

Temos Liberdade, Igualdade e Fraternidade?

Pedro Luiz Squilacci Leme

Os ideais imortalizados pela Revolução Francesa estão sendo empregados neste momento de crise em nosso País? Lembro-me de meu saudoso pai, nascido em 1929, que a vida toda relatou os reflexos sentidos muitos anos após a quebra da Bolsa de Valores norte-americana, com a conseqüente crise nas exportações do café e as implicações em sua vida, de familiares e conhecidos. Caos financeiro, perdas de bens, atraso social e econômico significativo por um longo período.

Estima-se que vivemos uma crise talvez maior que a de 1929, e sentimos seus efeitos todos os dias. Conhecidos e amigos perdendo o emprego, relações de trabalho cada vez mais precárias e pressões por todos os lados. Reclamo e ouço reclamações de muitos médicos ou não: corrupção em nível inimaginável, longos períodos de desemprego, desesperança, filhos morando no exterior, busca de cidadania europeia, distúrbios violentos nas ruas, novamente o caos instalado.

A profissão médica está enfrentando uma enorme crise de identidade; não consigo entender o critério que classifica a cidade de São Paulo e os municípios-satélites como carentes de médicos, justificando a contratação de profissionais de outros países e, ao mesmo tempo, autorizando a criação de novas Escolas de Medicina. Precisamos somente de mais profissionais voltados à atenção básica de saúde? Creio que a criação de um plano de carreira e salários dignos atrairia médicos para trabalhar em locais perigosos, onde é necessário um acordo prévio com líderes de comunidades para proteger os profissionais de

saúde, que não serão vítimas de atos violentos se não se esquecerem de ir trabalhar vestindo o jaleco. Essa cruel realidade infelizmente já existe há tempo.

Faculdades de Medicina estão sendo criadas, muitas com interesse mercantilista, sem preocupação com a qualidade do ensino ou com o número assustador dos que se formarão nos próximos anos. Burocratas acreditam que esses formandos ficarão no município da nova faculdade ou que se estabelecerão em regiões distantes. O leitor acredita nesta premissa?

Comentarei cada um dos conceitos citados no título e o contexto atual.

Existe *Liberdade* plena? A obrigação de cumprir uma rotina estafante para sobreviver com dignidade e com o mínimo de conforto; a profusão de "cartas motivacionais", como li em um texto jocoso recentemente, enviadas pelas empresas de energia elétrica, água, gás, pelo Fisco, escola dos filhos etc., que nos obrigam a acordar cedo, enfrentar o relógio de ponto, engolir em seco relações de trabalho deterioradas e voltar tarde para casa são uma constante. Seria possível parar tudo para um ano sabático? Fazer uma peregrinação pelo caminho de Santiago de Compostela quando perceber a necessidade premente de reflexão? Seguramente, poucos teriam essa possibilidade.

Ernest Hemingway escreveu o clássico *O velho e o mar* em 1952. O cansado pescador Santiago não conseguia encontrar nenhum peixe há meses, sendo considerado azarado, a ponto de o pai de seu jovem aprendiz proibir que ele permanecesse com o velho. Sozinho, lançou o barco



ao mar e físgou um enorme peixe, um Marlin soberbo, maior que seu barco; lutou um justo combate, duro, desgastante, e, exausto, venceu. Sua presa desafortunadamente foi devorada pelos tubarões e ele voltou ao porto apenas com a carcaça do peixe. Várias interpretações podem ser dadas ao tema; segundo uma edição deste livro, publicada em 2001: "(...) às vezes, a verdadeira vitória não se pode mostrar, nem a verdadeira coragem é tão visível ou evidente quanto se pensa (...)". Metáfora da vida? Talvez! Hoje tenho a mesma impressão; após anos de trabalho, conquistas, decepções e sobrevivência em condições adversas; após capturar e vencer espadartes enormes, ver tubarões que se beneficiam da crise devorar rapidamente antigos sonhos, deixando apenas carcaças que serão levadas pela maré.

Existe *Igualdade*? Soube de um relato real sobre uma pessoa atingida na cabeça por um abacate ao passar sob um prosaico abacateiro. Contusão de couro cabeludo, camisa suja de abacate, raiva pela situação e consulta ao pronto-socorro para receber um analgésico. História clínica complexa? Seguramente não, mas o desfecho do caso foi muito diferente. Avaliação inicial: normal; mas antes de ser liberado: tomografia do crânio, também normal. Conduta: internação em Unidade de Terapia Intensiva para

observação. No dia seguinte, a avaliação do neurologista: exame neurológico e tomografia normais, alta do ponto de vista neurológico, mas pasme, o paciente foi mantido na UTI, a contragosto, por mais dois dias. Briga entre o hospital e o convênio médico para ressarcir os gastos causados por um simples abacate.

Segundo caso clínico: mulher, idade próxima da menopausa, com sobrepeso, hipertensão arterial e diabetes descompensado, atendida em hospital público. Na véspera, ficou em observação para compensação do diabetes, sendo liberada após algumas horas. Atendida em ambulatório geral, realizou eletrocardiograma, que evidenciou sinais de obstrução do tronco da artéria coronária esquerda, glicemia capilar e pressão arterial descompensadas; novamente encaminhada ao pronto-socorro, foi liberada após compensação parcial da glicemia.

Existe *Fraternidade*? Recentemente recebi um elogio imerecido por minha atividade profissional. Preocupado com a paciente descrita anteriormente, com fatores de risco significativos, tentei, junto ao Serviço Social, conseguir uma avaliação cardiológica urgente para tratar a obstrução coronariana; ouvi da funcionária que era considerado um bom profissional pelas pessoas atendidas no ambulatório por ter o hábito de "prestar atenção ao que era dito

pelos pacientes e me preocupar com eles" (?). Como considerar elogio características tão básicas de uma simples conversa, mais ainda de um atendimento médico? Onde ocorreram os erros que justificaram a frase? Atualmente, muitos diálogos se tornam monossilábicos em função de os interlocutores consultarem seus dispositivos eletrônicos ao mesmo tempo que conversam, ou ainda pacientes que atendem ao telefone e conversam com outro interlocutor durante uma consulta médica de rotina.

No passado, quando um profissional chegava perto da aposentadoria, recebia um relógio com seu nome gravado, agradecendo os serviços prestados à empresa, para que guardasse como lembrança. Nos dias de hoje, não recebe nem uma pá para cuidar do jardim, como indireta para que abra logo espaço para um novo funcionário, segura-

mente ganhando menos, sem causar gastos com a multa rescisória de contrato antigo, portanto, despesa significativa. Consideração com o próximo? Nenhuma. Quem mandou ser de outra época, anacrônico, analógico e ainda mal-humorado?

Guimarães Rosa, mais uma vez, trouxe uma frase lapidar para vários sentimentos expressados: "Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia".

Pedro Luiz Squilacci Leme
Cirurgião Geral

Sistema público autofágico, planos populares de saúde

Nelson Guimarães Proença

Quatro anos atrás a Academia de Medicina de São Paulo promoveu um debate sobre a situação da assistência pública à saúde no Brasil. Fui convidado a participar desse debate. Na ocasião foi unânime a reprovação ao atendimento feito pelo Sistema Único de Saúde, o SUS. Foi igualmente unânime a concordância sobre a necessidade de o orçamento público destinar mais verbas para essa área.

Em minha intervenção concordei com as críticas, mas acentuei que não basta apenas solicitar mais verbas, é preciso ir mais ao fundo da questão. Insisti na necessidade de rever alguns pontos básicos; as sugestões que fiz, então, vou recordar agora, de modo sucinto.

Primeiro, a questão das competências. A Atenção Básica à Saúde (ABS) deve ser uma competência municipal. A

Atenção Secundária à Saúde (ASS) deve ficar a cargo dos Governos Estaduais e, finalmente, a Atenção Terciária à Saúde (ATS) seria de competência do Governo Federal.

Segundo, apesar de as responsabilidades estarem assim bem definidas, o orçamento de cada nível de Atenção à Saúde receberia contribuição dos três Poderes — Federal, Estadual e Municipal. As verbas necessárias seriam destinadas segundo percentuais definidos em lei.

Há uma terceira decisão — fundamental — a ser tomada e, eu diria então, tomada urgentemente. O orçamento destinado à Saúde teria de ser a soma de três orçamentos individualizados, independentes entre si: o da APS, o da ASS e o da ATS. E deverá constar claramente o impedimento de seu remanejamento, como ocorre atualmente,

havendo o deslocamento de verbas da APS e da ASS, para atender às necessidades da ATS.

É fácil justificar essas propostas, pois elas resultam do fato de a APS ter verbas absolutamente PREVISÍVEIS, também do fato de a ASS ter verbas RAZOAVELMENTE PREVISÍVEIS (no caso da ASS, a margem de erro não é superior a dez por cento).

As ATS — o nível Terciário — é absolutamente IMPREVISÍVEL quanto a seus gastos, pois estes crescem assustadoramente, ano a ano.

Portanto, o objetivo de tais propostas é o de separar APS e ASS da ATS, garantindo a extensão e a qualidade das duas primeiras. Já o nível Terciário necessita ter programas específicos, de acordo com as necessidades da população e também estar de acordo com as disponibilidades orçamentárias que a ele podem ser destinadas. Importante destacar que a elevação da resolutividade dos níveis Primário e Secundário diminuiria a pressão sobre os serviços voltados para o Terciário.

Publiquei essas sugestões no Suplemento Cultural da *Revista da Associação Paulista de Medicina*. Não recebi um comentário favorável nem sequer uma única manifestação de apoio, seja de médicos ou de entidades médicas. Silêncio absoluto.

Tendo lembrado ideias que venho sustentando, quero agora destacar algo que despertou minha atenção recentemente. Acaba de ser aberto o debate sobre "Planos Populares de Saúde". As empresas que já trabalham nesse setor ofereceriam planos mais acessíveis para a maioria da população. Um argumento que tem sido usado, considerado muito importante: tais planos reduziriam a pressão sobre o SUS.

No início do mês de abril deste ano de 2017, foram publicados na grande imprensa artigos defendendo a ideia de "Planos Populares". O tema, inclusive, já chegou a ser comentado informalmente por membros da administração pública federal. A iniciativa do debate público foi feita por José Chechin, Presidente da Federação Nacional de Saúde Suplementar, a FENASAÚDE. E seu artigo já foi acompanhado por outros artigos, assinados por pessoas afeitas aos problemas dessa área. Não parece ser um balão de ensaio, creio que agora a discussão é para valer.

Qual seria o seu objetivo? O que essa discussão está sugerindo?

Simplesmente a aceitação de "Planos Populares" com separação das Atenções Primária e Secundária em relação ao nível Terciário. As duas primeiras — que têm custos previsíveis — seriam o universo dos "Planos Populares". O nível Terciário, com seus custos imprevisíveis, ficaria a cargo do Poder Público.

A raiz do problema são os custos das Atenções Terciárias. Para usar as palavras do Presidente da FENASAÚDE, em apoio aos "Planos Populares": "pode ser que se encontre um caminho para a escalada do custo dos planos".

Certo ou errado?

Absolutamente certo!

Mas é preciso deixar claro que só há viabilidade para essa proposta se os "Planos Populares" ficarem desobrigados de dar ATS a seus beneficiários. Por que, então, o SUS não trilha o mesmo caminho? Os "Planos" só terão espaço se o Poder Público tomar primeiro, e com urgência, algumas decisões indispensáveis que lhe cabem. E as decisões são aquelas que há anos venho sugerindo e que apresentei, sumariamente, na abertura deste artigo.

Caso o orçamento público venha a separar os recursos para cada nível de Atenção à Saúde, sendo impedido de remanejá-los, a melhoria quantitativa e qualitativa das atenções oferecidas à população será muito rápida. E isso tornará supérfluo qualquer "Plano Popular" acessível aos menos afortunados. Inversamente, se nada for feito na área do Poder Público, ao mesmo tempo em que forem permitidos os "Planos Populares", será construído um abismo entre os padrões da oferta de Serviços, pelo Poder Público e pela iniciativa privada.

Passados estes anos, está agora sendo reconhecido que as raízes dos problemas são os custos da Atenção Terciária à Saúde. Em face do que atualmente é proposto como solução do problema, será que eu não estava com a razão?

Nelson Guimarães Proença

Membro da Academia de Medicina de São Paulo, Ex-Presidente da Associação Médica Brasileira e da Associação Paulista de Medicina

Conceitos equivocados em Medicina

José de Souza Andrade Filho

Muito se tem discutido sobre o ensino da Medicina no Brasil e em outros países, às vezes, com pontos de vista conflitantes. É óbvio que todas as faculdades de Medicina procuram oferecer o melhor aprendizado ao seu corpo discente. A maioria dos professores demonstra grande empenho com a qualidade do ensino, procurando repassar os seus mais sábios conceitos e condutas aos graduandos e pós-graduandos. Temos excelentes faculdades, hospitais de alto padrão técnico e científico em vários Estados brasileiros, contendo ótimos profissionais nas várias especialidades médicas. Entretanto, talvez por desconhecimento de trabalhos científicos fidedignos, preceitos anacrônicos são perpetuados e repassados aos alunos de graduação e de pós-graduação em nosso País.

Um exemplo de conceito equivocado e amplamente difundido, e um dos mais comuns incômodos do ser humano, é o chamado cisto sebáceo. A presença de cistos na pele e no subcutâneo, popularmente conhecidos como lobinhos ou lombinhos, são referidos como cistos sebáceos e retirados por meio de procedimento cirúrgico, geralmente de fácil execução e em ambulatório. Essa nomenclatura — cisto ou quisto sebáceo — é encontrada em vários livros de ensino médico, consta em prontuários e fichários de pacientes e de estatísticas de procedimentos cirúrgicos, entre outros. Trata-se de um erro grosseiro de interpretação morfológica, pois essa lesão é revestida por um epitélio semelhante ao da

pele, isto é, estratificado e queratinizante e contém queratina e não sebo. A denominação correta é cisto epidermoide (MCKEE, P. H.; CALONJE, E.; GRANTER, S. R. *Epidermoid cyst (epidermal, infundibular): pathology of the skin with clinical correlations*. Elsevier, 2005. v. II, p. 1664). Uma variante desse cisto, mais comum no couro cabeludo, é mais enfaticamente rotulada como cisto sebáceo. Essa lesão, já descrita e estudada por especialistas é, na realidade, um cisto triquilemal ou pilar, referindo-se a um tipo especial de queratinização do pelo. Os que insistem que a formação do cisto denominado sebáceo resulta da obstrução do canal excretor da glândula sebácea e da conseqüente retenção de sebo erram por desconhecer a patogênese da lesão, como comprovado em trabalhos científicos do século passado, um dos quais publicado em 1964, em periódico norte-americano de grande credibilidade: KLIGMAN, A. M. The myth of the sebaceous cyst/O mito do cisto sebáceo. *Arch. of Dermatology*, 89, 152-156. fev. 1964. Outra fonte pesquisada, comenta: "os cistos ceratinosos (epidermóides) foram conhecidos por muitos anos como cistos sebáceos, uma designação incorreta, oriunda da interpretação enganosa a olho nu de seu conteúdo e perpetuado por uma repetição destituída de crítica" (ROSAI, J. *Surgical Pathology*, 19. ed. Mosby, 2004. v. I, p. 151). A glândula sebácea, quando obstruída, entra em atrofia, pois as suas células (sebócitos) não so-

Alguns alegam que muitos termos são “consagrados pelo uso”, o que é questionável.

ram conhecidos por muitos anos como cistos sebáceos, uma designação incorreta, oriunda da interpretação enganosa a olho nu de seu conteúdo e perpetuado por uma repetição destituída de crítica" (ROSAI, J. *Surgical Pathology*, 19. ed. Mosby, 2004. v. I, p. 151). A glândula sebácea, quando obstruída, entra em atrofia, pois as suas células (sebócitos) não so-

A patologia é uma parte dentro de um todo que é a Medicina.

brevivem à compressão provocada pela retenção de material córneo proveniente do pelo.

Os dicionários da língua portuguesa, incluindo os dois mais populares do Brasil, têm, em suas equipes, médicos colaboradores, que não corrigiram, no verbete cisto, a descrição equivocada da formação deste. O leigo, ao consultar esses dicionários, aprende algo incorreto sobre o referido lobinho. Embora inócuo em muitos dos pacientes, todos querem se livrar dele, sobretudo pelo aspecto estético. Há um tipo de cisto muito raro em que há pequenos lóbulos de glândulas sebáceas rudimentares na sua parede, na chamada sebocistomatose ou esteatoma múltiplo. Trata-se de uma doença incomum de caráter genético.

Outros dois conceitos impróprios, também ensinados no curso médico, são o "granuloma piogênico" e as "hidradenites/hidrossadenites". O primeiro não é um granuloma genuíno nem está relacionado a exsudato purulento. ["The term 'pyogenic granuloma' is a misnomer because the condition is neither pyogenic nor a granuloma" (STEFFEN, Charles; ACKERMAN, A. Bernard. *Neoplasms with Sebaceous Differentiation*. Lea & Febiger, 1994. p. 731).] Trata-se de lesão benigna tipo "hemangioma" capilar/lobular ou, em certos casos, de tecido de granulação hiperplásico. Vários médicos especialistas afirmam: as hidradenites supurativas das regiões perianal, axilar e da virilha, entre outros locais, resulta da oclusão dos ductos de glândulas apócrinas. Trata-se também de conceito incorreto. O professor A. Bernard Ackerman, dermatologista norte-americano renomado, argumenta: "A hidradenite supurativa representa meramente caricatura em locais diferentes de doença do tipo acne, não havendo comprometimento inicial das glândulas apócrinas, mas apenas secundariamente, conseqüente à supuração que se inicia no infundíbulo dos pelos e estende-se mais profundamente aos tecidos subjacentes. As hidradenites/hidrossadenites quase sempre representam foliculites de grau acentuado e, às

vezes, com formação de várias fístulas profundas. As glândulas apócrinas, na maioria dos casos, não são afetadas ou o são secundariamente pela foliculite". De fato, é o que se constata ao exame microscópico de peças cirúrgicas removidas com o diagnóstico de "hidradenite". Os relatos de hiperplasia linfóide do íleo terminal, citados com certa frequência em laudos de colonoscopia, nada mais são do que as placas de Peyer (Johann Conrad Peyer — 1653-1712), normais descritas por esse médico alemão em 1677 (SKINNER, H. A. *The origin of medical terms*. Baltimore: The Williams & Wilkins Co., 1961).

Nota-se, como corolário do exposto acima, uma divergência entre o aprendizado do aluno no curso de graduação e, posteriormente, na residência médica. O preceptor, eventualmente, não respeita a conceituação e/ou nomenclatura correta de processos patológicos ensinados na graduação: *trate essa monilíase de esôfago... vá extrair essa "verruca" no ambulatório... retire esse cisto sebáceo... mande para exame esses três (3) nevus...* (Latim: *nevus* = um nevo; *nevi* = dois ou mais nevus).

Patologia, por definição, significa o estudo das doenças. Porém, como ciência, engloba: o estudo das causas das doenças (etiologia), os mecanismos que as produzem (patogenia), as sedes e alterações morfológicas e funcionais que apresentam (anatomopatologia macro e microscópica e fisiopatologia).

A patologia é uma parte dentro de um todo que é a Medicina. O diagnóstico clínico, a prevenção e a terapêutica das doenças, embora sejam indispensáveis ao raciocínio semiótico, não são objetos da patologia. Nas últimas décadas do século XX, muitos médicos brasileiros, e também de outros países, adotaram o termo "patologia" como sinônimo de doença, o que é impróprio e pode ser considerado uma corruptela no sentido de alteração abusiva. Contudo, temos de dar a mão à palmatória, pois tal "corrupção" está muito difundida e parece irreversível. Um colega, dado a

Disponível em: <<https://noheretostay.blogspot.com.br/2016/04/clauidius-galenus.html>>



Claudius Galeno (130 d.C.-210 d.C.)

jocosidade, disse que é melhor o cliente sofrer de uma patologia do que de uma doença.

Alguns alegam que muitos termos são “consagrados pelo uso”, o que é questionável. Os médicos e cientistas não foram apagando e substituindo paulatinamente os mais de dez séculos de conceitos dogmáticos e incorretos de Claudius Galeno, considerado um deus da Medicina? Não adotamos a verdadeira anatomia de André Vesálio? Não abraçamos os grandes progressos semiológicos e terapêuticos mais recentes da Medicina salvando vidas? No século XXI podemos deixar o “eu não sabia” para outros.

Muitos professores poderiam argumentar que temos algo mais importante a nos preocupar, o que é verdade. Porém é nosso dever transmitir aos jovens alunos/acadêmicos algo que tenha respaldo científico. A solução para problemas dessa natureza reside na vontade dos responsáveis pelo ensino médico em abolir conceituações equivocadas nos períodos de graduação e de pós-graduação.

A frase atribuída a Mark Twain, escritor norte-americano, vem a calhar: “não se desembaraça de um hábito jogando-o pela janela, mas fazendo-o descer as escadas degrau por degrau”.

Quem és?

Humano sonhador ou pólipso disforme,
vírus da tristeza ou lírico poeta,
anátema vagante ou farfalhão enorme,
jogral ensandecido ou colossal profeta?

Será que inútil és? Não há quem te transforme,
servo da neurose em frente que se aquieta,
das dores do viver em sofredor conforme,
do mísero mortal em ser que se completa?

Se tens um coração, tanges o pensamento,
se vibras de emoção, amando ou sendo amado,
és homem integral, és luz no firmamento.

Nascestes das entranhas, vives do alimento,
choras, cantas e ris: um ser abençoado!
És filho do bom Deus! Este é teu testamento!

Walter Argento

José de Souza Andrade Filho

Professor de Patologia na Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais

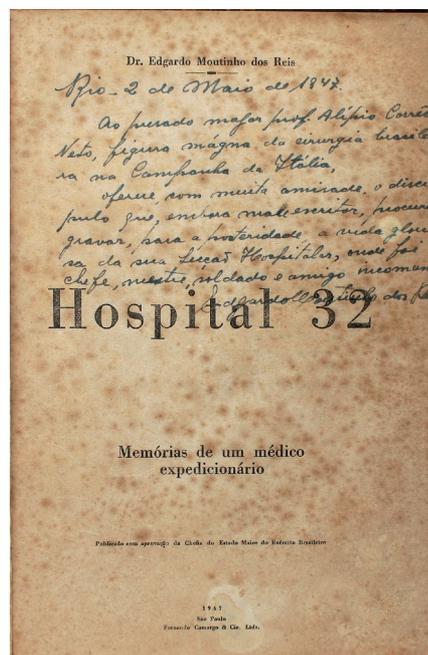
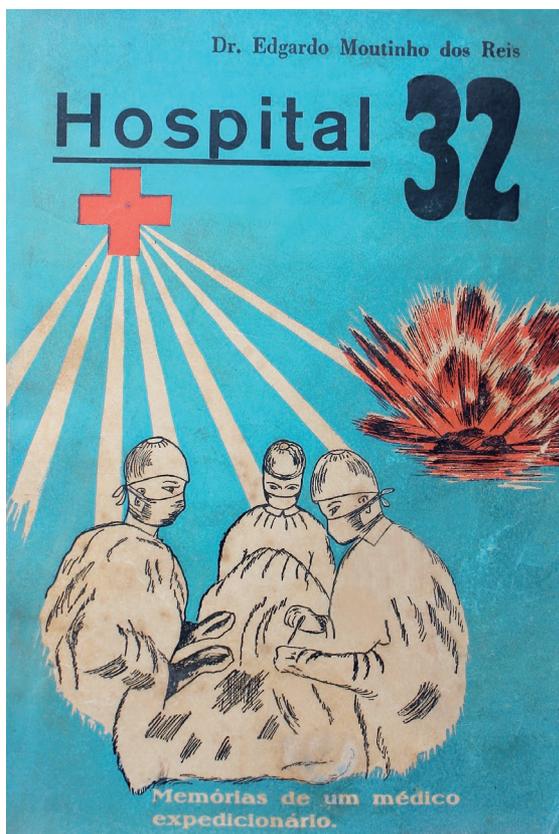


coluna do livro

Hospital 32

Raríssimo livro escrito por Edgardo Moutinho dos Reis, médico expedicionário da Força Expedicionária Brasileira, em missão na Itália, que descreve, magistralmente, os acontecimentos reais do Serviço de Saúde dentro da Divisão Brasileira, no qual erguia-se o “inesquecível Hospital 32, correndo inúmeros riscos de morte, com vários de seus elementos sob o fogo do inimigo real”.

Com muitas fotos de combatentes, enfermeiras, mapas etc., são 264 páginas riquíssimas da história heroica dos Expedicionários brasileiros. Por acréscimo, há linda dedicatória do autor: “Ao prezado major Alípio Corrêa Neto, figura magna da cirurgia brasileira na Campanha da Itália, oferece com muita amizade o discípulo que, embora mau escritor, procurou gravar, para a posteridade, a vida gloriosa da sua Secção Hospitalar, onde foi chefe, mestre, soldado e amigo incomum. Rio, 2 de maio de 1947”. A obra foi publicada nesse ano, em São Paulo, pela Fernand Camargo e Cia. Não se sabe como foi ter na Biblioteca da APM. Provavelmente, doação de Alípio Corrêa Neto.



Guido Arturo Palomba

Diretor Cultural da APM

Observação: todos os livros comentados aqui pertencem à Biblioteca da APM. Aos que desejarem doar livros e, principalmente, teses para esta coluna, fazer contato com Isabel, Biblioteca.

DEPARTAMENTO CULTURAL

Diretor: Guido Arturo Palomba

Diretor Adjunto: José Luiz Gomes do Amaral

Conselho Cultural: Duílio Crispim Farina (*in memoriam*), Alexandre Rodrigues de Souza, Affonso Renato Meira, José Roberto de Souza Baratella, Arary da Cruz Tiriba, Luiz Fernando Pinheiro Franco e Ivan de Melo de Araújo

Cinemateca: Wimer Bottura Júnior

Pinacoteca: Guido Arturo Palomba

Museu de História da Medicina:

Jorge Michalany (curador, *in memoriam*)

O Suplemento Cultural somente publica matérias assinadas, as quais não são de responsabilidade da Associação Paulista de Medicina.