensamento da classe médica sobre as revistas da especialidade editadas em 1990. Tal inquérito revelou, com efeito, que além de *Femina* e *RBGO* não há menção de recebimento ou de leitura de qualquer outra revista nacional da especialidade. Diante de tal realidade o aparecimento de nova publicação – *Ginecologia e Obstetrícia Atual* – parece pertinente, podendo prestar-se ao exercício da educação médica continuada.

É, em verdade, a intenção desta nova revista alcançar o universo médico afastado dos centros universitários, levar-lhes opiniões e condutas, essencialmente práticas, dos mais conhecidos e renomados especialistas do país e assim mantê-los ao corrente do que se diz e pratica no Brasil e no mundo.

Ginecologia e Obstetrícia (GO Atual) surge em momento de grave crise financeira e constitui-se verdadeiro desafio a seus editores. Diria representar, mesmo, ato de coragem, senão de ousadia. Devem-se, coragem e ousadia, aos diretores e editores do *Jornal Brasileiro de Medicina (JBM)*, uma das mais antigas e pontuais revistas médicas do país, que tem à frente o devotado José Maria de Souza Melo. A seu convite aceitei a empreitada de dirigir *GO Atual*.

No ano de seu lançamento, segundo semestre de 1992, a revista terá apenas dois números. A partir de 1993 será bimestral, pretendendo tornar-se mensal em futuro próximo.

Cada número conterà dois artigos de atualização, sendo um de Ginecologia e outro de Obstetrícia. Seções apeladas “Como diagnostico”, “Como trato”, “Como conduzo” e “Esquemas terapêuticos” serão permanentes. Darão a chancela da praticidade e da objetividade anunciadas.

Incluiremos também resumos de textos selecionados da literatura internacional, seguidos de perguntas (e respostas) para auto-avaliação. Cogita-se inserir, adiante, trabalhos originais, textos e casos clínicos comentados. Na pauta da programação futura estão incluídos cursos, mesas-redondas e controvérsias sobre temas relevantes da especialidade.

Na seção “Cartas aos editores” esperamos receber comentários, sugestões ou críticas que permitam tornar *GO Atual* a revista do tocoginecólogo brasileiro, que satisfaça seus anseios, veicule as informações desejadas, a fim de enriquecer a todos nós, científica e culturalmente.

A FILOSOFIA DE *GO ATUAL*

O primeiro número de *GO Atual* foi bem recebido. Deu-se o aparecimento oficial da revista, em setembro passado, em São Luís do Maranhão, à ocasião do XVII Congresso de Obstetrícia e Ginecologia do Norte-Nordeste, ao qual compareceram, em verdade, especialistas de todo o Brasil. Sua distribuição, entretanto, aos mais de 8 mil tocoginecologistas em atividade no país, acabou de ser processada durante o mês de outubro. As cartas e as mensagens de boas-vindas enviadas à redação da revista ratificam a oportunidade do lançamento. Seu corpo editorial, representado por expressivos nomes da Tocoginecologia nacional, constitui motivo de orgulho para os redatores da revista.

Este segundo número já estampa o nome daqueles que nos honraram com sua aceitação.

Iniciam-se demais, embora ainda timidamente, os pedidos de publicação de artigos em *GO Atual*, mostra inequívoca do espaço que ela tem a ocupar.

A filosofia editorial de *GO Atual*, nunca será demais sinalar, tem compromisso com o médico prático, afastado dos centros de irradiação da cultura médica e que necessita se atualizar e pôr-se ao corrente das práticas modernas apresentadas através dos artigos de atualização e das seções práticas de “Esquemas terapêuticos”, “Como diagnóstico” e “Como trato”.

Nosso propósito de educação médica continuada põe, de modo formal, a elite intelectual a serviço da massa médica, os verdadeiros “frentistas” da nossa profissão.

Desejando fazer parte da “modernidade” que assola o país, queremos que *GO Atual* venha constituir importante vínculo com os profissionais do país, tornando-se sua tribuna e seu referencial.

Aspira-se receber em futuro imediato, solicitação de temas a serem atualizados, diagnosticados e tratados.

Na era da Cibernética exigimos a retroalimentação.



1993

RECEPTIVIDADE DE *GO ATUAL*

E stampa, uma de nossas revistas especializadas, carta de um médico mineiro, sugerindo a inclusão, entre outras coisas, de “algumas páginas para publicar resumos de trabalhos da literatura estrangeira, para que possamos perceber para onde caminham as pesquisas nos países desenvolvidos”.

Aproveito o mote para refletir a respeito da introdução, em *GO Atual*, da seção “Trabalhos Destacados”, que visa precisamente a dar ao leitor a informação acima solicitada. Tratando-se de artigos da literatura médica internacional, selecionados por técnicos altamente qualificados, só os temas relevantes são pinçados, todos refletindo as peculiaridades da Medicina ora praticada no mundo.

Cotejando a natureza dos textos estampados neste número com a qualidade da Tocoginecologia por nós praticada, verificamos que conquanto representemos o terceiro mundo e pratiquemos a especialidade com grande esforço e muito sacrifício, não nos situamos a léguas de distância de tudo que se faz mundo afora.

Recém-criada, *GO Atual* já apresenta alto índice de maturidade consoante demonstram as cartas recebidas e a colaboração espontânea através de textos a serem publicados.

Anunciamos, à ocasião do lançamento, que iríamos fazer uma revista direcionada ao médico prático. As manifestações de apoio e apreço nos dão a certeza de estarmos no caminho certo.

MENSAGEM...


Sinto-me indignado quando entro na enfermaria e vejo pacientes (habitualmente grávidas ou paridas) deitadas em leitos sem lençóis; destilo fel e penso impropérios quando lhes escuto as queixas e as sinto maltratadas; horripilo-me ao percebê-las iatrogenizadas e tratadas com desumanidade sendo um número ao invés de pessoa. E poderia desfilar infindável rol de malfeitos, característica da medicina institucional, hoje por quase todos praticada.

Tais reflexões vêm a pêlo ao se considerar que mais de 80% da assistência médica no Brasil é atribuída através do falido sistema previdenciário, no qual médico e paciente se confrontam, tornados, hoje praticamente inimigos.

Sabemos que poucas ou sequer alguma profissão foi tão aviltada e enxovalhada quanto a nossa nos últimos 30 anos e, por causa disso, vamos perder ou ceder a nossa humanidade?

Assistimos, entre constrangidos e humilhados, os mais de 10 mil médicos que se graduam anualmente serem lançados num mercado de trabalho saturado, que remunera aviltantemente e escraviza o profissional. Em contrapartida, à guisa até de revanchismo e também para se defender, o médico penaliza – aquele que constitui a essência de nossa profissão – o paciente esquecido talvez que o responsável pelo caos é o governo, são as empresas que o oprimem e exploram e os atravessadores da assistência médica.

Sabemos que os órgãos profissionais se mantêm atuantes: os Conselhos, as Associações Médicas, os Sindicatos e muitos outros, mas não podemos simplesmente esperar que eles sozinhos revertam a situação. E preciso que todos reajam, mostrem sua indignação e... respeito ao paciente.



Não sei se exorbito desta privilegiada função editorialista, mas sinto necessidade de juntar meu clamor ao dos descontentes, dos irados e dos inconformados.

Quero por fim, consoante reiteradamente anunciado, escancarar as portas de *GO Atual* a todos que desejarem manifestar seu protesto, sua inconformidade com o *status quo* através deste veículo agora – e por que não? – também de defesa e de preservação da dignidade profissional.

RESPEITO AO AUTOR BRASILEIRO

*enquanto nós o que fazemos
é macaquear a sintaxe lusitana...*

A cultura brasileira sempre foi de importação, assim a literária como a médica. Depois da portuguesa, e através dela, veio a inglesa; logo a seguir a francesa e, na atualidade, a americana. Cultivamos o espírito de imitação sem nos preocuparmos de desenvolver conteúdo próprio. É bem verdade que os ventos que aqui sopram, nunca foram propícios a tais investimentos...

Se olharmos um pouco para trás, na literatura médica, verificaremos que até a década de 50, as cartilhas pelas quais rezávamos eram exclusivamente alienígenas: no ciclo básico, na Anatomia era o Testut, na Farmacologia o Goodman e Gilman e poderia citar, de memória, todo o currículo de matéria médica estrangeira.

No que respeita à Ginecologia e Obstetrícia, à exceção dos raros livros de autores brasileiros do século passado: Visconde de Sabóia, Rodrigues dos Santos, ambos escritos em francês e editados em Paris, e o de Theodoro Langgaard, impresso no Rio de Janeiro, só existiam uns raros, além daqueles de Fernando Magalhães e o de Arnaldo de Moraes. Um deserto...

Subitamente, a produção literária nacional emergiu do marasmo e tornou-se fluente. Ocupou todos os espaços, cobriu todas as lacunas. Permitiu, enfim, que o estudante de Medicina estudasse em português, perdendo embora o domínio das línguas universais. Ao estilo de negro humor quase se poderia dizer que os jovens passaram a dessaber as línguas estrangeiras e quase esqueceram de aprender o próprio vernáculo...

Na nossa especialidade, a “Obstetrícia” de Rezende tornou-se a bíblia do seu aprendizado; surgiram dezenas de textos básicos e específicos; a própria existência desta *Revista* é a prova viva do

élan e de vitalidade atual de nossa literatura médica. Não obstante ainda não adquirimos o hábito de citar os autores pátrios. Compulsando as revistas médicas em circulação, raramente encontra-se citação de trabalhos nacionais, mesmo daqueles largamente conhecidos, de publicações que divulgam o *saber de experiência feito*. Pior ainda, teme-se que a omissão seja de liberdade...

Precisamos acabar com esse chauvinismo ao reverso; temos que respeitar o autor nacional e deixar de ver provocação no trabalho alheio!

O 1.º ANIVERSÁRIO DE *GO ATUAL*

Passou-se 1 ano! Festejamos o primeiro aniversário! Os tempos procelosos que ora vivemos não só foram atravessados incolumemente, mas também com pleno êxito.

GO Atual, podemos afirmar sem falsa jactância, nasceu vitoriosa e continua se firmando no cenário editorial especializado mercê de três aspectos fundamentais: a receptividade dos tocoginecologistas brasileiros, refletida nas mensagens escritas e verbais que vimos recebendo, a qualidade e a quantidade dos trabalhos científicos que nos têm sido enviados, tanto por solicitação como espontaneamente, e a qualidade gráfica da revista, contingente à exigência e ao perfeccionismo de seu editor.

Com efeito os entendidos haverão notado e os curiosos ficarão sabendo que o papel utilizado na impressão é o cuchê 85 gramas, a proporção relativa matéria-editorial/anúncio-publicidade é de 60/40, e a tiragem da revista de 11.000 exemplares – superior, portanto, quase duas vezes, ao número de sócios que a Febrasgo possui atualmente. Envolvidas direta ou indiretamente na confecção da revista contam-se cerca de 50 pessoas distribuídas na redação, revisões (3), diagramação, composição, arte-final fotolito e impressão (a quatro cores). Profissionalismo autêntico posto à disposição dos leitores de *GO Atual*.

A feição prática da revista veio, ao que parece, ao encontro da expectativa e da necessidade dos leitores; as seções por nós criadas, sem constituir inovação, deram-lhe personalidade.

O êxito de qualquer empreitada nunca é o resultado da ação individual, mas consequência do trabalho de um grupo. Seria difícil nomear todos os responsáveis pela excelência alcançada por isso a atribuímos àqueles envolvidos com *GO Atual* – do redator e editor ao mais desconhecido funcionário.

Obviamente o êxito principal se deve aos autores dos textos científicos, sem cuja participação a revista não existiria.

Para finalizar, uma reflexão: que a estrada do sucesso é uma construção inacabada, permanente; é caminho a ser trilhado e não um fim a ser alcançado.

Muito obrigado.

O RIO ESTÁ DECADENTE!

Tornou-se trivial nos últimos tempos, falar mal do Rio de Janeiro, considerá-lo decadente. A rigor, motivos não faltam, porém, como toda generalização peca, é injusta!

Se considerarmos o clima de insegurança, o sistema de saúde, a economia, a violência institucionalizada, sobejam razões para caracterizar o declínio do Estado. Cotejando, entretanto, tais fatos com os dos outros Estados, estaremos nós tão discrepantes do resto do país? É o Rio ou será o Brasil que se encontra em situação crítica, emergencial?

Não sendo este embora o cenário adequado para tais considerações, importa questionar se cultural e cientificamente estaremos nós em tão desabalado retrocesso. A resposta é obviamente não, e vejamos porque, começando pelas instituições.

No Rio sedia-se a Academia Brasileira de Letras entidade quase centenária, fundada por Machado de Assis, em 1896. Suas 40 cadeiras dão assento ao que há de mais fulgurante e representativo nas letras e na cultura brasileira. No âmbito médico possuímos a Academia Nacional de Medicina, que reúne a elite ao pensamento científico brasileiro, associação vetusta, mais que sesquicentenária, porém, sempre renovada e permanentemente atuante. A ela pertencer é galardão que enobrece e distingue, honraria só a cem pares concedida.

O Rio de Janeiro orgulha-se de haver tido a primeira biblioteca pública, instalada no país em 1811, possuindo acervo bibliográfico de valor inestimável. Aqui foi igualmente fundada a primeira Academia de Belas-Artes, em 1811 e seus cursos são, até hoje, elogiados. Foi nesta cidade que aportaram os franceses Debret e Saint-Hilaire, aquele escritor e pintor que perpetuou na tela os hábitos e a paisagem da heróica cidade, este, botânico que descreveu a rica flora local, até hoje por todos invejado. A esta cidade também vieram ter os alemães von Martius e Rugendas que perpetuaram iconograficamente e apresentaram ao mundo os esplendores da cidade maravilhosa.

Se o ensino médico não teve aqui a primazia de sua criação, foi no Rio de Janeiro que mais se desenvolveu, mercê do estímulo permanente da família real. A Universidade do Brasil (anual Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ) transformou-se no mais reputado centro de ensino do país, embora sofrendo, na atualidade, as limitações da recessão econômica.

Sem falsa jactância, orgulhamo-nos de possuir a primeira maternidade surgida no país em 1904 – a das Laranjeiras – atual Maternidade-Escola da UFRJ. E nela pontificou nada menos que Fernando Magalhães (1878-1944) a cuja atuação, ensina-nos Rezende, deve-se o advento da Escola Obstétrica Brasileira. “A Obstetrícia no Brasil divide-se em dois períodos, antes e depois de Fernando Magalhães”. Prova da vitalidade da Maternidade-Escola, nos tempos atuais, foi a criação ao primeiro centro de ultra-sonografia do país, de onde se irradiou doutrina por todos hoje seguida.

No Rio de Janeiro surgiu, em 1921, a primeira sociedade médica especializada – a “Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil”, fundada e presidida por Fernando Magalhães até sua morte. Arnaldo de Moraes criou a Sociedade Brasileira de Ginecologia, ambas unificadas em 1961, sob a presidência de Octávio Rodrigues Lima. Foram eles as precursoras da atual Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, que tive a honra de presidir e reformar entre 1970 e 1973.

Conquanto haja sido a Febrasgo ideada por Francia Martins em São Paulo, foi somente após a criação da Secretaria Executiva no Rio de Janeiro – obra de Victor Rodrigues, Jorge de Rezende e Jean Claude Nahoum – que a Federação universalizou-se. Aqui nasceram e ganharam foro as suas publicações – *Femina* e *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Foi, enfim, no Rio de Janeiro que há pouco mais de ano, graças à tenacidade de J. M. Melo e ao entusiasmo de seus redatores que surgiu *GO Atual*, a nova revista do tocoginecólogo brasileiro.

Exibindo esse auspicioso cenário de instituições modelares, renovação científica e de pujança editorial é justo dizer-se que o Rio está decadente?

Se assim for, se o rei estiver morto que viva, então, o rei...

A PROPÓSITO DE CONCLAVES

Análise perfunctória dos anúncios de conclaves locais, regionais, nacionais e internacionais registra, entre julho de 1993 e setembro de 1994, 30 deles dedicados à Ginecologia e à Obstetrícia. Onze (36%) serão realizados em São Paulo, cinco no Rio Grande do Sul, três na Bahia e no Estado do Rio (um apenas no Rio de Janeiro), um em Porto Velho, Manaus, Maceió, João Pessoa e Curitiba. Os congressos internacionais serão realizados no Panamá um e no Canadá outro, aquele patrocinado pela Flasog e este pela Figo. As taxas de inscrição (em dólares americanos) variam entre 30 e 550. As diárias de hotéis entre 35 e 110 dólares. Feitas contas, se cada evento fosse freqüentado por médicos de fora da cidade (Estado, país) onde é realizado, cada um teria de desembolsar quantia variável de 170 (US\$ 30 a inscrição mais barata e US\$ 35 a diária de hotel x quatro noites) a 1.100 dólares (US\$ 550 a inscrição mais cara e US\$ 110 a maior diária de hotel x cinco noites). Acrescidas as despesas de transporte (só a ponte aérea Rio-São Paulo custa, no momento em que escrevo – outubro de 93 – cerca de US\$ 250), os gastos pessoais (alimentação etc.), sem contar o lucro cessante pelo afastamento do consultório, o total seria cifra de primeiro mundo... Considerando que o médico comum brasileiro – o público-alvo essencial dos conclaves científicos – encontra-se empobrecido, recebendo salários indignos nos empregos públicos e sendo explorado pelos convênios de pré-pagamento, quem teria condições financeiras para enfrentar tais gastos?

Analisando a temática dos mencionados 30 conclaves, vê-se que a maioria: nove (30%) são de caráter geral (e, portanto, os que atraem maior público), cinco são dedicados à mastologia, dois à HPV, à reprodução humana e à perinatalogia; os demais (um cada) à videoendoscopia, endocrinologia, uroginecologia,

endometriose, climatério/menopausa e doença hipertensiva específica da gestação.

Educação médica continuada é indispensável, mas que seja racional! É necessário que os organizadores dos eventos locais e regionais só convidem expositores das proximidades, para reduzir custos, que tenham imaginação para tornar dinâmico e atraente o programa científico. É recomendável maior espaçamento dos conclave, para que a pletera não torne repetitivo e desinteressante o seu conteúdo. É preciso, em suma, que os dirigentes das Sociedades tenham sensibilidade para escolher temas de interesse local para que preencham, de verdade, o objetivo a que se destinam os congressos médicos.



1994

ENTRE A ÉTICA E A VORACIDADE

Em 1994 *GO Atual* oferecerá a seus leitores dez números anuais, sendo janeiro/fevereiro uma edição, novembro/dezembro outra, saindo mensal nos demais meses. Tal ampliação deve-se à copiosa participação dos colaboradores que nos honram com o envio de seus trabalhos. À conta disso novas seções serão criadas: “Página literária”, “Casos clínicos”, “Controvérsias” e “Cursos”. No corpo da *Revista* mencionaremos a filosofia das novas seções e seus regulamentos.

Não obstante as inovações manteremos firme a proposição fundamental de *GO Atual*, qual seja o compromisso com o médico prático e com a informação direta, útil.

Ainda a propósito de conclaves...

Sente-se, a cada conclave nacional, que educação médica continuada passa muito pouco por ele. Explico-me: a multiplicidade de temas, a repetição deles algumas vezes (com expositores nem sempre à altura) tornam o programa científico quase uma algaravia. É verdade que essas reuniões prestam-se à divulgação do que se faz no país, mas é preciso disciplinar e distribuir melhor as sessões e só convidar quem realmente tiver algo a dizer!

Outra questão relevante nos Congressos é a exposição comercial. Entre “stands” de laboratórios farmacêuticos e da indústria de equipamentos fica o congressista perdido. Conviria atribuir áreas distintas a cada um deles e divulgar mapa alusivo, para maior lucro de todos. E para finalizar, nunca seria demais apelar à dignidade do congressista para ir com menos sede ao pote dos brindes para não parecer que médico também quer apito...

Ética e verdade deveriam presidir os atos médicos, acima de quaisquer outras virtudes. Vive-se no Brasil, no momento, período de grave crise em que tais princípios foram quase

totalmente derogados. Hoje, mais que nunca, os preceitos hipocráticos precisam ser valorizados e lembrados a cada instante.

Não permitamos que os jovens médicos se tornem apenas operários da saúde, declinando a sua humanidade e perdendo o poder mágico que lhes dá a profissão bem exercida.

Tais reflexões vêm a propósito da divulgação hipócrita das informações sobre Aids e das restrições falso-moralistas a respeito do abortamento provocado.

Climatério e menopausa representam fase evolutiva da vida da mulher ou doença?

Pelo que se vê e, mais ainda, pelo que se lê prevalece a última proposição. Os programas televisivos, as revistas femininas e as conversas sociais cristalizam e perpetuam a idéia de doença.


No conceito de sectários é preciso considerar a mulher deficiente a partir dos 35 anos de idade quando se inicia a propedêutica do climatério: mamografia basal, densitometria óssea anual (não seria melhor semestral?), dosagens hormonais periódicas e, acima de tudo, tratamento de reposição com estrogênios, progestogênios e calcitonina, não esquecendo os complexos vitamínicos e os radicais livres...

Tenho esperança que mais cedo ou mais tarde o bom senso volte a prevalecer e os benefícios dos recursos apontados sejam empregados com parcimônia e sob precisa indicação.

OS RISCOS DA OBSTETRÍCIA PARA O OBSTETRA!

Todos os que estudam e se preocupam com os riscos profissionais estão escarmentados com aqueles relacionados à atuação dos obstetras. Está implícita, nessa especialidade, a existência de dois organismos – o da mãe e o do feto. Aquele real palpável, visível e os seus desvios quase sempre facilmente identificáveis. Este, embora real e palpável não é visível, ainda pouco conhecido, vive num mundo obscuro e seus desvios são maiormente presumidos. A sociedade, entretanto, não permite deslizos e está ávida em punir os que eventualmente têm resultados desfavoráveis. Notem bem, cito resultados desfavoráveis não imperícia, negligência ou iatrogenia. Pois bem, para espreitar, identificar ou inventar infortúnios começam a aparecer os rábulas de porta de Hospital a estimular as denúncias e a fomentar ações na justiça.

Para evitar imprevistos cumpre ao obstetra segurar-se, isto é, fazer seguro, pagar vultosas importâncias às companhias de seguro para cobrir eventuais indenizações. O ato é ainda meia verdade no Brasil mas verdade inteira nos Estados Unidos. A conta disso, naquele país pelo menos, os médicos escolhem em número cada vez menor a especialidade e muitos, mesmo os antigos, a abandonam. Os que permanecem em ação não podem permitir imprevistos. Daí tornar-se obrigatória a biopsia de vilo e a amniocentese genética em grávidas acima de 35 anos; a cordocentese sempre que houver suspeita de algum acometimento sistêmico do feto; a ultra-sonografia seriada na gestação de risco; a dopplerfluxometria, a cardiotocografia basal e estimulada quando de sofrimento fetal; a cesárea profilática para evitar as distocias. Haja recursos! haja técnicos, laboratórios e equipamentos! No Brasil de medicina indigente, como driblar a realidade?



Sabe-se, demais, que o bom relacionamento médico-paciente é o melhor lenitivo, a melhor profilaxia das queixas e reclamações. Aliada à competência, ao ameno convívio com as pacientes e a sua família, o médico deve consignar escrevendo, e de modo legível, todos os eventos havidos durante a gestação, única forma de se proteger e eventualmente se defender de algum resultado desfavorável.

Tais reflexões vêm à margem do presente momento que vivemos – de “mãos limpas” – para que sirvam de exortação à competência, à lisura e, acima de tudo, ao humanitarismo.

E A FAMÍLIA, COMO VAI?

O título que encima o editorial foi o escolhido pela Igreja Católica para retratar a família do ano corrente de 1994.

A mais perfunctória análise fornece, de imediato, a resposta: vai mal! Assim do ponto de vista religioso como, principalmente, social. E o que dizer dos aspectos sanitários e sexuais?

Usando dados de divulgação recente (Jornal do Brasil; 27/02/94), o número de casamentos registrados em 1981 foi de 933.522, caindo para 777.460 em 1990. No mesmo período aumentou o número de casais sem filhos, a incidência de separações, uniões consensuais e, até, a prevalência de casais homossexuais.

O novo plano econômico do governo, fixando os salários pela média dos últimos quatro meses; seqüestra, mais ainda, a minguada renda dos trabalhadores. Ora; num país em que 90% da população vive com pouco mais de um salário-mínimo, como é possível manter a saúde ou ter acesso aos recursos atuais da medicina? A rede hospitalar institucional esta falida, seus equipamentos sucateados por falta de recursos e de manutenção; resta, portanto, somente o atendimento médico através dos planos de saúde privados e, esses, quem pode pagar?

Divagações à parte, o que tenciono focalizar nestas linhas é o descompasso entre a imagem de família que a Igreja almeja e aquela verídica, real e atual.

Senão vejamos. O número de casamentos religiosos diminui, o número de casais sem filhos aumenta e também reduz-se o número de filhos por casal. Em outras palavras: os casais heterossexuais estão utilizando métodos anticoncepcionais eficazes e todos os métodos. Aliás, segundo consta, 50 a 90 milhões de mulheres no mundo todo fazem uso de pílulas anticoncepcionais, tendência que aumentará até o fim do século. Desta forma, o vão desejo da Igreja Católica de que seus fiéis só

utilizem métodos anticoncepcionais naturais para evitar a concepção é, mesmo, uma balela!

Ainda assim o Brasil cresce desordenadamente e é preciso colocar um basta nessa tendência. Quanto mais crescermos, mais empobreceremos. De quebra, esse aumento populacional exagerado, maiormente urbano, encorpa a fração mais carente da sociedade, desagrega definitivamente a família, estimula e engorda a população de rua e faz crescer miséria e violência.

Compete a nós médicos, especialistas e às sociedades médicas, AMB, Conselhos, Febrasgo, entre outras, fazer ver às autoridades que é preciso implementar os programas de planejamento familiar, atender mais generosamente os pedidos de esterilização feminina e masculina (sem cobrança da pecúnia marginal, como se pratica atualmente nas instituições!) e liberar ou, pelo menos, descriminalizar a prática do aborto.

Tais anelos não são, certamente, os da Igreja, sendo, porém, a imperiosa necessidade da sociedade brasileira.

Por isso tudo é lamentável a conclusão que a família brasileira vai mal e a Igreja tem de abandonar o seu idealismo e ajudá-la a resolver seus problemas e a endireitar o seu rumo, enquanto há tempo; enquanto não é tarde demais!

A PROPÓSITO DA PRIMIPARIDADE E DA GESTAÇÃO TARDIA

É lema da modernidade feminina: primeiramente realizar-se como ser humano, secundamente como profissional e, em havendo tempo, eventualmente casar-se e ter um filho. Assim ponderando e agindo, fica a função reprodutora postergada para a quarta década da vida e, por que não também, para a quinta e a sexta. Chegamos à era da maternidade das avós!

Definia Arnaldo de Moraes, em sua *Propedêutica Obstétrica* (Pimenta de Mello & Cia., 1924), a primípara idosa, a mulher que gesta por vez primeira com mais de 28 anos de idade. Rezende, em sua *Obstetrícia*, adota o mesmo limite etário, consignando, entretanto, que outros autores o alongam até 35 anos. Bem reconhecem os Mestres que a idade de gestar situa-se na faixa inferior de anos vividos. Está firmemente estabelecido, em todos os textos modernos, que a faixa etária que oferece melhores resultados reprodutivos situa-se entre 20 e 24 anos.

Em uma de suas lições (*Clínica Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 1933, p. 345) assim se refere Fernando Magalhães à maternidade: “A obstetrícia não instrui só na prática de proteger a parturição; reclama também as observâncias das regras do dever racial. O sentimento religioso da geração que os primitivos cultivam e os civilizados esquecem é a base de toda defesa individual. A paternidade será sincera: pai é o que compreende a sua responsabilidade e não o que procura o seu interesse. A maternidade será consciente: mãe é a que alcança convictamente a significação do que a natureza lhe determina como depositária da renovação vital. A vida renova-se no ventre das mulheres e a elas pertence o maior privilégio humano – o doloroso privilégio de preparar uma criatura. Abre-se um novo rumo na obstetrícia social: o capítulo dos atributos e das obrigações raciais”.

A geração que voluntariamente decorre de procedimento biológico natural, da conjunção fecundante do casal, após 35 anos de idade, não é isenta de riscos, que são tanto maiores, quanto maior a proximidade da menopausa – 50 anos, em média.

Hansen (*Obst. Gynec. Surv.*, 41 (Suppl.): 726, 1986) afirma que a maternidade diferida está associada à maior incidência de hipertensão crônica, eclampsia, diabetes, baixo peso ao nascer, macrossomia, parto prolongado, cesárea, placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, abortamento espontâneo, anomalias cromossômicas, malformações congênitas, gemelidade e mortalidade materna e neonatal.

O Departamento de Recenseamento dos Estados Unidos consignou, entre 1980 e 1990, aumento de cerca de 40% do número de partos de mulheres de 35 anos ou mais.

Há, na atualidade, intenção de reverter o natural declínio da fertilidade humana através de procedimentos de reprodução artificial, até mesmo após a menopausa.

É de nossos dias as gestações havidas em duas mulheres de 63 e 59 anos, respectivamente, segundo técnica proposta pelo italiano Severino Antinori.

Conquanto exista, ainda, nos centros especializados, relutância em incluir mulheres com mais de 40 anos em programas de fertilidade assistida, multiplicam-se no mundo tais experimentos. Trabalho recente dá mostra dos êxitos obtidos na fertilização de mulheres de mais de 40 anos, utilizando seus próprios folículos ou os de doadoras, empregando técnica de IVF ou de GIFT.

Sendo o fato embora auspicioso, trazendo esperança para muitas mulheres que não lograram gestar em idades mais jovens, não deixa de suscitar enormes preocupações, assim de natureza clínica como ética.

No Brasil, país de ritmo populacional ainda explosivo, as reflexões dos técnicos em reprodução e dos responsáveis pela atribuição da saúde deveriam centrar-se muito mais nos programas de planejamento familiar e de limitação da natalidade do que no desenvolvimento de técnicas que viessem a facilitar a gravidez em idade avançada, em particular após a menopausa.

DE AGRESSÕES, QUEDA DA NATALIDADE E DE AIDS

A ponte, em editorial recente, os perigos da Obstetrícia para o obstetra. Escrevo, agora, sobre os riscos medicina para os médicos. Basta ler, com efeito, as páginas policiais dos jornais matutinos do Rio de Janeiro, para entender a razão. Criminosos do “comando vermelho” invadem hospitais para libertar companheiros fazendo dos médicos reféns, apontando-lhes armas de grosso calibre e até ameaçando matá-los. Numa Maternidade do Rio de Janeiro, no mês de junho, populares, jornalistas e policiais ocupam suas dependências para justicar a equipe médica que deixou feto e mãe morrerem de complicação da gravidez e do parto. Não entro no mérito da questão, de saber se imperícia, iatrogenia ou fatalidade foi a causa; limito-me ao fato da agressão, do ódio, do confronto cada vez mais freqüente entre médicos pacientes, familiares, comunidade e autoridades. Há algo de errado nisso tudo e é preciso desvendar a origem. Serão os médicos com a sua humanidade perdida? Serão as empresas de seguro-saúde que desvirtuaram a prática da medicina, mercantilizando-a e transformando os profissionais em burocratas e operários? Será o governo que massificou o atendimento médico e destruiu a relação médico-paciente?

É hora de agir. As universidades têm que rever a formação, as sociedades médicas, os Conselhos, os sindicatos e todas entidades que têm alguma responsabilidade devem se juntar para fazer o diagnóstico da situação e propor remédios. Mas isso só não basta. É preciso que cada um de nós, individualmente, através dos meios e recursos que tivermos, da influência que formos capazes de exercer, apontemos, denunciemos situações, malfeitos e não nos acomodemos ao *status quo*. Não podemos e não devemos ser submissos, coniventes ou covardes, mas intemoratos e destemidos. Do contrário acabaremos execrados pela sociedade, senão por ela mesmo exemplados.

O Brasil registra, segundo dados do IBGE de 1991, recuo no ritmo de crescimento de sua população, de 2,48% entre 1971 e 1980 para 1,93% no período 1980-1991, a conta da queda da taxa de natalidade. A população feminina, segundo este censo, está orçada em 74.381.317 ou seja, 50,63% de brasileiros. Considerando metade dessas mulheres em idade reprodutiva – dos 14 aos 50 anos – teríamos 37.190.658 reprodutoras potenciais, a onerar dramaticamente os índices de natalidade. Sabe-se, entretanto, que grande parcela dessa população, talvez 30% a 40% acima dos 30 anos, já se fez esterilizar, mediante laqueadura tubária. Sobraria, mesmo assim, expressivo contingente de mulheres a contribuir para o aumento populacional. Decrescente, entretanto, a taxa de natalidade, traduz o uso permanente de prática contraceptiva e, na sua falha, a interrupção deliberada da gravidez.

Sabe-se, com efeito, segundo estudos recentes, que, no Brasil 31% das gestações são interrompidas mediante abortamento provocado (“Aborto clandestino: uma realidade latino-americana” – pesquisa do instituto Alan Gattmacher), colocando-nos em absoluto primeiro lugar nessa prática, na América Latina. E, fato da maior gravidade: 42% desses abortos condicionam alguma modalidade de complicação pelo serem realizados, ainda, por curiosas, pela própria mulher ou por parteiras ou enfermeiras. Maior infortúnio decorre da circunstância de serem as mulheres dos estratos pobres da população as que mais engravidam e abortam. Consoante a aludida pesquisa, 54% dos abortos clandestinos ocorrem em mulheres pobres e somente 13% entre as urbanas com boa renda.

Há cerca de 30 anos já afirmava o saudoso professor Octávio Rodrigues Lima que no Brasil ocorreriam, anualmente, cerca de 3 milhões de abortos clandestinos...

Enquanto isso, mais uma vez, nossos legisladores e governantes se omitem e fazem de conta que nada está acontecendo! E, também, ao mesmo tempo, nossos aborteiros profissionais atuam livremente, amealhando pingues fortunas... Sempre a hipocrisia a presidir a consciência nacional!



Ainda a propósito da AIDS.

O Hospital Graffrée Guinle, no Rio de Janeiro, centro de referência da doença na cidade, foi descredenciado do programa nacional de combate à AIDS por motivo injustificado, provavelmente de natureza política. O professor Rogério Rocco, chefe da Maternidade desse hospital universitário, faz uma denúncia e um alerta. A campanha realizada pelos órgãos oficiais é insuficiente e não revela toda a verdade relativa à epidemiologia da doença. No Brasil a principal maneira de disseminação é a sexual, através do coito anal e o perigo maior da contaminação está na inimaginada população masculina bissexual que pratica o ambigualmente apelado “sexo promíscuo”...

EM BUSCA DA DIGNIDADE PERDIDA

Longe de mim pretender eximir o Estado da obrigação de exercer o papel – principal – do atendimento à saúde. É função imanente do governo. Mesmo nos Estados Unidos percebe-se, através das notícias veiculadas na imprensa, que a Sra. Hillary Clinton esforça-se por mudar, melhorando e ampliando, o envolvimento do governo com a assistência à saúde. Assim é em todo o mundo, hoje. Ao mesmo tempo em que o Estado tenta popularizar (ao subsidiar e empresariar) novas técnicas e recursos, pretendendo colocá-los à disposição da sociedade, usa como intermediário o médico. A matéria-prima utilizada para oferecer tais serviços é, inevitavelmente, o médico. Para exercer tal papel deveria exigir-se reciprocidade: trabalho adequado, remuneração pertinente. Para exigir-se, entretanto, é preciso ter personalidade, cabedal e dignidade.

Possui o médico brasileiro, na atualidade, semelhantes atributos? É a resposta, lamentavelmente, não! Proletarizado e com a dignidade esquecida, o médico submete-se às imposições do sistema, aceita subempregos e, humilhado, trabalhando em condições adversas, senão precárias, perde o auto-respeito e também o da sociedade.

Que caminhos percorreu a decadência?

A pedra fundamental da triste escalada foi assentada por Getúlio Vargas, “o pai dos pobres”, com a criação dos IAPS, na década de 30 que, aliás, prestaram bom serviço à Medicina, no Rio de Janeiro em particular. Consolidou-se a derrocada com a unificação da previdência, em 1968, ao descaracterizar os Institutos. A pá de cal veio em 1990 com a criação do SUS (Sistema Unificado de Saúde). A mistura do federal com o estadual e o municipal institucionalizou definitivamente o caos (salvo raras

exceções estaduais). As verbas mal distribuídas ou não repassadas estagnaram o sistema de saúde no país.

Paralelamente, enquanto se processava o aniquilamento da assistência médica oficial (dirigida? deliberada?) medrava, à sua sombra, a iniciativa dos seguros privados de pré-pagamento...

A Universidade, obviamente, fornecedora da matéria-prima, não poderia ficar de fora... Tinha que trazer a sua contribuição. E o fez. E com que eficiência...

* * *

Nos idos de 60 igualmente, D. Yolanda Costa e Silva, sensível ao apelo dos vestibulandos excedentes de medicina, não se fez de rogada. Instou com o seu marido presidente para multiplicar o número de Escolas Médicas. Só para exemplificar menciono o ocorrido no Rio de Janeiro onde tenho sido testemunha ocular e ativa dos acontecimentos. Possuíamos, no Estado, com tradição, quatro faculdades de medicina: Nacional de Medicina da Universidade do Brasil atual UFRJ; Ciências Médicas da atual UERJ; Hahnemaniana, hoje Escola Médica da Uni-Rio e a Fluminense, em Niterói, da UFF. Num passe de mágica ganhamos mais nove Escolas: Gama Filho, Souza Marques, Nova Iguaçu, Vassouras, Valença, Campos, Petrópolis, Teresópolis e Volta Redonda.

Graduavam-se, antigamente, cada ano, no Rio de Janeiro, cerca de 400 médicos. Com o advento das novas Faculdades esse número quintuplicou. Conclusão: em pouco tempo a procura (por empregos) tornou-se maior do que a oferta.

Para agravar ainda mais a situação, as sucessivas reformas universitárias fragmentaram a formação e superficializaram o ensino e o aprendizado. Exemplo: a disciplina de Obstetrícia na Escola de Medicina e Cirurgia, ao tempo do professor Jorge de Rezende, era lecionada em dois anos, no quinto e no sexto; o currículo atual das Faculdades atribui à matéria um mês apenas...

Nas provas de avaliação o texto discursivo foi substituído pelo teste de múltipla escolha. Tornou-se obsoleta a literatura, bastando adivinhar onde marcar o x.

O Catedrático virou professor Titular e, este, deixou de ser o principal da disciplina, vez que os Departamentos passaram a eleger, pelo voto, o seu chefe. Em nome da democracia destruiu-se a hierarquia. Conseqüência: os alunos perderam o referencial deixaram de ter em quem se espelhar e a quem respeitar. Paralelamente, e para finalizar, o país chegou ao que se vê! Sem limites, corrupto, violento, iconoclasta. A medicina aviltou-se, os médicos se proletarizaram.

Este Editorial é um libelo. Almejo que induza todos à reflexão.

O VERNÁCULO NA LITERATURA MÉDICA

E screvi, anos atrás, artigo intitulado “O vernáculo é importante para o médico” (*Carisma*, 2: 45, 1981) chamando atenção para o crescente descaso dos estudantes e dos médicos jovens com a língua portuguesa. Preocupava-me, então, a pobreza de vocabulário, o progressivo desconhecimento da ortografia e da sintaxe. Rodou o tempo, agravou-se a situação. Quando se pergunta aos esculápios o título dos últimos livros lidos ou o nome de seus autores favoritos é a resposta, quase invariavelmente, desalentadora. Nada leram nos últimos tempos e não têm autores prediletos...

Semelhantes comentários vêm a pelo a conta de recentes incidentes lingüísticos havidos com alunos do Serviço hospitalar em que labuto e da revisão de alguns prontuários médicos. Levando adiante tais reflexões, compulsei artigos de nossa própria *GO Atual* e analisei alguns textos ali contidos.

Não me permitiria criticar jamais os escritos dos autores que nos honram com as suas publicações e muito menos merecem eles reparos – salvo pelo excesso de abreviaturas e de siglas que empregam.

Idêntico pecado polui a literatura médica de língua inglesa, fato já sinalado em publicação de revista americana. A verdade é que, uma vez mais, copiamos os estrangeiros usando e abusando de siglas e abreviações.

É recomendação cediça que a sigla ao surgir no texto, deve ser precedida, por extenso, de seu significado. Por exemplo: rotura prematura de membranas (RPM). Preceito nem sempre obedecido.

Algumas siglas ganharam foro v. g., bcf, DBP, DHPN entre muitas outras. Há, entretanto, aquelas recém-criadas, até mesmo de uso individual algumas que, sem descrição prévia, são

absolutamente incompreensíveis, tornando o texto e sua leitura padecimento e adivinhação!

Transcrevo, a seguir, alguns exemplos pinçados da mencionada fonte. TVP = trombose venosa profunda; ITU = infecção do trato urinário; IV = instabilidade vesical. PAAF = punção aspirativa de agulha fina; QUART = quadrantectomia, esvaziamento axilar e radioterapia; TIU = transfusão intra-uterina; TIV = transfusão intravascular. Aparecem sem explicação no texto: ADH-símile KPTT AT III; CUF = curetagem uterina fracionada. Da patologia do sistema genital baixo extraem-se CIN (ou NIC?), VIN VAIN, PIN. Creio ser interminável a relação das siglas adotadas pelo escritor médico moderno, sendo dispensável a multiplicação de exemplos.

Iniciei o editorial mencionando que as reflexões aqui expressas originaram-se de incidentes lingüísticos e da revisão de prontuários médicos. É indispensável, portanto, para encerrar, que apresente as tais siglas que tanto me mobilizaram e me provocaram indignação. Ei-las: LOTE = lúcida, orientada no tempo e no espaço; AVAS = aspiração das vias aéreas superiores. E, para terminar, estas pérolas: AP ARA = aparelho pulmonar, ausência de ruídos adventícios; ACV RR 2T BNF que quer dizer: aparelho cardiovascular, ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas.

É trivial afirmar-se que médico não gosta de escrever, que os prontuários são o exemplo vivo da desídia que tangência a irresponsabilidade, porém, para escrever da maneira apresentada é melhor que se calem para sempre.

ABAIXO (UMA VEZ MAIS) A HIPOCRISIA

Na quarta-feira, 27 de julho de 1994, no Rio de Janeiro, a polícia interditou duas clínicas sob a alegação de praticarem aborto. Foi acionada a Delegacia de Defesa da Vida (DDV) pelo Ministério Público, após reportagem feita pela Rede Globo de Televisão sobre clínicas que fazem aborto.

Fato semelhante poderia ocorrer em qualquer capital (ou cidade?) do país, vez estar a prática do aborto ilegal tão enraizada ou oficializada como qualquer outra atividade comercial convencional.

Às vésperas da Conferência do Cairo (setembro, 94), na qual o Brasil assumirá posição liberal e vanguardeira (!) de permitir o aborto quando a gravidez resultar de estupro ou for a única alternativa para salvar a vida da gestante, verifica-se que quanto mais tudo muda, mais permanece a mesma coisa...

A análise da prática do aborto ilegal no Brasil revela, além de notícias eventuais nas páginas policiais da imprensa leiga, a mais completa e cabal hipocrisia da parte da sociedade e das autoridades constituídas.

Ao aproximarem-se as eleições presidenciais, candidatos e suas esposas timidamente ferem o assunto mas não se definem. Verifica-se, entretanto, iniludível tendência à descriminação do aborto, pelo menos daquele feito por motivos eugênicos, quando é o conceito o principal atingido.

Posições destemidas de alguns especialistas responsáveis, professores universitários, têm contribuído para atenuar o impacto de futuras possíveis decisões oficiais e têm valido a esses mesmos especialistas não poucos aborrecimentos e até processos judiciais. E eles só defendem o direito de interromper a gestação em que o conceito não tem condições de sobreviver ou apresenta alto risco de nascer com lesões invalidantes.

Longe de mim a intenção de fazer proselitismo do aborto ilegal ou proibido, mas não posso me furtar de chamar a atenção para a necessidade de evitar a gravidez indesejada e as suas conseqüências físicas e emocionais.

Nenhuma mulher em qualquer lugar da terra pratica o aborto com prazer ou alegria. Muito pelo contrário, sempre com sofrimento e dor. As minhas pacientes que decidem eventualmente abortar, alerto que o aborto, conquanto não deixe, pelo geral, seqüelas físicas, sempre afixa cicatriz na alma!


Para que a prática do aborto seja reduzida é indispensável começar agora, já, processo educativo, que se iniciará nos bancos escolares, prosseguirá nas universidades, nos ambulatórios, nos serviços hospitalares e se difundirá através de todos os meios de comunicação. É imprescindível colocar à disposição de todos, homens e mulheres em idade reprodutiva, informações e recursos contraceptivos. É preciso universalizar a ação do PAISM, multiplicar os centros de planejamento familiar e mobilizar a rede nacional do Inamps para engajá-la nessa cruzada.

No Brasil as coisas nem sempre acontecem como em outros países, haja vista que a significativa redução das taxas de natalidade não resultou de qualquer planejamento ou programa de controle da natalidade, más deveu-se à ação individual daqueles que sentiram na pele a necessidade de ter menos filhos para ter melhores perspectivas de vida.

A redução da taxa de natalidade entre nós também não fez diminuir a mortalidade materna e infantil, ainda um descalabro, nem nos trouxe o almejado desenvolvimento.

A questão do aborto e do planejamento familiar passa ainda pelo número expressivo e crescente de uniões instáveis e efêmeras. Torna-se comum e expressivo o número de mulheres que têm filhos de diversos companheiros muitas vezes, à custa disso, engrossando a fileira do menor abandonado.

Se tais mulheres tivessem recebido informações contraceptivas, provavelmente teriam deixado de ter tantos e indesejados filhos.



Precisamos reduzir, a prevalência da esterilização tubária, particularmente daquela feita como complemento da operação cesariana, medida que certamente reduziria a elevada incidência da cesárea, de cuja prática somos campeões mundiais.

Tantas boas intenções, tão elevados propósitos só poderão ser alcançados quando a profissão médica readquirir sua dignidade, quando a sociedade assumir ostensivamente a responsabilidade desses fatos, reais e verdadeiros, mas hipocritamente dissimulados.

A PROPÓSITO DA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DO CAIRO

A Conferência Internacional do Cairo, recém-concluída, sobre População e Desenvolvimento, reuniu representantes de 180 países, tendo a participação de 15 mil pessoas.

Não pode ser considerada reunião oficial de Estados, senão de representantes semi-informais dos Estados pertencentes ao corpo diplomático, e muitos integrantes extra-oficiais de Organizações Não-Governamentais (ONGs). Quer isso dizer que as decisões lá tomadas não influenciarão necessariamente as políticas oficiais dos países participantes.

A temática central do encontro não foi o aborto, como muitos representantes da imprensa brasileira deixaram entrever, e sim os direitos da mulher à saúde, educação e à igualdade aos seus parceiros do sexo masculino. Segundo os noticiários, a palavra de ordem foi “empowerment” feminino, referindo-se aos direitos acima aludidos.

Desde o início da década de 60, com o advento da contracepção hormonal e do feminismo, o mundo vem se rendendo e se submetendo ao poder das mulheres. Conquanto a tendência não seja universal é certamente ascendente e progressiva, passando necessariamente pela educação e saúde.

Pelos comentários entretanto, verifica-se ser a realidade global feminina bem diversa, ainda. Há graves e constrangedoras desigualdades no dizer da Dra. Nafiz Sadik, secretária da Conferência, afirmando que pelo menos 500 mulheres morrem diariamente em consequência de aborto e pelo menos 120 milhões de pessoas nos países pobres gostariam de ter acesso a recursos de planejamento familiar.

Fruto dessas discussões, surgiram recomendações enviadas a todos os países representados, o Brasil inclusive, para que viessem a adotar medidas educativas e sanitárias capazes de melhorar as

condições reprodutivas de suas mulheres. É a recomendação básica, evidentemente, a oficialização dos programas de planejamento familiar.

É, a rigor, difícil influenciar a política oficial do governo com recomendações. Do afirmado tenho recordações objetivas. Do Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia, por mim organizado quando presidente da Febrasgo, em 1975, emanaram recomendações sobre a descriminação do aborto, logo enviadas às autoridades competentes do Ministério da Saúde, à Comissão de Saúde da Câmara de Deputados e a diversas outras entidades, as quais mereceram, jamais, sequer a acusação de recebimento. Em outro conclave pretendeu-se influenciar o Inamps sugerindo a cobrança de honorários idênticos do parto normal e do cesáreo, como tentativa de reduzir a elevada incidência do parto operatório. Tudo em vão. Precisou assumir a superintendência desse órgão governamental o inesquecível José Granado Neiva, para só então introduzir este sistema de cobrança de honorários médicos. Pressionado por agências internacionais, o Ministério da Saúde, ainda na década de 70, elaborou o programa de prevenção da “Gestação de Alto Risco”, redigiu cartilha que distribuiu em todo o território nacional, e nada saiu do papel...

É pouco provável que, também agora, as recomendações da Conferência do Cairo, de institucionalizar o Planejamento Familiar e de ampliar-lhe o âmbito, incluindo a apoiada maternidade segura e a saúde reprodutiva, que prevê proteção à mulher que aborta, venham a influenciar a política sanitária do país.

Mas não podemos silenciar e meramente esperar a ação oficial. Precisamos pressioná-la, tentando influenciá-la. A fase atual do Ministério da Saúde deixa entrever boas perspectivas. Desde 1983, quando foi criado o PAISM (“Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher”, após dinâmica e memorável reunião científica promovida pela Unicamp, sob a presidência de José Aristodemo Pinotti, à qual também estive presente, que o Ministério vem implementando tais ações, muito embora um tanto regionalmente. É de prever-se que o trabalho atualmente

desenvolvido pelo Dr. Formiga Filho, ocupando a chefia do Serviço de Assistência à Saúde da Mulher, e por toda a sua equipe do Ministério da Saúde, seu devotamento aos programas de planejamento familiar, o amparo que vem emprestando às atividades científicas nesse setor e, principalmente, acreditando no desenvolvimento do PAISM, tornará possível aplicar às mulheres brasileiras as recomendações emanadas da Conferência Internacional do Cairo.

“O GIGANTISMO DOS CONGRESSOS MUNDIAIS”

O Congresso Mundial do Canadá (Montreal), realizado em setembro de 1994, reuniu cerca de 10 mil especialistas de quase todas as partes do mundo. O cenário e a organização estiveram perfeitos. Montreal é uma cidade encantadora, onde o velho e o novo se harmonizam à perfeição, oferecendo infra-estrutura de primeiro mundo, sem os inconvenientes da superpopulação (o país, com 9 mil km² de área, tem apenas 30 milhões de habitantes), sem o estresse da agitação efervescente da vida urbana. A cidade é calma, segura e a pobreza pouca. Em compensação, o frio...

O Centro de Convenções (“Palais des Congrès”) oferece instalações amplas, confortáveis e bem distribuídas (havia salas com capacidade para mais de mil pessoas).

Nesse requintado ambiente realizaram-se três conferências (uma delas pela Dra. Nafis Sadik, Diretora Executiva do Fundo de População das Nações Unidas, que tanto relevo teve na Conferência do Cairo) sobre o “Papel da Figo na melhoria dos padrões de saúde da mulher no século XXI”, 19 debates, 19 sessões plenárias, 40 seminários, 21 discussões informais (“meet-the-experts”), 120 sessões de temas livres, 52 de *posters*, 13 de vídeos e 17 reuniões patrocinadas pela indústria farmacêutica (11 sessões satélites e seis simpósios patrocinados).

Foi a casa Organon a indústria farmacêutica mais amplamente envolvida com o Congresso, patrocinando dois simpósios e uma sessão satélite, além de se haver responsabilizado pela confecção primorosa do programa oficial do Congresso e pelo aluguel da mais extensa área de exposição comercial e ofertado incontáveis brindes aos congressistas.

Os temas mais assiduamente tratados foram: câncer, 47 sessões, com especial ênfase ao câncer de ovário, da mama e à

associação HPV/CIN. menopausa, terapêutica de reposição hormonal e osteoporose, 19 sessões; cirurgia endoscópica, 15 sessões, sendo que, dos vídeos, seis em 13 versaram o tema; anticoncepção, 13 sessões e ultra-sonografia, nove. Praticamente todos os temas relacionados à Ginecologia e à Obstetrícia, notadamente os de cunho social foram tratados.

A delegação brasileira presente era uma das mais numerosas...

Já se disse alguma vez que Congresso é uma feira na qual se discute Medicina, eventualmente, passeia-se e se diverte, encontram-se velhos amigos e conhecidos e se fazem novos conhecimentos. Pois tudo isso aconteceu, e fartamente...

Longe de mim falar mal dos congressos gigantes como esse, e dos similares nacionais. Em realidade, entretanto, o comparecimento a esses conclaves pouco rendimento científico e profissional proporciona. As sessões são numerosas e simultâneas, os apresentadores nem sempre são o que há de melhor, a barreira da(s) língua(s) torna a compreensão nem sempre fácil e a transmissão muito menos. Conseqüentemente o lucro é muito pequeno para tanto investimento. Além do mais, a partir do terceiro dia de reunião, a freqüência cai vertiginosamente. Não é por outro motivo que a indústria farmacêutica realiza os seus simpósios nos três primeiros dias do conclave...

É a subespecialização, hoje, absoluta realidade, com seus méritos e defeitos. No Congresso do Canadá, à exceção do câncer, assunto predominante, os temas mais repetidamente enfocados foram menopausa, cirurgia endoscópica, anticoncepção e imagem, todos “possuidores” de sociedades especializadas. Tem evidenciado a experiência recente que tais temas tratados em congressos específicos proporcionam os mais entusiásticos e positivos resultados.

Em verdade são antigas tais reflexões, mas sempre se tornam atuais quando reeditamos a vivência e eu, devo admitir, sou inveterado reincidente e participante, por não faltar a congresso mundial desde 1976, quando realizado no México, além de haver contribuído com a organização de um, no Rio de Janeiro, em 1988.



1995

RAZÃO DE UMA EXISTÊNCIA

Em conversa recente com colega ilustre, dele ouvi o comentário: “Devo mais à medicina e aos pacientes do que eles a mim”, querendo assim mostrar-se mais gratificado pelo poder exercer a capacidade de curar, de sentir-se útil a seus semelhantes do que propriamente aos bons resultados obtidas com a sua ação e o reconhecimento pelo trabalho realizado.

Será esse o ânimo sincero que move atualmente os médicos no seu exercício profissional diário?

Medicina é arte e o poder de curar, magico! Tais misteres só podem ser exercidos por quem verdadeiramente ama o que faz; e só ama o que faz aquele que põe a alma, investe sentimentos e a vida para conseguir o que sonha.

Lamentavelmente, entretanto, essa chama sagrada está bruxuleante. O pragmatismo da hora que de nós foge automatizou o ser humano, seqüestrou boa parte de sua humanidade e estagnou a sua sensibilidade. Paralelamente a medicina-sacerdócio transmutou-se em medicina-operariado.

O médico está deixando (ou já deixou) de ser profissional liberal para ser obreiro da medicina. Exercendo sua nobre missão em condições tão adversas, sem reconhecimento, anonimamente e com remuneração indigna, é pouco provável sentir-se gratificado pelo que realiza. Em tais condições, a profissão torna-se um fardo, os pacientes inimigos e a vida uma tristeza...

Médico de vocação congênita, havendo exercido todo o durar da existência, exclusiva e plenamente a arte médica, sinto-me inteiramente à vontade para profligar o momento atual da profissão, a sua desumanização e robotização. Temo que, mantida a tendência atual poucos possam afirmar, ao fim de suas vidas, qual o poeta “confesso que vivi”.

MEDICINA: PROFISSÃO DE HOMEM OU DE MULHER?

Que a presença da mulher na Medicina vem progressivamente aumentando no mundo em geral e no Brasil em particular, ninguém questiona.

Restaria saber em que proporção.

Na tentativa de analisar numericamente a questão, usarei como parâmetro a prevalência de formandos dos dois sexos, em três faculdades de Medicina, do Rio de Janeiro, em três décadas distintas: Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ) (1954), Faculdade de Medicina de Vassouras (1979) e Faculdade de Medicina de Volta Redonda (1994).

Na primeira, em 1954, turma de 272 graduandos, havia 242 homens e 31 mulheres (11,3%); na segunda, em 1979, de 112 formandos havia 70 rapazes e 42 moças (37,5%) e na terceira, de Volta Redonda, em 1994, de 65, 34 eram homens e 31 mulheres (47,6%). Têm, as diferentes proporções, obviamente, significado estatístico relevante.

É a comprovação, pois, definitiva. Aumenta a participação das mulheres na força de trabalho médico. É a afirmação, em verdade, pequena parte de um todo, vez ficar inquestionavelmente demonstrado que a ascensão da presença feminina em todos os setores da atividade humana é uma realidade. A revista *Veja*, em publicação recente, citando fontes credenciadas, revelou que 23 milhões de mulheres brasileiras trabalham, representando 32% da força de trabalho no país. Os números correspondentes em outros países, da participação feminina no mercado de trabalho, são: Suécia 81,7%, Estados Unidos 66,5%, Japão 58,0% e México 22,8%, apenas para citar uns poucos.

Conquanto os números traduzam elevação de *status* da condição feminina, tal progresso longe está de ser universal e pacífico. Se recordarmos, com efeito, o que ainda ocorre na China,

teremos a exata noção do que refiro. Entrará em vigor, em junho do corrente ano de 1995, nesse país, a chamada Lei de Eugenia, que proíbe o diagnóstico antecipado (ultra-sonográfico) do sexo fetal, gravidez em casais com risco de enfermidades hereditárias e mais de um filho por casal. Sucede que a preferência pelo filho varão, na Sociedade china, e a política de um só filho por família motivou atos como abortos provocados de fetos do sexo feminino e, também, a morte por afogamento de recém-nascidos do sexo feminino. A proibição do exame ultra-sonográfico rotineiro visa a impedir o diagnóstico antenatal do sexo e, implicitamente, a interrupção da gravidez de feto do sexo feminino...

A Medicina, quando exercida por mulheres, a Tocoginecologia em particular, tem revelado aspectos singulares. Recente artigo publicado no *New England Medical Journal*, analisando e cotejando a qualidade do atendimento proporcionado por médicos de um e outro sexo, conclui que as médicas (mulheres) solicitam, com maior freqüência, exame citopatológico e mamografia do que os médicos (homens) do mesmo grupo etário. Tais diferenças se acentuam ainda mais quando se compara a atuação de internistas e médicos de família dos dois sexos.

O exercício da Medicina pela mulher, principalmente no Brasil, de infra-estrutura doméstica precária, exige multiplicada dedicação e esforço; particularmente quando tem filhos. Sabe-se, com efeito, que a carga adicional de trabalho de uma dona-de-casa corresponde (em horas) a 179 para cuidar dos filhos, 12,2 para cozinhar, outro tanto para arrumar a casa e para as compras habituais (Fonte: Legal & General, Inglaterra, 1993, op. cit. *Veja*). Se a esse tempo de atividades agregarmos 20 horas semanais dedicado à Medicina e levarmos em consideração a precária remuneração do emprego e as condições adversas em que ele é exercido, facilmente concluiremos que as mulheres são, de fato, heroínas e constituem, elas sim, o sexo forte.

UM MODELO A SER SEGUIDO

Não o econômico que ruiu: o de saúde, porém, sim! Refiro-me ao modelo mexicano de assistência médica. Lá são preenchidos os requisitos básicos assistenciais, tão perseguidos e jamais alcançados pelas autoridades sanitárias brasileiras: *universalização, hierarquização e regionalização*.

Tem o México população de aproximadamente 85 milhões de habitantes, distribuídos em área geográfica de quase dois milhões de km², sendo os seus habitantes majoritariamente urbanos (74,3%). 38% dos mexicanos têm entre 0 e 14 anos; 54,9% entre 15 e 59, constituindo os idosos (mais de 60 anos) 6,2%, consoante dados oficiais de 1990. A vida média das mulheres é de 73,1 anos, e elas representam 23,5% da mão-de-obra mexicana. Nesse país a região desenvolvida, rica, é a norte, havendo, porém, ainda muita pobreza, mesmo nessa área. Pois o México, tendo tantas deficiências, integrando o Terceiro Mundo, tem sistema sanitário de nos fazer corar de vergonha.

Em recente visita àquele país, convidados por Pathfinder para estudar localmente o sistema de saúde mexicano e o Planejamento Familiar, estivemos (quem escreve, Salvador Vieira de Souza, diretor da Maternidade Carmela Dutra, Hezir de Castro Marins, chefe do Serviço Social desta Instituição no Rio de Janeiro, e Balbina Pessoa, coordenadora de Projetos da Secretaria de Saúde da Bahia) em instituições de variados níveis, observando e aprendendo. Concluída a visita ao “Hospital de Especialidades N.º 23” (nível secundário), ao “Centro de Medicina Familiar” (nível primário), do Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) na cidade de Monterrey (Norte), ao “Hospital General Dr. Miguel Silva” (nível primário), da Secretaria de Saúde na cidade de Morelia (Estado Michoacán) e ao “Instituto Nacional de Perinatologia” (nível terciário), também vinculado ao IMSS, na cidade do México, verificamos que o exemplo deve ser seguido e é *exequível*.

Senão vejamos. *Universalização*: Todos os mexicanos, sem exceção, têm direito e acesso aos serviços de saúde, só que de modo hierarquizado. Os pobres, que nada têm, nada pagam e, por isso, são atendidos pelas instituições hospitalares ou ambulatoriais da Secretaria de Saúde. Os de alguma posse e mesmo as pessoas de nível social e econômico privilegiado se fazem atender nos serviços do IMSS e, para tanto, pagam. Não sei dizer a quantia que os assistidos do IMSS despendem mas será, certamente, proporcional à sua renda. Comprova-se a *regionalização* do atendimento pela distribuição geográfica dos centros de assistência primária (ou não). No Centro de Medicina Familiar visitado fomos mostrada a credencial que cada segurado tem que ter para ser ali atendido. No cartão de matrícula da unidade consta o endereço do paciente e a área geográfica a que pertence. Isto simplesmente significa que ninguém tem necessidade de se deslocar para sítios distantes para ser atendido. Na Maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, onde milito, situada no centro da cidade, 80% das grávidas que freqüentam os nossos ambulatórios provêm da Baixada Fluminense, sendo obrigadas a percorrer, de trem e(ou) de ônibus, mais de 50 km, na ida e na volta, cada vez que vão à consulta... Demais disso freqüentemente faltam à consulta pelo não dispor de dinheiro para pagar a passagem. Cruel sistema, o nosso...

Se nos recordarmos dos trabalhos de Papiernik realizados na França, em que analisa a prevalência de abortamento e de outras complicações obstétricas relacionadas aos longos deslocamentos da grávida para buscar atendimento clínico, facilmente nos convenceremos da impropriedade do nosso sistema.

Em recente conferência feita no Rio de Janeiro, sob o alto patrocínio da Direção do Instituto Pós-Graduação Médica Carlos Chagas, o secretário-geral do Ministério da Saúde dava-nos ciência das intenções do governo de universalizar, hierarquizar e regionalizar a assistência médica que, pelo momento, nada mais é que quimera.



O México caiu, lamentavelmente, em desgraça econômico-financeira; o seu sistema de saúde mantém-se, entretanto, exemplo a ser seguido.

Quem sabe, talvez, em futuro não muito remoto, quando acabarmos com a pobreza, a deseducação, a violência e a corrupção, entre muitas outras mazelas nacionais, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o SUS se transformarão em algo a ser imitado e do qual haveremos de nos orgulhar.

A CÉSAR O QUE É DE CÉSAR

Sendo do caráter dos grandes espíritos dizer muito em poucas palavras, os pequenos espíritos, ao contrário, têm o dom de muito falar e nada dizer.

La Rochefoucaud (1613-1680)

Escrevi, pouco tempo faz, nestas mesmas páginas, Editorial intitulado “Respeito ao autor brasileiro”, chamando atenção para o mau hábito dos articulistas nacionais de não citar os autores nativos cuja encorpada bibliografia sobre o tema que versam enriqueceu as letras científicas pátrias, nas diversas publicações científicas que aqui se editam.

Não havendo tido o reclamo qualquer ressonância, e considerando a perpetuidade do fato, volto à carga com a intenção de sensibilizar nossos escritores e induzi-los a se despojar da “xenofobia”...

A bem da verdade, não é exclusivamente tupiniquim a escamoteação. No mais recente volume do *Clinical Obstetrics and Gynecology* (38 {jan./março}: 3, 1995), artigo de Paul & Miller versando o “Non stress test” sinala: “Accessible information regarding fetal status on a combination basis arose during the late 1950s ... of fetal heart patterns by Hon and colleagues at Yale University. During the 1960s direct access to the fetal electrocardiogram... etc., etc. “The primary investigations of that era were the groups headed by Edward Hon and by Robert Caldero Barcia in Montevideo, Uruguay”. Ignoram os articulistas que, antes dos anos 50, Alvarez e Caldeyro-Barcia já haviam sistematizado o assunto, em língua portuguesa inclusive (*et pour cause...*), publicando extenso artigo em *Maternidade e Infância*, 13: 11, 1954.

Escrever, por exemplo, sobre câncer ginecológico no Brasil, notadamente de vulva, colo, endométrio e ovário, sem citar os maiores especialistas nacionais que fizeram e tornam ainda mais

frondosa a literatura sobre o tema, deve ser considerado crime de lesa majestade. Só para mencionar uns poucos: Fauzer Simão Abrão escreve sobre câncer de ovário desde 1980, tendo inúmeros trabalhos estampados em praticamente todas as revistas médicas da especialidade. Culminando essa dedicação, vem de apresentar o seu tratado e *Oncologia Genital e Mamária* (Roca, São Paulo, 1995). São não menos prolíficos, nesses assuntos, Jorge Saad Souen e Paschoal Martini Simões, raramente citados pelos articulistas nacionais.

Falar ou escrever sobre operação cesariana sem citar Jorge de Rezende é, pelo menos, um insulto ou falta de ética literária! Rezende versa o tema desde 1941, quando escreveu *Operação Cesariana Abdominal* (Casa do Livro, 1941), marco na literatura obstétrica nacional. Seguem, sobre o tópico, 23 artigos publicados em todas as revistas da especialidade, culminando com a 2.^a edição da sua *Operação Cesariana*, vinda à luz em 1992, pela Guanabara.

Anuncia-se congresso de “Patologia Vulvar” em Recife, no mês de junho. Analisando o programa científico, a exceção de alguns professores convidados, reais *experts* em suas áreas de atuação, onde a participação dos competentes?

Neoplasia Trofoblástica Gestacional é assunto de minha predileção, convívio diário e matéria de muitas publicações, assim no Brasil como no exterior. Predileção não só minha, mas de vários outros companheiros que integram a Sociedade Brasileira de NTG. Todos possuem expressivo número de publicações que, só raramente, são citadas por autores “não-trofoblastas”. Orgulho-me de haver escrito, partir de 1965, 19 trabalhos originais, três teses e incontáveis capítulos de livros dos mais diversos autores sobre NTG, mas o reconhecimento desse labor, através da citação, tem sido desprezível. Perfunctória revisão da literatura nacional de *Femina* e *RBGO*, para só analisar essas revistas, comprova o desprezo dos autores: Andrade *et al.*: Neoplasia trofoblástica pós-gravidez a termo. *RBGO*, nov./dez., 94; Giordano *et al.*: Coriocarcinoma em gravidez ectópica tubária. *RBGO*, março, 95; Costa: Coriocarcinoma não-metastático. *Femina*, março, 90;

Pinheiro: Esquema terapêutico alternativo (*EMACO*) para NTG de pobre diagnóstico. *Femina*, janeiro, 92 (circunstancialmente escreveu, na própria *Femina*, em março de 90, artigo sobre o mesmo tema, quase com o mesmo título).

Reconheço que ninguém é dono de qualquer assunto, tendo todos o direito e a liberdade de escrever sobre o que melhor lhe aprouver; não é justo, entretanto, ignorar com absoluta pertinácia a produção literária alheia, como se vissem, no trabalho alheio, provocação!

A PROPÓSITO DO 4.º ANIVERSÁRIO

A paternidade tardia, revelam amigos que a experimentaram, é mais completa, gostosa e gratificante. Há mais tempo para dedicar à cria, assim permitindo acompanhar a sua evolução e desenvolvimento; vê-la crescer, desabrochar, amadurecer.

É como me sinto em relação à *Ginecologia e Obstetrícia Atual*, ao vê-la completando o seu quarto ano de existência profícua, regular e ininterrupta.

Tem a revista, em verdade, dupla paternidade. É a primeira a de José Maria Melo, seu editor e mecenas das artes gráficas científicas, que decidiu criá-la em momento de procelosas condições econômicas nacionais, arrostando dificuldades, verdadeira situação de risco. A segunda é minha, que lhe emprestei todo o prestígio científico adquirido nos muitos anos carreira e de devoção à Ginecologia e Obstetrícia. Dessa *joint venture* resultou *GO Atual*, que singra, no momento atual “mar de almirante” em direção ao futuro e à excelência.

Existisse somente paternidade, a revista seria um partenogenoma e, portanto, não vitanda. Era preciso existir um órgão fertilizante, que lhe desse vida – a redação. Rigorosamente falando, é a redação o corpo e a alma da revista; sem a participação dessa harmoniosa equipe, liderada pela Dra. Angela Baptista, nada teríamos construído.

Ginecologia e Obstetrícia Atual completa, com este número, seu quarto ano editorial, fiel aos princípios que alardeamos em seu número inaugural, de focar questões essencialmente práticas e de prestar-se ao exercício da educação médica continuada.

Em julho/agosto de 1993, quando ainda éramos publicação bimestral (seis números anuais) e prometíamos mensalidade para o ano seguinte (1994) – que de fato cumprimos –, dizia que a

“estrada do sucesso é uma construção inacabada, permanente; é caminho a ser trilhado e não um fim a ser alcançado”. Pois continuamos fiéis a esse lema, sendo a nossa preocupação constante e prevalente a de oferecer aos leitores textos objetivos, informações práticas, de uso corrente e permanente.

Creditamos muito do êxito de *GO Atual* à sua regularidade, que se deve, e por sem dúvida, à constante preocupação de seu *staff* em cumprir o cronograma editorial que nos impusemos. Esta medida, entretanto, só se tornou possível graças à chegada regular e crescente dos trabalhos científicos, dando-nos a possibilidade de programar com a antecedência indispensável cada número da revista. É a confiança do autor brasileiro em sua revista que nos confere privilégio da pontualidade.

GO Atual alargou seus horizontes. Demais de alcançar todo o território nacional expandiu suas fronteiras. Em 1995, com efeito, estampamos dois trabalhos estrangeiros, um procedente da Polônia (Klimek) e outro da Espanha (Bonilla), ambos versando temas da maior relevância e atualidade.

CLÍNICA PRIVADA, CONVÊNIOS E SUS: É A MEDICINA A MESMA?

Tema por mim freqüentemente tratado com os alunos dos diversos cursos que leciono, diz respeito à qualidade do atendimento médico dispensado às pacientes de clínica privada, dos convênios de pré-pagamento e do SUS. Não exclusivamente em Obstetrícia e Ginecologia senão em todas as especialidades. Porém, para ficar somente naquela que ora nos diz respeito – a Tocologia –, farei os comentários que seguem.

Comecemos pelo pré-natal. Em “clínica” (chamarei “clínica” a particular, “convênio” a de pré-pagamento – seguro-saúde – e “ambulatório” a do SUS) é o atendimento personalizado, exclusivo e único. A paciente tem consulta de hora marcada, é recebida por recepcionistas polidamente educadas, elegantemente trajadas (embora nem sempre...) e, pelo médico, com honras, logo com ele (o “seu” médico) estabelecendo relação afetiva, de reciprocidade e até mesmo de cumplicidade. São-lhe dados os telefones da clínica, do médico (de casa e o celular) e freqüentemente, também, dos assistentes. Há, desta forma, cobertura integral, sentindo-se a paciente segura e confiante na assistência que lhe está sendo dispensada.

A consulta de “convênio”, conquanto também tenha horário pré-fixado é caracterizada, salvo raras exceções, pela pressa, vez que o médico precisa multiplicar o número de atendimentos para compensar a sua precária remuneração. O exame clínico e a anamnese são perfunctórios, do que resulta limitado conhecimento dos problemas e das necessidades da paciente. O relacionamento se estabelece em bases precárias (se é que se estabelece...), faltando aquelas peculiaridades acima apontada. Dar o número do telefone para ser importunado a horas e a desoras, nem pensar... Freqüentemente, desde o começo do atendimento, já foram

identificadas condições impeditivas do parto vaginal e a cesárea já então indicada.

No “ambulatório” é que o atendimento se torna dramático. Para conseguir a consulta há que chegar de madrugada, para obter a “senha”. Passada a primeira provação, irá a paciente se defrontar com funcionários e enfermeiras mal-humorados, descontentes com o emprego mal-remunerado, não raro havendo trabalhado à noite em outro local para completar o precário orçamento familiar. Tradicionalmente, na instituição, os médicos designados para a assistência pré-natal (ou ambulatorial) não são os mais competentes nem os mais experientes. Nos serviços universitários é o atendimento feito, em verdade, por residentes ou pós-graduandos, nem sempre contando com a supervisão de instrutores. Maioria das vezes a paciente não tem médico fixo, sendo atendida por quem estiver trabalhando no dia de seu retorno. O relacionamento médico-paciente, obviamente, não poderá ser estabelecido e a falta de referência gerará insegurança e desproteção. Quando o atendimento do SUS é feito por instituições credenciadas, isto é, aquelas que visam ao lucro, tão-somente, explorando a mão-de-obra.

Quando se analisa a assistência ao parto, as discrepâncias se acentuam ainda mais. Na “clínica” o parto é da família, pois dele participam marido, mãe, sogra e quem mais quiser. Tudo é festa! Demais, na atualidade, à exceção das naturalistas, a imensa maioria das mulheres não deseja sentir dor, impondo-se a analgesia do parto que é, hoje, preferentemente feita mediante bloqueio peridural. Para esse tipo de assistência a equipe médica deve estar constituída do obstetra, de um ou dois auxiliares, do anesthesiologista e do neonatologista. Para quem, como eu, dá preferência à via vaginal, a incidência de cesárea situa-se em derredor de 45%. Assim revela a experiência pessoal de 375 partos feitos nos últimos 15 anos. Nos “convênios” (e também na maioria das “clínicas”, no Brasil) a prevalência de cesárea atinge 80%, ou mais, motivada a cifra absurda pela pecúnia, comodidade ou ignorância. É o parto, não obstante, humanizado e realizado com analgesia. Nessa modalidade de atendimento tornou-se trivial a

cobrança de “taxa suplementar”, a título de ressarcimento pela insignificante remuneração do seguro...

No atendimento do SUS família não entra. A parturiente tem que ficar por sua conta e risco. A tocoanalgesia é eventual cumprindo-se à risca o preceito bíblico de parir com dor, muita dor... No Rio de Janeiro peregrinando, com frequência, pelos muitos hospitais e maternidades do Estado, do município e clínicas conveniadas. Os índices de cesárea são os atualmente aceitos, em derredor de 30%, mas as taxas de mortalidade e de morbidade perinatal exorbitam...

A indignância da maioria dos hospitais institucionais que atendem o SUS responsabiliza-se por situações de constrangimento explícito, tal a falta de lençóis para forrar a cama do pré-parto e a de campos esterilizados para cobrir a paciente na sala de partos, fatos por mim denunciados em passado recente, nesta mesma seção editorial.

Se quisesse, poderia me estender, apontando infindáveis distinções e exorcizando incontáveis práticas que perpetuam e sinalam as gritantes diferenças nesses três níveis assistenciais ora vigentes no país.

Há, pois, consoante descrevi, três distintas e irreconciliáveis modalidades de assistência obstétrica no Brasil permitindo afirmar-se que a assistência médica em clínica privada difere daquela dos convênios e, mais que tudo, daquela do SUS.

Resta a esperança que o país se desenvolva, o povo se eduque e a Medicina se uniformize; aspiração que, lamentavelmente, tudo faz crer, não se concretizará neste século ora findando.

ESTÁ ABERTA A TEMPORADA DE CAÇA... AOS MÉDICOS

Lembro-me, ainda, de tempos não tão remotos, em que o médico, amigo da família, era venerado, lembrado e consultado pelos mais diversos motivos. Exercia seu ministério com lisura, habilidade e altivez, sendo louvado e amado por isso, recebendo justa pecúnia, vivendo e praticando com dignidade o seu papel de profissional liberal.

Por motivos sobejamente conhecidos, e aqui reiteradamente expostos e analisados, o médico foi destituído ou, melhor dito, deixou-se destituir desse papel.

Iniciou-se a *débâcle* com a criação dos IAPS, no governo Vargas; aprofundou-se com a criação do Inamps e a multiplicação das escolas médicas (muitas de finais de semana); sedimentou-se com o nivelamento, por baixo, da assistência médica institucional e o surgimento dos convênios de pré-pagamento. Não será estranha à derrocada, também, a permissividade social e as transformações culturais havida no país, nos últimos 30 anos.

Na faculdade, no curso de formação, os professores, de “lentes” e “catedráticos”, transformaram-se em “titulares” e, logo, em nada. Em muitas escolas médicas o professor é, sequer, o chefe da disciplina ou o diretor do Serviço. Em conseqüência os alunos não tiveram mais em quem se espelhar, deixaram de ter o exemplo a seguir, acabando por perder a própria identidade. A aludida permissividade social protagonizou até a mudança da indumentária estudantil. Após banalizar a “roupa branca” – uniforme do médico –, passaram a vestir-se do modo ostensivamente informal: sandálias havaianas, camisetas, *shorts* ou bermudas.

Ao macaquearmos o sistema americano de testes de múltipla escolha nas provas de avaliação, induzimos os estudantes à estagnação cultural e anquilosamos suas mãos, que adquiriram eterna preguiça da escrita.

Todos que estamos envolvidos com educação médica sabemos ser deficiente a formação dos nossos profissionais. Dos oito mil médicos que se graduam cada ano, escassamente um terço consegue aprimorar conhecimentos em cursos de residência. Conclusão: o médico proletarizado, insuficientemente preparado, trabalhando em condições muito mais do que precárias, não pode exercer seu mister a contento. Estão criadas as condições para a desídia, a ação muitas vezes incompetente e a imperícia. Daí a crescente onda de indignação popular contra os médicos e a Medicina e o galopante aumento do número de processos por imperícia.

Permitiu-se, assim, à revista *IstoÉ* estampar na edição n.º 1.347, de 26 de julho pp., matéria intitulada “O doutor errou. E agora?”, na qual analisa situações que geraram processos contra médicos. Obviamente não pode prevalecer qualquer corporativismo na análise ou julgamento de situações estritas, vez que o compromisso das pessoas responsáveis é com a ética e a competência, mas não podemos deixar passar sem comentários críticos, o que tão acrememente e de modo por vezes deturpado, se divulga.

Segundo revela a reportagem, São Paulo e Rio de Janeiro são os recordistas de processos, 123 e 91, respectivamente, entre dezembro de 1989 e maio de 1995, dos quais resultaram apenas punições brandas. Referem que as falhas, formalmente divididas em *negligência*, *imperícia* ou *imprudência*, têm aumentado em parte por causa do degenerado sistema de saúde brasileiro, que não deixa de ser um consolo, o reconhecimento...

É, das especialidades, a mais visada, Obstetrícia e Ginecologia. Nos Estados Unidos, com efeito, a nossa especialidade aparece em primeiro lugar, em número de processos, com 16%, logo seguida da Anestesiologia 11%, da Cirurgia com 10% e da Pediatria e Clínica Geral com 7% cada. Outro fato assustador, e sempre em perspectiva neste hemisfério, é o seguro contra a imperícia. Ainda citando *IstoÉ*, “Os médicos com clínicas próprias nos Estados Unidos pagaram US\$ 15 mil em planos de

seguro contra erros em 1991. Esta quantia subiu para US\$ 20 mil em 1995. Por causa desses processos, as escolas de medicina formam cada vez menos obstetras e ginecologistas, uma vez que os alunos têm medo de se envolver com uma especialidade campeã de processos”. Não haverá, por trás da campanha difamatória atual, a intenção de instituir o tão cobiçado (pelas empresas seguradoras) seguro imperícia?

Ação não menos nefasta é exercida pela televisão. Raro o dia em que os noticiários de maior audiência deixam de divulgar algum fato desairoso relacionado à profissão médica. O que induz os ouvintes (e clientes certos ou potenciais) a se precaver contra o ato médico e os rábulas de porta de hospital (?) a se oferecer – e por que não? – e estimular eventuais queixosos a formalizar representação, nas delegacias policiais e nos Conselhos de Medicina, contra o ato julgado ominoso. Os médicos, além de despreparados, estão desprotegidos e totalmente à mercê da massa ensandecida e revoltada.

Agravando e deteriorando, ainda mais, a situação, surge o escândalo financeiro da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, obrigando o CREMERJ a abrir processo ético profissional contra diretores de hospitais envolvidos em compras irregulares e superfaturadas...

É por essas e por outras que o atual ministro da Saúde, Dr. Jatene, encontra a maior dificuldade em obter verbas adicionais para a sua pasta, temendo todos novos desfalques e a interminável malversação dos dinheiros públicos.

Confesso minha perplexidade diante desse *status quo*, desconhecendo a quem compete revertê-lo, mas é preciso que alguma coisa urgente seja feita. Talvez o reconhecimento, leia autocrítica, que estamos no caminho errado e que necessitamos retificá-lo. Deveríamos começar melhorando a qualidade do ensino médico e diminuindo o número anual de graduandos; restituindo aos professores autoridade e dignidade; instituindo, em caráter permanente, o ensino da ética no curso de formação; ampliando e universalizando a residência médica e valorizando o título de

The background of the page is a repeating pattern of stylized, light grey leaves. Each leaf contains a white silhouette of a human figure with arms raised in a 'V' shape, standing on a small base of wavy lines. The pattern is arranged in a grid across the entire page.

especialista; exigindo salários compatíveis e recusando trabalhar em condições inadequadas e, por fim, não se deixando explorar.

São esses, em verdade – reconheço –, aspectos menores da grande questão social que vivemos neste final de século. Enquanto não deixarmos de ser economia emergente; enquanto não nos tornarmos povo educado e enquanto não erradicarmos as gritantes diferenças sociais, a miséria e a corrupção, muito pouco poderá ser feito.

A PROPÓSITO DA “QUARTA CONFERÊNCIA MUNDIAL DA MULHER”

Consoante o censo demográfico decenal editado em 1994 pelo IBGE, referente ao período encerrado em 1991, é a superfície territorial do Brasil de 8.547.403,5 km² e sua população de 146.825.475 habitantes, dos quais 71.485.122 do sexo masculino e 74.340.353 do sexo feminino. Entre 1950 e 1991 ocorreram mudanças na distribuição proporcional das diversas faixas etárias, indicando que os brasileiros, homens e mulheres, aumentaram a sua expectativa de vida, tendência que se mostra crescente. Não obstante a pesquisa nacional de amostra por domicílio, feita anualmente, revelou que ainda temos fatia de aproximadamente 20% de analfabetos, e que somente 35,3% das casas têm rede geral de sanitários. Análise das causas de morte feminina mostra que entre 15 e 49 anos as complicações da gravidez, parto e puerpério ocupam o quarto lugar, superadas somente por doenças infecto-parasitárias, circulatórias e neoplasmas. Considerando que morte materna é, entre nós, subdeclarada, não seria surpreendente imaginar ser esta não a quarta, senão, talvez, primeira ou a segunda causa de morte feminina. Tendo em conta a limitada cobertura assistencial existente no país e o empobrecimento progressivo da população, a reflexão teria, ainda, maior verossimilhança.

Tais considerações introdutórias vêm a pelo à conta da “Quarta Conferência Mundial da Mulher”, organizada pela ONU, em Pequim, China – setembro de 1995.

Creio já haver deixado claro, pêlo teor de editoriais anteriores, que nos tornamos um povo carpideiro. Aceitamos com sublime resignação o empobrecimento, a violência, o roubo, a desonestidade e todos os mais aviltamentos e tudo o que fazemos

é clamar aos céus por melhor destino para as nossas existências. Onde a decisão, a revolta e a ação? O que de prático temos feito ou pretendemos fazer para modificar o *status quo*?

Ainda a propósito da Conferência de Pequim. São nobres os seus objetivos: “O que une esse grupo e milhares de outros que viajam a Pequim é o desejo de dirigir a atenção mundial às questões mais importantes para as mulheres, as crianças e as famílias: acesso a saúde, educação, empregos e crédito, a chance de desfrutar direitos humanos e legais básicos e a participação integral na vida política de seu próprio país”, declara a Sra. Clinton. D. Rut Cardoso, nossa primeira-dama, não afixa por menos e condena a discriminação às mulheres e o empobrecimento da condição feminina.

Enquanto isso nós, médicos, o que fazemos? Por acaso lutamos com veemência contra as más condições de trabalho? Insistimos no número excessivo de escolas médicas e na má qualidade do ensino dos cursos de formação? Pleiteamos, por acaso, a ampliação da cobertura assistencial, que poderia ser feita, nos moldes de alguns países latino-americanos, através da interiorização da Medicina? Num país como o nosso, que ainda cresce a taxas preocupantes, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, ao invés de pretender criar centros de excelência para tratamento da esterilidade conjugal involuntária, da hipertensão arterial na gravidez, da doença hemolítica perinatal, só para citar umas poucas, por que não discutimos e equacionamos o analfabetismo, não estimulamos e insistimos para descriminar o aborto, não tomamos iniciativas para melhorar a assistência médica e humanizar o atendimento?

A classe média está em extinção. Ou, pelo menos, está pagando a conta da estabilização da economia com o Plano Real dizem os periódicos. Pertencem à classe média, segundo a Ordem dos Economistas de São Paulo, os brasileiros com renda entre 10 e 40 salários mínimos mensais. Nela se incluem, senão todos, pelo menos 95% dos médicos em atividade no país. Sendo espécie em extinção e sem outras perspectivas, só poderá integrar a classe


imediatamente abaixo, que é a pobre. Pode o médico, empobrecido e proletarizado, exercer com dignidade o seu mister? Inserido nesse sistema cruel ele só tem duas alternativas: abandonar a profissão ou exercê-la com casuísmo, sem elã, humanismo ou devoção.

Nem tudo, entretanto, está perdido. Há, ainda, exemplos a serem seguidos, sendo o mais notável, a meu ver, o do Hospital Mater Dei, em Belo Horizonte.

Instituição privada, concebida e dirigida por José Salvador Silva, completada sua maioria, desde o início recrutou médicos jovens, treinou-os, tornando-os especialistas competentes, com estágio nos melhores centros mundiais, hoje irradiando doutrina, havendo se transformado em centro de referência nacional em Ginecologia e Obstetrícia. Nessa instituição, além do atendimento médico personalizado, valorizando o relacionamento médico-paciente, há constante preocupação com o bem-estar de seus funcionários, de todas as categorias, haja vista a recente criação do seu centro de recreação.

Em passado recente escrevi, nesta seção, que as sucessivas reformas universitárias desestruturaram a formação acadêmica, ao despersonalizarem o professor, retirando do aluno a possibilidade de ter em quem se espelhar, do exemplo a seguir. Não poderia ser mais pertinente, pois, para encerrar este e editorial, a cita de Drukker, do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Biologia Reprodutiva da Universidade Estadual de Michigan, Estados Unidos, ao proferir conferência de abertura no “62.º Encontro Anual da Associação Central de Obstetras e Ginecologistas” em Memphis, Tennessee, em outubro de 1994:

Atitudes positivas no dia-a-dia são cruciais. Refirme a afirmações positivas, à necessidade de estimular questionamentos, à demonstração de compaixão pessoal autêntica, à empatia no relacionamento com pacientes e à necessidade de viver a vida com atitude de esperança. As atitudes positivas são fundamentais, enquanto aquelas (atitudes) negativas, demonstradas por qualquer membro



do corpo docente, podem ser destrutivas. Consideremos o médico querelante, descuidado, aquele somente preocupado com a pecúnia, o infeliz e, mais que tudo, o médico carpideiro. Essas atitudes criarão, nos jovens estudantes, fundos sentimentos de insatisfação, de negatividade e de desilusão, relativamente à nossa especialidade.

O LIVRE DIREITO DE DECIDIR

Vê-se, o tocoginecólogo, não poucas vezes, diante do dilema de ouvir, aconselhar e orientar paciente que se apresenta à consulta, indesejadamente grávida, pretendendo ou decidida a interromper a gestação.

A conduta de cada um é questão de foro íntimo; a relevância do tema, entretanto, e as controvérsias que ele estimula, merecem reflexões. A bem da verdade, qualquer reflexão que se faça sobre o assunto, será sempre ao arrepio da lei e do código de ética vez que ambos, anacrônicos, só permitem a interrupção da gravidez quando (Art. 128 do Código Penal):

I – Não há outro meio de salvar a vida da gestante;

II – A gravidez resultar de estupro e o aborto é precedido de consentimento da gestante ou, quando incapaz, de seu representante legal.

Dizem respeito, lei e ética, à prática, não ao conselho, à orientação.

Sendo a filosofia médica natalista e, habitualmente preconceituosa quando não hipócrita, induz o clínico a adotar semelhante perfil e a eximir-se de analisar com a cliente o processo emocional social conjugal e sexual que a involuntária gravidez determina.

Partamos do pressuposto que só engravida quem quer. A contracepção adequada, exercida com convicção e responsabilidade, proporciona mínimos índices de falha. Assim, por exemplo, mulher jovem, solteira, não desejando gestar, recorrerá à anticoncepção hormonal e não omitirá a ingestão diária da pílula. Ao revés, as usuárias aos métodos de barreira (v. g. diafragma) que só os utilizam no suposto período fértil expõem-se, com grande probabilidade, ao risco da concepção. Inúmeras circunstâncias semelhantes serviriam para ilustrar o “jogo” que as mulheres fazem consigo próprias.

Pode ou deve o médico, sem relutância, simplesmente aceitar a decisão da paciente, limitando-se a comprovar a existência da prenhez? É sua obrigação tentar demovê-la da idéia de abortar ameaçando-a com os graves riscos e conseqüências do esvaziamento uterino? É antiético ou ilegal indicar à paciente o profissional que lhe irá fazer o aborto?

No limiar do século XXI, já consagrados os direitos da mulher ao uso do próprio corpo, asseguradas as suas prerrogativas sociais e pessoais nas Conferências do Cairo em 1993 e de Pequim em 1995, seria vã pretensão impor às mulheres nosso conceito e decisão. Estou convencido que o papel do médico, nesta como em outras situações aflitivas, de ambivalência, deve ser de solidariedade, de compreensão e nunca de julgamento ou condenação.

A questão do aborto no Brasil esta, efetivamente, longe de ser ou de se tornar pacífica. Recente polêmica publicada em jornal de grande circulação no Rio de Janeiro, entre Dom Lucas Moreira Neves, cardeal primaz do Brasil e presidente da CNBB e a deputada federal Sandra Starling (PT/MG), nos dá conta do fato. Pretende a deputada que o Sistema Único de Saúde (SUS) possa, mediante aprovação de Projeto de Lei, praticar o abortamento “exclusivamente nos casos previstos na lei (risco de vida eminente da gestante e estupro)” no que é veementemente contestada pelo Cardeal. Bem pouco tempo faz, também no Rio de Janeiro, clínicas ostensivamente públicas, dedicadas à prática do abortamento clandestino, foram invadidos pela polícia de costumes e temporariamente fechadas. É quase certo que a medida, repetida monotonamente de tempos em tempos, não visa à extinção da prática do aborto e sim ao aumento da contribuição às autoridades constituídas...

Devo declarar finalizando, não ser adepto da prática do aborto com fim contraceptivo ou demográfico mas não posso aceitar que nos finjamos de vestais, aceitando pacificamente o que a sociedade e os poderes constituídos nos impõem.



1996

HOMENAGEM A UM REVOLUCIONÁRIO

Os pouco ilustrados que me perdoem, mas cultura é fundamental. Parodio o poeta como forma de exortar os que me lêem a estimular aqueles que não lêem – a mim ou a ninguém – a se conceder o privilégio, tempo e vagarei para a feitura e encontrar prazer nos textos.

No dia 25 de novembro próximo passado comemorou-se o sesquicentenário do nascimento de Eça de Queiroz: um rebelde revolucionário e elegante renovador da língua portuguesa.

Eça, desde os tempos acadêmicos de Coimbra, mostrou-se inconformado com a estagnação literária, cultural e social de Portugal, merecendo de algum de seus apreciadores o comentário que segue: “Eça, a cujos olhos ávidos de renovação, tudo se ia na mesma voragem regressiva – os costumes e as instituições, à tradição e o caráter, a religião, a língua, a raça. A inércia era o signo sob o qual se processava a deterioração, a decomposição de tudo”.

Tem, o mais lido e famoso escritor da língua portuguesa do século passado, tudo a ver com a nossa especialidade. Com efeito, o primeiro de seus romances – “O crime do padre Amaro” –, escrito em 1871 e publicado em 1874, enfoca, severamente criticando, a infundável e sempre polêmica questão do aborto e da prevaricação. No livro, a pobre heroína Amelinha, vítima da lúbrica paixão de Amaro, vê-se por ele seduzida. E como resistir à sedução do padre que lhe escreve bilhetes inflamados, dos quais vale como exemplo o trecho que reproduzo: *Deve ter compreendido que lhe voto um fervente afecto, e pela sua parte me parece, (se não me enganam esses olhos que são os faróis da minha vida, e como a estrela do navegante) que também tu, minha Ameliazinha, tens inclinação por quem tanto te adora.* Montada a farsa e cumprida a sedução, não há como perpetrar o aborto nas longínquas serranias do campo;

a gravidez prossegue e, alcançado o termo, a boa Amélia dá à luz de parto normal, em casa, assistida pelo doutor Gouveia, porém, à falta assistência pré-natal, sucumbe às reiteradas convulsões eclâmpticas. Perfeito, completo e *atualíssimo* drama obstétrico.

Além dai fortes camaradagens/amizades masculinas entre seus personagens, Eça cria salientes figuras femininas, quase sempre, de resto, marcadas pela tragédia. Destas, a que mais relevo teve foi a Genoveva da “Tragédia da Rua das Flores”, livro que serviu de ensaio do seu mais conhecido livro *Os Maias*, onde a heroína chama-se Maria Eduarda.

A primeira edição d’*Os Maias* data de 1888 e o romance trata da aristocracia e da alta burguesia urbanas. Neste livro, Carlos da Maia (Victor, na “Tragédia da Rua das Flores), médico, formoso, elegante, rico e *blasé*, apaixona-se por Maria Eduarda, a mais fascinante figura feminina de toda a obra eciana, pela sua beleza, inteligência e cultura: *uma deusa, uma senhora alta, loura, com um esplendor de carnação ebúrnea*. O amor, conclui Carlos da Maia (deixa entrever o autor), é uma ilusão, pois Maria Eduarda passa a ser vista – o seu corpo –, como era na realidade: “Fora primeiramente aquele aroma que a envolvia (...) o excitava tanto outrora, o impaciententava agora. *Fora depois aquele corpo dela, adorado sempre como um mármore ideal, que de repente lhe aparecera, como era na sua realidade, forte demais, musculoso, de grossos membros de amazona bárbara, com todas as belezas copiosas do animal do prazer*. Sucede que (e aí se inicia a tragédia) Carlos e Maria Eduarda, sem o saberem, eram irmãos, filhos dos mesmíssimos pai e mãe. Tal amor incestuoso, uma vez identificado pelo avô zeloso de Carlos (Afonso de Maia), exige uma reparação, que só poderá ser resgatada pela morte. E assim Maria Eduarda se suicida, atirando-se do segundo andar da casa em que fora instalada por seu ardente amante (e irmão!).

Finalizo, para justificar a homenagem que de coração faço ao mais ilustre, conhecido e famoso escritor da língua portuguesa do século XIX, que tantas raízes criou no Brasil, chegando mesmo a se apaixonar pelo nosso país, sem contudo jamais havê-lo

visitado, conhecendo-o, porém, profundamente, através dos olhos e da palavra incandescente daquele que foi um de seus melhores e mais afetuosos amigos, Eduardo Prado, transcrevendo comentários a seu respeito tecidos por várias pessoas em épocas diversas: *Eça de Queiroz – rebento novo e mais lídimo dessa progenie monstruosa em que culminam divinamente, com raízes eternas no vasto solo de gregos e latinos, Shakespeare, Cervantes, Voltaire, Rabelais, Goethe, Balzac – foi o primeiro e único escriptor portuguez que, simplesmente com os seus livros conseguiu internacionalizar Portugal.*

Mais adiante:

Eça de Queiroz, o creador supremo, veio revelar à literatura portugueza o segredo das cousas eternas. Elle é o artista por excellencia. E o creador do romance portuguez, o romance de caracteres, como Balzac é o grande renovador de processos no romance francez”. E, para concluir: “Se fosse possível destacar das obras primas de Eça de Queiroz uma única obra prima, em que todas as outras se resumam e condensem, esta seria, forcosamente, a Ilustre Casa de Ramires. Este livro é o mais bello monumento da língua portugueza, nos ultimos tempos: é um Lusiadas em prosa, é o poema limpido e sonoro do decahido Portugal contemporaneo em contraste com o poderoso Portugal medievo.

O GOVERNO POR QUEM É?

Os recentes e vergonhosos acontecimentos ocorridos no Rio de Janeiro, mais precisamente na Zona Oeste, na emergência do Hospital Albert Schweitzer, onde uma mulher veio a falecer por falta de assistência médica, exige profunda e circunstanciada reflexão.

Mereceu a ocorrência publicação, no *Jornal do Brasil*, do Rio de Janeiro, de duas crônicas – uma do presidente do Sindicato dos Médicos e, outra, de um médico do Estado, membro das organizações “Médicos Sem Fronteiras” e “Anjos do asfalto”. A primeira apontando e responsabilizando o Estado... “que esqueceu suas promessas eleitorais de colocar a saúde como uma de suas prioridades e manteve a política de abandono dos nossos hospitais e continuou pagando os piores salários de toda a administração direta para os profissionais da saúde”. A segunda invectivando médicos e enfermeiras pela omissão de socorro, concluindo envergonhar-se e sentir tristeza desta medicina e destes médicos (*sic*).

Ambos os comentários – ponderações e acusações – são pertinentes, constituindo parte do elenco das sovadas recriminações que se vêm fazendo, nos últimos tempos, à medicina e às instituições a ela ligadas.

As autoridades competentes e a imprensa em geral, a televisão em particular, exigiram a punição dos médicos faltosos, aproveitando a oportunidade para invectivar a medicina e aviltar os médicos. No episódio em questão, entretanto, não havia a quem punir, vez que os faltosos, de fato, já se haviam demitido do serviço público há mais de um mês, circunstância supostamente desconhecida da Secretaria de Saúde e que lhe serviu de escárnio.

Tenho reiterado – *ad nauseam* – que o governo – o atual e os passados – não está interessado na qualidade e sim na quantidade do atendimento e, por isso, dele nada se deve esperar. A decisão

de mudar, de tomar iniciativas, teria de ser nossa, de nós médicos, como pessoas e como instituição.


Quero, um vez mais, justificar tal ponto de vista e, para tanto, cito dois exemplos. Um na própria área médica e, outro, tomado de empréstimo aos advogados.

Diz respeito, o primeiro, à Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Como conseguiu esta associação impor o valor do honorário que os seus filiados cobram de seus assistidos; por que estes especialistas não se submetem às imposições do governo, companhias de seguro e dos convênios? Só existe uma explicação: a força da coesão e a ação coletiva.

A OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) influencia a vida inteira da nação. Nenhuma lei, nenhuma reforma jurídica, nenhuma injustiça (ou justiça) é perpetrada sem que a OAB interfira, seja ouvida ou consultada. Seus dirigentes falam de igual para igual com as maiores autoridades do país e o seu comando se estende a todos os profissionais de Direito. A OAB é o que deveria ser a Associação Médica Brasileira ou o Conselho Federal (Regional?) de medicina. Tenho por certo que a Ordem dos Advogados jamais permitiria que os seus associados recebessem o indigente salário de 160 reais, conforme é atualmente atribuído aos médicos do Rio de Janeiro.

Enquanto isso, bem ao revés, os médicos, a medicina e as suas instituições mantêm-se subjugados e humilhados, sem voz e sem poder. Quando chegará a hora de dar um basta a tudo isso? Para alcançarmos esse objetivo é preciso que surjam lideranças fortes e atuantes, capazes de fazer sentir aos esculápios que só a união faz a força, para tomar decisões e operar mudanças.

Lamentavelmente, entretanto, essa proposição é pequena demais e insuficiente. A mudança tem que ser radical começando e se processando na origem – na Faculdade: reduzindo o número de escolas médicas, reformando e atualizando o currículo, disciplinando, estimulando e remunerando condignamente a atividade docente, entre muitas outras coisas.



Enquanto as modificações não chegam, não podemos ficar de braços cruzados. Cada um em seu setor de atuação deve profligar o conformismo, a inanidade e, acima de tudo, agir. A ação deve ser consciente, coletiva, enérgica, ética, nunca omitindo o objetivo básico da profissão que é o respeito e o atendimento ao paciente.

AS SOCIEDADES MÉDICAS E A SAÚDE NO BRASIL

Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade: assim a define a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Consoante a mesma Organização, a Saúde é direito de todo cidadão e um dever do Estado. Para alcançar tais objetivos é necessário que a assistência médica seja universal, regional e hierarquizada.

No sofrido Brasil do presente, como é a assistência médica prestada?

Com a extinção do Inamps e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Artigo 198 da Constituição, regulamentado pela Lei Orgânica n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990), implantado a partir de 1991, a responsabilidade pelo atendimento de praticamente 80% a população brasileira ficou a seu cargo. Cerca de 20% de nossos compatriotas, de maior poder aquisitivo, recorrem aos convênios (seguros-saúde de pré-pagamento: Amil, Unimed, Golden Cross, etc.); 1% dos brasileiros, talvez, ainda buscam assistência nos consultórios particulares (embora se hospitalizem, quando necessário, sistematicamente, utilizando o convênio...). São Paulo, sob o prefeito Paulo Maluf inovou criando o PAS (Plano de Assistência à Saúde), altamente controverso em seu âmbito e intenções; no Rio de Janeiro, de modo semelhante, criou-se Cooperativa (?) para gerenciar e fazer funcionar o Hospital Lourenço Jorge, na Barra da Tijuca, unidade criada pela prefeitura para atender às emergências da cidade.

Neste contexto nos inserimos, para prestar a indispensável assistência médica.

O sistema público, previdenciário, vale dizer SUS, utiliza serviços e hospitais, assim próprios como conveniados. Nos seus

próprios mantém quadro de funcionários permanentes, com remuneração fixa e, quase sempre, irrisória. Nos hospitais conveniados dá-se a remuneração por serviços prestados que, como se sabe, mercê da desonestidade nacional, é, de hábito, superfaturada.

No atendimento conveniado o paciente tem direito de escolher livremente o médico que desejar – desde que ele seja credenciado! Vai por terra a pretensa universalização... A remuneração é a que se sabe! Pífia e feita muitas semanas após. Resta-lhe, em compensação, sem custos adicionais, o direito de realizar todos os exames que o médico julgar necessários. Ocorrem, desta forma, mais uma vez, os excessos. Festival desnecessário de exames, onerando injustamente o sistema de saúde. Não se omite, neste passo, também, a desonestidade das empresas, excluindo do atendimento algumas doenças crônicas e, outras, nem tanto. Sem contar que a grande maioria das urgências é dirigida aos hospitais públicos e, portanto, do SUS.

A clínica privada, em extinção, é privilégio de 1% – a elite – que ainda pode pagar consultas aos grandes médicos – também ínfima minoria – que não se renderam ao sistema e teimam em sobreviver como profissionais liberais. Essa elite também recorre aos planos de saúde para fazer exames ancilares e para hospitalizar-se, quando necessário. As urgências da elite são igualmente atendidas nos Hospitais de Pronto-Socorro, do Estado ou do Município, vale dizer do SUS. Sobre as cooperativas não me manifesto neste texto.

Eis o retrato caótico – deliberadamente caótico (?) – da assistência médica no Brasil. O que devem, ou podem fazer as sociedades médicas para reverter esse quadro?

Qualquer tentativa das Sociedades Médicas de influenciar o comportamento e a ação médica, passará, obrigatoriamente, pelas seguintes etapas:

- *Reforma do currículo universitário* para adequar o futuro esculápio às necessidades do momento – do país e da Medicina.
- *Ética e defesa profissional* visando esculpir o estudante para os embates futuros, preparando-o para enfrentar as contravenções dos dias atuais, as desídias, tentando incutir-lhe, acima de tudo, humanidade e afeição pela espécie humana, pela qual, em última análise, ele será responsável.
- *União em torno das Sociedades Médicas representativas.* Todos os médicos deveriam filiar-se às suas respectivas Sociedades especializadas, unindo esforços para ter voz ativa. Fortalecer a Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Lamentavelmente, no presente, a ação das entidades médicas é indireta – só pode ser exercida por pressão sobre as autoridades constituídas – e, sabemos, só a união faz a força.
- *Combate aos exploradores dos serviços médicos e, ao mesmo tempo, desobediência civil.* Não creio que, sem ação drástica, consiga-se qualquer coisa. Temos que nos rebelar contra os intermediários dos serviços de saúde que lucram com o trabalho médico. A solução seria a desfiliação universal, geral e irrestrita dos médicos de todo e qualquer plano de saúde e, por que não, do Estado, também? O exemplo que nos é dado pela Sociedade de Anestesiologia é dos mais expressivos. Entre outras realizações fundou, em 1987 a sua cooperativa – “Coopanest” – que realiza contratos com empresas, fornecendo “guias” da própria cooperativa para cobrança de honorários, suprimindo, desta forma, a intermediação do convênio.
- *Estimular e regionalizar o sistema de Educação Médica Continuada.* Há de haver um órgão, ligado às Sociedades

Especializadas, destinado a coordenar conclaves, eventos, cursos e demais atividades científicas, regionalizando-as para atrair o maior número de médicos, que teriam, assim, a possibilidade de reciclar-se periodicamente. As Sociedades Médicas terão de criar, igualmente, sistema de avaliação permanente de conhecimentos, a fim de assegurar e aprimorar a qualidade técnica e profissional de seus associados.

- *Ampliar e facilitar o acesso às residências médicas.* Somos, no Brasil, hoje, cerca de 220 mil médicos e, no ano 2000, provavelmente, 260 mil. Talvez dez por cento dos médicos que se graduam cada ano têm acesso aos cursos de residência médica, principal forma de implementar conhecimentos e experiência profissional melhorando a latente formação universitária. É dever das Sociedades Médicas envidar esforços e induzir as instituições a aumentar o número de vagas anualmente disponíveis. O *Jornal da AMB* (Jamb), muito a propósito, estigmatizou a recente criação da nova Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), em Canoas, Rio Grande do Sul que melhor faria se oferecesse cursos de pós-graduação e ampla residência médica, no Sul do país.

Seria muito procedente, ainda, que as Sociedades Médicas pugnassem por melhor e mais digna remuneração para todos; que pressionassem as instituições para melhorar as condições de trabalho; estimulassem o bom relacionamento médico-paciente-população; criassem sistema de auditoria e de defesa profissional e, finalmente, vigiassem, opinando e criticando as ações governamentais.

Devo melancolicamente concluir, entretanto, que tudo o que propuz só será exequível se o país disser não ao neoliberalismo que pretende globalizar a economia, fazendo concessões sem contrapartida ao capital privado e ao financeiro, escancarando a pátria à cupidez dos capitais internacionais; *fizer investimentos tecnológicos e educacionais, reforma agrária e regulação econômica.*

LÁ, COMO CÁ...!

De recente “Presidential Address”, estampado no *Obstetrics & Gynecology* – a revista verde americana da especialidade –, pincei e extraí alguns trechos que a seguir transcrevo.

“A necessidade mais crítica da tocoginecologia é a de lideranças emergentes para planejar o presente e o futuro da assistência à saúde da mulher”.

“Qual o grau de consciência que temos da ameaça à nossa sobrevivência como médicos e como profissionais?”

“A mídia não se mostra apenas rápida em divulgar atitudes negativas em relação a nós, mas parece, mesmo, empenhada em promovê-las. Artigos, reportagens de televisão, relatos, filmes e livros acerca dos ‘problemas’ e das ‘crises’ (destaques do autor) na medicina afetam a profissão como um todo”.

“A nossa independência profissional foi conseguida com muita luta e competitividade. Para readquiri-la devemos desafiar o governo e as corporações de seguro saúde, cuja ação proporcionou generalismos, coletivismo e lucros sem precedentes para seus acionistas. Conduzida mediante algoritmos de custos, o ‘negócio’ (destaque do autor) saúde cresceu de modo obscuro. O *Wall Street Journal* (21 de dezembro de 1994) comentou que as organizações que se dedicam a cuidar de saúde são ‘máquinas de fazer dinheiro’ que ‘*acumulam bilhões de dólares*’... *mas não sabem o que fazer com eles*” (mais destaques do autor).

“Da sua torre de marfim as autoridades médicas prevêm a morte de nossa profissão porque perdemos o controle de nossas instituições para grupos não-médicos”.

“Obstetras e ginecólogos acostumados a decidir quando, onde e como devem atender suas pacientes são, agora, dirigidos por gurus da mídia, funcionários de convênios e lobistas públicos”.

Seguem muitas outras advertências, sempre no mesmo tom – pungentes, atuais e alarmantes.

Tais comentários – notem bem – são originários da *matriz*, dos Estados Unidos, de onde tudo copiamos e imitamos, mas caem como luva à nossa presente realidade. A tônica de meus últimos editoriais, dos jornais médicos (Jamb, Cremerj, Edição Médica e tantos outros), é rigorosamente a mesma. Exibe-se, por fim, a indignação médica universal com o rumo deturpado que deram à nossa profissão.

Em publicação recente no seu jornal o Cremerj se rebela contra a imanência de suas atribuições e âmbito. Pretende o órgão deixar de ser tão-somente disciplinador e juiz dos médicos para se tornar o paladino da reconquista da dignidade, independência e prestígio da categoria.

A AMB está em busca de solução para o impasse em que nos meteram, assumindo, na qualidade de representante máximo dos médicos, o papel de catalisador das reformas urgentes e inevitáveis que se impõem.

Nesta mesma tribuna em que labuto e clamo, em editorial recente, preguei a “desobediência generalizada, irrestrita e irreversível” como forma de enfrentar o “dragão” (governo e convênios) que nos submete e oprime.

Nós, enquanto ginecologistas e obstetras, temos que nos unir, agrupar em torno das sociedades especializadas e nos transformarmos em “lobistas” de nós próprios para, só assim, impor nossas reivindicações e direitos.

Fico sabendo que, em boa hora, começam a surgir iniciativas inovadoras, tais como as cooperativas do Ceará, Pernambuco, Pará e Minas Gerais ligadas, todas, direta ou indiretamente, às Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia respectivas. Caberá à Federação, adiante, aglutinar todas essas forças e, em uníssono, dar-lhe o relevo e a importância indispensáveis.

Não basta, para nós, mudar apenas o modo de pensar; devemos – é imperativo – modificar, também, a maneira de agir, e tais modificações devem ser imediatas e drásticas.

UMA CAMPANHA ALEGRE

Retorno ao bom Eça (de Queiroz) para tomar-lhe de empréstimo o título que encima estas linhas. No livro do grande romancista estão contidas as “farpas” – publicações jornalísticas – com as quais, em associação com Ramalho Ortigão, fustigava, ironizando, Portugal e suas instituições, seus costumes, hábitos e velhacarias.

Este Editorial é uma tentativa de arremedo tendo os médicos e as suas instituições como protagonistas.

O ensino. É preciso assumir, de uma vez for todas, que o ensino médico no país tornou-se caótico. Começando pelos professores. Quando se tenta relacionar os titulares (professor de terceira classe é o seu epíteto atual) das diversas – muitas – escolas de medicina esbarra-se em obstáculo quase intransponível. De muitos ninguém sabe o nome a não ser, talvez, a secretaria da própria escola... Quer isso dizer que eles nenhum relevo têm e que são, provavelmente, biônicos ou então escolhidos em concurso de compadrio. Demais o número de disciplinas sem titulares revela a displicência da entidade ou a falta de interesse de quem queira ocupá-las. Não admira, vez os míseros salários atribuídos aos professores, é absolutamente desestimulante. Aludi, em passado recente, que em diversas faculdades, o titular deixou de ser o chefe da disciplina, levando à completa subversão a hierarquia universitária.

O alunato não deixou por menos emprestando sua colaboração através da indumentária, da irreverência e da indisciplina. A bem da verdade a revolução estudantil começa, agora cedo – no curso secundário. Reportagem recente da *Revista Veja* analisa o desempenho dos jovens, revelando o comportamento quase marginal de muitos deles. Na data em que escrevo (19 de junho) – noticiam os jornais – em dois colégios da Barra da Tijuca, “garotos” soltaram bombas na sala de aula, causando danos materiais e sérias queimaduras em diversas pessoas. Cinco alunos foram expulsos.

A ética. Criados nesse clima inóspito, em que a ética não é praticamente ensinada ou discutida, o jovem universitário passa ao largo das questões que representam o bem e o mal; uma vez graduado, entrando no competitivo mercado de trabalho, mostra-se totalmente despreparado, incapaz, muita vez, de manter a conduta ilibada que as situações clínicas estão a exigir.

Pinço, ao acaso, para salientar o despreparo ético do médico exemplo dos mais triviais, que deve ocorrer em qualquer centro de atendimento obstétrico do SUS.

Eis a cena:

- Paciente (aos 25 anos, na terceira gestação): Doutor, não quero ter mais filhos; quero ligar as trompas.
- Médico (jovem, percebendo salário vil em dois empregos): Minha senhora, neste serviço não se liga trompas em mulheres jovens. Seu parto será normal e a senhora deverá procurar, depois, um centro de planejamento familiar.
- Paciente: Não adianta doutor. Já tentei vários métodos. Quero mesmo ligar as trompas. Mas se eu pagar, o senhor pode me ajudar?
- Médico (sussurrante): Bem, assim muda de figura... Aqui cobra-se setecentos e cinquenta reais pela ligadura, por causa da cesárea...
- Paciente: Mas doutor, não tenho esse dinheiro todo!
- Médico: De quanto a senhora dispõe?
- Paciente: Só tenho duzentos reais.
- Médico: Então está feito e não se fala mais nisso...


Educação continuada. Há muita gente que gostaria de dizer: *é terminantemente proibido ensinar qualquer coisa fora dos bancos universitários ou das instituições, mais vedado ainda – crime (quase) inafiançável – é organizar ou promover eventos científicos com o fim de educação continuada, que não sejam chancelados por entidades oficiais.* Tão asinino raciocínio só poderia caber em mentes tacanhas e despeitadas. Se reiteradamente insistimos que a formação do médico é deficiente, e com esta proposta concordam 99% do pessoal responsável pela educação, qualquer tentativa de ensinar, de atualizar conhecimentos deveria ser bem-vinda, particularmente quando o processo educativo é levado ao próprio lugar de atuação do médico.

É evidente que este papel relevante cabe, prioritariamente, às entidades médicas e dessa prerrogativa não se pode abrir mão; a ninguém, entretanto, é concedido o direito de proibir ou de criticar, sob qualquer pretexto (principalmente eleitoral...) iniciativas visando a elevar o nível de conhecimento de nossos colegas através de cursos de educação médica continuada.

O poder. O poder é doce mas... corrompe. Mesmo assim e, talvez, por isso mesmo, ninguém quer perdê-lo. Ao poder sacrificam convicções pessoais, preceitos científicos e, alguns, até mesmo a própria honra e dignidade... Vez por outra fica-se sabendo de ardis jurídicos preparados por facções para perpetuar um grupo no poder, nem sempre com os resultados (por eles) almejados e esperados.

A criação de novas associações, freqüentemente redundantes, visam à tentativa de monopolizar algum segmento da propedêutica ou da terapêutica que envolva recursos pecuniários e, por extensão, prestígio e poder. Pelo geral é a indústria farmacêutica que tentam seduzir... Falo destas questões com o saber de experiência feito, pelo já haver ocupado praticamente todos os cargos dirigentes associativos da especialidade, no Rio de Janeiro, no Brasil e no Mundo.

Todas as considerações até agora feitas a respeito do poder e de privilégios, tornam-se irrelevantes quando se analisa o que



ocorre na alta esfera do poder no país. Nossos ilustres deputados, sem a menor cerimônia ou vergonha se recusam a aprovar qualquer matéria que beneficie o povo que os elegeu mas, bem ao contrário, só se preocupam de preservar seus ignominiosos benefícios e privilégios, tal a aposentadoria após servir (!) oito anos na câmara.

Se as “farpas” de uma Campanha Alegre, de Eça e de Ortigão não lograram mudar Portugal do século XIX deixaram, pelo menos, páginas memoráveis de literatura; este editorial que melhor se intitularia “Uma Campanha Triste”, além de não causar – provavelmente – qualquer comoção registrará, tão-somente, as aspirações profissionais e as limitações literárias do editor.

GO ATUAL EM SEU PRIMEIRO LUSTRO

Cinco anos são passados desde o número inicial da *Revista* e, ela, para se firmar, mantendo o padrão de qualidade sempre perseguido, não poucos escolhos teve e continua tendo que superar. De qualquer modo conseguimos fixar nossa “imagem” tornando-se *GO Atual* uma das mais lidas e consultadas revistas da especialidade. Temos certeza que a receptividade alcançada deve-se, primeiramente, à qualidade dos artigos científicos – mérito dos autores que nos honram com a sua colaboração – e, secundamente, à qualidade da impressão e à pontualidade na distribuição, entre outros muitos fatores não menos relevantes. Vivemos, entretanto, momentos procelosos devidos à crise financeira que se não abate nem desanima. Há grande retração da indústria farmacêutica, que reduz seus investimentos; o preço do papel dispara no mercado internacional, etc., etc. Mesmo assim o país progride e, com ele, nós também.

Por imposição do destino que ceifou algumas figuras ilustres mas, também, para homenagear nossos mais assíduos colaboradores científicos, estamos inserindo algumas mudanças na composição do Conselho Científico da Revista, tornando-o, deste modo, mais amplo e representativo.

Tenho usado esta tribuna, ao longo destes cinco anos de existência, com ênfase dominante, para exortar os médicos brasileiros a reencontrar a dignidade perdida, objetivo que – acredito – só será alcançado se nos tornarmos capazes de influenciar o ensino médico, adequando-o às nossas necessidades e realidade, dirigindo o foco mais para a clínica e menos para a tecnologia; se nos envolvermos mais diretamente com a educação médica continuada, através do aprimoramento e da ampliação da residência médica e criando novas técnicas de avaliação e de auto-avaliação de conhecimentos; se conseguirmos influenciar os

governantes, convencendo-os da necessidade de remunerar o médico dignamente; se nos tornarmos capazes de dar vida e alma ao desalentado SUS e, finalmente, se conseguirmos derrotar o *dragão da maldade* – os planos e seguros-saúde que impedem a universalização do atendimento médico, tirando a liberdade do uso de recursos diagnósticos e terapêuticos e remunerando pifamente o trabalho médico.

Não será demasiado insistir – o que tenho igualmente feito à saciedade neste lustro editorial – sobre a necessidade de aculturar o médico e a de recomendar aos articulistas que citem em seus escritos os autores nacionais.

Dignidade não dispensa conhecimento e cultura. Como atribuir *status* ao profissional que dessabe o vernáculo, troca esses por *c* cedilha, escreve hieroglificamente e se mostra incapaz de redigir, criando siglas e um universo de abreviações só reconhecidas por iniciados...

Estamos vivendo o final do século numa sociedade permissiva e em processo de envelhecimento que suscita dois grandes problemas. Diz o primeiro respeito à dissociação da família. A tradicional, numerosa, hierarquizada, patriarcal está em extinção, substituída por aquela do casal de, no máximo, dois filhos em que a mulher trabalha, dividindo com o companheiro despesas e responsabilidades. Nesse contexto os filhos tornam-se preocupação secundária e, à conta disso, dão-se independência e, não raro, irresponsabilidade também. A mídia divulga, repetitivamente, o consumo imoderado e precoce de álcool e de outras drogas pelos jovens, sem qualquer controle familiar. A consequência da liberdade sem limites – no que respeita às meninas e a nós – é a promiscuidade, a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis, Aids inclusive. O ginecólogo deve estar preparado, portanto, para enfrentar e ajudar a resolver esses problemas de magnitude. Mas estará? Compete, aqui também, invocar a ação das sociedades médicas especializadas e da universidade, dando subsídios para o encaminhamento e, quiçá, a sua solução. Há de se promover campanhas esclarecedoras do

perigo da rebeldia a qualquer custo, sensibilizando a sociedade e a família. Tarefa árdua e pouco convincente quando se reconhece e admite a hipocrisia, a corrupção e a inadimplência moral em que nos encontramos.

No que respeita ao envelhecimento (melhor dizer longevidade) da população feminina, preocupa-nos o climatério, a terapêutica de reposição hormonal e a osteoporose. Como num passe de mágica transformamos todas as mulheres climatéricas, seletivamente as da pós-menopausa, em enfermas irrecuperáveis, de ossos quebradiços... a menos que as submetamos à hormonioterapia sistemática e permanente. A proposição, capciosa, estende-se à população crescente de longevas que representa – não menos – atraente mercado e submisso contingente feminino. Não desejo suscitar polêmica nem me caracterizar como niilista terapêutico, mas quero, sim, chamar atenção para o fanatismo e a cobiça de muitos e que começa de se alastrar...

Fazendo tais considerações desejo expressar que o quinquênio que ora se completa foi pródigo para *GO Atual*, que enfocou, com a saliência necessária, temas de relevância médica e social, prometendo ser, no próximo lustro, tão ou mais aguerrida e oferecer aos seus leitores matéria de importância e de interesse crescentes.

UMA COISA PUXA A OUTRA

Insurgi-me, em passada recente, contra o número excessivo de escolas médicas existentes no Brasil e sugeri que formássemos uma corrente, na tentativa de desestabilizar algumas, para chegarmos à quantidade ideal e conforme as necessidades do país. Tudo em vão. Nossa força de pensamento (e de ação!) está muito fraca. Em consequência, o ínclito ministro da Educação houve por bem inaugurar mais uma faculdade no Sul para gáudio dos gaúchos que passarão a ter não um médico para cada mil habitantes, senão, quem sabe, um para cada dez... os esculápios, coitados, morrerão de fome ou se digladiarão disputando um lugar neste nosso tão saturado mercado de trabalho.

E já que falei no Ministério da Educação, nunca será demais denunciar nesta modesta, obscura e muito pouco lida coluna, mais um desmando deste órgão governamental sendo o alvo da vez a reitoria da Uni-Rio, Universidade do Rio de Janeiro.

Como é sabido, no regime democrático há eleições. E houve. O candidato que mais votos teve, aproximadamente 60% deles, foi o ilustre professor de Cirurgia Pietro Novellino que, entretanto, não ganhou, vez que Sua Excelência, o ministro, escolheu o menos votado, que amealhara pouco mais de 10% dos votos. Se estes não contam, para que a farsa da eleição? Melhor teria sido a escolha direta, sem subterfúgios, do apadrinhado, poupando tempo, dinheiro e a dignidade da Universidade. É por essa e por outras que a vida docente se encontra desmoralizada, sem motivação e sem pretendentes.

Este ano é mesmo de eleições. Para prefeito, vereadores e também para renovação da Diretoria da Febrasgo. Os próximos dirigentes da Federação, a serem escolhidos pelo voto direto no mês de novembro vindouro, irão assumir responsabilidades que talvez nenhuma diretoria passada tenha tido ou sequer cogitado. A Febrasgo está deixando de ser corporação de índole

exclusivamente científica para se tornar órgão de defesa profissional, não menos voltada para os aspectos éticos e legais da especialidade, que ora atravessa fase de grandes transformações para se adaptar à revolucionária mudança social e cultural dos tempos presentes. Mais ainda, para chegar ao novo milênio com liderança e atuação, a fim de resgatar a dignidade profissional perdida.

A próxima diretoria da Febrasgo terá que ter independência e personalidade para suportar as grandes pressões que se anunciam e se entremostram.

E por falar no próximo milênio devemos, nós médicos, muito particularmente os que exercemos liderança, repensar o tipo de especialidade que iremos praticar. E volto ao tema do qual tanto tenho falado, nos últimos tempos: o estilhaçamento da Tocoginecologia em subespecialidades. Breve seremos especialistas somente das trompas, dos ovários, do útero, do parto dirigido, da cesárea, do feto normal e daquele com problemas genéticos. Sem falar daqueles que só tratarão informatizadamente ou, no mínimo, através da Internet...

Entendam, caros colegas, que estou em momento de profunda reflexão e enormemente preocupado com o nosso destino e o nosso futuro.

EM TEMPO DE ELEIÇÕES

É setembro e, o mês vindouro, de eleições – municipais e da Febrasgo, os políticos (candidatos a prefeito e vereadores) fazem suas costumeiras promessas, sem dizer de onde tirarão os recursos para cumpri-las. O mais provável – quase certo – é que não cumprirão promessa alguma e tudo ficara por isso mesmo. O jogo das influências, porém, faz subir e descer candidaturas – nas pesquisas intenção de votos, pelo menos, deixando todos nós, votantes, expectantes e perplexos.

Em São Paulo e no Rio de Janeiro, Maluf e César Maia, respectivamente, tiraram do bolso do colete candidatos até então desconhecidos do grande público e os transformaram em prováveis vencedores. Quase mágica. Suas realizações fazem crer, entretanto, motivaram as massas, ora dispostas a sufragar suas candidaturas.

Nestas eleições inova-se o sistema de votação – que será eletrônico. *Hélas!* Entramos definitivamente no primeiro mundo... Enquanto isso, nas eleições da Febrasgo, o sistema de votação é de causar estupefação. Entendo que a intenção aos que o introduziram foi a de democratizar e universalizar o voto, pondo cobro ao sistema anterior – de aclamação –, vigente até pouco tempo. Há de ter sido válido – o sistema – como medida transitória mas, agora, no clima de intensa disputa, de antagonismos e, por vezes, de apaixonado radicalismo, exige urgente reforma.

A maioria das sociedades médicas, senão a totalidade, aqui incluídos AMB, Conselhos Regionais e Sindicatos, estabeleceram o voto direto, na “boca” da urna, onde cada eleitor deposita o seu, livre de qualquer interferência, secreto e sem casuísmos. O sistema vigente pressupõe correio infalível e pontual para distribuir os votos em todo o país e enviá-los de volta às Federadas. O destino dos votos nas Federadas constitui outra incógnita. Serão eles – os votos – depositados sagrada e sistematicamente nas urnas invioláveis, até o momento do contagem? Justifica-se a apreensão ante comentário

alguma vez entreouvido que “em eleição tudo é admissível menos a derrota”...

Somos hoje, no Brasil, 22.248 tocoginecólogos em exercício, consoante o “Perfil dos médicos no Brasil”, pesquisa efetuada pela Fiocruz/CFM em 1995, representando 12,04% dos especialistas do país, superados apenas pelos pediatras, que constituem 14,17% dessa população. Associados à Febrasgo, pouco mais da metade desse contingente. Torna-se, pois, urgente e inadiável a arregimentação dessa vasta congêrie se quisermos ter, de fato, representação, poder e prestígio. Que é, em última análise, o objetivo a ser alcançado para alterar o *status quo* e recuperar a dignidade perdida. É a tarefa que se impõe, entre várias outras, aos futuros eleitos da Febrasgo.

Segundo a aludida pesquisa, o Brasil tem 67,2% de médicos do sexo masculino e 32,8% do sexo feminino. Verifica-se, não obstante, quando se analisa a distribuição de sexos, por idade, que nos grupos mais jovens avanta-se significativamente o número de mulheres médicas. Em futuro próximo à Medicina será exercida prioritariamente por mulheres.

Nos sucessivos congressos sobre os direitos da mulher (Viena, 1993, Cairo, 1994, Copenhague e Pequim, 1995) ficou patente que elas ainda estão longe da igualdade com os homens: “...as disparidades salariais são assustadoras: na África, as mulheres representam 60% da força de trabalho, mas, ganham só 10% do que recebem os homens” – só para mencionar um parâmetro do papel secundário que a sociedade impõe às mulheres. No âmbito da Febrasgo é chegado o momento de as mulheres terem representação, não podendo desperdiçar a oportunidade que ora se lhes apresenta. Com efeito, nenhuma das diretorias eleitas da Federação teve, até o presente, representante feminina. Será discriminação?...

Por último, porém não menos importante, deve ser lembrado, neste momento de promessas eleitorais, ser do âmbito exclusivo da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina a concessão e o reconhecimento do título de especialista

e que, relacionadas pela AMB, existem somente 64 especialidades. Malgrado a tendência universal à subespecialização e à obtenção de títulos correspondentes, temos de ser, prioritária e obrigatoriamente, tocoginecólogos portadores do Tego. Por favor, não destruam às bases em que se assenta a nossa especialidade e não desfigurem o ideário de Victor Rodrigues.

ENFIM, UMA LUZ NO FIM DO TÚNEL!

A Sociedade Médica de Sergipe vem de tomar uma decisão histórica, que pode constituir, em futuro imediato, o estopim da rebelião tão ansiada pela timorata classe médica.

Historio os fatos consoante foram-me narrados e, talvez, insira alguma imprecisão que não altera, entretanto, a sua substância. No curso do mês de agosto, aproximadamente, os médicos conveniados do Estado de Sergipe foram intimados pelo Ciefas (Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Assistência à Saúde) a manifestar sua anuência com a remuneração dos procedimentos impostos e praticados pelo Comitê, em discordância com a nova tabela apresentada e divulgada pela AMB. Negando-se à resposta e, rodado um mês, receberam nova intimação ameaçando-os de descredenciamento universal imediato, caso não cumprissem a exigência. Para espanto do mencionado Comitê, invés da costumeira subordinação, a reação foi simplesmente de rebeldia. Para ser, agora fiel aos acontecimentos, transcrevo o documento oficial emitido pelas autoridades médicas sergipanas.

“Os médicos do Estado de Sergipe, reunidos em Assembléia Geral Extraordinária, com a participação das Entidades Médicas: Sociedade Médica de Sergipe, Conselho Regional de Medicina, Sindicato dos Médicos, Comissão Estadual de Honorários Médicos, além dos presidentes de todas as Sociedades Especializadas, ontem, terça-feira, dia 17.9.96 às 20 horas, no auditório da Somese, analisaram e discutiram os documentos do Ciefas datados de 4 e 10 de setembro de 1996 que, de forma unilateral, coercitiva e contundente promoveu o descredenciamento dos médicos, deliberou as seguintes decisões:

1. Formalmente tomar ciência do descredenciamento ilegal promovido pelas entidades do grupo Ciefas, sem promover o seu questionamento jurídico, até porque este fato veio corroborar com o que a grande maioria dos médicos já estava disposta a fazer.
2. Em atenção toda especial aos usuários e funcionários das empresas que integram esse comitê, durante os próximos 30 dias, a partir desta data, os médicos continuarão a praticar os valores de R\$ 39,00 (trinta e nove reais) para consulta e os contidos na LPM/AMB-96 para os demais procedimentos, por entenderem que eles foram surpreendidos pela atitude arbitrária dos gestores de seus planos de assistência médica, sem que pudessem participar de alguma forma dessa decisão.
3. Já desobrigados de qualquer vínculo contratual, e findo o prazo de trinta dias, a partir de então, os médicos das diversas especialidades passarão a praticar, tanto para consulta como para os demais procedimentos, os valores utilizados para a clientela particular, para todos os clientes das empresas que compõem o grupo Ciefas.
4. Desde já, qualquer tentativa de credenciamento só será realizada mediante contrato coletivo, através do Departamento de Convênio da Sociedade Médica, ou entidade cooperativa similar.
5. Conscientes da importância das decisões tomadas e das conquistas já conseguidas, conclamamos mais uma vez todos os médicos para o pleno engajamento no momento histórico que resgata definitivamente a dignidade do exercício profissional”.

A desobediência civil que tão reiteradamente venho pregando nesta desluzida tribuna parece, encontrou finalmente eco, e algo de magnífico aconteceu. Cabe, agora, à AMB (Associação Médica Brasileira), CFM (Conselho Federal de Medicina), Fenam (Federação Nacional dos Médicos) e a todas as demais entidades médicas, às sociedades especializadas inclusive, exercendo suas lideranças, convocar todos os médicos do Brasil, exibir o exemplo sergipano para nele espelhar-se, a fim de sair do marasmo em que se encontra, da subserviência e do acomodamento, assumindo postura digna e tomando nas mãos, enfim, de volta, o poder que a nobreza da função exercida jamais poderia haver abandonado.

À Febrasgo, neste momento de renovação da sua diretoria, deve caber papel relevante na negociação com as empresas seguradoras, exigindo-se da Federação formal e absoluto envolvimento com a causa profissional, coadjuvando a ação das entidades maiores e já comprometidas.

ABORTO: UMA REALIDADE INVISÍVEL

O início da vida sexual do homem brasileiro sempre foi precoce; a recíproca feminina é, porém, nova e atual.

Para que os jovens exercessem com liberdade e de modo gratificante a sua sexualidade, deveriam praticar sexo seguro. Mas o que vem a ser sexo seguro? Entende-se como tal prevenir ou evitar conseqüências pejorativas v. g., doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Para evitar uma e outra seqüela faz-se mister a utilização de métodos contraceptivos que atendam a ambos os objetivos.

Nas condições atuais de exercício da Medicina e do Modelo educacional brasileiro, aquela pretensão mostra-se improvável. O acesso às informações e aos métodos contraceptivos é ainda uma quimera, não obstante o crescimento dos centros de planejamento familiar, como parte do “programa de assistência integral à saúde da mulher” (PAISM) e à urbanização crescente.

Não há como negar que gravidez indesejada é, muita vez, o preço da liberdade sexual, tendo de ser resolvida pela manutenção da prenhez que se encerra com o nascimento de filho indesejado (e por vezes abandonado) ou, ao revés, pela prática do abortamento.

As jovens, adolescentes em particular e menos favorecidas socioeconômico-culturalmente são as principais vítimas de gravidez indesejada e as que mais se fazem abortar. No Brasil e no mundo.

Estudo epidemiológico, multicêntrico, do abortamento, envolvendo 4.408 mulheres de vários estados brasileiros, da autoria de Reis *et al.*, divulgado em RBGO, em abril de 1995, revela que 60% das pacientes analisadas eram solteiras, 80% delas havendo iniciado vida sexual na adolescência e 83% já haviam utilizado algum método anticoncepcional, 75% das vezes representado pelo contraceptivo hormonal oral.

Os meandros da mente feminina são, entretanto, frequentemente, indecifráveis. Não obstante saibam, conscientemente, que ser mulher não traz a imanência de ser mãe, o imaginário social conserva a idealização da maternidade como o fim e o objetivo da condição feminina.

Não seria despropositado supor que, alcançada a adolescência, a jovem sofresse a compulsão – para sentir-se mulher – de comprovar a possibilidade de engravidar, esquecida do elevado preço que teria de pagar pela ousadia da demonstração.

Fora desse contexto da decisão voluntária do exercício sexual, há que considerar-se outro – grave –, representado pelo abuso e pela violência sexual de que são vítimas as mulheres, até mesmo crianças.

O estupro, do qual pode resultar gravidez, representa uma das poucas indicações do abortamento legal em nossa restritiva legislação. O direito, porém, de conseguir a interrupção da gravidez é quase intangível. É por essa razão que a maioria das vítimas, dispondo de recursos, busca a solução nos “aborteiros profissionais”, desistindo de recorrer à justiça, sempre morosa e tarda nesses eventos.

Mas a consciência feminina, em relação à saúde e aos direitos reprodutivos, está despertando e importantes progressos têm sido alcançados, nos últimos anos. Assim, por exemplo, em 1993, à ocasião da Conferência Internacional de Viena, os direitos da mulher foram, enfim, considerados direitos humanos. Na Conferência do Cairo, realizada em 1995, foi adotado o conceito de saúde reprodutiva substituindo o de planejamento familiar isoladamente; passou-se a ter, igualmente, melhor compreensão da necessidade dos serviços de saúde para as mulheres, incluindo áreas de educação e acesso à legislação que proíbe discriminação e dominação, permitindo vê-las não mais como objeto de política de controle de natalidade, mas partícipes igualitárias do poder, com o objetivo de promover a saúde reprodutiva e os direitos da mulher.

A despeito de toda evolução muito há, ainda, por fazer. É preciso informar a população em geral sobre seus direitos;

conscientizar a classe médica das prerrogativas femininas e da sua gerência sobre os atos que lhes dizem respeito; criar centros de planejamento familiar e facilitar o acesso às informações e aos métodos contraceptivos, entre muitas outras medidas.

O aborto, legal ou não, deve ser considerado recurso derradeiro e sempre indesejável, pois que gravidez deve ser evitada através do *sexo seguro* e de comportamento responsável; não obstante a pungente realidade de multar mulheres que no início de sua vida sexual engravidam sem desejar e que por desconhecimento ou desespero arriscam perder a vida, submetendo-se a prática abortiva indiscriminada, exige dos legisladores e dos serviços assistenciais reconhecer às pessoas o direito de decidir sobre ter ou não filho, e de lhes assegurar, se não o direito ao aborto seguro, pelo menos ao aborto descriminado.



1997

HECATOMBE PERINATAL NO BRASIL?

Segundo o noticiário dos jornais e das emissoras de televisão nas últimas semanas, estamos diante de grave e epidêmico morticínio de fetos e recém-nascidos em quase todo o país. Matam-se conceptos escancarada e impiedosamente no Acre, no Espírito Santo (Vitória), no Ceará (Fortaleza) e em muitos outros locais menos visados. Abstenho-me de comentar o que desconheço –, as condições de trabalho e a infra-estrutura das maternidades dos dois primeiros Estados (Acre e Espírito Santo) –, mas as considerações que passarei a fazer superpõem-se a esses e a quaisquer outros centros obstétricos brasileiros em atividade. No que respeita, entretanto, à Maternidade Escola Assis Chateaubriand em Fortaleza, correta e dinamicamente dirigida pelo professor Francisco Chagas Oliveira, imponho-me a obrigação de contestar as acusações – aleivosas, contundentes e descabidas – a ela feitas através da imprensa.

Quando se analisam morbidade e mortalidade perinatal, assim em micro como em macrouniversos obstétricos, a primeira conclusão a que se chega é serem esses índices função direta das condições socioeconômicas da população atendida. Mais ainda. Quando se analisam as taxas de mortalidade neonatal verifica-se que 78% das vezes elas estão relacionadas à prematuridade.

É fato cediço na literatura médica que a prevalência de nascimento pré-termo varia de 2% a 25%, consoante as condições de saúde das grávidas, vale dizer das condições socioeconômico-culturais, consoante aludido.

Um dos fatos mais conspícuos no Brasil atual é a cruel e injusta distribuição de renda, que penaliza com a pobreza quase três quartos de sua população. A situação vê-se agravada nos Estados do Norte e Nordeste onde a fome e a desnutrição crônica deterioram o potencial reprodutivo de seus habitantes.

Sabe-se, demais disso, que a cobertura assistencial nessas regiões e o atendimento dispensado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) constituem pouco menos que calamidade. A conclusão a ser tirada dessa infausta seqüência é praticamente imanente: elevados índices de gestação de alto risco, de prematuridade e de morbidade e de mortalidade perinatal. Se a esses elementos se adiciona o sucateamento (premeditado?) dos hospitais públicos, das instituições universitárias e a desastrada e falimentar atuação do SUS, pouco falta para se alcançar o caos.

As notícias veiculadas na imprensa referem números absolutos de morte neonatal, nas diversas maternidades acusadas sem mencionar, entretanto, peso e índices específicos. Os grandes prematuros, pesando ao nascer menos de 1.500g continuam apresentando, nesta banda do mundo, elevados índices de mortalidade, salvo se recebidos em unidade terciária dotada de tratamento intensivo neonatal.

Vão, abaixo estampados, índices de sobrevida neonatal em um serviço obstétrico do primeiro mundo.*

Idade gestacional (semanas)	Peso (g)	Sobrevida (%)
24-26	500-750	50,0
26-28	750-1.000	74,5
28-30	1.000-1.400	91,2
30-32	1.400-1.800	96,5
32-34	1.800-2.200	99,0
> 34	> 2.200	100,0

À hora em que escrevo já surgiram fatos e versões deixando entrever que a responsabilidade dos eventos apontados está longe de ser dos diretores das unidades em que ocorreram, senão do próprio sistema. Em Fortaleza, por exemplo, o governo do Estado mandou desapropriar um templo da Igreja Universal para ali construir – *a toque de caixa* – nova Maternidade, visando a aumentar o número de leitos e assim absorver o excesso de



atendimento presentemente feito pela Maternidade Assis Chateaubriand.

Convém aduzir demais, finalizando, que enquanto não melhorarmos as condições de vida, de alimentação, de moradia, etc. de nossos compatriotas, continuaremos a ostentar elevados índices de nascimento pré-termo e de mortalidade perinatal.

ATÉ QUANDO?...

Autoridades francesas em recente visita ao país, contrariando supostas afirmações passadas, de outras personalidades igualmente francesas, asseguraram que o Brasil é sério! Nós, que vivemos neste vale de lágrimas, temos razões de sobra para considerar falsa ou, pelo menos duvidosa, semelhante consideração. Senão vejamos.

No plano internacional a descoberta do envolvimento de lideranças (!) aborígenes (felizmente já extintas) com a máfia e o cartel mundial de drogas é edificante.

No plano nacional, o escândalo atual dos precatórios, envolvendo todos os escalões supostamente sérios e guardiães dos interesses pátrios é comovente...

No plano regional a disparada da violência urbana contra seus cidadãos, o recrudescimento da onda de seqüestros a todos inquieta e assusta.

No que respeita à Medicina só há, também, motivos para preocupações. A arrecadação da CPMF até o presente, não disse a que veio. Lê-se na imprensa, com efeito, que o governo dispõe apenas de 127 reais por pessoa para cuidar da saúde de seus 160 milhões de habitantes. Afirmam as autoridades que pelo menos 10 milhões de pessoas não têm acesso a qualquer modalidade de assistência. Vinte, trinta milhões de menores não se alfabetizam e não freqüentam escolas porque têm de trabalhar para ajudar a sobrevivência familiar.

O número de médicos graduando-se anualmente e a sua deturpada distribuição geográfica é inquietante e ameaça a sobrevivência profissional de muitos. A partir de 1968, com a multiplicação do número de escolas médicas, criou-se o problema. Gradua-se no país, anualmente, cerca de 8.000 médicos, dos quais 60% a 70% permanecem nas grandes cidades. Para agravar a situação quatro novas faculdades de Medicina foram

recentemente criadas: a de Rio Grande (Ulbra – Rio Grande do Sul), a de Marília (interior de São Paulo), a de Cascavel (Paraná) e, agora, nos primeiros dias de março de 1997, a da Faculdade Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. Teremos, em cinco ou seis anos, com a existência de mais quatro escolas médicas, cerca de 400 novos esculápios no país, disputando *pingues* remunerações de 300 a 500 reais mensais...

Para agravar a situação, que beira o caos, a vida universitária tornou-se tão pouco atraente que custa achar quem queira ainda ser professor. Escolas médicas demais, professores de Medicina de menos, onde vamos parar?

A dramática situação da Medicina e do médico reflete-se, também, nos hospitais públicos e privados onde todos trabalhamos. Fruto do desprestígio, dos baixos salários, da falta de dignidade de muitos profissionais, começamos de ser também maltratados por funcionários burocratas, auxiliares de enfermagem e até mesmo por outros médicos. Basta atentar para as instalações aos médicos destinadas nessas casas de saúde: vestiários indignos, sem qualquer conforto, salas de estar (!), de repouso improvisadas, para perceber que o apreço a nós dispensado é nenhum.

Não proponho soluções – lamentavelmente –, estas têm que vir da coletividade; mostro apenas preocupações e perplexidade com o mundo, com o país, com a cidade em que vivo e com a profissão que ainda exerço. Julgo por isso apropriado e pertinente questionar: Até quando???

A INJUSTA IMANÊNCIA FEMININA

Do ponto de vista biológico nascer mulher é, em princípio, mais vantajoso do que nascer homem. Analisando o desempenho intra-uterino dos dois sexos, comprova-se que o masculino paga maior tributo à patologia perinatal, sendo a morbidade e a mortalidade mais expressivas neste, particularmente quando o nascimento é pré-termo. Considerando, entretanto, que em diversas culturas o sexo masculino é mais valorizado, em detrimento do seu oposto, adversidades começam a surgir para o conceito feminino. Assim, em alguns países que exercem rigoroso controle da natalidade, filho mulher e único não é bem-vindo. A biopsia da vilosidade corial ou o exame ultra-sonográfico feito para detectar o sexo do conceito são empregados e, sendo ele feminino, é à gravidez interrompida para que em outra gestação haja melhor sorte e nasça o anelado filho homem. Mais grave ainda é o infanticídio da recém-nascida praticado nessas sociedades, para não onerar a família com a existência de inconveniente e indesejada criança.

Nos primeiros anos de vida a condição feminina começará a proporcionar outros problemas igualmente graves, entre os quais a *molestação sexual*. E o pior é que o assédio é praticado, quase sempre, por pessoas conhecidas, parentes e até mesmo os próprios pais.

O clitóris tem sido outra vítima de “assalto” em decorrência da visão social preconceituosa da sexualidade feminina. Em muitas culturas, africanas e da península arábica em particular, a cliteridectomia é ainda praticada para curar desvios sexuais tais como “ninfomania” e também para prevenir masturbação e para curar diversas alterações alegadamente por elas causadas, como histeria, epilepsia, catalepsia, melancolia e insanidade (Fathalla, 1994).

O filho homem nas sociedades pobres é valorizado pelo constituir força de trabalho, auxiliando a família a sobreviver. Merece e recebe cuidados alimentares e de saúde maiores e melhores.

Na vida adulta, ou melhor, durante a vida reprodutiva que as mulheres, agora, iniciam mais cedo – em derredor de 13 anos de idade –, outros cometimentos, não menos onerosos, vêm aumentar o seu envolvimento e responsabilidade. É atribuída às mulheres, com efeito, a decisão e a escolha da contracepção, isentando-se os homens desse envolvimento. A falta de informações e de orientação, particularmente nas sociedades em desenvolvimento, torna a jovem suscetível de engravidar inadvertidamente e, nesses casos, maioria das vezes, desejosa de abortar. Nos países de legislação restritiva como o nosso, é o aborto, em tais circunstâncias, considerado ilegal e praticado fora de normas técnicas e higiênicas, do que resultam seqüelas graves e, não raro, morte.

Tem, a mulher, o direito de engravidar quando e quanto quiser e de ter somente os filhos que desejar. Não lhe deveria faltar acesso ao planejamento familiar e ao conhecimento de todos os métodos contraceptivos para poder exercer tal inalienável direito. Grávida deveria dispor de todos os recursos oferecidos pela moderna medicina para gestar com boa assistência médica e de parto nunca morrer. Lamentavelmente é a mortalidade materna, nos países em desenvolvimento como o Brasil, causa ainda expressiva, se não a mais freqüente, de morte feminina na idade reprodutiva. Estimativa recente da Organização Mundial da Saúde revelou que mais de 500.000 mulheres continuam a morrer anualmente de causas relacionadas à gravidez e ao parto. O fato, entretanto, representa apenas a ponta do *iceberg*, vez que – revela a OMS – pelo menos 15 milhões de mulheres anualmente apresentam lesões duradouras atribuídas à gravidez e ao parto.

Não obstante o início precoce da vida sexual e do crescente número de mães jovens entre mulheres menos aculturadas e menos privilegiadas socioeconomicamente, há a contrapartida da

educação e do desenvolvimento estarem criando uma sociedade feminina que se concede direitos, inclusive a prerrogativa da realização pessoal e profissional precedendo a da maternidade.

Condiciona, entretanto, a gestação tardia novas preocupações e conseqüências que estigmatizam a condição feminina. É sabido com efeito que após 35 anos de idade a população folicular ovariana reduz-se drasticamente e a fecundidade diminui aceleradamente com a aproximação da menopausa. Aumenta, igualmente, a incidência de alterações cromossômicas e de complicações causadas pela própria gravidez.

Tendo em vista a diversidade de questões que a condição feminina suscita, compete a nós – tocoginecólogos – nos interrogarmos, como o faz Fathalla (1994) no número especial do *International journal of Gynecology and Obstetrics*, sobre a saúde de mulher:

Devemos nos satisfazer em meramente tratar dos órgãos genitais femininos ou deveríamos assumir o papel de médicos da mulher, concedendo-lhe assistência primária, além do nosso cuidado de especialistas?

Devemos nos responsabilizar apenas por aquelas que buscam nossos cuidados ou deveríamos assumir seriamente nossa responsabilidade social para postular que a saúde da mulher receba a parte que lhe compete e qualquer recurso disponível de assistência à saúde?

Devemos assumir postura firme e decidida contra atos da sociedade que discriminam contra as mulheres, negando-lhes seus direitos sexual, reprodutivo e humano e seremos capazes de aceitar os custos de assumir tais atitudes?

BRASILEIRAS CASADOIRAS, CELULARES IMPORTUNOS E VOCABULÁRIO ENCOLHIDO

Estampou a *Folha de São Paulo*, em sua edição de 31 de março de 1996 a seguinte manchete: “1,8 milhão de mulheres ‘sobram’ no país”, e aduz “contingente feminino em idade fértil supera o masculino, principalmente nas regiões metropolitanas”.

A *TV Globo* anunciou, em maio do corrente ano, que oitenta agricultores solteirões da localidade espanhola de Villamiel estão encalhados pela absoluta falta de mulheres na mencionada região. Sobrando ou não, encorpado grupo de mulheres brasileiras resolveu tirar a questão a limpo – *in loco* – e solucionar, talvez, o seu próprio solteirismo.

Noticiou o *Jornal do Brasil*, em edição recente, que o representante local dos espanhóis acumulou mais de mil mensagens de brasileiras – o que parece indicar que há uma crise de homens no Brasil ou, pelo menos, de homens dispostos a casar.

Assim é que os espanhóis receberão as potenciais noivas brasileiras no dia 17 de maio, com uma grande festa no seu povoado e haverão, assim, demais ainda se estreitar as já tão cordiais relações hispano-brasileiras!

Poucas coisas são tão inoportunas, impertinentes e indesejáveis como telefone celular em salas de reuniões.

Além de constituir falta de educação falar durante o discurso alheio, o tilintar da campainha perturba e tira a concentração do orador.

Seria desejável que os usuários desta telefonia, à semelhança da proibição já vigente nos vôos aéreos, fossem coibidos no seu intento malévolo de deixar troar o seu instrumento...

Já me manifestei em diversas oportunidades sobre o empobrecimento do nosso vernáculo. Não posso deixar, entretanto, de retornar ao funesto tema após a leitura do gostoso e hilário artigo da autoria do embaixador M. Pio Corrêa, em um periódico carioca, intitulado “Querida, encolheram nosso vocabulário”, no qual satiriza a indigência do vocabulário de surfistas ipanemenses. Conclui o articulista que a linguagem por eles empregada consistia aproximadamente de 50 palavras, entre elas quatro ou cinco palavrões usados como pontuação das frases.

Acrescenta que pesquisadora do Departamento de Simiologia da Universidade de Little Rock, que conviveu durante 12 anos com um grupo de chimpanzés em uma floresta do Gabão, conseguiu anotar nada menos de 30 sons distintos, usados por aquele primatas para se comunicar entre eles. Depreende-se dali que os antigos surfistas de Ipanema dispunham de um vocabulário apreciavelmente mais extenso do que os chimpanzés estudados.

Transpondo a crítica para o meio médico, é possível identificar notáveis semelhanças entre o jocoso artigo e a nossa realidade.

Venho repetindo, à exaustão, há mais de trinta anos, que médico não gosta de escrever e, muita vez, quando o faz, é um desastre. Além das famigeradas abreviaturas, muitas de cunho pessoal – indecifráveis, portanto –, que constituíram motivo de editorial nesta mesma revista, em passado recente, a incorreção na grafia de palavras é um fato estarrecedor *v. g.*, *ipertenção*, *utiro*, *ocitocito*, para só citar umas poucas.

Urge reciclar a gramática de nossos esculápios, em seu próprio interesse, em sua própria defesa.

1997: O ANO DA SAÚDE NO BRASIL

O governo alardeia que 1997 sinalará, na saúde do país, o grande salto para o futuro! Reformas serão implantadas, recursos serão criados, de tal forma que a saúde do brasileiro e a assistência médica a lhe ser prestada, de ora em diante, estarão definitivamente asseguradas.

De novidade no setor, entretanto, até o presente momento (junho de 1997), somente a cobrança da CPMF, que não modificou, de resto, o investimento *per capita*, que continua sendo inferior a 100 dólares/ano.

O SUS, lamentavelmente, até hoje, não disse ao que veio. As tão desejadas universalização, regionalização e hierarquização da Medicina continuam uma quimera, obstruídas na intransponível centralização de comando.

Enquanto isso, notícias sobre saúde, veiculadas na imprensa leiga e na médica também, dão a medida da desesperança e da frustração.

Bosquejo nessa literatura traz-nos informações sobre o que *rola* sobre saúde no país.

O movimento comunitário de Sapopemba (SP), que é apoiado pela Pastoral da Criança da Arquidiocese de São Paulo, saiu às ruas para entrevistar mulheres pobres. Produziu, de modo caseiro, uma pesquisa com dados atualizados (95/96) sobre a falência do atendimento ao parto na região Leste. Por ironia a pesquisa chama-se 'Não tem vaga'. Coletados os números, as mulheres de Sapopemba procuraram o instituto Estadual de Saúde, em busca de apoio técnico para a organização e tabulação da pesquisa e agora divulgam dados preliminares como este:

das 500 mulheres entrevistadas em Sapopemba, todas com partos recentes, 96,3% tiveram que dar à luz fora do distrito.

Segundo a pesquisa, 63,8% das gestantes não conseguem fazer o pré-natal nos postos de saúde da região. Outras começam mas não o completam: faltam médicos, há filas imensas, exames laboratoriais não são solicitados.

O sistema público de saúde tende a imitar o sistema privado. Nas periferias, grávidas com situação financeira melhor conseguem não só a vaga nas maternidades, como a cesariana e a laqueadura.

Parto, uma experiência traumática no grupo, tanto para as que já deram à luz quanto para as que vão ter filho pela primeira vez.

Denunciam médicos, postos de saúde, hospitais, enfim, põem a boca no mundo contra o que poderia ser resumido, tecnicamente, como crise no sistema público de atendimento ao parto.

(Jornal do Brasil, domingo, 18 de maio de 1997)

Mortalidade materna cresce 10% no Rio. Segundo dados oficiais, a MM subiu cerca de 10% entre 1995 e 1996. E o número real deve ser duas vezes maior, já que a notificação compulsória está sendo feita apenas nas maternidades e muitas mulheres morrem nas emergências dos grandes hospitais, afirma a deputada estadual e médica Lúcia Souto, integrante da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio.

Faltam aparelhos e os médicos ganham salários irrisórios. Muitos têm que trabalhar em vários locais e conseqüentemente rendem menos, ressalta a presidente do Conselho Estadual dos Direitos da Mulher (Cedim), Ana Maria Rattes.

(Jornal do Brasil, 28 de maio de 1997)

Caos na saúde. O Sindicato dos Hospitais e Santas Casas do Estado de São Paulo está responsabilizando publicamente os gestores estadual e municipais pelo caos que se instalou no atendimento de saúde aos pacientes do SUS. No interior do Estado, a Santa Casa de Capão Bonito parou de atender por falta de recursos; em Cachoeira Paulista a Santa Casa enfrenta uma greve de três meses e, em Bauru, a Associação Hospitalar ameaçou devolver ao Estado o hospital que administra.

A AMB, por intermédio de sua campanha, conseguiu, junto aos laboratórios filiados à Abifarma, a doação de medicamentos ao Hospital das Clínicas de Curitiba. Por falta de medicamentos, o hospital – que deve R\$ 7 milhões a seus fornecedores – chegou a paralisar suas atividades.

Inquérito da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral revela que metade dos pacientes internados em hospitais do SUS apresentam quadro de desnutrição. Pior: 20% das equipes de saúde desconhecem o fato.

(Jamb, maio de 1997)

Em Valença (Estado do Rio) a UTI do Hospital Geral José Fonseca, da Santa Casa da Misericórdia, está fechada e o atendimento no Pronto-Socorro restrito aos casos de emergência, depois que os médicos do corpo clínico resolveram denunciar ao Cremerj a falta de condições materiais necessárias ao atendimento nesses setores. Naquele hospital a consulta médica vale R\$ 2,04 e pelas internações de até sete dias, com direito a alimentação e medicamentos, são pagos R\$ 60,00, somente recebidos depois de 60 dias.

(A Gazeta Valenciana, 24 de maio de 1997)

Se a consulta médica vale essa *pingue* remuneração, o valor atribuído ao parto é não menos indecoroso: R\$ 29,00 e a cesárea R\$ 190,90.

Pesquisa do perfil do médico no Brasil realizada pela Fundação Oswaldo Cruz através de convênio com o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde, revela que ele tem, em média, três empregos e ganha cerca de R\$ 1.300,00 por mês. Em alguns lugares, no Estado do Rio, a prefeitura paga ao médico, de salário, R\$ 211,00. Bem menos do que recebe o gari, motoristas e cobradores de ônibus, lavadores de carros e empregados domésticos.

Se é esta a proposta para a saúde no Brasil em 1997, precisarmos exorcizá-la quanto antes e pedir a Deus que nos ajude, e ao povo brasileiro.

GO ATUAL EM SEU 6.º ANIVERSÁRIO

Faz-se, todos os anos, sempre que se comemora aniversário, renovação de propósitos. Não é, pois, outro, nosso objetivo. Continuamos envidando esforços para alcançar a meta traçada desde o surgimento de *GO Atual*: o de sermos revista de índole eminentemente prática, veiculando em nossas páginas matéria que se superponha aos anelos do especialista, estabelecendo normas e ditando condutas que se apliquem ao cotidiano dos tocoginecólogos.

Para comemorar o 6.º ano de existência de *GO Atual* preparamos dois números especiais – o conteúdo do primeiro, neste volume contido, apelado “Como diagnostico”, são temas de atualidade, de Ginecologia e Obstetrícia, tratados com objetividade e síntese, oferecendo ao clínico subsídios para o deslindamento de questões rotineiras do consultório e do ambulatório. O segundo número comemorativo – a ser veiculado no mês de agosto – será dedicado ao tratamento e, para tanto nomeado: “Como trato”. Não são os temas necessariamente os mesmos, mas devotados a tópicos de igual interesse clínico.

No final do ano (no número de novembro/dezembro) – para constituir urna trilogia eminentemente prática – elaboraremos volume ao qual apelaremos “Como conduzo”. Acredito que nossos leitores lucrarão bastante com esse enfoque prático de assuntos palpitantes.

GO Atual, ao comemorar o sexto aniversário, está apenas saindo de sua puberdade editorial. Conquanto jovem tem se esforçado para demonstrar maturidade, veiculando em suas páginas matéria produzida nos mais diversos e prestigiosos centros médicos do país. É o esforço e o devotamento do autor brasileiro que, em última análise, geram a qualidade desta publicação. Ao par disso e arrostando não poucas intempéries, a redação se esforça

continuamente para manter a pontualidade de expedição e a qualidade gráfica da revista.

Malgrado graves e funestos acontecimentos por que passou a direção da empresa, em passado recente, nem assim o abatimento que temporariamente nos envolveu, interferiu na exação de nossos cometimentos e na pontualidade de nossas obrigações.

Em publicação, como nas forças armadas, antigüidade é (quase sempre) posto. Não pretendemos ser a melhor publicação, nem a mais lida – haverá outras, talvez, mais antigas, que preencham tais requisitos; desejamos ser apenas mais uma boa revista médica que contribui para a literatura especializada e que leva a mensagem e o ensinamento ao médico prático – objetivo que, em última análise, perseguimos desde a inauguração de *GO Atual*.

Desejamos sim, vida longa a todas as publicações e que todas, sem exceção, induzam o médico à leitura e ao contínuo aprimoramento profissional.

A HORA É ESSA!

Parece, enfim, que os médicos chegaram à conclusão que só a união faz a força. Percebe-se, com efeito, a existência de crescente movimento de coesão em torno das sociedades. A luta desencadeada pela AMB encontra eco em todas as filiadas. No Rio de Janeiro há intensa atuação da Somerj, da Sociedade de Medicina e Cirurgia, do Sindicato e do próprio Cremerj. A Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro, exuberante em suas atividades de defesa profissional, desenvolve esforços para cooperativar os tocoginecólogos com o objetivo de fortalecer esse movimento. A propósito, aliás, vale aqui transcrever os objetivos a que visa uma cooperativa, codificados pela “COOBgin” (Cooperativa de médicos obstetras e ginecologistas de Goiás) entusiástica e dinamicamente presidida por Paulo Guimarães desde a sua criação em junho de 1996:

- Realizar contratos coletivos com todas as empresas compradoras de serviços médicos.
- Propiciar credenciamento universal dos seus cooperados junto a essas empresas.
- Realizar cobranças eficazes das faturas emitidas.
- Propor remuneração justa com negociações satisfatórias.
- Orientar sobre questões fiscais e administrativas de seus partícipes.
- Informatizar o envio de faturas de forma ordenada cumprindo cronogramas.

- Respaldar confecção de lista referencial de procedimentos médicos da especialidade.
- Propiciar vantagens econômicas na aquisição de bens, serviços, lazer e equipamentos médicos.
- Ampliar o mercado de trabalho criando novas opções de mercado para seus cooperados.

Para que a intenção se concretize é indispensável que todos os médicos se filiem às sociedades regionais, estaduais ou federais para que a AMB, ou quaisquer de seus representantes, possa falar em nome de mais de 200 mil médicos em atividade no país.

A hora é essa! Há o movimento dos “sem-terra” dos “sem-teto” e de todos os mais desamparados deste país globalizado e neocapitalizado e, nós, médicos, não podemos perder o momento histórico que atravessamos tendo a obrigação de fazer, de vez, a nossa redenção. Para tanto é preciso que abandonemos a vaidade, a arrogância, o individualismo, a ambição, o egoísmo, a alienação e o comodismo e criemos força para derrotar os algozes que nos exploram e falemos uma só voz para impor as nossas decisões e os nossos interesses.

NA SALA DE PARTOS

É fato cediço – e sobre ele já me manifestei em diversas oportunidades – que no Brasil praticam-se dois tipos de medicina: a privada e a institucional. Aquela, lamentavelmente, em via de extinção a conta do empobrecimento geral da população brasileira e da expansão dos seguros saúde e dos convênios e, esta, a do SUS (Sistema Unificado de Saúde) atribuída pelo governo à maioria da população, quase sempre carente e desvalida.

Para fim de argumentação considerarei o atendimento de clínica privada sinônimo e idêntico ao de convênios.

Na modalidade acima referida é a paciente atendida pelo médico de sua escolha, hospitalizada em clínica quase sempre de elevado padrão técnico, oferecendo conforto de boa hotelaria. Na medicina institucional – conveniada ou governamental – nada é personalizado, sendo a paciente socorrida pela equipe de plantão, nem sempre simpática, muitas vezes pouco acolhedora e sistematicamente estranha. As instituições hospitalares oferecem limitados recursos técnicos, sendo, não raro, desconfortáveis.

O trabalho de parto, em clínica privada é, quase sempre, uma festa. Estão presentes, marido, mãe, familiares e até, algumas vezes, amigos. É o parto freqüentemente programado – induzido eletivamente ou cesáreo (no Brasil, aliás, é a regra...), com bloqueio peridural, estimulação ocitócica controlada e monitoração permanente das condições fetais. Ao cabo de poucas horas completa-se a dilatação do colo, sendo a paciente transferida para a sala de partos. Acompanha-a o marido, que assistirá ao nascimento do filho, dando apoio e segurança à mãe.

A presença do marido ou de familiar na sala de partos dá ao ambiente cunho de intimidade doméstica, conforta e suaviza o transe da parturição, além de tranquilizar os membros da família, expectantes do lado de fora.

Esta a minha proposta, esta a minha conduta.

Em recente congresso da especialidade havido em outro Estado, discutido o tema com vários especialistas, o anestesista contra ela insurgiu-se, alegando que a presença do marido na sala de partos é prejudicial e motivo de acidentes, citando casos de contaminação, desmaios e até de morte (o marido, obviamente) em consequência de desmaio, queda e traumatismo craniano...

Na minha concepção e prática estão presentes na sala de partos, além do obstetra, um ou dois auxiliares, anestesista e pediatra para assegurar o êxito e resolver eventuais imprevistos surgidos no curso da parturição para zelar pela integridade física do marido ou de qualquer pessoa aí presente, sempre que se fizer necessário. Proibir portanto, a presença do pai na sala de partos, usando tais argumentos, parece-me insensato e descabido.

Na instituição (SUS ou equivalente) o panorama é totalmente diverso. Nada é personalizado e inexistem regalias. Tomemos como paradigma o que acontece no Rio de Janeiro.

O trabalho de parto começa, de hábito, na madrugada. A parturiente mora, por exemplo, na Baixada Fluminense e busca atendimento em uma clínica próxima de sua residência. Não encontrando vaga, tem início a sua peregrinação que se estende geralmente a cinco ou seis hospitais, transitando de trem, de ônibus, senão a pé. Quando consegue, enfim, hospitalizar-se está exaurida, estressada e humilhada. Não raro fica a família sem saber o seu paradeiro, se ela teve a ventura de ser transportada em ambulância de algum dos muitos hospitais por onde circulou...

O atendimento que lhe é dispensado talvez não seja carinhoso; a equipe médica é desconhecida e, por vezes, em clínicas credenciadas, nem é constituída de especialistas.

Sendo a instituição universitária, há de contar com a presença de estudantes, sempre ávidos de ver e de aprender e, por isso mesmo, nem sempre respeitando o recato e a intimidade da paciente ou a solenidade do momento. Os hospitais públicos, por vezes sucateados, não dispõem de insumos básicos para o atendimento; se faltam anestésicos, como pretender abolir a dor

do parto? Monitoração contínua do trabalho é, mais das vezes, químera.

Nessas condições e nesse ambiente, marido e família sequer existem!

Não faz muito tempo, surpreendi em uma instituição universitária, na sala de partos, cerca de 10 pessoas em torno da parturiente que se esforçava em dar à luz enquanto jovem estudante, em traje de rua, sentado no armário de medicamentos, trocava idéias com a equipe médica como se estivesse assistindo a uma partida de futebol ou em um botequim, bebericando.

Os argumentos ora invocados, a teatralização das circunstâncias servem para salientar a necessidade de humanizar os eventos ligados à parturição e, acima de tudo, para chamar a atenção dos especialistas do respeito que se deve ter com a mulher e seus familiares nesse momento tão significativo de suas existências.

INTERRUPÇÃO SELETIVA DA GRAVIDEZ

Na mesma semana em que ocorria o trágico acidente que vitimou “Lady Di”, perseguida pelos “paparazzi” franceses, a imprensa do Rio de Janeiro deu cabal demonstração de estar à altura de seus nobres colegas gauleses.

Internou-se na Maternidade da Santa Casa, após longo e penoso périplo pelos hospitais do Rio de Janeiro, jovem paciente, múltipara, no curso da 25.^a semana de gestação, com o diagnóstico ultra-sonográfico de anencefalia, desejando dar paradeiro à sua angustiada situação, solicitando a interrupção da gravidez. Foi-lhe dito não ser legalmente permitido conceder-lhe o justo pedido, mas tentar-se-ia encaminhá-la aos canais competentes – *a justiça* – solicitando permissão legal para interromper a prenhez. Dito e feito, eis que o juiz concede a necessária autorização para realizar a intervenção.

O alvará exarado (que deixo de transcrever) seria semelhante a outros já divulgados em julgamento de casos semelhantes:

*Não há razão para deixar de afirmar que no caso de anencefalia, a vida que subsiste não é propriamente falando uma vida humana, a vida de um ser humano destinado a chegar a ser (ou já é) pessoa humana... (apud Verspieren, 1989). Não se está admitindo a indicação eugênica com o propósito de melhorar a raça ou evitar que o ser em gestação venha a nascer cego, aleijado ou mentalmente débil. Busca-se evitar o nascimento de um feto cientificamente sem vida, inteiramente desprovido de cérebro e incapaz de existir por si só... (alvará emitido pela Comarca de Londrina, 2.^a Vara Criminal: 2 – diagnóstico: anencefalia; em 01/12/1992) [in Diniz, D. *Bioética*, 5:19, 1997].*

Não se sabe como, a notícia logo vazou. A imprensa, ávida de escândalos, literalmente invadiu a Maternidade buscando interrogar a paciente, fotografá-la, tornando-a notícia nacional, vez que iria ser submetida a *aborto legal*! Não sabendo sequer distinguir aborto legal de *interrupção seletiva da gestação*, a imprensa deturpou o significado do ato que deveria ser convencional – para não dizer banal – transformando-o em escândalo nacional.

As forças conservadoras, obscurantistas e retrógradas – o sistema, em suma – imediatamente se mobilizaram contra a decisão judicial, na tentativa de impedir a realização do ato médico que iria pôr cobro à indesejável gestação anencefálica.

A despeito de todas as pressões foi a gestação finalmente interrompida na Maternidade Praça XV o concepto falecendo 22 minutos após o nascimento.

Consta que se fazem, no país, anualmente, de um a três milhões de abortos clandestinos e, contra esse comércio, só se levantam vozes e a imprensa quando há algum interesse escuso envolvido. Quando se ousa, com justiça e dentro dos cânones legais, interromper seletivamente gravidez, investe pesadamente para inibir qualquer atrevimento que lhe ameace o poder.

MENSAGEM DE OTIMISMO

Sempre que nos manifestamos a respeito da prática e do ensino médico, não conseguimos evitar transmitir desânimo, descrédito e pessimismo, convictos de havermos chegado ao fundo do poço e incapazes de promover ações que venham a reverter a expectativa. Nem tudo, entretanto, está perdido, pois esboçam-se iniciativas diversas no âmbito das associações de classe, AMB, conselhos de Medicina, sociedades especializadas, visando a modificações nas relações de trabalho com as entidades que intermedeiam o atendimento médico. No que respeita a atividade universitária – o ensino médico, a graduação –, o máximo que fazemos é lamentar o número crescente de escolas e de invectivar a má qualidade do ensino em muitas delas.

Já foi dito, em prosa e verso, que os professores estão desestimulados, que os salários são irrisórios e que as últimas reformas puseram cobro definitivo à dignidade do cargo.

Surgem, não obstante, iniciativas auspiciosas, em algumas faculdades de Medicina brasileiras. Assim, por exemplo, na Faculdade de Medicina de Campos, por iniciativa do seu coordenador pedagógico, professor Renato Moretto, vem de ser criado o SAE (Serviço de Assistência ao Educando), visando proporcionar ao estudante que ingressa na faculdade de Medicina, mas não exclusivamente aos calouros, apoio psicológico e orientação pedagógica para atenuar o impacto da mudança de *status*, ao transitar da adolescência para a responsabilidade da vida universitária e, logo, profissional.

Espelhado nessa proposta e por estar comprometido e envolvido, no momento atual, com atividades comunitárias, na Faculdade de Medicina de Valença, da Fundação Dom André Arcoverde, acudiu-me a idéia de lá criar iniciativa semelhante. Apresentado ao presidente da Fundação, professor Dermeval

Moura de Almeida Filho, o projeto ganhou pronta aceitação e estímulo. É assim que em Valença, em associação com o Centro de Estudos e Pesquisas, Disciplina de Psiquiatria (professor Mário Villani), Serviço Social e Diretório Acadêmico, com o beneplácito do diretor da Faculdade de Medicina, professor Paschoal Simões, estuda-se a criação, no próximo ano, de órgão semelhante ao SAE de Campos, a fim de proporcionar aos estudantes de Medicina e depois, possivelmente, extensivo também aos alunos das outras unidades da Fundação, sistema de apoio e de orientação ao alunato.

Não se encerra, entretanto, aí a ambição de novos projetos. A localização rural de nossa Faculdade exige que se pense em formar profissionais com características mais conformes à região. Esboça-se, junto com o desejo de criar a Universidade do Vale do Rio Preto, a intenção de introduzir inovações que permitam formar profissionais generalistas, úteis e adaptados a essas necessidades.

Assim agindo, escancaramos nosso inconformismo com o marasmo reinante e, acima de tudo, mostramos que, com vontade, decisão, criatividade e iniciativa é possível inovar e mudar.

Confio que esta mensagem de otimismo possa frutificar e se espalhar como rasilho de pólvora, emulando outras ações ainda mais audaciosas que as aqui apresentadas, e dê ao país novo impulso para o século que se avizinha.



1998

E O ARTIGO 128?

Perdoem-me voltar ao tema, mas insistência é essencial! E conhecimento, e esclarecimento e consciência, também.

As intermináveis polêmicas veiculadas na imprensa escrita e televisiva a respeito da regulamentação da Lei que tramita no Legislativo, em Brasília, sobre a prática do aborto legal em todas as unidades hospitalares institucionais do país – de autoria do deputado Eduardo Jorge, de São Paulo – exigem que todos nós, médicos, participemos do debate e nos manifestemos a propósito.

Reza o Artigo 128 do Código Penal Brasileiro que a gestação pode ser legalmente interrompida quando resultar de estupro ou quando não houver outro recurso para salvar a vida da gestante. Trata-se, portanto, do abortamento legal previsto em lei. Tal regimento data de 1940 e, conquanto restritivo, tem permitido a realização de abortamentos terapêuticos durante os 57 anos de sua vigência.

O abortamento legal (terapêutico), realizado para preservar a vida da mulher, raramente suscita questionamento, sendo tacitamente aceito, assim pelos profissionais de saúde como pelos familiares e a sociedade em geral. A outra indicação, entretanto – a gravidez resultante de estupro –, mobiliza os mais antagônicos, reacionários, hipócritas e conflitantes sentimentos.

A rigor nada haveria a discutir vez que a lei existe e é soberana. Sua prática, no entanto, longe está de ser pacífica.

Visando à discussão e à formação de idéias claras e objetivas, ao estabelecimento de normas regimentais, grupo interprofissional, coordenado por Anibal Faundes, da Universidade Estadual de Campinas, se reuniu pela segunda vez, em Brasília, no mês de dezembro de 1997 (a primeira reunião ocorreu em Campinas, em novembro de 1996) e exarou documento a ser amplamente divulgado em futuro próximo.

Enfoca o documento, basicamente, recomendações a serem transmitidas à mulher vítima de violência sexual, tais como

proteção contra a gravidez, contra doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento sobre alternativas e direitos e sugere aos serviços hospitalares que se dispuserem a atender as mulheres vitimadas, os trâmites legais a serem percorridos.

Analisando as correntes contrárias à aplicação da lei surge, em primeiro plano, a religiosa. É compreensível. Pondera a igreja que a vida – produzida não importa o meio – é inviolável. É argumento relevante que deve ser seguido por todos aqueles que professam a religião. No que tange, entretanto, à aplicação da lei, não é compreensível que um governo laico se subordine e obedeça a ponderações metafísicas.

No mundo moderno, globalizado e autodeterminado, o ser humano não prescinde mais de sua independência e autonomia. A reflexão se aplica essencialmente às mulheres, cujos direitos e conquistas se mostram avassaladores e irreversíveis. A imensa maioria delas consideram-se donas de seu corpo, dele fazendo uso e dispendo como propriedade inalienável sobre o qual nenhuma força ou poder deveria ou poderia influenciar.

Pensando e agindo dessa forma – desde que exista real consciência de seus direitos –, torna-se muito difícil, senão impossível, que religião, família, sociedade ou os próprios médicos exerçam qualquer influência sobre o destino de eventual gravidez surgida de inopino e de modo indesejado.

Não faço proselitismo do abortamento, legal ou desejado, sugiro apenas que nos preparemos, emocional, profissional e tecnicamente, para atender às necessidades dessa população feminina voluntariosa e decidida, sob pena de ficarmos relegados ao ostracismo e socialmente ainda mais desprestigiados.

É nossa obrigação, como responsáveis pela saúde e bem-estar de nossas pacientes, que demos ênfase à medicina preventiva, ao planejamento familiar e, no que tange à gravidez indesejada – quer ela advenha de estupro ou não –, que saibamos aconselhar com ponderação, orientá-las sobre os ínvios caminhos da legalidade a percorrer, ampará-las e confortá-las psicologicamente, sendo por fim capazes de receitar, também, a contracepção de emergência que poderá – se oportuna – evitar desnecessária prenhez.

CLUBE DA PLACENTA CELESTIAL

Faleceu no dia 20 de janeiro p.p. o eminente patologista carioca José Maria Barcellos, vítima de fulminante enfarte.

Poucos especialistas terão desfrutado justificada fama e tão universal e unânime conceito de seus contemporâneos como José Maria Barcellos, mercê de suas qualidades intelectuais, afetividade, generosidade e humanidade.

Nosso pranteado amigo nasceu em Campos, Estado do Rio de Janeiro. Por causa de sua compleição física, ainda jovem, em sua cidade natal, foi Rei Momo. Na Faculdade de Medicina da Praia Vermelha, foi o “Bolha” e, para nós, seus amigos e íntimos, a conta de suas características de liderança e mando, o “Coronel”. Gostava mesmo era de ser chamado simplesmente “Zé”.

No início de nossa vida profissional, na Maternidade Clara Basbaum, formávamos um grupo de estudos de total dedicação à Ginecologia e à Obstetrícia, e ele, havendo se tornado discípulo do professor Amadeu Fialho e, logo depois, de seu filho, professor Francisco Fialho, enveredou pela senda da Anatomia Patológica e, a seguir, da Citopatologia, especialidade através da qual mais se notabilizou.

O grupo de estudos a que me refiro era constituído por ele, Zé Maria, Jean Claude Nahoum, Dulce Castelar, eu próprio, além de diversos outros médicos que mais tarde viriam a integrar o corpo clínico da 33.^a Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia. Antes de chegarmos à Maternidade da Santa Casa, inaugurada em 1959 e entregue à chefia do professor Jorge de Rezende, Nahoum iniciou reuniões em sua própria casa para discutir Ginecologia-Obstetrícia, Psicanálise, Filosofia e diversos outros temas de interesse e deleite intelectual. Tais reuniões, informais e nem sempre regulares, passaram a ser realizadas, no início da década de 60, na “33”,

ganhando, imediatamente após, caráter metódico e o rótulo de clube científico – Clube da Placenta.

Rodados alguns anos e eis o Clube da Placenta sediado no consultório dos mesmos personagens, em bairro nobre do Rio de Janeiro.

Nesse celeiro de ciência todos – ou quase – dedicaram-se à carreira universitária, assim na Universidade Federal do Rio de Janeiro como na Escola de Medicina e Cirurgia. Barcellos, já patologista de nomeada, viajou para Bambuí (Minas Gerais), zona endêmica da doença de Chagas, para estudá-la *in loco* e, a seguir, escrever sua tese de docência-livre à Escola de Medicina e Cirurgia sobre “Placentite Chagásica”. Anos mais tarde, candidatando-se ao cargo de professor titular de Citopatologia da mesma faculdade, escreveu a muito louvada tese intitulada “Citopatologia do Líquido Amniótico”, considerada um marco no estudo do componente celular do fluido âmnico na literatura obstétrica nacional.

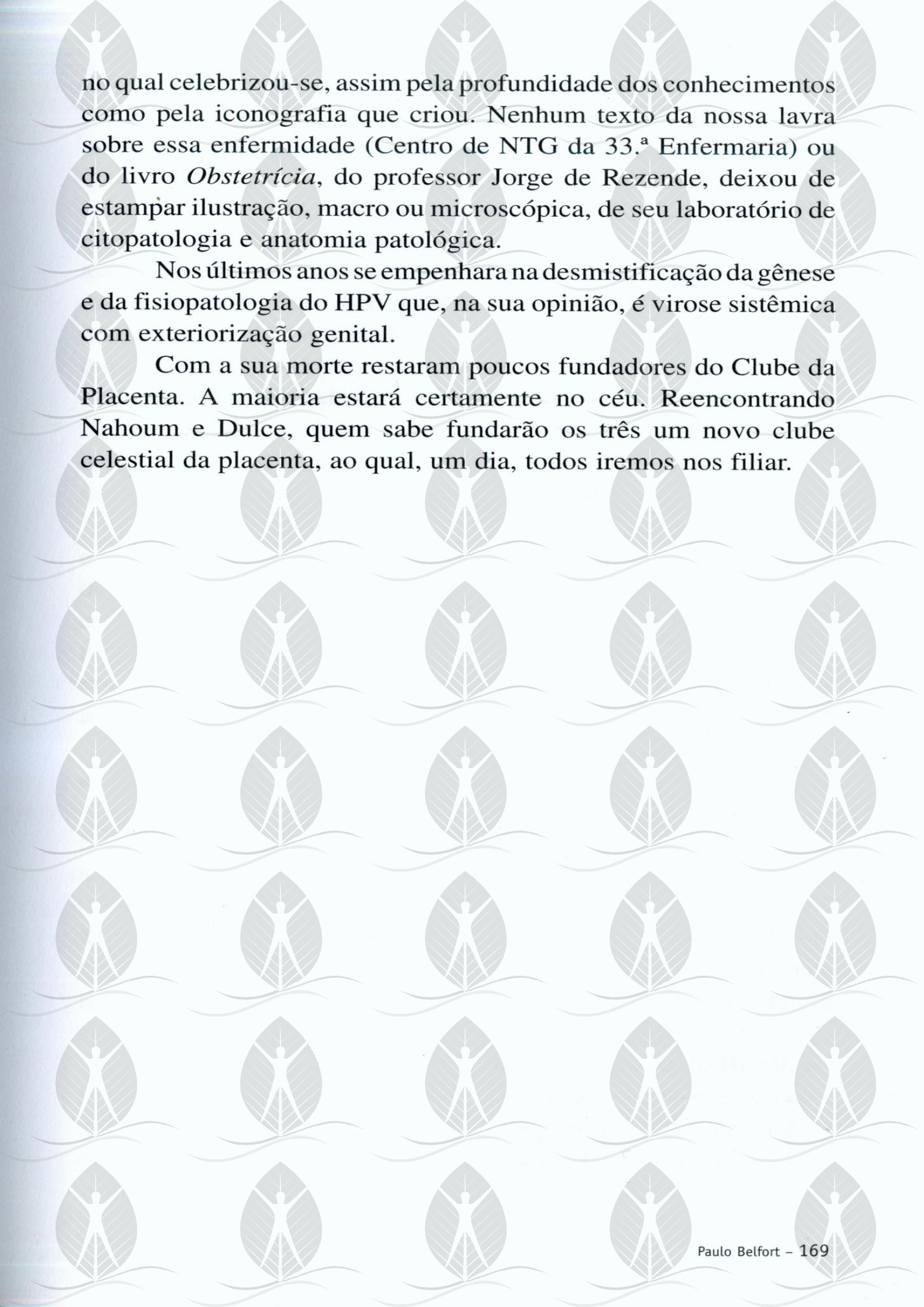
Para alargar seus horizontes profissionais e humanísticos, não hesitou em fazer uma pausa nas suas inesgotáveis atividades docentes e profissionais, viajando para a Espanha (Valência), onde permaneceu dois anos amadurecendo o potencial que exibiria nos anos vindouros.

Barcellos foi também professor fundador de sua disciplina, na Faculdade de Medicina de Campos e na Universidade Gama Filho, cargo que ocupou, nesta última, até pouco tempo antes de seu falecimento.

Presidiu “Capítulos” de citologia, a própria Sociedade Brasileira de Citologia, organizou diversos conclaves científicos e freqüentou praticamente todos os eventos científicos de sua especialidade, no Brasil e no exterior.

Sua bagagem literária foi não menos prolixa, publicando incontáveis artigos nas mais prestigiosas revistas nacionais e estrangeiras; capítulos de livros, teses e monografias.

Nenhum patologista como ele dedicou-se tanto à Ginecologia e à Obstetrícia. Fizemos produtiva e permanente associação no estudo da neoplasia trofoblástica gestacional, tema



no qual celebrizou-se, assim pela profundidade dos conhecimentos como pela iconografia que criou. Nenhum texto da nossa lavra sobre essa enfermidade (Centro de NTG da 33.^a Enfermaria) ou do livro *Obstetrícia*, do professor Jorge de Rezende, deixou de estampar ilustração, macro ou microscópica, de seu laboratório de citopatologia e anatomia patológica.

Nos últimos anos se empenhara na desmistificação da gênese e da fisiopatologia do HPV que, na sua opinião, é virose sistêmica com exteriorização genital.

Com a sua morte restaram poucos fundadores do Clube da Placenta. A maioria estará certamente no céu. Reencontrando Nahoum e Dulce, quem sabe fundarão os três um novo clube celestial da placenta, ao qual, um dia, todos iremos nos filiar.

O PROFESSOR CHEGOU!

Em priscas eras, que ainda não tão longe vão, era assim, com admiração e respeito – quase veneração – que os assistentes se manifestavam quando o chefe do Serviço e professor da disciplina chegava às dependências da Faculdade, do Hospital ou da sua Enfermaria. Pudera, o professor era o chefe, o diretor, o mentor intelectual do grupo e galgara o posto após longos anos de vivência acadêmica, de diversos concursos de docência e por fim de cátedra. Sua cultura, assim médica como humanista e suas habilidades clínicas ou cirúrgicas eram, pelo geral, inigualáveis e de todos conhecidas e unanimemente louvadas.

No âmbito específico de nossas especialidades: Ginecologia e Obstetrícia os que têm memória e cultivam mitos, como deixar de recordar e de salientar o carisma que Fernando Magalhães exerceu, não apenas no Rio de Janeiro mas em todo o Brasil, merecendo de Rezende, em seu livro *Obstetrícia*, encomiásticas referências “...Magalhães fez palpitar, inspirou ou deu categoria aos temas que tratou. Demais disso nunca lhe faltou, nas pregações, sentido humanístico, universal, ecumênico, centelha que o animava a descancelar, atrevidamente, as portas da rotina”.

Como não relembrar a figura apolínea de Raul Briquet, em São Paulo, onde exerceu com raro brilho e exaço o magistério e a clínica e até hoje louvado e cultuado por Bussamara Neme.

Sucedeu a Magalhães na Universidade do Brasil, na Maternidade-Escola, no Rio de Janeiro, Octávio Rodrigues Lima. Quem não há de lembrar-se de sua inteligência fulgurante, liderança incontestada, verve e fino humor. Sua chegada na Maternidade era ansiosamente aguardada e a sua presença a todos animava.

No Instituto de Ginecologia da Universidade do Brasil, no Hospital Moncorvo Filho, pontificou Arnaldo de Moraes criador desse Serviço, pioneiro e introdutor da prevenção do câncer e da colposcopia no país. Foram os dois gigantes da nossa especialidade

– Fernando Magalhães e Arnaldo de Moraes – os criadores da primeira Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil, no Rio de Janeiro.

Sucedeu a Arnaldo de Moraes, no Instituto de Ginecologia, o não menos louvado professor Francisco Victor Rodrigues a cuja liderança e prestígio, de parceria com o professor Jorge de Rezende, deve-se a criação da Secretaria Executiva da nossa Febrasgo. Neste processo, aliás, seria injustificável não mencionar o papel catalisador exercido por Jean Claude Nahoum e os demais integrantes do Clube da Placenta à época, entre os quais orgulhosamente me incluo.

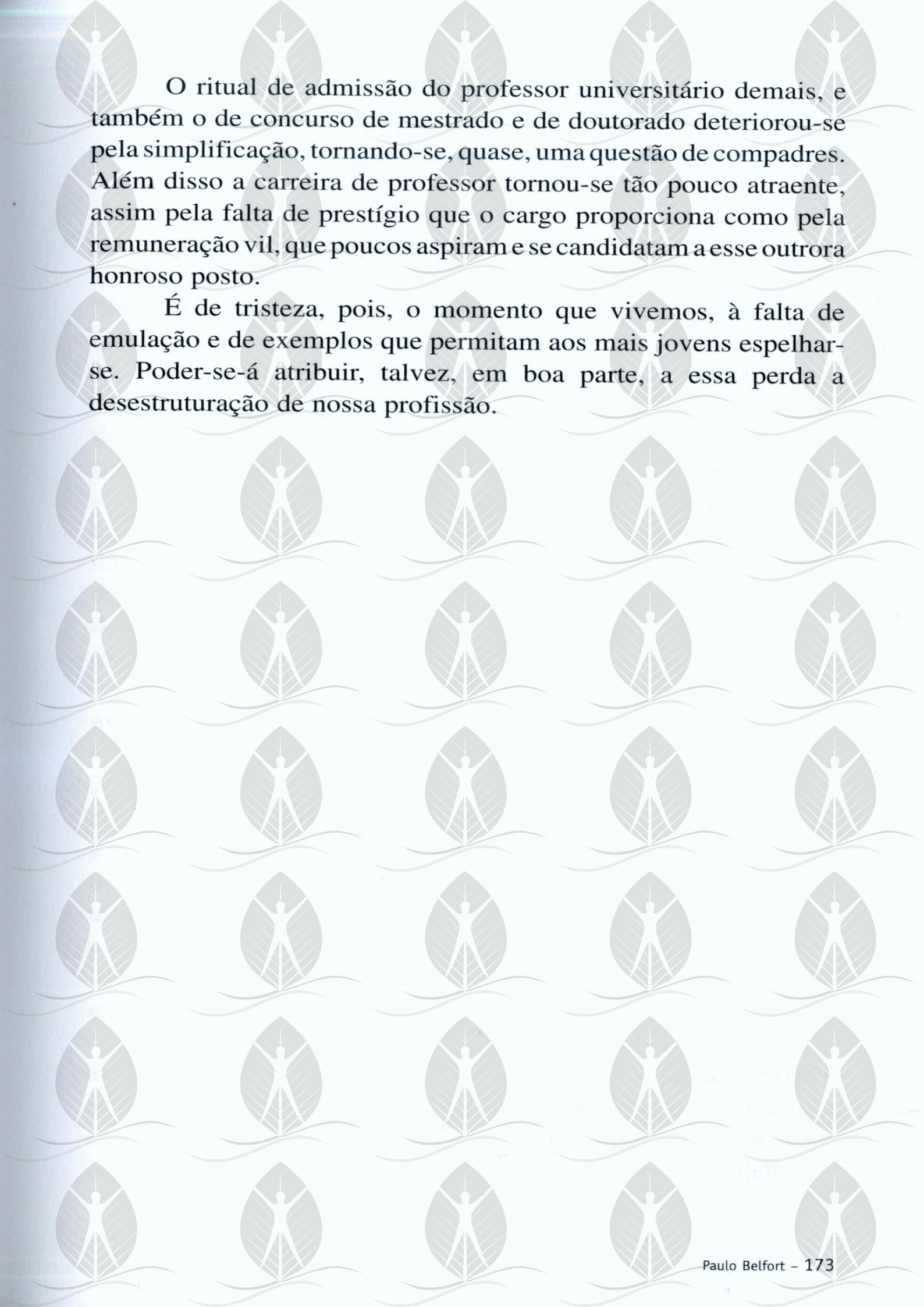
No Instituto de Ginecologia, com o falecimento de Victor Rodrigues assumiu, não mais a cátedra – já extinta – senão o posto de professor titular, Alípio Augusto Camelo que ainda conseguiu sustentar a flama sagrada de seus antecessores, vindo inclusive a tornar-se, mais adiante, diretor da própria Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Foram igualmente professores, cuja lembrança merece ser cultivada e cultuada, havendo sido amados e louvados por seus discípulos, entre diversos outros: Martiniano Fernandes no Recife, Victor do Amaral em Curitiba, João Gomes da Silveira em Porto Alegre, Octávio de Souza em Niterói, Medina em S. Paulo, Adeodato Filho na Bahia e Lucas Machado em Minas Gerais.

Tanta reverência e exemplificação no passado, tanta frustração no presente.

As consecutivas reformas por que passou o ensino universitário no Brasil, a multiplicação desinibida do número de escolas médicas e o perverso sistema eleitoral adotado para escolher o professor ou o chefe do departamento, deturparam o processo de condução aos postos de chefia no magistério e reduziram o incensado catedrático a professor de terceira classe.

Sendo tão numerosas as escolas de medicina no país e tantos os professores improvisados que, de muitos deles, não se conhece o nome e sequer a existência.



O ritual de admissão do professor universitário demais, e também o de concurso de mestrado e de doutorado deteriorou-se pela simplificação, tornando-se, quase, uma questão de compadres. Além disso a carreira de professor tornou-se tão pouco atraente, assim pela falta de prestígio que o cargo proporciona como pela remuneração vil, que poucos aspiram e se candidatam a esse outrora honroso posto.

É de tristeza, pois, o momento que vivemos, à falta de emulação e de exemplos que permitam aos mais jovens espelhar-se. Poder-se-á atribuir, talvez, em boa parte, a essa perda a desestruturação de nossa profissão.

SUPERESPECIALISTAS OU SUPERTÉCNICOS?

No dia 12 de abril próximo passado o jornal *O Globo* estampou notícia que literalmente transcrevo: “Maternidade antecipada, viagem adiada. Sasha não vai mais chegar a partir do dia 15 de agosto como tinham previsto os médicos de Xuxa inicialmente”. Depois da última ultra-sonografia, realizada sexta-feira passada, no Rio de Janeiro, os radiologistas descobriram que a filha de Xuxa deverá nascer *uma semana antes* (grifo do autor). Em outra sessão do mesmo jornal consigna-se:

“Na última sexta-feira Xuxa fez mais uma ultra-sonografia e soube que Sasha está se desenvolvendo muito bem e que já pesa 452 gramas e mede cerca de 28 centímetros”. É-lhe dito, em tom de brincadeira, “O ideal da grávida é que ela tenha um aparelho de ultra-sonografia em casa porque todas ficam curiosas para ver os seus bebês”.

Na qualidade de professor de Obstetrícia e de clínico experimentado não posso conter o espanto e a indignação ao ver tão disparatadas afirmações veiculadas no prestigioso órgão de divulgação que é *O Globo*.

A ultra-sonografia é exame complementar sério que trouxe à Medicina em geral e à Obstetrícia em particular progresso imensurável, não podendo prestar-se ao desvario promocional de técnicos que ridicularizam e desprestigiam, sem pudor, a Medicina e a Radiologia.

Que a festejada musa televisiva tenha a sua gravidez exaltada, queira exhibir o belo ventre em seus programas semanais e realizar exames ultra-sonográficos diários, é questão de seu exclusivo alvedrio. Sugerir, entretanto, que todas as grávidas possuam equipamento próprio para ver os seus bebês, além de constituir estultice é desrespeito ao exercício profissional, ao senso comum, além de indecoroso. Mesmo sendo mera brincadeira.

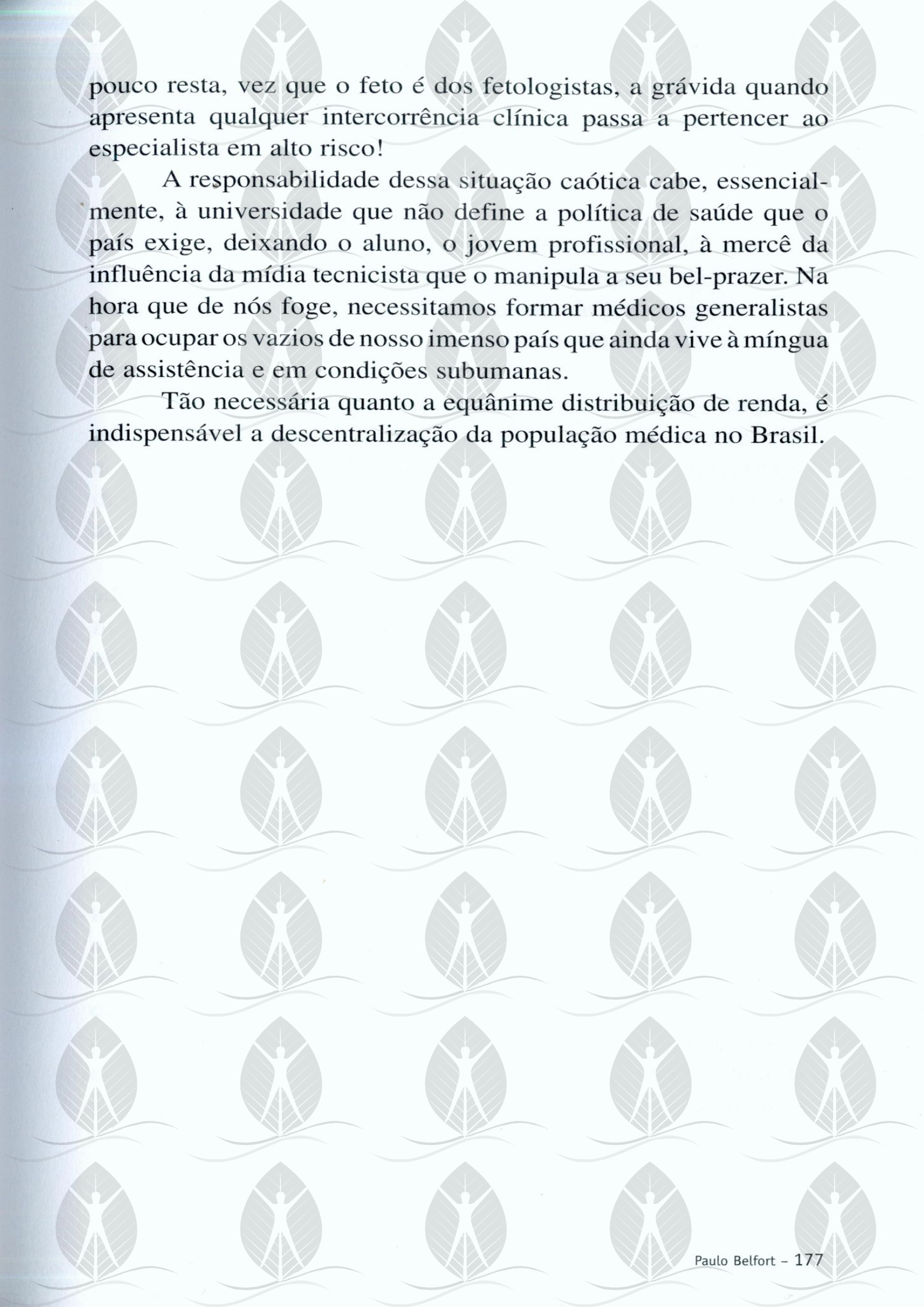
Diz-se – mesmo nos dias atuais – que a clínica é soberana. Quer-se com isso afirmar que a despeito de todo o avanço tecnológico ela deve se sobrepôr a todos os exames complementares – à ultra-sonografia inclusive. Como é possível afiançar que a gestação irá terminar uma semana antes do que fora previsto, através de exame ultra-sonográfico?

Como atrever-se afirmar o peso fetal com exatidão se todos sabem que a avaliação ultra-sonográfica é apenas aproximativa? Eis o que diz a literatura especializada a esse propósito: “A partir da medida de cinco parâmetros fetais: diâmetros biparietal, occipitofrontal, abdominal ântero-posterior, abdominal transversal e comprimento do fêmur, vários cálculos importantes podem ser feitos. A idade menstrual pode ser calculada com aproximadamente duas semanas de diferença da idade gestacional em 90% dos casos. A estimativa do peso fetal varia cerca de 10% em relação ao seu peso real em aproximadamente 60%”.

O que os médicos não percebem, não querem ou não conseguem mais perceber, é que a banalização dos atos médicos só traz desprestígio para a profissão e contribui para deteriorar a imagem do esculápio, outrora respeitada e prestigiada mercê da dignidade, da compostura e do recato.

Mais lamentável ainda é verificar que a Medicina, como um todo, foi retalhada em superespecialidades, fazendo com que o médico saiba, cada vez mais, muito de pouca coisa e, quem sabe, em futuro próximo, muito de coisa alguma...

Na área que nos diz respeito – a Ginecologia e a Obstetrícia –, da qual podemos falar com conhecimento de causa, é grave a situação. Há, por exemplo, especialistas do sistema genital inferior e, outros, do sistema genital superior; entre os versados em reprodução há os que só fertilizam e os que infertilizam com exclusividade e, entre esses, há os exclusivos hormoniologistas, sem mencionar aqueles superespecialistas em terapêutica de reposição hormonal que, em breve – por quê não? – se dedicarão às mulheres de faixas etárias diversificadas, dos 35 aos 50, dos 50 aos 65 e outros às longevas e anciãs... Aos obstetras tradicionais



pouco resta, vez que o feto é dos fetologistas, a grávida quando apresenta qualquer intercorrência clínica passa a pertencer ao especialista em alto risco!

A responsabilidade dessa situação caótica cabe, essencialmente, à universidade que não define a política de saúde que o país exige, deixando o aluno, o jovem profissional, à mercê da influência da mídia tecnicista que o manipula a seu bel-prazer. Na hora que de nós foge, necessitamos formar médicos generalistas para ocupar os vazios de nosso imenso país que ainda vive à míngua de assistência e em condições subumanas.

Tão necessária quanto a equânime distribuição de renda, é indispensável a descentralização da população médica no Brasil.

“O CASO DA PÍLULA DE FARINHA”

Com grande alarido e presteza o ministro da Saúde identificou e mandou punir exemplarmente o Laboratório Schering do Brasil, que fabricou a pílula de farinha, tornando-se responsável pela gravidez indesejada de muitas mulheres brasileiras!

Para a grande imprensa – formadora de opinião – e o grande público – ávido de espalhafatos – um prato cheio para o noticiário e o escândalo; para nós, técnicos e entendidos, um provável descuido da indústria e a quase certa ação de meliantes e aproveitadores inescrupulosos.

Que motivos teria o laboratório para fabricar a pílula adulterada? A Schering do Brasil, de reconhecida probidade no meio médico brasileiro e na indústria farmacêutica, só poderia ter em mente testar máquinas, consoante alegado, ou preparar material para servir de placebo em alguma investigação científica.

Não se trata aqui, porém, de analisar deslizes e(ou) desvios dessa especial carga, senão de refletir sobre contracepção, sua eficácia, continuidade, de gravidez indesejada e da ação governamental.

É fato cediço que a pílula combinada, contendo estrogênio e progestogênio, quando usada corretamente, isto é, à mesma hora, todos os dias, apresenta índice de falha de apenas uma gravidez em um ano de uso. As omissões decorrem principalmente da sua descontinuidade relacionada a motivos diversos, porém, certamente não médicos. Por essa razão e muito especialmente para aquelas que de fato não desejam gestar, recomenda-se o uso de contracepção complementar, preservativo pelo geral, que tem a vantagem adicional de proteger contra doenças sexualmente transmissíveis.

Na situação em apreço, como comprovar que a gravidez ocorreu em usuárias da pílula farinácea? Qualquer mulher, havendo gestado sem desejar, poderia ter se valido do noticiário, alegando estar em uso do Microvlar falsificado para fazer chantagem e assim obter vantagens e benefícios. Pelas fotografias das mulheres grávidas estampadas nos jornais, tem-se impressão que a maioria apresenta avantajado ventre, sugerindo prenhezes mais avançadas do que corresponderia à recente descoberta da pílula falsificada. Por todas essas razões fica a pergunta: embuste, estratégia feminina, de eventuais forças ocultas ou comprovada responsabilidade e culpa do Laboratório Schering do Brasil?

No que respeita à ação governamental várias considerações merecem ser feitas. O governo deseja perpetuar a CPMF. Esplêndida oportunidade para mostrar que o Ministério da Saúde está em permanente vigilância e merece todos os encômios e subsídios. Por que não esse imposto definitivo? Enquanto isso *outdoors* espalhados no Rio de Janeiro (e provavelmente em todo o Brasil) propõem: “O CPMF não deu certo. Pra que continuar?”

Estamos em época de eleições presidenciais. A ação moralizadora fulminante do atual governo, intermediada pelo Ministério da Saúde, mostra não só a sua probidade mas, também, a mão pesada da justiça.

O atual ministro da Saúde trata exemplarmente todas as mazelas de sua pasta e assim se mantém no noticiário diário dos jornais e da televisão (por acaso é ele candidato potencial à sucessão presidencial em 2002!). Foi impecável e definitiva a atuação do Ministério no caso da dengue, na moralização dos hospitais federais, na redução dos índices de cesárea, na proposta de pagamento da analgesia no parto vaginal em toda a rede hospitalar do SUS, na valorização da consulta médica no mesmo SUS. Sua excelência não deixou de demonstrar, também, cabal e definitivamente, que a péssima qualidade da assistência médica no Brasil é culpa exclusiva dos médicos.

Em verdade a medicina e os médicos no Brasil estão deixando muito a desejar, já asseverei em inúmeras oportunidades

anteriores, mas o que não se pode permitir é que a realidade seja desfocada. A saúde do brasileiro vai mal e a prática médica também, não por nossa responsabilidade, senão do próprio governo que investe pouco, não aprimora nem corrige as distorções do sistema, não coíbe o real e criminoso comércio de medicamentos falsificados e, além do mais, faz da saúde uma questão política.

SÃO EXAGERADOS OS ÍNDICES DA OPERAÇÃO CESARIANA NO BRASIL?

Sim. São certamente excessivos os índices de cesárea havidos no Brasil. Particularmente quando cotejados com os praticados em outras partes do mundo. Senão vejamos:

Pesquisa nacional sobre demografia e saúde, realizada em 1996, pela Bemfam fornece as seguintes taxas de cesárea no Brasil: São Paulo, 52,1%; Rio de Janeiro, 43,3%; Brasil, 32%. Comparando esses números com os de outros países, tem-se a certeza de sermos recordistas mundiais na prática da cesárea: Estados Unidos, 24,7%; Canadá, 19,5%; Dinamarca, 13,1%; França, 10,9% e Japão, 8,0%.

Um fato é definitivo. A elevada incidência de cesárea no Brasil é conseqüência direta do crescimento da medicina conveniada e do SUS que remuneraram indigna e indigentemente o trabalho médico, obrigando o profissional a multiplicar o atendimento, os procedimentos cirúrgicos, como única forma de amealhar recursos que lhe assegurem a sobrevivência, senão digna, pelo menos com algum decoro!

São quatro os principais grupos de indicação da cesárea: distocia – englobando desproporção cefalopélvica, discinesias uterinas, distúrbios de dilatação e de progressão; sofrimento fetal, cesárea de repetição e apresentação pélvica. Tais indicações responsabilizam-se, praticamente, por 90% de todas as operações praticadas.

Em verdade, no Brasil de hoje, a cesárea tornou-se, para muitos, a via preferente de nascimento, senão a única. Vários motivos condicionaram essa posição *sui generis*.

Consoante documento divulgado no *Informe Medicina* (agosto, 1997) do Conselho Federal de Medicina são fatores que contribuem para essa epidemia:

- Conveniência médica (menor duração e planejamento cronológico da cesárea).
- Falta de acesso da população à informação sobre os riscos da cesárea.
- Possibilidade de realizar, como suplemento da cesárea, a esterilização tubária.
- Julgam as mulheres que a cesárea, além de indolor, ao ser realizada sob anestesia, preserva a anatomia vaginal para as relações sexuais.
- Falta de reembolso de anestesia para o parto normal.
- Formação universitária deficiente. O novo médico dessabe as técnicas de assistência ao parto vaginal, as manobras operatórias extrativas e por isso o teme e o evita.

Seguem diversas outras ponderações igualmente significativas.

Os fatos atuais, entretanto, não fazem justiça à operação cesariana que palmilhou, ao longo do tempo, caminhos impérvios até cristalizar-se na técnica atual, insuperável, universal e definitiva.

Invectivada ao longo de muitos séculos, timidamente defendida e raramente praticada por destemidos parteiros da antigüidade, a operação cesariana muito evoluiu até alcançar a excelência do presente.

Omitindo as referências mitológicas à cesárea e à *Lex Regia* de Numa Pompílio, a primeira descrição deste ato cirúrgico praticado em ser vivente vem da Turgóvia onde o castrador de porcos Jacques Nufer fez nascer seu primeiro filho através da cirurgia abdominal. Lê-se em Siebold (no *Essai d'une histoire de l'Obstétricie*), que o suplemento de tradução latina do livro de Rousset assim a descreve: “No ano de 1500, Elizabeth Alespach,

mulher de J. Nufer, castrador de porcos da vila de Slegershensen, paróquia de Hüttwylen, condado de Dottlieben na Turgóvia, estando grávida de seu primeiro filho, sentindo as dores de parto durante vários dias, fez vir sucessivamente treze parteiras e alguns litotomistas para ajudá-la, os quais fizeram inúmeras tentativas para fazê-la parir – todas inúteis. Como ela sentisse fortes dores, não lhe restando qualquer esperança de alívio, disse-lhe o marido que se ela confiasse, realizaria uma operação que, com a graça de Deus, poderia ser exitosa. Sendo o caso delicado o marido solicitou permissão ao presidente do cantão para realizá-la, o qual, após tomar conhecimento da gravidade da situação e da boa vontade do marido decidiu concedê-la. Retornando à casa diz o marido às parteiras que aquelas que fossem corajosas bastante para ajudá-lo permanecessem no quarto, retirando-se as tímidas pois ele iria realizar algo do qual esperava a saúde de sua mulher, assim Deus o ajudasse. Retiraram-se onze parteiras, permanecendo duas – as mais corajosas – e os litotomistas para lhe prestar assistência. Após implorar o socorro divino e fechar cuidadosamente a porta, deitou sua mulher sobre uma mesa e lhe fez uma incisão no ventre como aos porcos e, de um só golpe, abriu o ventre com tanta felicidade fazendo nascer a criança sem qualquer lesão.

Alguns anos após esta operação, ela deu à luz gêmeos e, mais tarde, a quatro outras crianças”.

Não obstante as inúmeras tentativas de popularizar a cesárea na Europa, nunca ela teve prestígio, mercê da quase sistemática mortalidade de suas vítimas a conta de infecção e hemorragia.

O ano de 1876 representa um marco na evolução da cirurgia. No dia 31 de outubro desse ano, o professor Eduardo Porro, de Pavia, na Itália, revela a seus alunos que praticou em 21 de maio amputação útero-ovárica em uma primípara raquítica, cuja *conjugata vera media* apenas 4cm. Rotulou a operação *Amputazione utero-ovarica comme complemento di taglio cesareo*.

Logo a seguir surgiram técnicas conservadoras da cesárea, empregando a sutura do útero (Kehrer, 1881 e Sängner, 1882). Em 1906, no congresso de Lisboa, Frank, de Colônia, comunica a sua

técnica de cesárea extraperitoneal para realizá-la nos casos impuros. Estava delineado o acesso ao segmento inferior do útero.

No Brasil – ensina-nos Rezende –, a primeira cesárea teria sido praticada em mulher escrava, em Recife, por Picanço (José Correia), Barão de Goiana.

Deve-se, em verdade, a Fernando Magalhães, a partir de 1915, a divulgação e a prática da cesárea entre nós.

Em 1955, Rezende, na Maternidade Escola, pratica por vez primeira a cesárea, abrindo o ventre com a incisão de Pfannenstiel. O mais é história contemporânea.

Preocupado com os nossos elevados índices de cesárea, o governo pretende intervir na prática obstétrica. O novo ministro da Saúde lança programa de atendimento às grávidas, começando pelo aumento do valor pago pelos partos normais em relação ao preço das cesáreas e a correção da tabela de procedimentos do SUS no que se refere a ações do programa de atenção integral à saúde da mulher.

Pode até ser que tais medidas beneficiem as grávidas e exerçam influência favorável no desempenho obstétrico, porém, enquanto não se remunerar os médicos adequadamente e não se investir na qualidade da assistência à saúde, temo que de boas intenções o inferno continue cheio!

MEDICINA DE FAMÍLIA

Assisti, recente programa televisivo sobre sistemas de saúde no Brasil, do qual participava representante do Ministério da Saúde que, em dado momento, foi inquirido pela entrevistadora sobre as ações que a sua pasta estaria desenvolvendo em relação à medicina de família. Estrategicamente o entrevistado deixou de relatar o que o Ministério estaria realizando ou pretendia desenvolver, preferindo discreter sobre a essência da medicina de família.

Em hábeis palavras exemplificou: um operário que saísse de casa de madrugada e retornasse tarde da noite, não teria oportunidade de ser atendido em qualquer posto de saúde ou ambulatório, vez que nesses horários o atendimento ainda não se iniciou ou, ao revés, já se encerrou. Restaria a esse desafortunado trabalhador buscar assistência médica num pronto-socorro, onerando desnecessariamente o trabalho dessa unidade. Existisse na comunidade em que vive o cidadão, medicina de família, o médico ou o agente sanitário iria visitá-lo em sua própria casa, à noite, ao retornar da lida diária, aproveitando a oportunidade da consulta para trocar idéias com a família, dar conselhos sanitários e dialogar sobre temas diversos alusivos à saúde e ao bem-estar de todos.

Já se pratica essa modalidade assistencial em diversos Estados e cidades brasileiras, com e sem a parceria governamental. São os exemplos mais conhecidos os do Ceará, de Niterói, vizinho do Rio de Janeiro, de Sorocaba e de algumas outras cidades no interior de São Paulo, do Paraná, Rio Grande do Sul, etc.

Seria injusto mencionar o Ceará sem falar do trabalho pioneiro desenvolvido por Galba Araújo nesse Estado. Com efeito, já em 1975, à ocasião do XI Congresso Brasileiro de Ginecologia e Obstetrícia realizado no Rio de Janeiro e que tive a honra de presidir, Galba relatava os primeiros resultados do seu projeto.

Nesse conclave apresentou três trabalhos em contribuição ao tema oficial de Obstetrícia “Assistência à gestante no Brasil”: “Projeto de assistência materno-infantil para a área da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – Porangabaçu”; “Programa comunitário de saúde familiar – Cidade de Fortaleza” e “Projeto materno-infantil – Paracatuba”. Sua atuação foi tão eficiente e produtiva que mereceu reconhecimento e emulação da Organização Mundial da Saúde.

Medicina de família, como hoje se entende e pratica, nasceu em Cuba e alastrou-se pelo mundo. Em 1975 criou-se, no Brasil, a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde no Ministério da Saúde que não desfrutou, entretanto, prestígio.

Na Conferência de Alma Atta, realizada em 1978, foi salientada a importância e a necessidade de universalizar a atenção à saúde, deslocando o enfoque básico para a família e a comunidade. Cresceram, assim, as chamadas ações básicas de saúde para, com baixo custo, ter grande efeito na sobrevivência e na qualidade de vida das pessoas, principalmente das crianças.

É o objetivo básico da medicina de família complementar a rede municipal de assistência à saúde, com ênfase na atenção primária, de modo a tornar ideal o produto obtido pelos serviços.

São seus objetivos específicos, os abaixo enumerados:

- Diagnosticar precocemente enfermidades e deficiências;
- Modificar condutas que coloquem a saúde em risco;
- Dar atenção à criança através de puericultura pré e pós-natal;
- Estimular e respeitar a troca de saberes de modo a propiciar mudança do quadro sanitário da população;
- Colaborar na diminuição de estigmas, tabus que favorecem a disseminação de enfermidades;
- Incentivar a organização e “participação ativa” da população na conquista de seus direitos plenos de cidadania;
- Reforçar a importância da saúde ambiental através da prática de reflexão coletiva;

- Promover práticas de educação em saúde, visando a garantir, inclusive, a democratização do saber técnico;
- Implementar a saúde da mulher de forma integral;
- Utilizar procedimentos metodológicos relativos à “vigilância epidemiológica e sanitária” em co-participação com os usuários.

Como se vê, é amplo e pretensioso o âmbito que se deseja para a medicina de família e só a determinação e a vontade política serão capazes de institucionalizá-la.

O médico de família compromete-se com a pessoa e não com um conjunto de conhecimentos, grupo de doenças ou técnica especial. Este compromisso tem duas vertentes. Primeiro, não é limitado pelo tipo de problema de saúde. O médico de família está disponível para qualquer problema de saúde numa pessoa de qualquer dos sexos e de qualquer idade. A sua atuação nem sequer está limitada a problemas de saúde rigorosamente definidos; o doente define o problema. Segundo, o compromisso não tem prazo definido. Não termina com a cura da enfermidade, o fim do tratamento ou a incurabilidade da doença.

As considerações tecidas a propósito deste palpitante tema deveriam nos induzir a refletir sobre as ações que continuamos bisonhamente a praticar, ensinando na universidade, nos cursos de graduação, tecnologia; de nos submetermos às pressões e às influências das grandes empresas que vendem tecnologia. Bem poderíamos transformar muitas de nossas faculdades de Medicina, principalmente as do interior do país, em centros formadores de médicos generalistas preparados para ser médicos de família, atendendo, dessa forma, as urgentes necessidades sanitárias desse desassistido Brasil.

MÉDICOS ESCREVEM POUCO E MAL!

Talvez que uma das principais preocupações dos educadores, neste final de século, diga respeito à formação intelectual e cultural dos jovens, subjugados pela tecnologia eletrônica, cada vez mais dependentes da mídia televisiva e da informação computadorizada. Temem que a literatura livresca esteja com os dias contados, substituída pelo sintético e superficial conhecimento informatizado.

A realidade, entretanto, ainda é diversa e alvissareira.

Em recente editorial do professor Ismar Silveira, no nosso JBM, lê-se que o livro permanecerá longo tempo no Terceiro Milênio, pelo fato de ainda constituir negócio de alta rentabilidade, gerando milhões de dólares nos Estados Unidos e no resto do mundo.

No que respeita à escolaridade, conquanto ainda possuamos elevado contingente de analfabetos, percebe-se esforço tenaz da parte de organizações (nem sempre governamentais – é de lamentar-se) no sentido de reduzir tais índices, estimulando as crianças a freqüentar a escola, dando-lhes formação profissionalizante, capaz de assegurar-lhes futuro mais promissor.

Sabe-se que a leitura de bons textos na escola e a indução para ler os bons autores, além de aculturar, desenvolve o intelecto, sedimenta conhecimentos e alarga horizontes. Lamentavelmente, entretanto, não parecem ser muitos os que seguem essa regra. E isso se reflete no vernáculo obtuso e na sintaxe indigente. Arriscaria dizer, no que concerne à nossa profissão, que médicos escrevem pouco – ou nada –, com caligrafia garranchosa, para esconder a pouca intimidade que têm com a língua pátria...

Nos tempos que correm é o fato preocupante e, por vezes, de suma gravidade.

Já tive oportunidade, em passados editoriais nesta revista, de tocar no assunto, chamando atenção para o crescente número de processos que se fazem contra os médicos, assim por resultados infortunosos de sua atuação clínica como por alegada imperícia. Formado o processo, constitui peça-chave da defesa profissional, a descrição do ato médico contida no prontuário da paciente. E aí começa a desventura de nossos caros colegas, pois, como aleguei: médico escreve pouco e mal! O relato dos eventos que motivaram a queixa é, pelo geral, reduzido, impreciso, eivado de falhas e omissões e, não raro, vazado em vernáculo pobre, caligrafia pouco recomendável e ortografia canhestra.

Desse modo não haverá advogado que nos livre da acusação (e, quem sabe, da culpa...?).

Aproveito a oportunidade para profligar, uma vez mais, a caótica ortografia médica.

Encontram-se, amiúde, nas papeletas, termos equivocadamente grafados: ocitócico (ocitocito), cesárea (cesaria), cesariana (cesareana), histerectomia (esterectomia!), wintercuretagem; além dos lamentáveis cacófatos: vez passada (vespassada!), boca dela, nunca ganhou, neologismos, solecismos, barbarismos e as indefectíveis siglas e abreviaturas, macaqueadas da literatura americana.

Sei que falar de purismo nesta conturbada época de globalização em que vivemos poderá parecer fátuo, pretensioso e impertinente, mas é, sem dúvida, um desafio e um bom combate que desejo e espero vencer. Hélas!

REFLEXÕES

*(um tanto nostálgicas)
a propósito do fim de ano e do médico,
um alheado ocupado*

Conquanto tenhamos chegado ao final de mais um ano proceloso, em meio a grande expectativa e incertezas da economia mundial globalizada, sem muito élan para comemorações, não podemos abdicar de esperanças e de novos cometimentos.

No âmbito estrito da nossa profissão surgem alguns movimentos promissores como a intensa atuação das sociedades médicas, entre as quais a do Conselho Regional de Medicina em conjunto com a Somerj, criando a Central de Convênios para dialogar com as empresas de saúde que nos oprimem e exploram; a criação, pela Associação Médica Brasileira, do Sinam para competir com as mesmas empresas de seguro-saúde. Começam de encorpar-se, entre os membros da Febrasgo, a consciência coletiva e os protestos relativos à retalhação da Ginecologia.

No que respeita à *GO Atual*, temos planos editoriais ambiciosos para o final deste e o início do novo século, havendo elaborado extensa agenda de temas científicos a serem desenvolvidos – a convite – por expoentes da Ginecologia e da Obstetrícia.

Estamos renovando, a partir do início de 1999, o Conselho Científico da revista, a fim de homenagear novos próceres da especialidade e, ao mesmo tempo, tornar a *Revista* mais representativa, abrangente e prestigiosa.

Não é muito, mas é o que podemos realizar, nos conturbados tempos que vivemos!

A profissão médica exige – hoje, mais do que nunca –, por parte daqueles que a exercem, devoção, convicção e abnegação. Todos devem ter presente que as gratificações obtidas no exercício da prática médica são mais de natureza emocional do que material, por isso que o nosso mister de atender, tratar e curar satisfaz tanto a alma e tão pouco o bolso!

Confidenciava-me, recentemente, ilustre colega, a propósito da sua intensa atuação clínica que ela, no seu ministério profissional, se deixa absorver de tal forma pelos problemas, doença, parto, cirurgia e necessidades de suas pacientes, que se aliena integralmente, nesse espaço de tempo, de sua própria vida, conjunturas e preocupações, absorvida por aquelas de outrem.

Terá, a maioria dos médicos, semelhante devotamento à profissão? Conseguirá alhear-se, como descrito, de suas prementes necessidades?

O que é, em verdade, um alheado?

Alheado é uma pessoa que vive tão absorta, concentrada em suas atividades, em seus pensamentos, que deixa de perceber, de realizar, coisas que lhe dizem respeito.


Lê-se em Machado de Assis (“Várias histórias”, “Histórias sem data”) exemplos de alheamento, de alienação: *...e começou a executar a sonata, sem saber de si, desvairado ou absorto, mas com grande perfeição.*

Vivia no ar, tão absorta que não raro era preciso falarem-lhe duas e três vezes para que ela chegasse a responder alguma coisa.

Assim deveria ser o médico, na execução de seu trabalho clínico diuturno: alheado, dedicado, pleno de envolvimento emocional.

Lamentavelmente, entretanto – é forçoso reconhecer-se –, a Medicina abandonou o sacerdócio e adotou o pragmatismo e, assim agindo, banalizou-se e desprestigiou-se.

Como mensagem final exorto a todos aqueles capazes de influenciar a formação dos futuros esculápios, que reflitam sobre



a qualidade de profissionais que desejamos, no futuro próximo,
para nós, nossas famílias e para o país.

No mais, *GOAtual* deseja a todos os seus leitores e assinantes
um final de ano feliz, augurando que o último ano do século não
nos traga mais desesperanças e sim alvíssaras e boas perspectivas.

Feliz 1999.



1999

AS SOCIEDADES MÉDICAS E O PLEONASMO

Enquanto os advogados são representados publicamente, relacionam-se profissional e socialmente através de entidade única – a OAB –, nós médicos estamos fracionados em miríades de sociedades em contínua e interminável expansão.

Sabidamente, não existem, filiadas à OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), a Sociedade Brasileira de Direito Penal, de Direito Internacional, de Direito Administrativo, Trabalhista, etc., senão pequenas e quase sempre inexpressivas associações, sindicatos e outros agrupamentos menos conhecidos, com pouca influência no contexto advocatício. Existe, sim, seção OAB-RJ, OAB-SP, OAB-Campos, OAB-Valença, etc., que discute, trata, sendo assiduamente consultada sobre questões de jurisprudência do país. Daí a força e o poder dos advogados do Brasil, que falam, manifestam-se, cobram, influenciam unissonamente através de sua exclusiva entidade – a Ordem dos Advogados.

A AMB (Associação Médica Brasileira) é a entidade representativa dos médicos mas não tem o poder de traçar os rumos da política médica do país. Nós estamos, em verdade, retalhados por Conselhos (Federal e Estaduais), Sindicatos, Sociedades burocráticas e científicas.

Chega-se à conclusão que médico gosta mesmo é de pleonasma! Senão vejamos. Entre a descoberta do Brasil e a chegada da família real ao país, em 1808, transcorreram três séculos durante os quais era a assistência médica praticada por barbeiros e sangradores e a obstetrícia por parteiras; médicos rareavam; nenhuma atividade associativa nesse longo período. Instituído o ensino médico na Bahia e no Rio de Janeiro, logo, em 1829, um grupo, liderado por Soares de Meirelles, inspirado nos moldes franceses (a Academia de Medicina de Paris fora oficialmente fundada em 1820), cria a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro,

pouco após (21 de dezembro de 1835) transformada em “Academia Imperial de Medicina” e depois, a partir de novembro de 1889, em “Academia Nacional de Medicina”. A um mês de completar 170 anos de vida esplendorosa, em outubro de 1998 – o pleonasma – é criada, nesta mesma cidade, outra Academia de Medicina, a do Rio de Janeiro...

Coexistem, no Rio de Janeiro, duas Sociedades que dirigem e orientam a convivência e a relação dos médicos: Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (SMCRJ) e Sociedade Médica do Estado do Rio de Janeiro (Somerj) e o Sindicato, que defende e coordena nossos interesses econômicos e profissionais.

Possui a AMB departamentos científicos constituídos e representados pelas diversas especialidades, sendo o nosso a Febrasgo. No Rio de Janeiro a Febrasgo é representada pela Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (SGORJ). A história da SGORJ revela mais um pleonasma. Em 1921, Fernando Magalhães criou a apelada “Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Brasil”, da qual foi presidente até a sua morte, ocorrida em 1944. Poucos anos rodados da criação da primitiva sociedade edificada por Magalhães, Arnaldo de Moraes funda a “Sociedade Brasileira de Ginecologia”, convivendo as duas entidades apartadas, em rivalidade, até 1961, quando, ambas, sob a presidência de Octávio Rodrigues Lima, foram unificadas.

No que respeita a Febrasgo, circulam boatos de dissidência no meio tocoginecológico, o que motivaria a criação da novel Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia...

Possui a Febrasgo 23 federadas e numerosas comissões especializadas. Existem incontáveis Sociedades especializadas independentes. Só para nomear algumas que realizam eventos periodicamente: Sociedade Brasileira do Trato Genital Inferior e Colposcopia; Sociedade Brasileira do Climatério; Sociedade Brasileira de Reprodução Humana; Sociedade Brasileira de Mastologia; Sociedade Brasileira de Medicina Fetal; Sociedade Brasileira de DST; Sociedade Brasileira de Sexualidade Humana, etc. Tantas sociedades e tanta redundância podem ser exemplifi-

casas no patrocínio do próximo 18.º Congresso Brasileiro de Reprodução Humana: Federação de Endoscopia Ginecológica e Obstétrica Brasileira (Fegobras), Sociedade Brasileira do Climatério (Sobrac), Sociedade Brasileira de Ginecologia Endócrina (Sobrage), Sociedade Brasileira de Reprodução Assistida (SBRA), Sociedade Brasileira de Endoscopia Ginecológica e Endometriose (Sobenge), Associação Brasileira para os Estudos da Impotência (ABEI), além da própria Febrasgo!

Em obediência à campanha atualmente desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina, Ministério da Saúde e algumas outras entidades, visando à redução dos índices de cesárea atualmente praticados no país e favorecer o parto vaginal, ninguém deverá se surpreender se, em futuro próximo, for criada a Sociedade Brasileira Pró-Cesárea, a Sociedade Brasileira Pró-Parto Normal e, obedecendo à nova nomenclatura anatómica que denomina o sistema genital feminino de órgão pudendo, tivermos a Sociedade Brasileira Pudenda Interna e a Sociedade Brasileira Pudenda Externa!

AGENDA DE EVENTOS 99

Estão relacionados na agenda de eventos da Febrasgo para serem realizados de março a dezembro do corrente ano, 86 eventos científicos: congressos nacionais e internacionais, jornadas, seminários, simpósios, fóruns e cursos; média de 8,6 eventos científicos por semana, dando-se, a quase totalidade, nos finais de semana. Desse total, 13 ocorrerão no Estado de São Paulo (10 na capital, um em Ribeirão Preto, um em Campinas e outro em Águas de Lindóia); 13 no Rio de Janeiro (não está especificada a localidade); 14 no Rio Grande do Sul (Porto Alegre, Pelotas, Caxias do Sul, Ijuí, Santa Maria, Livramento e Passo Fundo); 4 no Espírito Santo (todos em Vitória); 7 no Paraná (todos em Curitiba, ao que parece); 8 na Bahia (todos em Salvador); 4 em Minas; 3 em Mato Grosso do Sul e um em cada cidade: Belém, Recife, Manaus, Maceió, João Pessoa, Florianópolis e, por fim, o 48.º Congresso Brasileiro, em Goiânia. Os congressos internacionais ocorrerão na Argentina, Canadá, Suíça, Espanha e Japão. Diversos outros eventos estão sendo programados e não constam (ainda) da relação: 8.º Congresso Brasileiro de Neoplasia Trofoblástica Gestacional (Caxias do Sul, setembro 14 e 15); Jornada Científica comemorativa dos “40 anos de atividade” da 33.ª Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, novembro 22 e 23). Estes, dos quais tenho conhecimento por estar diretamente envolvido. Haverá certamente outros, ainda em organização, que ignoro.

Existiam catalogados no Brasil, em 1990, aproximadamente 125 mil médicos. Consta, na tabela extraída da publicação “As especialidades médicas no Brasil, 1991, Dataprev – 1990”, de Olímpio Bitar, que ginecólogos eram, nessa época, 11.079 e obstetras 16.668. É sabido que aproximadamente 15% dos médicos exercem a especialidade. Se considerarmos que nos últimos oito anos, nas mais de 80 escolas médicas existentes no país, graduaram-

se a cada ano cerca de 10 mil novos profissionais, podemos afirmar existirem no momento, em atividade no país, aproximadamente 200 mil médicos e, portanto, 30 mil tocoginecólogos. Informe do Conselho Federal de Medicina, publicado em 1996, evidencia que a maioria esmagadora dos médicos brasileiros trabalha e vive nas capitais: média 65,6%. O fenômeno é mais evidente nas regiões Nordeste: 84,3%; Norte: 78,7% e Centro-Oeste: 76,4%. Teoricamente, portanto, seriam essas regiões as de maior concentração de esculápios e as que necessitariam maior quantidade de eventos. Permito-me lembrar que o Nordeste estende-se do Maranhão à Bahia; o Norte vai de Rondônia a Tocantins e o Centro-Oeste inclui os dois Estados de Mato Grosso, Goiás e o Distrito Federal.

Analisando a distribuição geográfica dos eventos enumerados verifica-se que 22 (25,5%) ocorrerão no Sul e 35 (40,6%) no Sudeste. Conclui-se, portanto, que 66,1% das reuniões serão realizadas nas áreas mais ricas, mais privilegiadas e de maiores recursos e 43,9% naquelas mais carentes e mais necessitadas de educação médica continuada. Até aí tudo parece razoável. Especulando-se, porém, sobre a atual situação econômica do país, considerando o empobrecimento progressivo da nossa profissão, assim pelos magros e congelados salários dos que trabalham em instituições governamentais como pela irrisória remuneração advinda do atendimento aos planos de saúde, conclui-se que o comparecimento a esse alude de eventos científicos torna-se muito problemático. Acresce e agrava a situação o fato de a maioria esmagadora dos congressos necessitar, para a sua realização, da contribuição financeira da Indústria Farmacêutica. Ora, como é possível essa indústria, que faz suas contas em dólares e paga em reais (portanto, 50% empobrecida), participar de tão encorpado número de congressos. Os que têm experiência neste particular sabem que o orçamento de qualquer evento é elevado, necessitando contemplar despesas de aluguel, passagens, hospedagem, alimentação, entretenimento, etc.

Conclui-se do exposto que a solução é delicada e complexa, mas tem de passar obrigatoriamente pelo crivo da Febrasgo. Uma “Comissão de Eventos” deveria coordenar número e distribuição geográfica das reuniões; liberar do orçamento a Indústria Farmacêutica ou, pelo menos, minimizá-la, angariando recursos próprios (taxa de inscrição, rifas, sorteios, etc.); estimular reuniões em áreas mais necessitadas, com temas de interesse local e com a participação de professores da própria área, excluindo despesas de transporte e de hospedagem. Se assim não agirmos, teremos, no futuro imediato, agenda de eventos encorpada, auditórios vazios e fracassos acumulados.

MEDICINA: CLÍNICA X TECNOLOGIA

Volto ao tema, cotejando a prática e o tirocínio clínico com a tecnologia predominante e frequentemente abusiva e desnecessária. Insisto não ser contra o progresso que a tecnologia trouxe à Medicina em geral e à Tocoginecologia em particular – muito pelo contrário –, mas não posso calar diante do uso abusivo e, não raro, exclusivo dos métodos complementares em detrimento do exame clínico.

O nome está dizendo: métodos complementares; isto é, para serem usados e auxiliarem o diagnóstico, proporcionando informações, imagens, etc., que ajudem a concluir o que a paciente tem, a natureza de seu problema.

Para ilustrar a proposição, comento caso clínico recentemente havido em um serviço universitário do Rio de Janeiro.

Quinta-feira, 29 de abril. Entro na enfermaria para visitar as pacientes internadas no Serviço e logo recebo pedido do residente para autorizar exame ultra-sonográfico de paciente portadora de mola hidatiforme.

Os fatos clínicos. A paciente dera entrada na maternidade quatro dias antes com o diagnóstico de mola parcial, sendo submetida à vácuo-aspiração para esvaziar o útero. Procedimento realizado, com retirada de abundante material de característica molar (consoante descrição), é-lhe concedida alta hospitalar no dia seguinte, pela manhã. Na tarde do mesmo dia retorna, queixando-se de fortes dores abdominais e sangramento vaginal. Visivelmente espoliada, desidratada e anêmica, recebe infusão venosa de líquidos para reconstituir a volemia. Permanece em repouso e observação, sendo submetida a exame ultra-sonográfico que revela tão-somente presença de restos molares na cavidade uterina. Rodadas poucas horas do exame, eis que a paciente elimina, espontaneamente,

concepto de aproximadamente 10 semanas, seguindo-se intensa perda sangüínea.

Chega-se, então, ao fato descrito no início da narrativa, da solicitação de mais um exame ultra-sonográfico.

Inconformado com a evolução do caso, duvidando da exaçoão diagnóstica (como poderia o feto permanecer na cavidade uterina se a placenta já havia sido removida?) e antes de aceder à solicitação do residente, propus que todos fôssemos ao Serviço de Anatomia Patológica para inspecionar o material aspirado e o feto abortado, antes de realizar o exame ginecológico. O aspirado mais semelhava fragmentos de placenta, conquanto exibisse vesículas a sancionar a sua natureza molar.

Colocada a paciente na mesa para o exame ginecológico, introduzido o espéculo, demais de coágulos e muito sangue fluído da genitália, vislumbrou-se fragmento de tecido exteriorizando-se através do colo, o qual, tracionado com pinça de Winter, revelou ser a própria placenta. O raciocínio clínico desenvolvido a seguir – sem necessidade da ultra-sonografia – sugeriu a existência de prenhez gemelar, sendo um ovo molar e o outro não.

Tenho reiteradamente profligado, utilizando este privilegiado espaço, a mentalidade tecnológica adotada pelos médicos – os jovens em particular – nas últimas décadas e em detrimento da medicina clínica, de raciocínio. Os novos esculápios querem ser superespecialistas e solicitar tantos exames quanto forem necessários (e possíveis) para chegar ao diagnóstico. A pequena história acima contada mostra que a realidade não é bem essa.

Aproveito a oportunidade para transcrever pertinente comentário de artigo recente estampado no *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, de autoria do Dr. Damião Nobre de Medeiros, intensivista no Rio Grande do Norte.

...Muitos são os exames desnecessários. O doente não vai mais se consultar, vai buscar o intermediário que, como um traficante de tecnologia, solicita ultra-sonografias, tomografias, ressonâncias magnéticas, densitometrias

ósseas, dosagens de metais e eletrólitos e os exames da moda – e à sombra desta cafetinagem proliferam especialidades e subespecialidades, avança uma indústria que manipula médicos e doentes e, com a justificativa da atualização, impõe máquinas e máquinas nestes tempos modernos.

Começa a surgir, entretanto, no mundo todo, reação ao servilismo tecnológico. Os próprios norte-americanos, que tanto copiamos, esboçam rebeldia ao bandearem-se para a medicina alternativa e até criando sociedades e publicações naturalistas.

Lê-se, com efeito, no número 9 de janeiro de 1999, do Ob./Gyn. Clinical Alert, artigo intitulado “Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997”, revelando o aumento progressivo, nesse período, do uso da medicina complementar e alternativa. Está estampado, nesse mesmo volume, resumo de artigo publicado no Jama sobre o uso da moxibustão para induzir versão cefálica na apresentação pélvica, prática milenar na China, sobre a qual tive oportunidade de escrever, em 1979, ao retornar de viagem àquele país, havendo visitado diversos serviços hospitalares e maternidades. Diz a súmula do texto: *moxibustão, quando usada em primigrávidas na 33.^a semana de gestação, é tratamento eficaz para induzir aumento da apresentação cefálica.*

A deturpação mental médica é muito grande e conduzida pelos poderosos cartéis da indústria tecnológica. Para revertê-la há necessidade de trabalho de base nas escolas médicas, nos cursos de graduação, assim dos professores como dos alunos, mas tal aspiração está cada vez mais difícil e distante, mercê da multiplicação incontida de novas escolas e da subserviência interesseira dos pseudomestres.

A PROPÓSITO DA FERTILIZAÇÃO ASSISTIDA

Longos anos transcorreram desde o nascimento do primeiro bebê de proveta e das técnicas originais de fertilização *in vitro*. Pouco evoluiu, entretanto, a taxa de êxito de nascimentos de infantes obtidos com as novas e refinadas técnicas de fertilização artificial – excepcionalmente superior a 30%.

Conquanto não muito auspicioso o resultado final e, bem ao revés, com freqüência frustrante, a fertilização artificial trouxe para a Ginecologia e a Obstetrícia problemas relevantes, assim de natureza clínica como ética.

A consagrada lei de Hallin, que estimava a freqüência natural da ocorrência de gemelidade, viu-se derogada pelo alude de gestações multigemelares conseqüentes à transferência multiembrionária. Sabe-se, com efeito, que a perspectiva de êxito da fertilização assistida está condicionada ao número de embriões transferidos: um embrião 10%; dois embriões 18%; três embriões 27%; quatro embriões 32% (Walters, D. E. *The statistical implication of the number of “replacements” in embryonic transfer.* Human Reprod., 11: 101, 1996).

Por essa razão, os fertilizadores, no afã do êxito, transferem, na maioria das vezes, numerosos embriões. Um pelo menos vingará – é a aposta.

Não são excepcionais, pois, as gestações tri e quadrigemelares, ou mais.

Acresce que as candidatas aos bebês de proveta são, na maioria expressiva, mulheres de idade que, após anos de esterilidade involuntária, de investigação e de frustradas tentativas de gestar espontaneamente, submeteram-se às técnicas de fertilização artificial e, logrando sucesso, tornam-se grávidas e primíparas idosas.

Esse contingente de pacientes, como é de prever-se representa grupo de risco, sujeito a inúmeras complicações obstétricas, tais como abortamento, manifestações hipertensivas, hemorrágicas, incompetência istmocervical e nascimento pré-termo, entre diversas outras.

Os conceptos não têm melhor sorte. Demais da prematuridade, são pequenos para a idade, têm aumentada incidência de anomalias congênitas e elevadas taxas de morbidade e de mortalidade neonatal.

Essa extensa congêrie de complicações exige propedêutica refinada e dispendiosa vigilância e assistência permanentes, hospitalização repetida e prolongada.

Dois outros fatos são da maior relevância:

Diz respeito, o primeiro, à síndrome de hiperestimulação ovariana, que eventualmente ocorre como resultado da indução da ovulação – etapa indispensável para a captura folicular – de conseqüências clínicas nefastas e, às vezes, fatais.

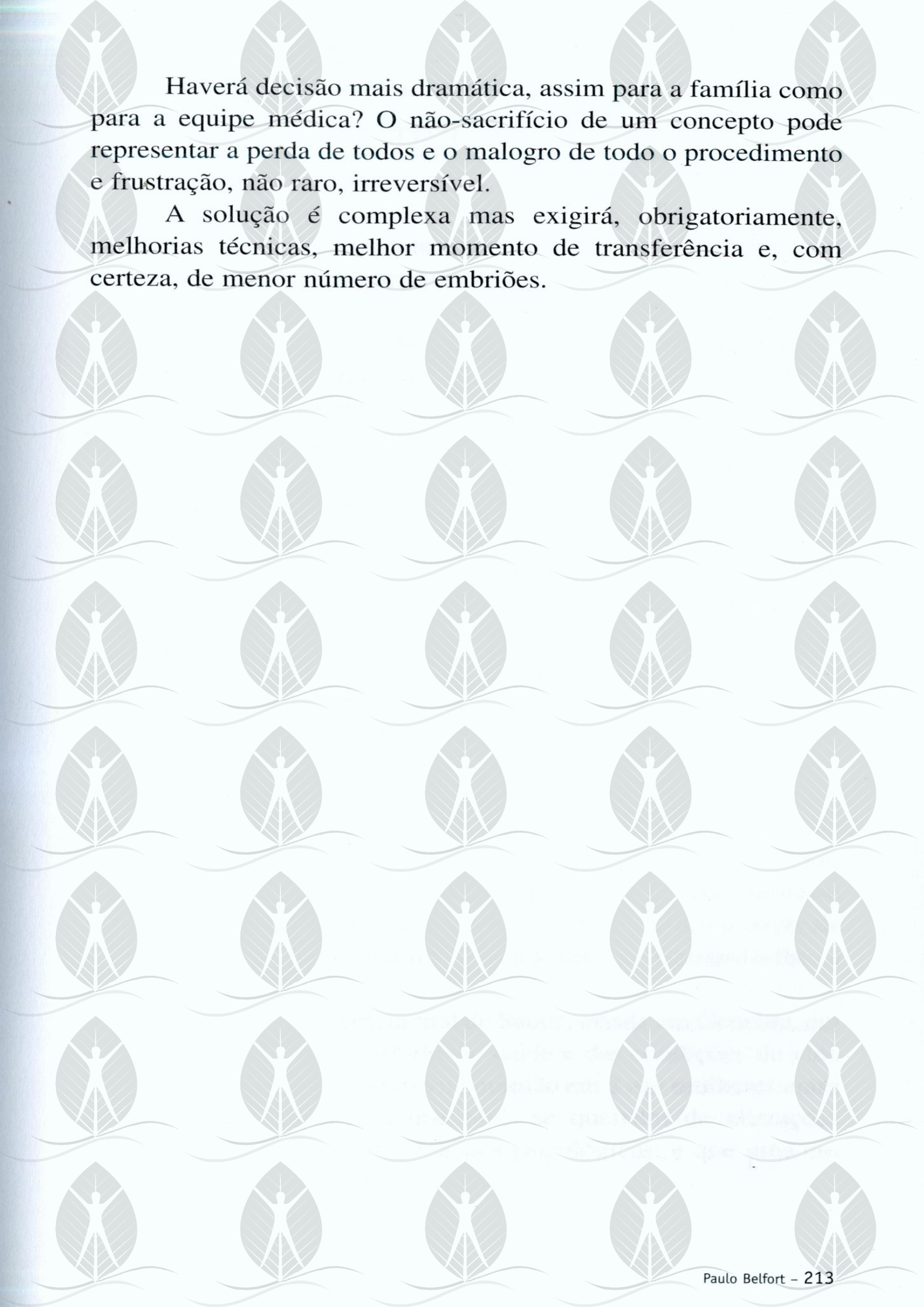
É o segundo, de natureza ética, e relaciona-se à presença multifetal.

É fato cediço que a sobrevida vincula-se à idade gestacional e ao número de fetos presentes, consoante a seguir estampo.

Número de fetos	Mortalidade perinatal (por mil)
1	12,2
2	65,0
3	89,0
4	450,0

Há, portanto, na gravidez quadrigemelar verdadeira hecatombe que deve ser evitada a qualquer custo. E como evitá-la, senão mediante o sacrifício de um ou dois fetos?

Nos centros especializados de alguns países é norma pedir-se às fertilizandas – após o consentimento informado – que autorizem a redução fetal se esta for a deliberação adotada.



Haverá decisão mais dramática, assim para a família como para a equipe médica? O não-sacrifício de um conceito pode representar a perda de todos e o malogro de todo o procedimento e frustração, não raro, irreversível.

A solução é complexa mas exigirá, obrigatoriamente, melhorias técnicas, melhor momento de transferência e, com certeza, de menor número de embriões.

CLIMATÉRIO E MENOPAUSA: O PRINCÍPIO DO FIM?

O ser humano, conquanto cada vez mais longo, continua finito; as mulheres quase sempre enterrando os homens!

A longevidade feminina – da qual, nós ginecologistas, nos ocupamos e com a qual nos preocupamos – é fruto do desenvolvimento, do progresso, das condições favoráveis de vida: sanitárias, nutricionais e sociais, entre muitas outras.

No ano 1000 morria-se, em média, aos 30 anos. No ano 2000 é a expectativa média de vida, das mulheres, 86 anos. Dimana do fato que, no passado, as mulheres faleciam antes de alcançar a menopausa, vivendo, pois, sua vida inteira, teórica e predominantemente, saudáveis e no esplendor da aparência e no vigor da forma física. Poucas – pouquíssimas – enfrentavam o declínio corporal trazido pelo climatério e pela menopausa; raras antepassadas (se é que alguma) viveram o drama da mutilação conseqüente às patologias mamária, uterina e ovariana suscetíveis de indicar mastectomia, histerectomia e ooforectomia, além de rádio e quimioterapia.

O mundo moderno cultiva o belo, a perfeição, a exibição de corpos, critérios salientados pela publicidade que nos mostra mulheres exuberantes, jovens, sedutoras, sensuais... Enquanto isso a população mundial envelhece e, nós médicos, temos o dever de esticar-lhe a vida e mantê-la saudável, assegurando-lhe a “qualidade de vida”.

A Fundação Internacional de Saúde, criada em Genebra, em 1969, que se dedica ao estudo da saúde e das condições de vida das pessoas, realizou pesquisa de opinião em 2 mil mulheres entre 45 e 50 anos e mostrou que 80% se queixam de alterações fisiológicas e 60% de perturbações psicológicas, e que uma em

quatro mulheres, na Europa, nessa faixa de idade, toma tranqüilizantes.

No Brasil, em que o culto à beleza, à aparência, à forma física é um *must*, a perda de tais atributos significa, quase sempre, uma catástrofe.

Nesse contexto, delicado e sutil, idéias revolucionárias e, não raro, oportunistas medraram com rapidez, facilidade e eficiência. A noção do feminino para sempre, revitalizada nas últimas décadas, tornou-se o objeto de desejo de todas as mulheres que não se permitem envelhecer ou que não querem sentir-se velhas. Como se num passe de mágica houvesse sido descoberta a fonte da eterna juventude.

Cabe a nós, ginecologistas, responsáveis pelo bem-estar físico e emocional de nossas pacientes – principalmente os que estamos investidos da função de educadores e formadores de opinião – alertá-las (e aos médicos em geral) contra a falácia da propaganda enganosa e a ação sedutora dos sectários. Ao mesmo tempo que podemos auxiliá-las escutando com atenção suas queixas, reivindicações e até sintomas, cumpre informar de modo claro e preciso as modificações orgânicas trazidas pelo climatério e menopausa, recomendando vida saudável, alimentação adequada, prática de esportes, abandono de hábitos nefastos (como fumo, álcool e drogas), e prescrever hormônios sempre que se fizerem necessários.

Nessa fase crítica da vida feminina, em que doenças graves podem se manifestar, suscetíveis de produzir-lhes mudanças físicas relevantes – algumas vezes mutilantes –, é que a ação do especialista mais se faz sentir. Nesse momento a informação pormenorizada da doença, suas conseqüências, as modalidades de tratamento (se houver), seus resultados e as implicações que poderão trazer para a qualidade de vida, é o que mais importa para que a mulher não se sinta desgraçada por haver perdido o útero, os ovários e até a mama.

Devemos a todo custo tentar preservar a higidez e a beleza feminina; aproximarmo-nos quanto possível da proposta contida no poema de Vinicius de Moraes: “Receita de mulher”:

*As muito feias que me perdoem
Mas beleza é fundamental...*

*Seja bela ou tenha pelo menos um rosto que lembre um templo e
Seja leve como um resto de nuvem: mas que seja uma nuvem
Com olhos e nádegas. Nádegas é importantíssimo...*

*Que haja uma hipótese de barriguinha, e em seguida
A mulher se alteie em cálice, e que seus seios
Sejam uma expressão greco-romana, mais que gótica que barroca*

*Sobremodo pertinaz, é estarem a caveira e a coluna vertebral
Levemente à mostra; e que exista um grande latifúndio dorsal.*

GO ATUAL EM SEU 8.º ANIVERSÁRIO E A CRISE NA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Renovam-se a cada ano que completamos aniversário, no mês de julho, os votos de mais e maiores realizações editoriais, visando à excelência de *GO Atual*. Está difícil, entretanto, alcançar tais objetivos, a conta da delicada situação financeira por que passa o país.

Fruto da globalização e para enfrentar a concorrência internacional unem-se grandes grupos que se tornam gigantes de setores específicos. A indústria farmacêutica foi, talvez, a que realizou maior número de fusões, transformando empresas poderosas em potências mundiais – verdadeiros oligopólios! Com isso o controle de seus investimentos em todo o mundo tornou-se mais rígido e os seus gastos menos generosos. E os reflexos dessa limitação repercutem diretamente em nossos cometimentos, assim de congressos médicos como de revistas especializadas.

Os periódicos médicos necessitam, para se manter, da propaganda da Indústria Farmacêutica, que, divulgando seus produtos, esperam vender mais. O papel couchê utilizado em *GO Atual* é de 85g e, portanto, de preço elevado. A proporção texto/propaganda é de 60/40 páginas. Se a propaganda diminui a revista se vê obrigada a encolher o texto. *GO Atual* nunca foi revista encorpada, mas vinha mantendo a média de 65 páginas por edição. Este ano viu-se na contingência de reduzir o número de páginas para 40. Estamos, pois, enredados num círculo vicioso. A partir de janeiro deste ano, com a desvalorização do real, os brasileiros empobreceram mais, passaram a gastar menos – com remédios inclusive – e a indústria farmacêutica, elevando seus preços, passou a vender e a lucrar menos e a reduzir seus gastos e investimentos. Sofrem, com isso, os editores que vêm sua revista amofinar-se,

os autores dos trabalhos científicos que nos honram com os seus textos e se aborrecem de ver sua publicação diferida e perdendo atualidade e, acima de tudo, os leitores que vêem sua fonte de consultas reduzida. A situação é constrangedora e, infelizmente, não se restringe à *GO Atual*, mas estende-se a outras publicações da mesma categoria. O governo promete medidas econômicas drásticas para reduzir os juros, retomar o desenvolvimento e acabar com a miséria nacional, mas o que se vê é o retorno da inflação e o aumento sistemático da inadimplência.

Não obstante os escolhos que impedem temporariamente o ufanismo, acreditamos que o futuro não será padraço e ainda nos trará boas e merecidas gratificações editoriais.

A PROPÓSITO DO VESTIÁRIO MÉDICO NOS HOSPITAIS

Do dicionário: Vestiário. Substantivo masculino. Compartimento em geral “dotado de certas comodidades”, onde os membros de uma corporação, uma equipe, etc. trocam a vestimenta comum por uniformes, trajes especiais ou roupas de trabalho e guardam seus pertences.

Parto de duas premissas fundamentais a respeito de hospitais. A primeira é que ele se destina, fundamentalmente, à internação de pacientes para tratamento – clínico ou cirúrgico; a segunda é que ele deve servir aos médicos que hospitalizam seus pacientes com o fim de tratá-los.

Escuso-me de comentar os itens acima estampados nos hospitais institucionais, públicos, e me ateno tão-somente àqueles de clínica conveniada, eventualmente privada.

A recepção aos pacientes e aos seus familiares, por parte de funcionários nem sempre educados ou bem treinados, mas rigorosamente burocratizados, não é o que se poderia rotular de calorosa. Enquanto o candidato à hospitalização não declina o santo e a senha de seu convênio, plano de saúde ou seja lá o que for e não recebe o *nihil obstat* – a autorização do seguro – ou não emite o cheque caução, a internação não acontece. Quantas parturientes, em avançado trabalho de parto, ou em situações ainda piores, já vivenciaram semelhante constrangedora e delituosa situação, sem que a sensibilidade dos inflexíveis burocratas – a serviço de seus patrões, habitualmente médicos – seja tocada. Quantos de nós, em situações como essas, sob pressão e “stress”, já perdemos a estribeira e contestamos o sistema...

E o que dizer da admissão do esculápio no hospital? Certamente o que narrarei a seguir é exceção. Só deve acontecer no Rio de Janeiro, na Barra da Tijuca, onde sou militante. Espero que sim.

No hospital Barra D'Or, onde por vezes interno pacientes, pela proximidade de meu consultório e por conveniência minha e de clientes, para que o médico seja admitido nas suas dependências, deve ser identificado por um funcionário subalterno que, arrogantemente, à semelhança de uma delegacia policial, exige-lhe carteira de identidade, número do CRM, só então exarando adesivo, obtido do computador para ser fixado na lapela, que lhe permite circular no hospital para exercer seu mister.

Mas o assunto que nos ocupa, no momento, é o vestiário. Pois bem, contornados e vencidos os ínvios e impérvios caminhos, chega-se enfim a esse destino. A cena é habitualmente caótica, deprimente. Roupas usadas, espalhadas no chão, é o trivial – e os armários. Ah, os armários. Minúsculos compartimentos onde nada cabe. Vimos, por definição, que vestiário é dependência dotada de certas comodidades, destinada a guardar pertences. No vestiário hospitalar de médicos, vejo-me obrigado, constrangidamente, a reconhecer que o fato não é privilégio desse hospital que descrevo, mas de quase todos, comodidade é o que não existe e guardar pertences é o mais improvável. As roupas civis ficam dependuradas às portas e os pertences têm de ser levados no bolso (!), em sacos plásticos (!!)

para o centro cirúrgico, sob pena de “extraviarem-se”, se deixados no vestiário...

O relato que acabo de fazer poderia ser até considerado jocoso, hilariante – espécie de humor negro –, se não representasse a degradação, o descrédito da profissão e o desrespeito pelo médico. A pergunta que segue é: como permitimos que chegássemos a tal extremo, a tão humilhante e vergonhosa situação?

A resposta tem sido dada por mim, em inúmeros editoriais passados, e por diversos expoentes da Medicina. Os motivos são muitos e variados. Começa pela multiplicação intencionalmente dolosa do número de escolas médicas e, conseqüentemente, da quantidade de novos médicos. Transita pelo surgimento e expansão dos planos de saúde que aviltaram o trabalho médico, empobreceram-nos e fizeram-nos perder a altivez e a dignidade. Prossegue (ou tem sua raiz principal?) na exploração política que o governo

faz da Medicina, vendendo-a e a nós, a preço de banana. Não é estranha à situação, igualmente, a multiplicidade de entidades médicas e o esfacelamento das especialidades, a desunião e a inércia da classe.

Por todas essas razões torna-se imperativo que saiamos da letargia, do marasmo e da acomodação a que nos deixamos levar e renasçamos, com o novo século, para recuperar o viço, a hombridade e a dignidade perdida.

MEDICINA EM REVISTAS LEIGAS, PROMOÇÃO PESSOAL E OUTRAS MODERNIDADES

Do Código de Ética Médica:

Capítulo XII. Publicidade e Trabalhos Científicos.

É vedado ao médico:

Art. 131 – Permitir que sua participação, na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.

Art. 132 – Divulgar informação sobre assunto médico de forma sensacionalista, promocional ou de conteúdo inverídico.

São, na atualidade, os arautos da informação médica os jornais diários, revistas de grande circulação, além dos habituais canais de televisão, através dos quais se anunciam novos conceitos, tratamentos e avanços tecnológicos. Com o advento da Informática, da *Internet* e da globalização banalizaram-se os conhecimentos médicos, que se tornaram de domínio público. A conscientização da cidadania proporcionou à grande massa a identificação de suas prerrogativas e o direito de reivindicar participação em decisões que afetam sua saúde e bem-estar. Até aí tudo bem. É a evolução; o sinal dos tempos. Este é, entretanto, um lado apenas da moeda – o bom, o positivo –, vez que do outro estão os espertos, os sensacionalistas, os aproveitadores que fazem da matéria médica objeto de uso pessoal, de modo promocional e, não raro, de conteúdo inverídico. Exatamente o oposto do que reza o Código de Ética Médica.

Caberia às sociedades médicas especializadas – tantas, tão numerosas e tão subespecializadas hoje –, pelo menos às mais representativas, utilizar os mesmos meios de divulgação para

retificar, desmistificar e contestar tais palpantes e (frequentemente) inverídicas informações. No nosso caso, em âmbito nacional, caberia à Febrasgo essa missão; no estadual, às suas federadas. Devemos reconhecer, entretanto – o que é profundamente lamentável –, que a mídia não se interessa pelo que é convencional, corriqueiro, normal, mas fareja e adeja sobre a matéria que proporcionará Ibope...

Para ilustrar a autenticidade das atuais considerações permito-me lembrar fato de passado não tão remoto e que diz respeito ao “nascer sorrindo” de Leboyer, de todos, presumo, conhecido. Quando esse francês esteve nos visitando, na década de 60, e conosco privando em longos e informais cavacos, revelou-nos a origem de sua proposta. Análise transcendental, hipnose regressiva, meditação profunda no Tibet deram-lhe a certeza do seu nascimento traumático e esclareceram a natureza da sua dificuldade com a figura materna e, por extensão, com a feminina. Para resgatar esse passado sofrido, propôs que o homem nascesse idilicamente, em casa, ouvindo sons da natureza, pelas mãos desenluvadas do médico, da parteira ou do próprio pai, e sempre com a presença deste. Não propunha nova técnica de parturição, senão uma filosofia de vida. Foi isso que ele escreveu em seu livro. Foi a sua proposta que desencadeou a onda naturalista do nascimento e o reconhecimento do nascituro como ser humano. Foi o começo do parto humanizado.

Surgiram, em decorrência, os especialistas do parto pela técnica de Leboyer, que imediata e pressurosamente divulgaram através dos aludidos canais de comunicação a posse do mágico e novo método de nascimento...

Mas, como disse, é isso passado. O presente gira em torno da terapêutica de reposição hormonal, que proporciona a eterna juventude, da reprodução humana, que oferece técnicas inimagináveis de fertilização assistida e resultados insuperáveis, sempre anunciados publicamente através da mídia convencional e sempre com grande alarido.

Eis matéria para reflexão dos conselhos de Medicina.

PERSPECTIVA POUCO OTIMISTA

Difícil saber-se o número exato de Escolas Médicas existentes no país, vez que a cada ano (mês!) surge uma nova. Estima-se existir entre 95 e 97, com a perspectiva de chegar a 110 no fim do próximo ano... Em recente reunião em São Paulo, ficou-se sabendo que mais duas escolas particulares foram inauguradas em Ribeirão Preto. Somente no Rio de Janeiro e municípios existem 17: UFRJ, Uerj, Uni-Rio, UFF, Gama Filho, Souza Marques, Rio Branco, Estácio de Sá, Valença, Vassouras, Volta Redonda, Petrópolis, Teresópolis, Campos, Itaperuna, Nova Iguaçu e a caçula em Duque de Caxias.

Em São Paulo são elas ainda mais numerosas e nos demais Estados multiplicam-se exponencialmente.

Partindo do pressuposto que cada escola gradua, em média, 80 médicos anualmente, a população de novos esculápios nesse período é de 8.000.

Existem no Brasil, atualmente, em exercício, aproximadamente 200 mil médicos, dos quais 70% localizados nos grandes centros – São Paulo e Rio de Janeiro em especial. Tal aglomeração profissional busca avidamente a especialização, como forma de sobrevivência e notoriedade. De fato, informes oficiais revelam que 80% são especialistas; muitos subespecialistas, senão supertécnicos... Para tornar-se especialista é necessário começar pela residência médica, onde a procura é muito maior do que a oferta, do que resulta que apenas limitado percentual de aspirantes a especialistas tem acesso a esse recurso. Os demais têm que se tornar práticos (ou especialistas) autodidatas. Pesquisa recente realizada pelo Ministério da Saúde/Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz revelou que apenas 50% dos recém-formados conseguiram ingressar na residência médica nos últimos anos.

Consoante informação pessoal da Dra. Maria Helena Machado, coordenadora da citada pesquisa, o perfil dos atuais residentes corresponde à seguinte descrição: têm menos de 27 anos, a maioria tem pais com formação universitária, são tipicamente urbanos, tentam fazer duas residências médicas seguidas em diferentes especialidades, mudam de especialidade com frequência, gostariam de ir para o exterior e optam preferentemente por Oftalmologia, Ortopedia e Pediatria. Enquanto no mercado de trabalho dão plantão, têm dois a três empregos, são pessimamente remunerados, explorados pelo governo e pelos convênios/planos de saúde, têm visão pouco otimista da profissão e praticamente tempo nenhum.

A profissão médica está se tornando basicamente feminina. Com efeito, nas turmas atuais das escolas médicas, o sexo feminino representa pelo menos 50% do alunato. Dimana do fato que a preferência pelas especialidades, entre as mulheres, está se modificando. Inclina-se as novas doutoras para a Dermatologia, Endocrinologia, Patologia Clínica e Clínica Médica.

Para concluir estas considerações pouco otimistas sobre a profissão médica, aduzo que os jovens não julgam mais a carreira – nem poderiam, diante de todas as circunstâncias – um sacerdócio, mas, bem ao revés, consideram-na simples meio de vida, onde a humanidade, solidariedade, cumplicidade com o paciente são circunstâncias ocasionais, sendo pouco valorizadas e excepcionalmente cultivadas.

DE MAGISTRADOS, MÉDICOS E DO FIM DO SÉCULO

No dia 4 de novembro, o noticiário televisivo exibiu a revolta dos magistrados com os baixos salários com que são remunerados pelo Estado, registrando a indignação da classe, em todo o território nacional, desfilaro em protesto nas ruas de diversas capitais e até mesmo abraçando o Palácio da Justiça em algumas cidades. O que pretendiam os nobres juristas? Simplesmente o aumento de sessenta por cento em seus pingues salários – o mínimo oscilando em torno de R\$5.000,00 e o máximo em derredor de R\$ 12.000,00. No mesmo programa o locutor revelou que os juizes de algum tribunal de Mato Grosso do Sul elevaram seus salários para R\$18.000,00.

Enquanto isso, o *Jornal da Sociedade Médica do Rio de Janeiro* (Somerj) estampa, como faz rotineiramente em seus exemplares, os salários médicos nas prefeituras do Estado do Rio, que oscilam de R\$ 211,00 (isso mesmo: duzentos e onze reais) em São Gonçalo, ao máximo de R\$ 1.263,55 em Quissamã. Na cidade do Rio de Janeiro o médico é remunerado com o salário de R\$ 629,55. Todos sabemos que o valor da consulta no SUS é dois reais e nos melhores (!) convênios, trinta reais... com direito a glosas e atrasos no pagamento. E o que fazem os médicos e as suas entidades representativas em protesto a essa aviltante situação? Nada, simplesmente nada! Curvam a espinha e agradecem por servir aos seus senhores.

Mas o novo século está chegando e, com ele, renovadas esperanças que o mundo mude. Nós, da Revista do tocoginecólogo brasileiro – *GO Atual* – manteremos aceso o fogo sagrado e continuaremos a invectivar o conformismo e a conclamar os médicos para uma nova cruzada em prol da altivez e da dignidade.

O ano e o século que se encerram permitem-nos comemorar oito anos de madura existência e afincada dedicação à educação

médica continuada. O mérito de tais ações deve-se, e por sem dúvida, aos autores que nos enviam seus trabalhos que refletem o pensamento científico dos centros de excelência em que atuam.

O Conselho Científico e os Editores de *GO Atual* desejam a todos os seus colaboradores e leitores um Natal gratificante e luminoso e um Ano e Século novos repletos das mais radiosas realizações.



2000

FATOR Rh DA DESCOBERTA À PREVENÇÃO

*Sabemos muito e com exatidão,
quando conhecemos pouco, com
o conhecimento as dúvidas se multiplicam.*

Goethe

Privilegiada a geração que consegue desvendar a origem de uma doença e, em breve espaço de tempo, criar as bases de sua prevenção.

Assim ocorreu com a doença hemolítica perinatal (DHPN), conhecida desde 1939, mercê dos trabalhos de Levine e Stetson, e praticamente erradicada a partir de 1960, após os estudos de Freda, Gorman e Pollak, nos Estados Unidos, e Finn e Clarke, na Inglaterra.

Levine e Stetson, em 1939, notaram no sangue de puérpera, cujo concepto faleceu hidrópico, a presença de substância que reagia à transfusão do sangue do marido. A doença – eritroblastose fetal – seria causada pela incompatibilidade entre a mãe e um antígeno contido na hematia fetal, de herança paterna.

Em 1940 Landsteiner e Wiener identificaram antígeno no sangue humano capaz de reagir com o soro de coelho antimacaco Rhesus, o qual denominaram fator Rh, em alusão ao animal.

No Brasil, em 1944, Jorge de Rezende pioneiramente escreveu sobre o tema em sua tese de concurso à cátedra de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia, intitulada *Eritroblastose fetal, problema obstétrico*. Valeu-lhe o atrevimento de escrever sobre matéria ainda desconhecida entre nós, pela maioria dos especialistas da época – vez que recentemente descoberta e divulgada, como aludido – críticas e desafetos... Foi, porém, um marco científico que precisa ser conhecido e divulgado.

Foram singulares e surpreendentes os fatos relacionados à descoberta da prevenção da DHPN.

Suplemento recente do *Obstetrical & Gynecological Survey* (dezembro, 1999) descreve circunstanciadamente tal história e nos revela a saga que tiveram de percorrer os mencionados cientistas para realizarem seu ambicioso intento.

No início dos anos 60, nos Estados Unidos – Nova Iorque –, Vincent Freda e John Gorman, ainda dois jovens residentes, iniciaram estudos sobre o uso da imunização passiva para prevenção, usando gamaglobulina especialmente preparada.

Vincent Freda iniciou residência em G & O na Universidade de Nova Iorque, transferindo-se, pouco após, para o Columbia-Presbyterian Medical Center, onde, por influência de seu chefe de departamento, Howard C. Taylor Jr., passou o quarto ano de residência aprendendo técnicas de laboratório em Nova Iorque.

John Grant Gorman, australiano de origem, havendo estudado em Melbourne, transferiu-se para os Estados Unidos, onde pretendia fazer residência em Pediatria; porém, após um ano de treinamento decidiu tornar-se patologista, com interesse na área de banco de sangue, trabalhando coincidentemente no mesmo Columbia-Presbyterian Medical Center, onde conheceu Freda e a ele se associou para o fim que o destino lhes havia cometido!

Jovens e sem prestígio tiveram seu projeto duas vezes rejeitado pelo Instituto Nacional de Saúde, tendo que se valer de poucos recursos municipais da cidade de Nova Iorque e da Ortho, companhia farmacêutica, mercê da amizade com outro jovem cientista – William Pollock – que ali trabalhava sob a direção de Philip Levine que não estava de acordo com a teoria proposta por Freda e Gorman. Por esse motivo ele não foi consultado a propósito do potencial interesse da Ortho em prosseguir nessa linha de investigação.

Pouco adiante Gorman tornou-se diretor do banco de sangue do Columbia-Presbyterian Medical Center e Freda convenceu seus pares de Columbia da importância de aí ser criada uma clínica de Rh, a qual, uma vez instituída, dela fez-se diretor.

Freda e Gorman escreveram tese (1960) mostrando como a incompatibilidade Rh poderia ser evitada e enviaram o texto para

publicação na revista *Science*; o trabalho, porém, foi rejeitado. Outras decepções iriam ainda enfrentar, como falta de verbas, recusa de instâncias superiores de aceitar suas idéias, etc. Nada os demoveu.

No exemplar do *British Medical Journal*, de 27 de maio de 1961, *Finn et al.* – esposando a mesma teoria – relataram que a injeção, em voluntários, de células radioativas Rh-positivo, eram rapidamente removidas da corrente circulatória quando se injetava, em seguida, anticorpos. Embora parecesse estabelecida a precedência da descoberta por Finn et al., seguimento prolongado do estudo mostrou que a sensibilização nesses homens Rh-negativo não havia sido evitada mas, ao revés, aumentado.

Entretanto Freda e Gorman (1961) prosseguiram sua investigação, dispondo agora para sua experimentação prisioneiros de Sing-Sing. Criaram dois grupos de homens Rh-negativo, nos quais injetaram antígeno Rh: o primeiro recebia anticorpos e o outro servia de controle. Divulgaram seus resultados em revistas de pequena circulação e em alguns poucos congressos médicos, o que manteve seu trabalho pouco difundido e o seu prestígio limitado. Ironicamente, em 1962, o grupo de Liverpool, liderado por Finn, visitou os americanos e pediu amostra da gamaglobulina por eles utilizada, a fim de experimentá-la em seu serviço na Inglaterra. Posteriormente divulgaram seus bons resultados, apenas mencionando a procedência da gamaglobulina em discreta nota de rodapé...

É insólita a história da primeira grávida a se beneficiar da injeção de RhoGAM, que até então só havia sido testada em homens. A cunhada de Gorman, grávida, Rh-negativo, achava-se em Londres onde seu marido, igualmente médico, estagiava. O pai de Gorman, médico na Austrália, sabedor do êxito obtido por seu filho na prevenção da imunização nos prisioneiros de Sing-Sing, exortou-o a fazer algo para proteger a aloimunização de sua cunhada. Gorman e Freda relutantemente concordaram em violar todas as regras e acordos que haviam estabelecido e enviaram um frasco de gamaglobulina para Londres, um mês antes da data

provável do parto. Retornando do aeroporto, após o recebimento da encomenda, Kathryn – a cunhada – entrou em trabalho de parto prematuro. Deu à luz após laborioso trabalho de parto e o seu marido solicitou ao médico assistente que injetasse em sua mulher a gamaglobulina anti-RH que recebera dos Estados Unidos. Entre hesitante e temeroso o esculápio decidiu contatar o grupo de Liverpool, o qual, reconhecendo a importância histórica do evento, sugeriu ao obstetra que procedesse consoante as recomendações de Gorman. Deste modo, no dia 31 de janeiro de 1964, a cunhada de Gorman tornou-se a primeira mulher no mundo a ser beneficiada com o uso da gamaglobulina para prevenir a isoimunização.

As pesquisas clínicas formais de injetar RhoGAM em mulheres grávidas foram iniciadas na cidade de Nova Iorque em 31 de março de 1964 e em Liverpool em maio desse ano.

DE ABORTOS E DE CESARIANAS

Estampa o *Jornal do Brasil* do Rio de Janeiro, em noticiário de 15 de março de 2000, dois fatos relacionados à nossa especialidade a merecer reflexão e comentários.

Diz respeito o primeiro à denúncia de aborto praticado em clínica popular situada no bairro da Gávea, zona sul do Rio de Janeiro, na favela da Rocinha, se não me falha a memória.

É, em si, trivial o evento, vez que aborto ilegal no Brasil é praticado às escâncaras, com o conhecimento e a conivência de praticamente todos os setores da sociedade. É simplesmente mais uma pequena contravenção, de longa data assimilada... Estranho é a denúncia. Nesta e em outras circunstâncias anteriores semelhantes, consoante tive oportunidade de escrever, algum elo da corrente partiu, motivando a temporária ruptura da engrenagem. E o elo rompido chama-se dinheiro... Ora, todos sabemos à saciedade que o aborto ilegal é praticado livremente em todos os rincões desta corrupta pátria e nada se faz para coibi-lo. Bem ao revés, estimula-se, a fim de assegurar a ilegalidade e a indispensável propina às autoridades competentes. Perpetua-se, deste modo, a hipocrisia e as pingues remunerações a quem de direito...

O segundo fato mereceu manchete: “Cesariana feita em falsa grávida”. Caso de pseudociese. Paciente obesa dá entrada em clínica de subúrbio, levando ultra-sonografias adulteradas, comprovando gravidez, dizendo-se em trabalho de parto e recusando qualquer exame físico (é o que alegam os envolvidos no caso). A médica de plantão teria cedido às exigências da falsa grávida e não a examina. Horas rodadas da internação é realizada a laparotomia em ventre vazio.

Fica fácil imaginar, ou melhor, inferir, talvez mesmo afirmar que a tal clínica, credenciada pelo SUS, contratando médicos não-

especialistas para o atendimento obstétrico, com remuneração aviltante, não poderia oferecer desempenho e resultados qualificados.

É de todo inaceitável que qualquer paciente, grávida ou não, seja submetida à cirurgia sem antes haver sido clinicamente examinada.

Tratando-se de mulher pejada – de fato ou de ficção –, o exame obstétrico – palpação abdominal e toque vaginal – é indispensável. A omissão desta etapa do atendimento é pecado mortal, cuja conseqüência pode ser essa que aqui se relata.

O que verdadeiramente preocupa, em ambos os episódios, é a clara e inequívoca deterioração da prática médica, que enodoa a profissão e cobre-a de opróbrio.

GRANDES VULTOS DA OBSTETRÍCIA BRASILEIRA SOBRE FERNANDO MAGALHÃES

Aproveito a onda dos 500 anos do Brasil para divulgar fatos históricos, desconhecidos do grande público tocoginecológico brasileiro – e até certo ponto pitorescos –, do maior vulto da nossa especialidade, Fernando Magalhães.

Não é minha intenção traçar-lhe dados biográficos, tarefa já cometida com exação, pompa e circunstância por Jorge de Rezende em numerosos e magníficos escritos, senão de pontilhar alguns aspectos de sua marcante personalidade.

Fernando Magalhães nasceu e viveu no Rio de Janeiro, entre 1878 e 1944, foi professor de Obstetrícia na Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (atual UFRJ), escreveu numerosos livros de Clínica Obstétrica e criou a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Brasil, em 1921, da qual foi presidente durante 20 anos. Isso quase todo mundo sabe. Desconhecida é a sua atuação na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

Esta Sociedade Sábia foi fundada em 1886, pela vontade de cirurgiões, liderados por Henrique Monat, e impulsionados pelo desejo de constituir um grêmio científico que lhes facultasse discutir os progressos da cirurgia e as dificuldades da prática diária.

Iniciando suas atividades sob a presidência do mais eminente cirurgião da época, Catta-Preta, sempre teve em sua galeria de dirigentes as mais expressivas e famosas figuras da medicina carioca, vale dizer do Brasil, tradição que se perpetuou através dos tempos.

Fernando Magalhães foi, pois, como seria natural, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia em três períodos, dos mais fecundos da vida da agremiação.

Foi Magalhães eleito, por vez primeira, para a Presidência da Sociedade em 1919 e reeleito em 1920, conduzindo, portanto, os seus destinos durante dois períodos consecutivos, que era quanto permitia o Regimento. Tão notável foi a sua atuação e tão constante a sua participação nas Sessões que seus pares lamentaram, na Assembléia de dezembro de 1920, não poder reconduzi-lo à presidência por mais outro período.

Homem de atitudes firmes, Fernando Magalhães não contemporizava com o que lhe não parecia justo. Por esse motivo sua terceira presidência foi tempestuosa e... curta.

Com efeito, na Sessão de 17 de julho de 1928 agastou-se fundamente com a proposição feita em plenário de a Sociedade de Medicina convidar o cientista russo Serge Voronoff para aí proferir conferência sobre sua teoria de rejuvenescimento. Posta em discussão, após acirrados debates, a proposta foi submetida à votação. Votaram favoravelmente e aprovaram o convite Jorge Santana, Estellita Lins, Maurity Santos, J. Wenceslau, Rolando Monteiro, Paulo Seabra, Jayme Poggi, Pedro Py, Carlos Fernandes, Bulhões Pedreira e Figueiredo Vasconcelos.

Magoado, irritado e sentindo-se desprestigiado, Magalhães renuncia à presidência da Sociedade. Assume, interinamente, o primeiro vice-presidente, Jorge Santana, que encerra imediatamente a Sessão, não sem antes convocar os sócios para, na semana seguinte, discutir a renúncia do presidente.

É de grande tumulto essa Sessão. Falam praticamente todos em algaravia incontrolável. Discute-se a aceitação da renúncia ou a escolha de novo presidente. Sem conseguirem chegar a qualquer acordo adiam a resolução.

Finalmente na Sessão de 17 de agosto é a renúncia aceita e eleito com 46 votos o Dr. Antonio Fontes. Mesmo assim foi o nome de Magalhães sufragado com 29 votos.

DE AFORISMOS OBSTÉTRICOS E OUTROS

É aforismo sentença moral breve e conceituosa, apotegma, máxima.

Em Obstetrícia, e também na literatura, desde tempos imemoriais, numerosas máximas foram cunhadas para precisar conceitos, estigmatizar situações ou ilustrar condutas.

No presente Editorial ofereço aos leitores de *GO Atual* alguns desses aforismos, todos clássicos, visando a proporcionar minutos pouco freqüentes de prosa amena, descompromissada dos pungentes problemas com os quais convivemos na diuturnidade.

Ociosos declarar que a fonte principal, a inspiração liminar dos apotegmas são, como sempre, os escritos de Fernando Magalhães.

“O parto se dá pela graça de Deus”. Aforismo atribuído a Avicena (Abu Ali Alhossain Ebn Abd'Álla Ebn Sinah), nascido na Pérsia em 980 e falecido em Hamadan em 1036, aos 58 anos, cognominado o “Príncipe dos médicos”, pela cultura que possuiu e pela quantidade de escritos que nos legou, contidos nos cinco tomos que constituem o seu Canon.

O complexo e ainda hoje pouco conhecido mecanismo de desencadeamento do trabalho de parto já constituía preocupação da remota medicina árabe.

“Non vis sed arte.” Eis o título do último capítulo das *Lições de Clínica Obstétrica* (Magalhães, Fernando, Rio de Janeiro: Livraria Castilho, 1917). O texto corresponde à aula magna de encerramento das atividades da Maternidade da Faculdade, lecionada por Magalhães, em 1916, que nos ensina: “A velha inscrição do livro de Hamilton, de 1775 – a arte em lugar da força. Pela força é que se chega às grandes tragédias clínicas, onde tudo desaparece, a existência do feto, a vida da parturiente, a boa fama do profissional”.

O parto no futuro será natural ou cesáreo. Esta máxima atribuída a Magalhães não é, em verdade, aforismo. No mesmo livro acima citado, no capítulo “Dystocia pelviana III” (O prognóstico obstétrico no vício pelviano – as indicações operatorias), após discutir as alternativas operatorias para o deslinde da distocia: a embriotomia, a aplicação do fórcepe, a pubotomia, escreve: *Há mais de dez annos, quando a minha actividade professoral era theórica e apenas aspirativa, como succedia na livre docencia de então, prégava eu por tal fórma as vantagens e a excellencia da operação cesareana que cheguei a formular, talvez hyperbolicamente, a previsão de uma época em que o parto seria natural ou cesáreo.*

Imóvel e mudo o ovo é morto. Eis a síntese do diagnóstico da morte fetal intra-uterina, na segunda metade da gestação. O conceito que se não movimenta e nem revela batimentos cardíacos estará inevitavelmente morto.

A natureza não podendo seguir seu destino a arte traçara o seu rumo. Outra majestosa pérola literária herdada de Fernando Magalhães para traduzir a impossibilidade do parto se completar pelas vias naturais, exigindo que se adote solução cirúrgica – a operação cesariana –, para que o conceito venha à luz, vivo e provavelmente saudável.

E, para terminar, duas máximas extraídas da literatura, cunhadas há mais de século e, nem por isso, pouco atuais.

Sobre a nudez forte da verdade – o manto diáfano da fantasia. Em *A Relíquia* Eça de Queiroz narra a história do estouvado Teodorico Raposo, sobrinho da virtuosa, rica e carola Sra. Dona Patrocínio, que enviado em piedosa excursão à Galiléia, para visitar o santo sepulcro e depois fazer jus à herança que a tia lhe haveria de deixar, mete-se em confusões, esbórnias incontáveis para, no final, ao invés de trazer para a abonada parente um pedaço do madeiro onde o Cristo foi crucificado, troca os conteúdos e dá-lhe de presente um embrulho contendo peça íntima do vestuário feminino. Um escândalo – colossal e jocoso!

Do Barão de La Rochefoucauld (1613-1680).

O mal que praticamos não atrai tanta perseguição e ódio quanto nossas boas qualidades. Sem comentários.

MORTALIDADE MATERNA E QUALIDADE DE VIDA

Durante a Assembléia Mundial da Saúde, realizada em 1977, os países aí representados concordaram em se esforçar para alcançar “Saúde para Todos” no ano 2000.

Saúde para Todos traduzia o desejo de alcançar níveis de saúde que permitissem às pessoas ter uma vida social e econômica produtiva.

Em 1978, na histórica reunião de Alma Ata, os países da América se filiaram a essa idéia avassaladora. “Saúde para Todos” tornou-se o objetivo e a “Atenção Primária à Saúde”, o veículo para alcançá-la.

Assistência Primária à Saúde pressupõe que o “objetivo se inspira fundamentalmente na redução das desigualdades entre países e grupos humanos”.

No que respeita a mortalidade materna, tais metas e ideais muito longe ainda estão de serem alcançados e isso se deve basicamente às fundas desigualdades entre os povos e às precárias condições de vida.

Nos Estados Unidos, por exemplo, a maior potência econômica do globo, o coeficiente de mortalidade materna é de 7,8 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto no mundo todo é 430 e na África Oriental é 1.060. O Brasil ocupa lugar relativamente modesto nessa hecatombe feminina, ostentando coeficiente de 220 mortes por 100 mil nascidos vivos, consoante dados da OMS/Unicef de 1996.

A desigualdade, porém, não se limita aos povos de diferentes etnias nem à geografia, mas é contingente à condição feminina. Dados da ONU, com efeito, revelam que 55% das pessoas que vivem abaixo da linha da pobreza são mulheres; as disparidades salariais são assustadoras: na África, as mulheres representam 60% da força de trabalho, mas ganham só 10% do que recebem os

homens; 80% das famílias sustentadas por mulheres na zona rural recebem até meio salário mínimo.

Da população brasileira, calculada hoje em cerca de 180 milhões de habitantes, 16% (quase 30 milhões de pessoas) não têm cobertura assistencial. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que, no Brasil, mais de 2.000 municípios não têm médico, hospital ou sequer posto de saúde.

A concentração de renda nos países emergentes como o nosso – responsável pelas abissais diferenças sociais – é outro poderoso entrave à melhoria das condições de vida da população.

Outro informe da OMS mostra que o acúmulo de tarefas femininas desestabiliza a sua saúde emocional. Duas mulheres para cada homem sofrem de depressão, ansiedade e estresse decorrentes do seu papel social e do seu *status* socioeconômico desigual.

Tornou-se chavão afirmar que há vários brasis, em função das discrepâncias socioeconômicas das diversas regiões geográficas do país. Com efeito, o Nordeste tem mais filhos por mulher do que o Sudeste – cinco contra três; nas zonas rurais, 35,6% dos partos são feitos em casa e apenas 7% nas áreas urbanas. Em São Paulo os partos domiciliares são 1,8%, no Nordeste 31,4%; a mortalidade materna é de 450 por 100 mil na região Norte, reduzindo-se para 100 nas regiões Sul e Sudeste.

Questões não menos relevantes dizem respeito ao expressivo aumento de gravidezes de adolescentes (maiormente indesejadas) e de mulheres de mais de 35 anos. Entre aquelas há immanentemente o risco do aborto provocado com suas inerentes complicações e riscos e, entre estas, o significativo aumento da mortalidade. Estudos recentes revelam que os coeficientes de mortalidade materna aumentam com a idade: 35-39 anos = 50,9; 40-44 anos = 86,1; e > 45 anos = 198,8.

Tão ou mais preocupante é o sub-registro dos óbitos maternos, estimado em cerca de 50% em todos os estudos estatísticos. Isso significa que o coeficiente de morte materna para ser autêntico teria que ser multiplicado por 2.

Cabe por fim sinalar que as mortes maternas são rotuladas, consoante as causas que as determinam, em obstétricas diretas, indiretas e não-obstétricas. Entre as primeiras estão infecção, hemorragia e hipertensão induzida pela gravidez – desafortunadamente as mais freqüentes em países subdesenvolvidos como o nosso. E o que é pior, 90% delas são evitáveis.

Dá-se, hoje, especial importância aos cuidados intensivos e infra-estruturais para a prevenção da mortalidade materna. A literatura de língua inglesa cunhou o termo “near-miss” – que pode ser traduzido como “próximo-falhado” ou “quase ocorrida” para referir os casos graves, em que a morte teria alta probabilidade de ocorrer, caso a paciente não houvesse se beneficiado de cuidados intensivos, de preferência em uma UTI que deveria estar localizada na própria maternidade, no âmbito do próprio hospital ou em hospital de referência para onde a grávida poderia ser transportada com rapidez e eficiência.

NUNCA PARAR DE CONTINUAR. DEIXAR DE OUSAR, JAMAIS

A Editora de Publicações Científicas (Epuc) é responsável pela produção de diversas revistas médicas brasileiras, entre as quais o JBM (Jornal Brasileiro de Medicina), atualmente em seu 79.º volume em 40 anos de ininterrupta circulação, o DEF (*Dicionário de Especialidades Farmacêuticas*) em sua 29.ª versão e, entre diversas outras, a nossa tão prezada *GO Atual*, ora completando o seu oitavo ano de profícua existência. Surgida em 1992, com periodicidade trimestral, um ano mais tarde tornava-se bimestral e, a seguir – até hoje –, mensal.

A continuidade desta e das demais publicações deve-se, e por sem dúvida, à ousadia intemorata de seu editor José Maria Melo, coadjuvado por um grupo de pessoas não menos audazes, entre as quais cumpre salientar os redatores, a Dra. Ângela Baptista em especial. Seria cediço aduzir, repetindo-me, que além do trabalho artesanal dos redatores de *GO Atual* o verdadeiro mérito da revista deve ser atribuído ao luzido corpo de escritores que nos municiam com os seus atualizados e competentes textos científicos, que conferem prestígio à revista.

Justificando o título em epígrafe, devo anunciar que, no volume que se inicia, criaremos novas seções, fazendo parte do plano quinquenal que vimos de desenvolver: protocolos, controvérsias, o erro e a lição, dando ênfase à continuação de casos clínicos, como diagnóstico e como trato, além dos cursos já programados.

Conquanto o Brasil viva, no presente momento, vasta crise de moralidade e de credibilidade; conquanto o mundo se ressinta dos contundentes efeitos da globalização que catalisa as megafusões de empresas; conquanto os índices de pobreza sejam aterradores, associados à iníqua concentração de renda e de poder, não podemos ficar simplesmente nos lamentando, mas devemos

redobrar esforços e tomar novas iniciativas para tentar reverter a expectativa. É o que estamos buscando fazer em nossa empresa, na nossa revista, para torná-la mais apreciada, mais lida e mais atual.

São esses os propósitos dos redatores da *Revista Rosa*, de *GO Atual* no milênio que ora principia.

INIQUIDADE

Assim como é justa a vaidade de um rei justo, também é iníqua a vaidade de um tirano.

Matias Aires

(Reflexões sobre a vaidade dos homens)

O Brasil não tem ilhas de excelência. Bem ao contrário e em todos os setores de atividade.

No dia 8 de agosto pp., a televisão anunciou e os jornais do dia seguinte, no Rio de Janeiro, ratificaram que o ministro da Educação ameaçou fechar, no prazo de seis meses, três faculdades de Medicina do país: a Católica de Pelotas, a da Fundação Dom André Arcoverde em Valença (Estado do Rio de Janeiro) e a do Oeste de São Paulo, as duas primeiras após 30 e 31 anos, respectivamente, de atividade ininterrupta e a graduação de alguns milhares de esculápios.

A seguir os fatos que motivaram a medida atual – punitiva e, no meu entender, precipitada e iníqua. Em 10 de dezembro de 1999 o ministro da Educação informou que sete cursos de Medicina do Rio de Janeiro estariam ameaçados de fechamento em consequência do mau desempenho no “provão”.

No mês seguinte, peritos do MEC avaliam as condições de oferta do curso de Medicina de Valença e exaram, no final de junho de 2000, relatório sobre o corpo docente, a organização didático-pedagógica e as instalações, estabelecendo prazo de seis meses para o atendimento das exigências. Eis que, de inopino, no mês de agosto, apenas dois meses após a entrega do relatório, é alardeada a ameaça de fechamento do curso.

Trinta anos de existência é pouco tempo para considerar tradicional ou galardoar qualquer instituição, mas é idade a merecer pelo menos respeito.

Por que ameaçar de extinção entidades estruturadas, plenas de vitalidade e atribuir a outras, ainda no nascedouro, recursos e

benesses? Seria pertinente que a Associação Médica Brasileira e o Conselho Federal de Medicina, que tanto têm profligado a criação de novas faculdades de Medicina, viessem a público manifestar seu repúdio e desaprovação à tentativa de desestruturar as Escolas de Pelotas, de Valença e do Oeste Paulista.

Não obstante a indignação com que consigno os fatos, reconheço que a inspeção não deixa de ter um aspecto positivo ao identificar as insuficiências e estimular o salto – senão para a excelência, pelo menos para a melhoria.

Com efeito no dia seguinte ao libelo do MEC a Universidade Católica de Pelotas divulgou, via *Internet*, que investimentos de R\$ 4,5 milhões já estavam sendo aplicados para a construção de novo prédio e instalações da Faculdade de Medicina. Em nota oficial do Centro de Ensino Superior de Valença, o seu presidente, professor Dermeval Moura de Almeida Filho, garantiu que vai lutar para restabelecer a qualidade do curso, atendendo, de imediato, todas as exigências do MEC.

Entretanto, na UFRJ, que obteve o melhor desempenho no “provão”, ostentando AA em quase todos os quesitos relacionados pelo MEC, no Hospital Universitário, no Fundão, é difícil conseguir-se uma tomografia computadorizada, vez que o aparelho está freqüentemente quebrado ou em conserto...

Como se vê, em conclusão, no Brasil, nada nunca é como parece e tudo pode acontecer.

FIM DE UMA GERAÇÃO

A verdadeira história é a memória do povo.

O século XX, ora agonizante, testemunhou num átimo o surgimento, o apogeu e o eclipse de uma geração de expoentes médicos que jamais se repetirá.

Pontificaram nesse cento de anos, no Brasil, no Rio de Janeiro – então capital federal –, Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, Miguel Couto, Clementino Fraga, apenas para citar alguns, que dominaram o cenário médico e científico nacional durante largo período.

No que tange a Ginecologia e Obstetrícia, dois nomes se impõem pelos cometimentos realizados e a influência exercida em seu tempo: Fernando Magalhães e Arnaldo de Moraes. Aquele, o criador da escola obstétrica brasileira e, este, o da especialidade ginecológica. Fernando Magalhães exerceu seu mister na Maternidade Escola de Laranjeiras e Arnaldo de Moraes no Hospital Moncorvo Filho, sendo o idealizador e criador do Instituto de Ginecologia. Ombreou em prestígio e desempenho, em São Paulo, Raul Briquet, o fundador da escola obstétrica paulista, cujo discípulo mais notável e ainda atuante – Bussâmara Neme – segue influenciando as novas gerações.

Magalhães foi sucedido na Maternidade Escola, sede da cátedra de Obstetrícia da Universidade do Brasil – atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) –, por Octávio Rodrigues Lima, em 1946, cujos dotes intelectuais e “savoir vivre” nunca serão bastante louvados. A Arnaldo de Moraes sucedeu, no Instituto de Ginecologia, Francisco Victor Rodrigues, a cujo prestígio se deveu, como se sabe, a criação da Secretaria Executiva da nossa Febrasgo.

Dos inúmeros discípulos de Magalhães foi Jorge de Rezende um dos mais notáveis, e o último dessa estirpe a ocupar a disciplina que fora sua e de Rodrigues Lima.

Fernando Magalhães foi tribuno brilhante e combativo, possuidor de verve ofuscante, autor profícuo e luminoso. Legou-nos páginas magistrais, lições incontestáveis de clínica obstétrica codificadas em seus numerosos compêndios didáticos.

Não fez menos Rezende. Seu tratado *Obstetrícia* – atualmente em sua 8.^a edição (data a primeira de 1962) e diversas reimpressões – tornou-se o livro-texto adotado em praticamente todas as instituições universitárias do país. Seu prestígio científico e social levaram-no à Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, sendo para ele criada a 33.^a Enfermaria, que desfruta, até hoje, prestígio ímpar e intocado.

É Rezende, como aludi, o último representante dessa douta linhagem. Culto, inteligente, versátil, latinista inconcusso, sua luminosidade nunca bruxuleia. Dotado de prodigiosa memória é capaz de repetir textos e de citar com intimidade os clássicos e os filósofos. Suas lições, nos poucos eventos científicos que se permite participar e no Centro de Estudos da 33.^a Enfermaria, atraem multidões, sequiosas e curiosas de ouvir, ainda, a voz e os ensinamentos do Mestre!

Sou seu seguidor e discípulo; nele me espelhei ao longo de mais de 40 anos de convívio fraterno e ameno.

Iniciei lamentando as mudanças ocorridas no perfil do médico brasileiro ao longo do século, do apoucamento de sua cultura e prestígio. Aduzo agora a decadência da prática médica. Nos últimos 30 anos cresceu exponencialmente o número de profissionais e a quantidade derogou a qualidade. O médico deixou de ser artista, tornou-se operário. À imponência sucedeu a banalidade; a cultura deu lugar ao tecnicismo e ao prestígio sucedeu o descrédito.

Estamos, por isso, a merecer o epitáfio: “aqui jazem os médicos e a medicina do final do século XX”!

“CONTROLE DE QUALIDADE” NO ENSINO MÉDICO

Com a vinda da família real para o Brasil, em 1808, teve início o ensino médico no país. Primeiro na Bahia, depois no Rio de Janeiro. A indicação dos primeiros professores – lentes, catedráticos – obedecia a critérios exclusivamente políticos, a caprichos do poder...

No Rio de Janeiro a instituição de ensino foi apelada, inicialmente, Academia Médico-Cirúrgica. Em 1832 (lei de 3 de outubro) a Academia tornou-se Faculdade de Medicina.

Demais do critério político de nomeação dos lentes e pela inexistência de especialistas, os pretendentes a professor requeriam, a seu talante, uma determinada cadeira ou qualquer outra que estivesse vaga.

Com as reformas de 1854 e de 1879, houve radical mudança no ensino superior, criando-se o ensino livre. Em 1882, a famosa reforma levando o nome do Visconde de Sabóia fez surgir novas cadeiras e disciplinas e, entre essas, as de Clínica Obstétrica e Ginecológica.

O acesso à cátedra sempre deu-se através de concursos públicos, nos moldes ainda hoje preservados em algumas instituições. Quase sempre buliçosos, controversos e de resultados previsíveis... A adesão do médico jovem à vida universitária obedecia – e continua a ser assim – à escolha pessoal, inclinação para o magistério, idealismo e, predominantemente, a circunstâncias casuais. De simples assistente, muita vez não remunerado, ascendia-se na carreira mediante concurso de livre-docência, que credenciava o pretendente, rodado o tempo, à postulação da cátedra.

Com o advento da residência médica no Brasil, em 1940, começou de surgir a especialização. Ensinam-nos Machado e Pierantoni (ENSP/Fiocruz, 1992) que a escolha pela especialidade

está vinculada ao alto grau de envolvimento com o paciente, maior dedicação à causa médica ou, havendo preferência pela tecnologia, pelo *status* social diferenciado, sofisticação e maior remuneração.

É de geral reconhecimento que a titulação universitária e o progresso na carreira proporcionavam, a seu titular, até passado não muito remoto, *status* e prestígio social; granjeavam-lhe fama e fortuna.

Com a multiplicação das escolas médicas e a formalização da carreira docente, através do Mestrado e Doutorado, a partir de 1972, à distinção e prestígio sucedeu a banalização. Nunca é demais lembrar que as quase 100 escolas médicas hoje existentes, eram apenas oito até 1929, 13 até 1949, encorpadas de mais 13 na década de 50, de mais 37 na década de 60, outras 13 entre 1980 e 1990; o resto surgindo depois.

A “democratização” e a burocratização da universidade, fazendo com que o professor titular (ex-lente, ex-catedrático) deixasse de ser, muitas vezes, o chefe da disciplina, da enfermaria, do Serviço, trouxeram adicional desestímulo e desprestígio ao cargo e à carreira docente.

Não é despiciendo deixar de admitir que Mestrado e Doutorado tornaram-se meios indispensáveis para iniciar o noviciado universitário sucedendo, quase sempre, a residência médica ou o curso de especialização. O título de Mestre e de Doutor, entretanto, não conseguiu proporcionar aos seus detentores regalias e recompensas correspondentes ao seu valor e hierarquia. Em verdade o que deixou de ser atraente foi a carreira universitária, pelo exigir dedicação, aprimoramento ininterrupto, não poucos sacrifícios e parca remuneração.

O MEC exige, na atualidade, para credenciar um curso médico, elevado porcentual de mestres e de doutores no corpo docente, não valorizando e muito menos prestigiando experiência e tirocínio clínico. Quantos de nós não conviveram ou conheceram médicos práticos – professores autênticos –, expoentes sem cátedra ou titulação que exercendo liderança, formaram discípulos e criaram escola. Quem não há de lembrar-se, no Rio de Janeiro, da



escola cirúrgica criada por Fernando Paulino, na Casa de Saúde São José, sem qualquer vinculação com o ensino ortodoxo.

O governo é justo ao cobrar qualidade do ensino médico, titulação do corpo docente, mas não pode desprezar a importante participação do clínico experiente, não raro mais dedicado até do que o próprio professor.

As instituições universitárias não devem sucumbir às pressões do MEC e demitir sumariamente professores sem título mas dedicados e produtivos.

O MUNDO É FEMININO

Presto vassalagem às mulheres que neste fim de século estão, justa e irreversivelmente, consolidando direitos e prerrogativas, *status* e cidadania.

A mulher moderna, urbana e civilizada, adquiriu características que as distancia abissalmente de suas antepassadas e que podem ser assim enumeradas: realização profissional e pessoal em primeiro lugar; educação superior, reprodução diferida para a quarta década de vida; filho único ou nenhum; adesão aos métodos contraceptivos para exercer eficiente planejamento familiar; independência, autodeterminação e liberdade para decidir seu próprio destino e os fatos que dizem respeito ao seu corpo físico e espiritual; são predominantemente favoráveis ao aborto.

As mulheres já são maioria no Brasil. Representam, consoante o censo de 1991, 51% da população: numericamente 74.449.800, cerca de três milhões a mais do que os homens. Elas estudam mais do que os homens e já são mais numerosas em diversas profissões: advogadas 59%, médicas 54%.

Na política o progresso foi meteórico, haja vista que o número de prefeitas em 1992 era de 171 e, no presente, após a recente eleição, subiu para 317 – aumento de 85%.

Marta Suplicy foi eleita prefeita da cidade mais importante do país; outra senhora tornou-se a primeira juíza do Supremo Tribunal Federal. Há mais eleitoras do que eleitores. A força feminina de trabalho elevou-se de 47% em 1994, para 51% em 2000.

A Academia Brasileira de Letras – antes um fechado clube masculino – já abriga diversas Acadêmicas. A presidência dessa agremiação já foi até exercida por uma mulher – Nélida Piñon. A Academia Nacional de Medicina, outrora vedada às senhoras, tinha uma só representante em 1985. Tem atualmente quatro.

No cenário mundial a americana Madeleine Albright dialoga e faz imposições aos querelantes líderes muçulmanos e judeus. Margaret Thatcher foi a primeira-ministra da Inglaterra e ombreou, à época, com os “sete grandes”. No Brasil Roseane Sarney é candidata à Presidência da república; Benedita da Silva tornou-se a primeira senadora negra do país.

Para atender tão refinada (e já idosa) população feminina, o ginecologista há de possuir conhecimentos especializados sobre a fisiopatologia do envelhecimento cerebral, da diminuição das respostas imunológicas, das funções corporais induzidas pelo climatério e ter discernimento para aconselhar sobre as possibilidades reprodutivas e até mesmo ajudá-la a engravidar, quando for esse o caso!

Mais um ano se encerra. Não é, todavia, um final de ano comum, vez que representa o remate do século. Desejo, pois, a todos que conosco colaboraram e aos estimados leitores, razão última do nosso trabalho, um ano, um século de maiúsculas realizações, pedindo aos deuses que iluminem a nossa classe, dando-lhe o sentido de união para combater os males que nos afligem e trazer de volta a dignidade esquecida.

2001

ÉTICA E BIOÉTICA EM REPRODUÇÃO HUMANA

Ética é o estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem e do mal, seja relativamente a determinada sociedade, seja de modo absoluto (do dicionário).

Bioética é parte da ética que estuda, concentra, interpreta os parâmetros do que é correto e, influenciando a prática da profissão, procura não somente ser lógica mas axiológica (in J. Rezende).

Na hora que de nós foge, no início do novo milênio que se anuncia tempestuoso e eivado de revolução tecnológica, é grande a preocupação com os valores e princípios morais e éticos do exercício da medicina.

Os educadores se desvelam para incluir nos cursos de graduação, na residência médica, na pós-graduação e nas atividades de educação continuada a ética como matéria curricular fundamental. E há razão para tanto desvelo pelo tema. Na era globalizada em que vivemos, a lassidão dos costumes, a corrupção, a desonestidade, a impunidade generalizada e a incompetência transformaram o ser humano, aviltando-o com apoucado senso moral.

No nosso âmbito profissional, a medicina mercantilizada e impudentemente explorada pelos planos de saúde, a moral e a ética estão seriamente ameaçadas de irremediável implosão. Autoridades responsáveis e preocupadas pelo rumo que as coisas tomam alertam para a necessidade da autotransformação, única forma de reverter a expectativa – mudar internamente, para influenciar e redimir o coletivo.

A relação do médico com a paciente, em especial no que concerne a reprodução, há de ser sempre respeitosa e obediente

ao princípio de igualdade sem que deixe de prevalecer, entretanto, a autoridade técnica e profissional.

Reza a ética que não se deve abusar da autoridade do saber para dominar a cliente; no entanto, em toda relação vertical, conhecida como de dominação-submissão, acaba por estabelecer-se uma ascendência que engloba também a dependência. Dessa onipotência deve o médico precaver-se, evitando-a a todo o custo (Canella & Vitiello).

É nossa missão, pois, como professores, rezar nessa cartilha e incluir de modo sistemático, em todo e qualquer tema lecionado, a noção da ética e da moral.

É, entretanto, no âmbito da bioética que as preocupações avultam. As inovações tecnológicas, com efeito, descortinam perspectivas antes jamais imaginadas.

Além do espetacular projeto genoma – quase concluído –, que visa a decifrar o código genético humano, a clonagem representa o grande feito da ciência atual.

No exato momento em que redijo este Editorial, jornal do Rio de Janeiro (e certamente outros de todo o mundo) estampa a notícia: “Britânicos já podem clonar embrião humano”.

É a seguinte a matéria veiculada na imprensa: “...os estudos e a clonagem das células – em sua maioria obtidas em clínicas de fertilização *in vitro* – só serão permitidos em embriões até 14 dias após a fecundação. As células-tronco obtidas do blastocisto serão utilizadas para tratamento do mal de Parkinson, de Alzheimer, diabete, leucemias e queimaduras”.

É o admirável mundo novo em seu resplendor.

MÉDICOS RECÉM-FORMADOS: NOVAS PERSPECTIVAS?

O último recenseamento realizado no Brasil pelo IBGE, no ano 2000, estabeleceu sermos 157.070.163 habitantes. Tenho dúvidas da exatidão do número, vez que, como eu, muitos brasileiros não foram visitados pelos escrutinadores.

Estimativamente a população brasileira estaria mais próxima de 170 milhões de habitantes.

É a dúvida, entretanto, irrelevante para as considerações que a seguir farei.

Estão inscritos no Conselho Federal de Medicina (CFM) e em atividade no país 220 mil médicos, 70% dos quais sediados nas capitais e nas grandes cidades. Nestas, é a média de um médico para cada 714 habitantes, superior àquela preconizada pela Organização Mundial da Saúde, de um médico para grupo de mil habitantes. Deduz-se, pois, haver excesso de médicos no país. Em contrapartida, fora das áreas urbanas a carência de profissionais de saúde é gritante.

A reflexão exigida pela discrepância – a má distribuição de médicos – é a falta de planejamento institucional para corrigi-la ou evitá-la.

É unânime a opinião nacional que a medida mais importante para coibir o número crescente de médicos que se graduam anualmente é a limitação/redução da quantidade de escolas médicas. Segundamente é imprescindível que se transforme a filosofia do ensino médico, visando a formar generalistas ao invés de forjar especialistas, como no presente ocorre. Felizmente começam de surgir algumas iniciativas nesse sentido, em escolas do interior. A Faculdade de Medicina de Valença da Fundação Dom André Arcoverde (no Estado do Rio de Janeiro), onde milito, é exemplo.

Parece surgir, entretanto, uma luz no fim do túnel...

Lê-se com efeito na *Internet*, nos jornais, e agora em revistas de grande circulação nacional a convocação do Ministério da Saúde de médicos e enfermeiros para atuar em 1.200 municípios onde não existe cobertura assistencial de qualquer natureza, para realizar trabalho de saúde familiar. É atraente a proposta, a começar pela remuneração: bolsa mensal entre R\$ 4.000,00 e R\$ 4.500,00 para médicos. Em Editorial de 1995 estampeei o fac-símile dos contracheques de dois médicos, funcionário da UFRJ um e da Faculdade de Medicina do Piauí outro, correspondendo respectivamente a R\$ 540,00 e R\$ 850,00. Situação que, como é sabido, não se alterou nos últimos seis anos...

Gari e motorista de ônibus ganham mais do que isso!

O editorial do MS oferece, “além de casa, alimentação, seguro de vida e transporte; supervisão realizada por uma universidade da região e, ao fim de um ano, o título de Especialização em Saúde de Família”. Com um pouco de organização, quem sabe, à semelhança do que ocorre em vizinhos países latinos, a atual convocação poderá se transformar em obrigação e no início de assegurada carreira no serviço público.

É entristecedor, no momento presente, quando se convive de perto com os alunos, testemunhar seu desalento e ansiedade ao se graduarem, à busca de vaga para a residência médica, sabendo antecipadamente que a maioria não a obterá, sendo a procura muito maior do que a oferta.

Talvez que a original proposta do Ministério da Saúde e a perspectiva de implantar nova filosofia no ensino médico constituam o passe-partout para criar mentalidade generalista na futura geração de médicos e estabelecer melhor distribuição geográfica de médicos no país.

O BRASIL – QUEM DIRIA? – É ANTES DE TUDO UM FORTE

Quinientos anos de vida, de história e de sofrimentos tornaram o país resistente aos mais insólitos predadores!

Dizia-se: “o país acaba com a saúva, ou a saúva acaba com o Brasil”. A formiga continua atuante e o país mantém-se de pé. Aos trancos e barrancos é bem verdade, tentando fazer com que a justiça sobreviva aos juízes, os municípios aos prefeitos, os Estados aos governadores, a república aos senadores e, no que a nós médicos respeita, a Medicina ao Sistema Único de Saúde (SUS), aos convênios e planos de saúde.

Não deixa de ser alvissareiro, portanto, o fato de estar sendo freado o crescimento populacional, mesmo sem a contrapartida do progresso e do desenvolvimento sustentado. A taxa de fecundidade reduziu-se de 5,8 filhos em 1970 para 2,3 em 1999; de se haver invertido a pirâmide demográfica, mercê da redução dos jovens e do aumento dos idosos. Tem o país, com efeito, neste início de século, 14,5 milhões de idosos com mais de 60 anos, predominantemente mulheres e, a maioria, em pleno viço e atividade. Cresce a expectativa de vida de mulheres e de homens (66,3 anos em 1992, 68,4 anos em 1999); diminuem os índices de mortalidade infantil: de 44,3 para 34,6 por mil, entre 1992 e 1999 (Fonte: IBGE).

Nota-se, igualmente, preocupação de algumas autoridades (as não-envolvidas com o crime organizado...) de melhorar o ensino médico no país, de ampliar os programas de Residência Médica, de estimular a formação de generalistas, de interiorizar a Medicina, entre outras medidas. É ainda pouco, mas é melhor que nada.

A recente convocação do Ministério da Saúde, de médicos e de enfermeiros para trabalhar nos mais de 2 mil municípios sem assistência, mostrou-se exitosa. Consoante o jornal do CFM, cerca

de 2 mil médicos e mais de 10 mil enfermeiros atenderam o chamamento. A reação revela dois aspectos fundamentais: a escassez de vagas de Residência Médica no país e o interesse dos recém-formados de exilarem-se das capitais e cidades grandes. Não obstante – escrevi recentemente –, a busca de vaga para cursar residência ou pós-graduação é progressiva, dramática e incessante. Considerando a graduação de cerca de 12 mil novos esculápios, cada ano, nas quase 100 faculdades de Medicina existentes no país e a disponibilidade de mais ou menos 5 mil vagas no primeiro ano de Residência Médica, conclui-se que aproximadamente 7 mil novos médicos não terão acesso ao aprimoramento. Não é de estranhar-se, pois, o maciço interesse pela convocação do Ministério da Saúde para exercer a medicina de família no interior do país. Para agravar a situação, São Paulo e Rio de Janeiro concentram pouco mais de 60% das vagas oferecidas, fazendo com que candidatos do Brasil inteiro para os dois Estados convirjam, permanecendo a maioria na cidade em que cursaram a residência, dessa forma contribuindo para a indesejada concentração de mão-de-obra, fazendo crescer a procura, que será sempre maior do que a oferta, com a resultante submissão, degradação, etc., etc.

Cumpre, por fim, salientar que a nossa especialidade continua a ser uma das mais populosas e, por isso mesmo, talvez, progressivamente menos desejada, a exigir o redimensionamento de sua prática e do seu âmbito, sobre o que escreverei no próximo editorial desta *Revista*.

ANTIÉTICA E ABUSO DE PODER x ÉTICA E LIMITES

Do Código de Ética Médica, capítulo VII, artigo 81, que trata da relação entre médicos: “Alterar prescrição ou tratamento de paciente, determinado por outro médico, mesmo quando investido em função de chefia ou de auditoria, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo comunicar imediatamente o fato ao médico responsável”.

É a missão do obstetra conduzir a bom termo a gestação e fazer nascer concepto hígido. Eis a mais cediça e acaciana proposição e que deveria pautar a conduta de todo especialista. Deveria, pois a realidade não é bem essa, no atendimento obstétrico massificado e, não raro, desqualificado.

Considerando, não obstante, verdadeiro o pressuposto, cabe salientar que o âmbito da assistência pré-natal expande-se, tornando-se muito mais abrangente. É, com efeito, a proposição atual que a preocupação com o desempenho reprodutivo feminino tenha início muito antes do casamento – em investigação pré-concepcional –, a fim de analisar antecedentes, herança familiar, hábitos alimentares e sociais, estilo de vida, doenças pregressas, enfim, tudo que possa influenciar pejorativamente a futura prenhez. Mais ainda. Quer-se que o obstetra, terminado o parto, mantenha estreito contato com a paciente e sua família, zelando pelo bem-estar físico e emocional de todos, pelo menos durante um ano. Na atualidade, a responsabilidade do obstetra encerra-se com a alta hospitalar da paciente, estendendo-se, quando muito, aos primeiros dias em casa, a conta do aleitamento.

Tais considerações são motivadas por recente episódio clínico que a seguir narro.

Primigesta jovem, saudável, dá à luz, a termo, dois conceptos vivos, de peso adequado para a idade. Ambos recebem índice de Apgar satisfatório no primeiro e no quinto minuto. No berçário,

entretanto, pouco após, o segundo neonato manifesta hipoxia, logo contornada. Rodadas poucas horas do nascimento o quadro se agrava, sendo o infante transferido para a UTI e identificada malformação congênita: transposição dos grandes vasos. Nesse momento o neonatologista da equipe que atende à paciente cede a responsabilidade do caso para o médico da unidade intensiva, como é de praxe. Ambos, de comum acordo, decidem que o cateterismo da aurícula direita, para expandir o forâmen oval, deve proceder-se imediatamente. O que é feito com pleno êxito, logo melhorando a perfusão sangüínea da circulação sistêmica, estabilizando-se a oxigenação do pequeno enfermo. Fica estatuído que a cirurgia corretora, definitiva, pode ser diferida de algum tempo, vez que a situação de emergência que ameaçava a vida do infante fora contornada.

No dia imediato o pediatra da equipe viaja ao estrangeiro, e o outro, da UTI, sem consultar ou sequer dar ciência ao obstetra ou aguardar o retorno de seu colega – verazmente arrogando-se poder – convence a família da urgência da cirurgia e de transferir o recém-nato para São Paulo, a fim de submetê-lo ao – agora inadiável – tratamento cirúrgico.

Os argumentos, os subterfúgios e – quem sabe até – certa dose de terrorismo utilizada pelo intensivista para sensibilizar a família podem ser imaginados. Qual a razão de suprimir a participação do obstetra no processo decisório e de não aguardar o retorno do neonatologista, consoante fora combinado? Por que a transferência quase sub-reptícia da criança para São Paulo? Parece que o intensivista viu a oportunidade de sua estrela brilhar e agiu com a onipotência e a divina inspiração de que são possuídos, com freqüência, os médicos.

Preocupam-me e causam-me grande espécie, comportamentos precipitados e exercício abusivo de poder, que ferem a ética e enodoam o exercício da Medicina.

A IMPERSCRUTÁVEL ALMA FEMININA

Os meios de comunicação divulgaram, com grande alarde, tragédia recentemente acontecida nos Estados Unidos, em que a mãe, em crise de depressão pós-parto, afoga e mata na banheira de sua casa cinco filhos menores. No caso em apreço não fica rigorosamente caracterizada a entidade “depressão pós-parto”, vez que esta, rara, costuma manifestar-se precocemente, pouco após o nascimento, pelo geral, a partir do 10.º dia de puerpério e, no caso em apreço, consoante as informações, a criança mais nova já contava seis meses.

Gravidez e parto constituem, para a quase totalidade de mulheres, momentos culminantes de suas vidas, pelo cumprimento da mais lídima aspiração do ser humano: a perpetuação da espécie. É, portanto, surpreendente e inusitado que a maternidade traga, ao invés de alegria, felicidade e realização, tristeza, acusações, mágoa e depressão. É cediço afirmar-se que esse quadro neurótico-psíquico-depressivo necessita de terreno predisposto para se instalar, não medrando em mentes sadias e estruturadas. O ato criminoso só pode ser entendido e justificado pela privação temporária do juízo crítico, momento de loucura, que deverá ser levado em conta à ocasião do julgamento.

Tentar desvendar a alma feminina não é tarefa pequena. Como explicar, por exemplo, a síndrome de tensão pré-menstrual (TPM), os aspectos psíquicos que envolvem a decisão de abortar, as condições e circunstâncias algumas vezes criadas pelas próprias mulheres que propiciam a violência sexual, a esterilidade (sem causa aparente) que cura após adoção?

A TPM, que cursa com alterações de comportamento neurológicas, do equilíbrio hídrico, entre outras, não pode ser explicada apenas como um transtorno psíquico ou derivado de alterações hormonais.

A mulher que aborta ou pretende abortar gravidez indesejada experimenta os mais conflitantes sentimentos: ambivalência, culpa, tristeza, perda, abandono e, por fim, depressão semelhante àquela do pós-parto.

Violência sexual é praticamente sinônimo de estupro. A sociedade com frequência estigmatiza as vítimas de estupro, considerando que o seu comportamento ou aparência precipitaram o crime. As seqüelas do abuso sexual são múltiplas, variadas e, não raro, perversas: ansiedade, culpa, temor ou ódio aos homens, nervosismo, desesperança, levando ao alcoolismo ou uso de drogas, distúrbios do sono, alienação e risco aumentado de ser novamente vitimada, disfunção sexual, agressividade e, uma vez mais, depressão.

A dificuldade ou impossibilidade de um casal engravidar ou a frustração da falha do tratamento despertam fortes sentimentos de desespero e desapontamento, tanto mais intensos quanto maior for o número de tentativas baldadas. Adquirida resignação da incapacidade reprodutiva, muitas optam pela adoção. Quem não conhece um ou muitos casos de gravidez espontânea, após a adoção de uma criança, de casais considerados irremediavelmente estéreis?

Para nós ginecologistas a frustração é grande e o receio ainda maior, temendo que o enigma da esfinge a nós se aplique: “deciframe ou te devoro!...”

ICONOCLASTAS

*Podem répteis que à lama
se incorporam morder estrelas
com seus maus venenos.*

O Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro – a casa de Arnaldo de Moraes e de Victor Rodrigues – foi mortalmente atingido em sua dignidade, competência e tradição.

No dia 31 de julho de 2001, suas portas foram lacradas e o atendimento médico suspenso, em decorrência de conluio celebrado entre a reitoria da UFRJ e o SUS.

Em carta dirigida ao diretor do Instituto, datada da véspera, a superintendência do SUS comunica, por ordem do secretário Municipal de Saúde, a suspensão da prestação de serviços junto ao SUS, pelo período de 180 dias. A aparente razão para o discricionário ato, foi o relatório de funcionárias subalternas do SUS, apontando falhas técnicas e alegadas cobranças indevidas por exames realizados no Instituto (mamografia e ultrasonografia). Vale ser lembrado que exames de alto custo, com equipamentos sofisticados e dispendiosos, nem de longe têm seus custos cobertos com a insignificante remuneração proporcionada pelo governo. Fato semelhante, de alegada cobrança indevida de honorários, ocorreu, em passado recente, no Instituto do Coração, em São Paulo e, nem por isso, a ninguém ocorreu fechar aquela unidade, tal a sua utilidade pública.

Seguiram, ao fechamento, a verrina e as aleivosias habituais das autoridades, dando respaldo à sua decisão predatória e truculenta.

O Brasil é assim. Não cultiva história, tradição e está sempre tentando destruir mitos.

O Instituto de Ginecologia do Hospital Moncorvo Filho foi criado em 1947, por Arnaldo de Moraes, implantando o ensino

moderno da Ginecologia, criando, no país, a prevenção e o diagnóstico precoce do câncer de colo. Nesse particular distinguiram-se João Paulo Rieper e Hildegard Stoltz, que ensinaram e formaram centenas de patologistas cervicais, espalhados hoje em todos os quadrantes do país. Medraram, na Instituição, os nomes mais respeitados da Ginecologia brasileira, tanto que não comportaria o breve texto nomeá-los. Basta lembrar que a Arnaldo de Moraes sucedeu Victor Rodrigues, que logo ampliou o âmbito das pesquisas oncológicas no Instituto e criou a Residência Médica, o Mestrado e o Doutorado e, juntamente com Jean Claude Nahoum, a secretaria executiva da Febrasgo e o título de especialista – o Tego.

Se os predadores conseguirem efetivar a decisão de fechar o Instituto de Ginecologia, deixarão órfãs de atendimento especializado mais de 20 mil mulheres que usam os seus serviços. Cito, como ilustração, que em 2000 foram realizadas 29.462 consultas – média mensal de 2.455.

Mas a reação se esboça. Expressivo número de pacientes da instituição, inconformadas com a perspectiva de se privarem do atendimento categorizado, redigiram abaixo-assinado contra o fechamento; e a valorosa equipe que compõe o quadro atual do Instituto está lutando denodadamente para impedir a perpetração da barbárie, para evitar a iconoclastia.

Por fim, desejo e espero que a insignificância da revolta aqui contida possa insuflar ânimos que compactuem com a permanência e a estabilidade do Instituto de Ginecologia do Hospital Moncorvo Filho.

Torna-se obrigatório, à semelhança do que vimos fazendo nos anos anteriores, à ocasião do aniversário de *GO Atual*, que completa nove anos de intensa e profícua atividade (primeiro número julho/agosto e setembro de 1992), agradecer aos nossos incansáveis colaboradores pelo municiamento de trabalhos

científicos da melhor qualidade e de grande alcance clínico, tornando *GO Atual* uma das revistas da especialidade mais lidas pelo grande público tocoginecológico brasileiro.

Este número de aniversário é totalmente dedicado à Ginecologia, homenageando a mulher madura, no climatério e na menopausa. Em dezembro terá vez a Obstetrícia; as páginas de *GO Atual* apresentarão temas da maior atualidade.

Almejamos com grande fé que a saúde econômico-financeira do país, no curso deste ano e nos próximos, melhore e, com ela, possamos nós também progredir, oferecendo aos leitores matéria de qualidade e de constante atualização.

“NA HORA QUE DE NÓS FOGE...”

Tomo, por empréstimo, a expressão tão cara ao querido mestre Jorge de Rezende para sinalar minha perplexidade com os acontecimentos que maculam a humanidade neste início de século que mais semelha o fim do mundo...

É tão extenso o rol de atrocidades que o pequeno espaço que aqui disponho não seria suficiente para contê-lo, se todas (as barbaridades) fosse comentar ou sequer enumerar.

Há para todos os gostos e feitios: locais, nacionais e mundiais, assim no âmbito da Medicina como em praticamente todos os setores da atividade humana, da política em especial.

No Rio de Janeiro prossegue o drama do Instituto de Ginecologia, ameaçado de fechamento e de extinção com a conivência acovardada de membros do seu próprio corpo clínico. No caso parece haver, em verdade, interesses superiores, de natureza política, para sediar no Hospital Universitário do Fundão a atividade oncológica do Instituto de Ginecologia, visando à campanha de prevenção do câncer de colo a ser brevemente desencadeada pelo Ministério da Saúde...

A qualidade do ensino médico no país continua sendo questionada. Algumas Escolas de Medicina são acusadas de vender diplomas e, outras, de graduar mais médicos do que seria permitido ou de que teriam capacidade de abrigar...

Mas essa preocupação e as peculiaridades que deve ter o profissional, no futuro próximo, é universal.

Nos Estados Unidos, Sokol, de Michigan, em mensagem presidencial do 68.º Encontro Anual da Associação Central de Obstetrícia e Ginecologia, intitulada “Obstetrícia e Ginecologia na encruzilhada – de novo? Ainda!” estampada no *American Journal* de junho último, questiona a qualidade da formação do especialista americano em G&O, indagando o tipo de médico prático que os americanos querem formar para satisfazer às necessidades de suas

pacientes, lamenta a falta de cientistas clínicos para desenvolver novas técnicas de tratamento e salienta que a mulher moderna exige muito mais do clínico para cuidar de sua saúde.

Tornou-se lugar-comum dizer que no Brasil medra, como árvore daninha, desonestidade e impunidade. Lamentavelmente, entretanto, os programas televisivos não nos deixam esquecer a triste realidade ao mostrar, diariamente, cenas cada vez mais indecentes e provocantes. Os achaques vão da polícia aos políticos e às autoridades governamentais.

Tentativas de denunciar e de corrigir as transgressões são combatidas com ameaças e mortes. Haja vista o assassinato recente do prefeito de Campinas.

O que dizer dos seqüestros que voltaram à moda, com toda intensidade e perversidade?

Os políticos, entretanto, detêm a palma de ouro da desonestidade e da impunidade. Roubam às escâncaras protegidos pela indecente imunidade parlamentar. Jader Barbalho, um dos líderes do “escroquerie” nacional, ameaça voltar, sorridente e pimpão, à presidência do Senado...

Como se não bastasse a tragédia humana, a natureza quer também contribuir para o caos! Refiro-me à falta de chuvas que secam as fontes e motivam o racionamento de energia elétrica.

No esporte não é menos dramática a situação brasileira, vez que a seleção de futebol desaprendeu a arte e não pára de perder...

Há, não obstante, pequenas recompensas esportivas no vôlei, no tênis. Mas até o nosso Guga fraquejou no US Open e, nestes dias, na Bahia...

Tudo isso se apequena, tornando-se ninharia diante da tragédia terrorista que se abateu sobre os Estados Unidos, na verdade sobre a humanidade globalizada, com a recente destruição das torres em Nova Iorque e do Pentágono, em Washington. O mundo, daqui por diante, não será mais o mesmo, dizem os técnicos e sentimos nós, seres humanos que teimamos em acreditar na humanidade, particularmente enquanto médicos que, cuidando da pessoa, fazemos dela a razão suprema de nossas vidas.

CONTRA FORÇA HÁ RESISTÊNCIA

O Instituto de Ginecologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no Hospital Moncorvo Filho, não se extinguiu, sobreviveu à borrasca.

Grupo denodado de resistência, constituído de alguns professores médicos, funcionários, estudantes e pacientes daquele Serviço, mobilizaram-se, acionando autoridades federais, estaduais e municipais, a justiça comum e a comunidade, conseguindo evitar o arbítrio que estava sendo cometido contra a preservação da tradicional instituição. Acompanhei de perto a luta do destemido grupo e, não obstante os escolhos enfrentados, vi-os, ao final, triunfarem, derrotando a desídia de muitos e a força do autoritarismo. Verdadeira luta de Davi contra Goliás.

Há muitas lições a tirar deste exemplo, que ultrapassam os lindes dos fatos em si. Refiro-me à situação e à conjuntura em que vivem os médicos e a medicina atual no país. Quero dizer: quando há resistência, há força. Quando há união e firmeza de propósitos, quando a coletividade se une por uma causa nobre, decidida a assumir e a arrostar todas as conseqüências dos atos praticados, a vitória se torna mais que uma probabilidade. Ao revés a indolência, a tibieza, o comodismo, a frouxidão de caráter e o temor de enfrentar e contrariar o *status quo*, arraigado, estabelecido e senhor absoluto do poder, estrangula e inibe qualquer ação.

Nos atuais editoriais das revistas norte-americanas, é a tônica constante a perplexidade dos seus autores em relação à subordinação da medicina americana aos planos de saúde e, mais modernamente, ao *managed care*. Dizem eles “como permitimos que a nossa medicina chegasse a esta situação?; por que perdemos o comando e o controle da nossa profissão?”

Nossa situação é exatamente a mesma. Os médicos e a medicina brasileira são cativos absolutos do governo (do SUS),

dos planos de saúde e dos convênios. Sem esboçar qualquer reação nos submetemos a todas as imposições e regulamentos dos nossos algozes exploradores. Mas é tempo de acordar. Que o exemplo dos médicos do Instituto de Ginecologia mexa com os brios da nossa humilhada e submissa classe e catalise a tão ansiada e atrasada reação porque “contra força há resistência!”

CURRICULUM DO AUTOR

Nome: Paulo Belfort.

Identidade: CRM 52-03644.

CPF: 005.645.917/34.

Residência: Rua Calheiros Gomes, 55

CEP: 22611-280, Barra da Tijuca – Rio de Janeiro-RJ.

Telefone: (21) 2493-5397.

Telefax: (21) 2493-0730.

Consultório: Avenida das Américas, 3939, bloco 1, conjunto 219

CEP: 22631-003, Barra da Tijuca – Rio de Janeiro-RJ.

Telefones: (21) 3325-3555 / 3325-6643 / 3325-1481.

Telefax: (21) 325-7792.

ENTIDADES DE ENSINO ÀS QUAIS ESTÁ LIGADO E CARGOS OCUPADOS

FACULDADE DE MEDICINA DE VALENÇA DA FUNDAÇÃO DOM ANDRÉ ARCOVERDE

Rua Dom José Costa Campos, 20 – CEP: 27.600-000,
Valença – Estado Rio de Janeiro.

Telefone: (24) 2453-4608.

Professor Titular.

CENTRO DE ENSINO DA SANTA CASA (CESANTA)

Curso de Especialização em Obstetrícia (Fundação
Educativa Escola de Medicina Souza Marques e Conselho
Federal de Educação – MEC).

Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro, “33.^a
Enfermaria (Maternidade)”, Rua Santa Luzia 206, CEP:
22020-020 – Rio de Janeiro-RJ.

Professor Associado e Chefe de Clínica.

SÍNTESE DO CURRÍCULO – 2000

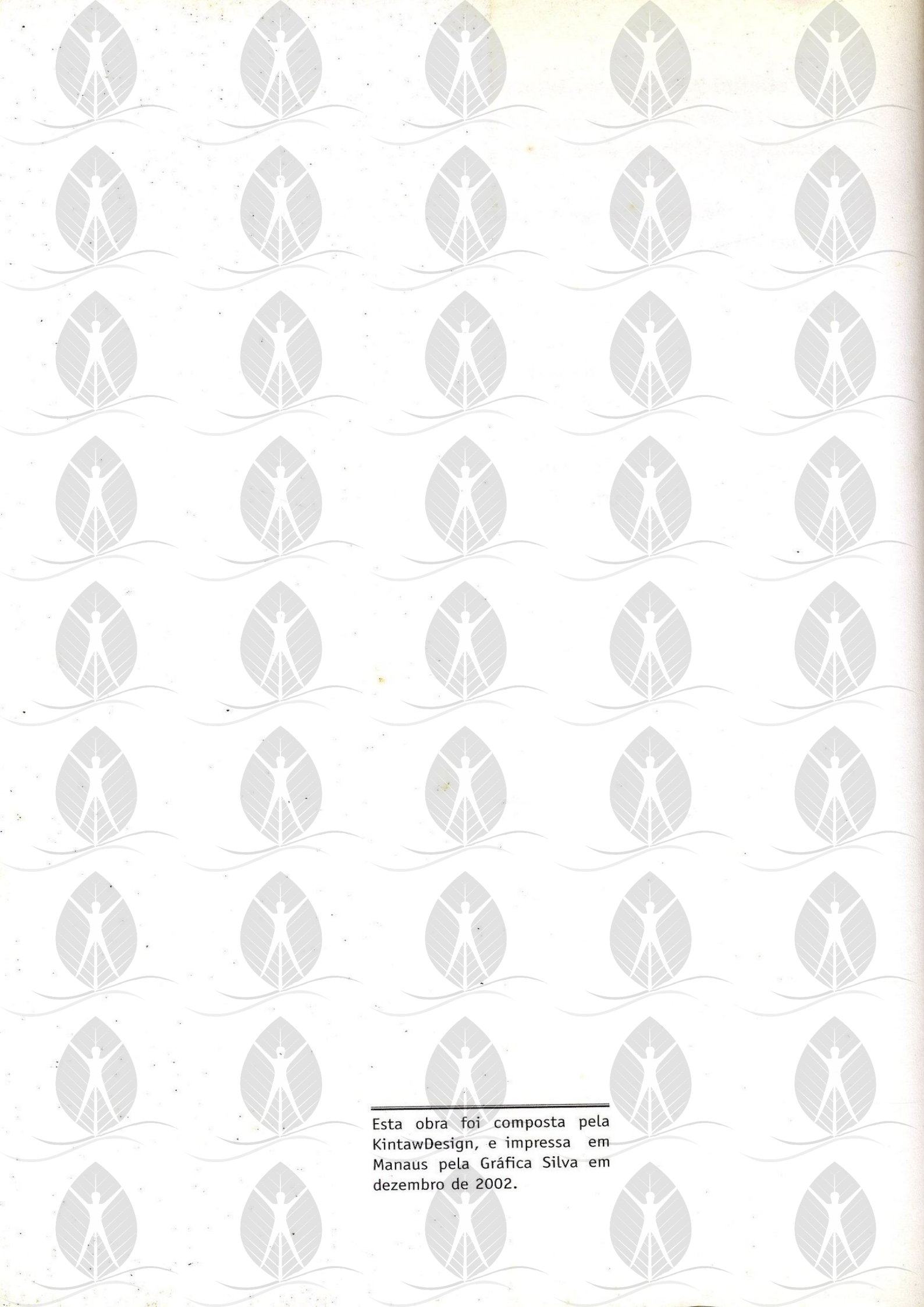
- Professor Titular de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Valença da Fundação Educacional D. André Arcoverde a partir de fevereiro de 1997.
- Professor Titular de Obstetrícia do Instituto de Pós-Graduação Médica Carlos Chagas.
- Professor Associado do Curso de Especialização em Clínica Obstétrica do Centro de Ensino da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro (Cesanta).
- Docente Livre de Clínica Obstétrica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ-1982), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ-1967) e da Universidade do Rio de Janeiro (Escola de Medicina e Cirurgia UNI-Rio, 1960).
- Ex-Assistente da Maternité Baudelocque e do Hôpital Broca (Serviços de Obstetrícia e Ginecologia da Université de Paris).
- Ex-Professor Titular de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina de Campos (Estado do Rio) da Fundação Benedito Pereira Nunes de 1970 a 1980.
- Ex-Professor Titular de Clínica Obstétrica da Escola Médica do Rio de Janeiro da Universidade Gama Filho de 1968 a 1986.

ATIVIDADES DE MAGISTÉRIO SUPERIOR

- Organizou e lecionou 302 cursos de aperfeiçoamento em Clínica Obstétrica sob os auspícios do Centro de Estudos da 33.^a Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.
- Lecionou 48 aulas em diversas Faculdades de Medicina no Brasil.

- Lecionou 325 aulas e cursos sob o patrocínio do Centro de Estudos da 33.^a Enfermaria da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro.
- Membro de 50 Bancas Examinadoras de concursos em diversas Faculdades para Professor Titular, docência livre, mestrado, doutorado, residência médica etc.
- Orientador de 71 monografias de doutorado, mestrado e de alunos de pós-graduação e de residência médica.
- Autor de 2 livros:
 - *Neoplasia Trofoblástica Gestacional*. Editora Manole, 1974.
 - *Perinatologia*. Editora Manole, 1982.
- Autor de 9 teses originais.
- Autor de 47 capítulos de livros.
- Autor de 275 publicações científicas.
- Coordenador de 91 cursos audiovisuais.
- 837 comunicações a Centros de Estudos, Sociedades Sábias e Conclaves.
- Participante de 200 conclaves nacionais e internacionais.
- Organizador, coordenador e presidente de 16 conclaves nacionais e internacionais salientando-se, entre esses, o IV Congresso Mundial de Neoplasia Trofoblástica Gestacional realizado no Rio de Janeiro em 1986, sob auspícios da International Society for the Study of the Trophoblast e o XII Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia realizado no Rio de Janeiro, em 1988, sob auspícios da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (Figo).
- Participante de 303 mesas-redondas, seminários, simpósios e discussões informais em diversos conclaves nacionais e internacionais.
- Proferiu 194 palestras e conferências em conclaves nacionais e internacionais.
- Recebeu 25 títulos honoríficos.

- Ex-presidente da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo, 1972-1975) e da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro (1969-1972).
- Presidente do Conselho de redação de *GO Atual*.
- Coordenador de G&O do Programa de Cooperação para o Desenvolvimento do Sistema de Informação à Distância para profissionais de Saúde, convênio da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro com a Fundação Oswaldo Cruz e a Associação dos Profissionais de Informação e Documentação em Ciências da Saúde.
- Viagens de estudos e de colaboração técnica a Bogotá (Colômbia), Cidade do México, Estocolmo (Suécia), Londres (Inglaterra), Nova York (EE.UU), Njemeggen (Holanda), Montreal (Canadá) e Monterey (México).



Esta obra foi composta pela KintawDesign, e impressa em Manaus pela Gráfica Silva em dezembro de 2002.



A portrait of Paulo Belfort, a man with dark hair, wearing a white shirt, looking directly at the camera. The background is a dark blue patterned fabric. The portrait is overlaid on a white background that features a repeating pattern of a stylized human figure with arms raised, enclosed in a leaf-like shape, with wavy lines below it.

PAULO BELFORT

Nascido em Manaus em 25 de dezembro de 1929, filho de Jatyr Pucú de Aguiar e Olga Belfort de Aguiar. Pai de três filhos: Beatrix, Marcelo e Paola. Casado com Ângela Baptista, também médica e ginecologista.

Iniciou seus estudos no Colégio do Carmo, dos Irmãos Maristas, em São Paulo, concluindo o curso primário no Colégio Santo Antônio Maria Zacarias, no Rio de Janeiro. Fez o curso ginasial no Colégio Dom Bosco, em Manaus e, o curso científico, no Colégio Arquidiocesano, dos Irmãos Maristas, em São Paulo.

Graduou-se em Medicina no ano de 1954, pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil.

Docente Livre de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina e Cirurgia (UNI-Rio), 1961; professor titular da Faculdade de Ciências Médicas (UFRJ), 1967; professor titular de Medicina da UFRJ, 1972.

Assistente Estrangeiro da Faculdade de Medicina da Universidade de Paris (Hospital Baudelocque e Hospital Broca), 1961/1962.

Ex-professor titular de Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina Benedito Pereira Nunes, cidade de Campos, no Rio de Janeiro.

Ex-professor titular de Clínica Obstétrica da Escola de Medicina da Universidade Gama Filho no Rio de Janeiro.

Professor titular de Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Valença, Fundação Dom André Arcoverde, a partir de 1997.

Chefe de Clínica da Maternidade da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, desde 1962.

Ex-presidente da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Rio de Janeiro.

Ex-presidente da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia.

Ex-presidente da International Society for the Study of Trophoblastic Disease. Rio de Janeiro, 1986.

Secretário Geral do IX World Congress of Gynecology and Obstetrics. Rio de Janeiro, 1988.

Editor de *Medicina Perinatal*, Ed. Manole, 1983; *Neoplasia Trofoblástica Gestacional*, Ed. Manole, 1980; autor de 328 artigos científicos publicados em revistas médicas do Brasil e do exterior.

Além das atividades docentes, exerce intenso trabalho clínico em seu consultório no Rio de Janeiro.

Com inteligência e estilo e um orgulho contagiante pela profissão, Paulo Belfort fez de sua tribuna nestes dez anos aqui retratados uma trincheira em defesa da saúde e da vida, dos valores éticos da Medicina, da dignidade da mulher no direito à maternidade, dos deveres constitucionais do Estado no âmbito da saúde, particularmente dos serviços materno-infantis, e da modernização dos cursos de medicina. Debatendo, criticando, construindo, antecipando-se, ensinando sempre.

Este livro é, pois, uma síntese do seu pensamento e ação transformadora. A exata dimensão do seu humanismo.

José Braga

GOVERNO DO



AMAZONAS

SEC

Secretaria de Estado da
Cultura, Turismo e Desporto



AVISO

A disponibilização (gratuita) deste acervo, tem por objetivo preservar a memória e difundir a cultura do Estado do Amazonas. O uso destes documentos é apenas para uso privado (pessoal), sendo vetada a sua venda, reprodução ou cópia não autorizada. (Lei de Direitos Autorais - [Lei nº 9.610/98](#)). Lembramos, que este material pertence aos acervos das bibliotecas que compõem a rede de bibliotecas públicas do Estado do Amazonas.

EMAIL: ACERVODIGITALSEC@GMAIL.COM



Secretaria de
Estado de Cultura



CENTRO CULTURAL DOS
POVOS DA AMAZÔNIA