

REVISTA REDAÇÃO	10 - Especial Bahiana de Medicina
PROFESSOR: Lucas Rocha	
DISCIPLINA: Redação	DATA: 02/04/2013

Fobias: o medo está fora do controle! (JOÃO OLIVEIRA)

Estudos pelo mundo apresentam um resultado que assinala algo em torno de 25% da população ligada, de alguma forma, ao medo fóbico. Esse distúrbio pode atingir até duas vezes mais mulheres

"Provisoriamente não cantaremos o amor, que se refugiou mais abaixo dos subterrâneos. Cantaremos o medo, que esteriliza os abraços, não cantaremos o ódio, porque este não existe, existe apenas o medo, nosso pai e nosso companheiro, o medo grande dos sertões, dos mares, dos desertos, o medo dos soldados, o medo das mães, o medo das igrejas, cantaremos o medo dos ditadores, o medo dos democratas, cantaremos o medo da morte e o medo de depois da morte. Depois morreremos de medo e sobre nossos túmulos nascerão ores amarelas e medrosas."

(Carlos Drummond de Andrade)

O MEDO é inerente ao ser humano. Sentimos medo quando algo ameaça a nossa sensação de estabilidade, o nosso equilíbrio. As reações ao medo podem ser as mais adversas: enfrentamento, fuga ou entrega. Você já deve ter ouvido: "enfrentei o problema com a cara e a coragem", "nem pensei, fiquei com medo e saí correndo" ou "paralisei de medo". Ter medo é uma questão natural e valida o nosso instinto de sobrevivência. A fobia é um medo exacerbado e desproporcional, que prejudica os relacionamentos sociais.

O termo fobia significa um medo desproporcional relacionado a objetos, situações ou comportamentos de tal monta que é considerado um distúrbio psicológico. Uma hipersensibilidade que desencadeia grande ansiedade, tornando a situação um agente estressor capaz de gerar sensações de medo e pavor em níveis tão altos que podem modificar de forma prejudicial o comportamento social de uma pessoa. Desse modo, a fobia pode causar perdas e limitar o sujeito fóbico em suas ações, podendo mesmo imobilizá-lo ou promover o surgimento de sintomas ainda mais graves com doenças psicossomáticas. Existem estudos pelo mundo que apresentam um resultado que assinala algo em torno de 25% da população ligada, de alguma forma, ao medo fóbico. Esse extrato teve, tem ou terá, em algum momento da vida, um episódio de fobia. Os estudos também indicam, com um pouco de incerteza, que esse distúrbio atinge duas vezes mais mulheres que homens. O per I de fobia mais comum é o horror de se sentir objeto de observação e avaliação pelo outros, a fobia social!



Sintomas presentes na fobia

O aumento de produção de adrenalina e a requisição de recursos para a fuga ou ataque começam por alterar o ritmo cardíaco e a taxa respiratória. Os tremores musculares podem surgir e pode ocorrer uma hiperatividade com desorganização motora, baixo limiar para respostas motoras ("sobressaltos"), evitação ou afastamento. O modo de pensar, aspecto cognitivo, fica prejudicado, pois o organismo está de prontidão em relação ao agente estressor e, em reação reflexa, produz alterações bioquímicas de defesa aos estímulos percebidos, deixando todo o resto do metabolismo em segundo plano até que a ameaça cesse. Vômito, diarreia, choro ou desmaio podem ser consequência da impossibilidade de afastamento ou enfrentamento da situação gatilho do processo. Alguns sintomas são de ordem subjetiva, como a apreensão, preocupação desmedida, previsão de ameaças e sensações de medo mesmo sem o objeto ou situação estressora, o que torna a vida do indivíduo fóbico, dentro deste processo, um verdadeiro inferno. Sem o tratamento adequado, muitas vezes, ele tem de adaptar sua vida para evitar o confronto e suas consequências fisiológicas e subjetivas.

Mecanismo de defesa

Segundo Jung, todo sintoma é uma tentativa de autocura do corpo. Nesse modo de pensar, o transtorno de ansiedade, base primeira da fobia, deve estar servindo como um elemento de proteção agindo de forma a preservar o corpo de alguma ameaça que, pela perspectiva do inconsciente, pode ser extremamente danosa. Esse mecanismo de defesa difere dos outros transtornos de ansiedade, pois tem uma característica especial: só se manifesta em situações particulares. Estas podem ser divididas em dois grandes grupos, como podemos encontrar na quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatísticas dos Transtornos Mentais (1995), o DSM-IV, onde as fobias são assim qualificadas:

1) FOBIA ESPECÍFICA: antes denominada "fobia simples", diz respeito a medos intensos, restritos a situações específicas, que podem ser claramente discerníveis como: a presença de animais, fenômenos da natureza, avião, ir ao dentista ou hospitais etc. Também pode envolver a preocupação acerca do objeto, ou seja, sentir o medo irracional mesmo sem a presença do elemento estressor.

2) FOBIA SOCIAL: a característica essencial é um medo acentuado e persistente de situações sociais ou de desempenho nas quais o indivíduo pode sentir embaraço. Como exemplo: falar, comer, escrever em público ou ir a festas. Um estudo mostrou que 20% das pessoas citavam medo excessivo de falar em público, mas apenas 2% se encontravam dentro do perfil da fobia social. Mesmo assim, falar em público aparece em primeiro lugar entre as fobias sociais.



A fobia simples diz respeito ao medo intenso restrito a situações específicas, como a presença de animais, fenômenos da natureza, avião, ir ao dentista ou hospitais etc. Também envolve a preocupação sem a presença do elemento estressor

As pessoas citavam medo excessivo de falar em público, mas apenas 2% se encontravam dentro do perfil da fobia social. Mesmo assim, falar em público aparece em primeiro lugar entre as fobias sociais.



Já a fobia social se caracteriza pelo medo acentuado e persistente de situações sociais, como ir a festas. Falar em público aparece em primeiro lugar entre esse tipo de fobia

A fobia é um medo exacerbado e desproporcional, que prejudica os relacionamentos sociais

Medo é uma das emoções primárias do homem e surge no processo evolucionário como um alerta ao perigo. Ele pode evoluir para a raiva e transformar o sujeito numa máquina de agressividade ou para o pavor e fazer com que ele fuja do combate. Então, o medo é uma forma de ansiedade ou estamos usando palavras diferentes para a mesma sensação? Este é um problema semântico e enfrentaremos vários quando se trata de emoções, isso porque possuímos muitas nuances emocionais diferentes e, para di cultivar um pouco mais, podemos sentir mais de uma ao mesmo tempo, o que iria necessitar de um cabedal com 10 mil palavras só para nominar as expressões faciais resultantes dessas emoções. Já a fobia é o medo irracional, além da medida apropriada, para se tomar uma decisão. Dura mais tempo que o medo normal e provoca uma forte produção hormonal,

altera o batimento cardíaco, inicia um processo de sudorese, altera o sistema digestivo e respiratório e, quando excessivo, pode até levar ao desmaio, uma forma extrema de fuga à situação. Além disso, o objeto desse medo intenso pode não ser tão significativo assim para a maioria das pessoas. Assim, uma característica da fobia é uma grande desproporção entre a emoção e a situação que a provoca, sem que tenha uma explicação razoável para isso, com ausência de controle voluntário e uma tendência à evitação dessa situação a qualquer custo.

A diferença entre fobia e medo é quantitativa: de tempo e intensidade!

Filogenética

Durante a evolução, algumas “predisposições logenéticas” (SELIGMAN, 1970) selecionaram comportamentos de evitação para a sobrevivência das espécies. Essa proposta explica uma universalidade de alguns medos, que podem passar a fóbicos, por alguma experiência traumática ou não. Em verdade, existe uma forte vulnerabilidade constitucional que predispõe as pessoas a desenvolverem transtornos de ansiedade em relação a esses medos que já vêm implantados em nossa memória genética, tais como: insetos, lugares altos ou fechados, animais predadores, escuridão, água e fogo, situações ou elementos que podem causar dano letal. As fobias relacionadas a esses gatilhos seriam, por assim dizer, mais naturais, pois bastaria apenas uma experiência mais forte para ocasionar o processo de surgimento de uma verdadeira fobia.

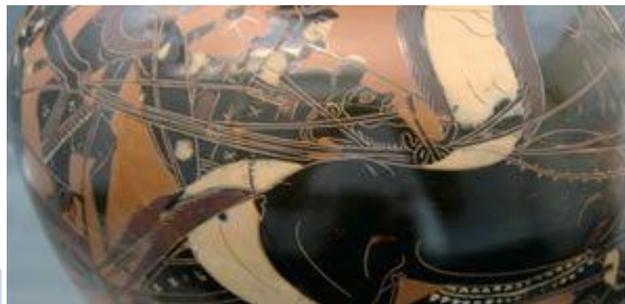
Isso facilita entender por que alguém que nunca teve um contato direto com o mar possa sentir medo diante da visão, pela primeira vez, da imensidão azul. Existe um programa rodando dentro do cérebro, preinstalado, que alerta sobre o perigo do afogamento. Após se sentir seguro – aprender a nadar ou adquirir uma boia –, este processo de evitação pode ser diminuído ou totalmente extirpado. Caso contrário, se, em alguns casos, ocorre um evento que qual que a água como real perigo, o medo será intensificado a ponto de poder se transformar em uma fobia. Naturalmente, acreditamos, deve valer para todos os objetos e situações previstas como de risco pela nossa aventura evolucionária.

Medo é uma das emoções primárias do homem e surge no processo evolucionário como um alerta ao perigo

No entanto, não existe uma certeza absoluta quanto à exposição ao elemento estressante ser ponto fundamental para a aquisição de uma fobia, como nos diz o estudo de Menzies e Clarke (1993). Eles investigaram a origem da fobia de água em 50 crianças e, ao contrário do que poderíamos supor, em apenas um dos casos os pais relataram a existência de um evento traumático que pudesse ser considerado como gatilho para o desenvolvimento da fobia. Na mesma monta, Poulton et al. (1999) pesquisaram a relação entre nadar e a aquisição de fobia por água em indivíduos de 18 anos de idade que participaram do Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, um estudo de corte que acompanhou 1.139 crianças do nascimento até os 18 anos de idade, com avaliações a cada dois anos. Esse estudo conseguiu identificar 12 entre 1.008 indivíduos (1,3%) com o perfil fóbico. Mais uma vez não foi encontrada uma relação entre os que não tinham fobia e eventos como ter caído ou mergulhado acidentalmente entre os 3 e os 5 anos; ter sido exposto ocasionalmente à água entre as idades de 7 e 9 anos; ter sido socorrido em virtude de dificuldades por imersão na água entre os 7 e os 9 anos.

Mas isso não fecha a questão, pois Westefeld (1996) pesquisou 81 sujeitos, divididos em 46 mulheres e 35 homens, que relatavam grave medo de tempestades. Desses 65, ou seja, 80% contaram que os sintomas fóbicos tiveram início após vivenciarem uma tempestade intensa e 12 deles disseram que o evento ocorreu quando tinham entre 5 e 15 anos de idade. Apenas 4 sujeitos, do grupo fóbico, falaram que não tinham a menor ideia de como surgiu a fobia.

Existe uma linha de raciocínio que coloca o gatilho inicial do surgimento da fobia em um medo cotidiano não declarado. Uma mudança de emprego, cidade, uma nova etapa na vida como faculdade, cobrança de sucesso pela sociedade, coisas deste gênero pelas quais não podemos declarar, explicitamente, o medo por não quisermos demonstrar uma fraqueza pessoal. Isso pode acabar fazendo com essa emoção aprisionada migre e se manifeste na forma estereotipada como uma fobia qualquer. Assim, a fobia seria uma válvula de escape para uma força interna proibida de se expor em seu formato original.



• Etimologia •

A palavra “fobia” deriva do grego Fobos (*phobos*), deus do medo, filho de Ares e Afrodite e irmão gêmeo de Deimos. Nas guerras, os dois sempre acompanhavam o pai, deus da guerra Ares. Fobos incitava um medo terrível nos inimigos, que fugiam ao se deparar com ele, sempre acompanhado de seu irmão Deimos, o terror. Interessante é que os dois nasceram de uma relação de estresse profundo, pois o marido de Afrodite, Hefesto, sabendo que ela mantinha encontros com Ares, preparou uma emboscada. Hefesto era um exímio ferreiro e montou uma armadilha que aprisionou os dois amantes em uma rede invisível. Como castigo exibiu os dois nus aos deuses numa grande humilhação pública. No entanto, Fobos e Deimos ainda têm uma irmã: Harmonia! Podemos então imaginar que, da Mitologia, vem uma lição sobre o surgimento e a possibilidade de harmonização das emoções provenientes do medo patológico.



Existe um programa rodando dentro do cérebro, preinstalado, que alerta sobre o perigo do afogamento. Após se sentir seguro – aprender a nadar ou adquirir uma boia –, o medo de se afogar pode ser diminuído ou totalmente extirpado

Um sistema que evoluiu para a proteção pode não estar devidamente calibrado para os dias atuais. Basta pensarmos nas ansiedades criadas como elemento de diversão: montanha-russa, filmes de terror, esportes radicais, jogos virtuais violentos... será que isso, de alguma forma, pode contribuir para a hiperdessensibilização do sistema a ponto de deixar uma marca no código? Ou seja, futuras gerações podem nascer sem a marcação genética de evitação a certos elementos de risco, que ajudaram a manter a espécie.

Álcool e tratamentos

Muitos se utilizam do consumo do álcool como uma tentativa de automedicação pela crença de que este pode diminuir a condição de estresse, de ansiedade e melhorar o seu desempenho social. Isso acaba por favorecer a continuidade do seu uso entre as pessoas que possuem o perfil fóbico social. Assim, os sujeitos com fobia social podem constituir uma população de risco devido ao fato de depositarem expectativas positivas em relação ao álcool para uma melhor performance entre grupos de amigos ou interação socioafetiva.

Os estudos de Caballo (1997) mostraram um perfil mais elevado entre os fóbicos sociais e o abuso de álcool do que outros distúrbios de ansiedade, e quando os estudos focavam em pessoas internadas por dependência alcoólica o percentual de fóbicos sociais foi entre 8% e 56%. Quando comparado com o grupo de controle, os fóbicos sociais apresentavam maior probabilidade de não serem casados, de possuírem baixa renda, menor escolaridade, de não terem independência, maior instabilidade no emprego e menor rendimento laboral, o que proporciona, em todas as formas, menor apoio social.

Durante a evolução algumas "predisposições filogenéticas" selecionaram comportamentos de evitação para a sobrevivência das espécies



Muitas pessoas com fobia se utilizam do consumo do álcool como uma tentativa de automedicação pela crença de que a bebida pode diminuir a condição de estresse, de ansiedade e melhorar o seu desempenho social

Para Gouveia (2000), os fóbicos sociais apresentam uma frequência de abuso ou dependência alcoólica maior que à prevalência da dependência alcoólica na população em geral, habitualmente avaliada em 8% a 10% no homem e 3% a 5% na mulher. Além disso, para o mesmo autor, a idade média do início da fobia social era entre 15 e 16 anos, o que pode nos alertar para uma atenção especial em relação aos adolescentes, nessa faixa etária, que apresentarem sintomas fóbicos sociais.

Para que possa existir a indicação de tratamento, a fobia deve estar provocando algum impedimento na atividade de vida diária que cause dano ao fóbico. Ele precisa estar motivado para o tratamento, querer realmente a solução, pois ainda que pareça algo ruim à observação externa, o sujeito fóbico pode estar tendo algum ganho secundário com a situação e não querer abrir mão disso.

A dessensibilização sistemática foi desenvolvida por Wolpe em 1948, mas já em 1924 Mary Cover Jones conseguiu sucesso cuidando de um garoto de 3 anos de idade, Peter, que possuía fobia de coelhos, fazendo uma lenta aproximação do animal até que o menino se sentisse confortável em sua presença. Coloca-se a pessoa em um estado de relaxamento muscular e, aos poucos, vai introduzindo, de forma real ou imaginária, o objeto/situação estressora. Aos poucos o sujeito fóbico deve ir se acostumando a conviver, sem alterações rápidas, com a situação problema. Na inundação, muda-se a velocidade da apresentação, que é mais rápida e sem o relaxamento. Essa técnica também é chamada de "implosiva", é como na dessensibilização: o sujeito se vê, de forma imaginária ou ao vivo, diante da situação fóbica. A modelação foi



• Expressão técnica •

Em estatística, coorte é um conjunto de pessoas que têm em comum um evento que se deu no mesmo período; exemplo: coorte de pessoas que nasceram em 1960; coorte de mulheres casadas em 1999; etc. Em epidemiologia, é definida como uma forma de pesquisa, observacional, longitudinal, analítica, que objetiva estabelecer um nexo causal entre os eventos a que o grupo foi exposto e o desfecho da saúde final dessas pessoas. A coorte pode ser prospectiva ou retrospectiva.

idealizada por Bandura (1969), e a técnica propõe ao sujeito um modelo de comportamento, que pode ser baseado em outra pessoa, para que o sujeito fóbico tenha uma referência e possa mudar seu comportamento passo a passo.

Não existe uma certeza absoluta quanto à exposição ao elemento estressante ser ponto fundamental para a aquisição de uma fobia

Técnicas distintas

As técnicas cognitivas diferem das comportamentalistas, pois foca na ressignificação de valores. Apresentam-se ao sujeito fóbico opções de pensar o teatro do medo. Qual o motivo? Para que serve? Como reinterpretar a situação? Dessa forma ele se instrumentaliza com um repertório amplo de soluções.

O treino assertivo foi criado pelos autores Wolpe e Lazarus (1966), primeiro como terapia individual. Depois o treino assertivo ganhou espaço, com sucesso, também em contexto grupal. Baseia-se no pressuposto que, em oposição às crenças racionais, as crenças irracionais estão na origem de comportamentos inadequados, em que a falta de assertividade é um exemplo. Sendo assertivo, o sujeito fóbico ganha autoconfiança e eleva sua autoestima. Simplificando: a mudança de crenças irracionais envolve a identificação, disputa ou interrupção destas e posterior adoção de uma crença nova ou substituição por uma mais adaptativa.

Na visualização criativa, o processo apresentado pelo Dr. Gerald Epstein, onde a cura se dá por processos dialéticos mentais: pequenas histórias que são repetidas pelo próprio sujeito como forma de mudar o padrão de pensamento. Excelente efeito quando o medo fóbico gera ansiedade contínua pela apreensão de estar diante do objeto/situação estressora.

Já a hipnose clínica, uma das técnicas de abordagem utilizadas na hipnose clínica, se aproveita do estado alterado de consciência induzido para promover uma ressignificação da situação problema em um nível de profundo relaxamento. Nesse estado, a parte analítica da mente está menos ativa e o acesso ao trauma específico mais facilitado, já que não haverá recursos impeditivos ativos para contrapor o novo modelo de pensar o tema.



• Medo característico •

Entomofobia é a fobia a insetos e, especificamente, catsaridafobia é o medo de baratas. Talvez o nojo e evitação pelos insetos sejam algo embutido na filogenética humana, engravado nos genes, como tantos outros medos irracionais. Para isso devemos fazer um exercício de imaginação e irmos até uma época onde a higiene pessoal não era tão usual, e que as mulheres ainda não tinham o costume de usar roupas de baixo como nos dias atuais. No entanto, as baratas existiam e precisavam se alimentar do que estivesse disponível e ao seu alcance! Homens e mulheres dormindo, esse animal de hábitos noturnos roía os lábios e as barbas em busca de restos de alimento e nas mulheres sorviam alguns fluidos vaginais. Note que, ao ver uma barata, as mulheres (geralmente) juntam os joelhos e buscam um lugar mais alto para que as baratas não consigam subir por suas pernas. Definitivamente, o nojo é maior que o medo!

Existe uma linha de raciocínio que coloca o gatilho inicial do surgimento da fobia em um medo cotidiano não declarado

A troca de padrão comportamental é muito utilizada pela PNL e pode ser efetivada no sujeito fóbico de várias formas diferentes. Uma das mais usadas é o processo de identificação do gatilho inicial do processo – um momento que antecede a aparição do medo irracional. O profissional terapeuta deve marcar esse ponto e escolher outro comportamento mais adequado para resposta. Assim, aproveita-se a energia emocional do primeiro gatilho para substituir o resultado comportamental pelo mais desejado.

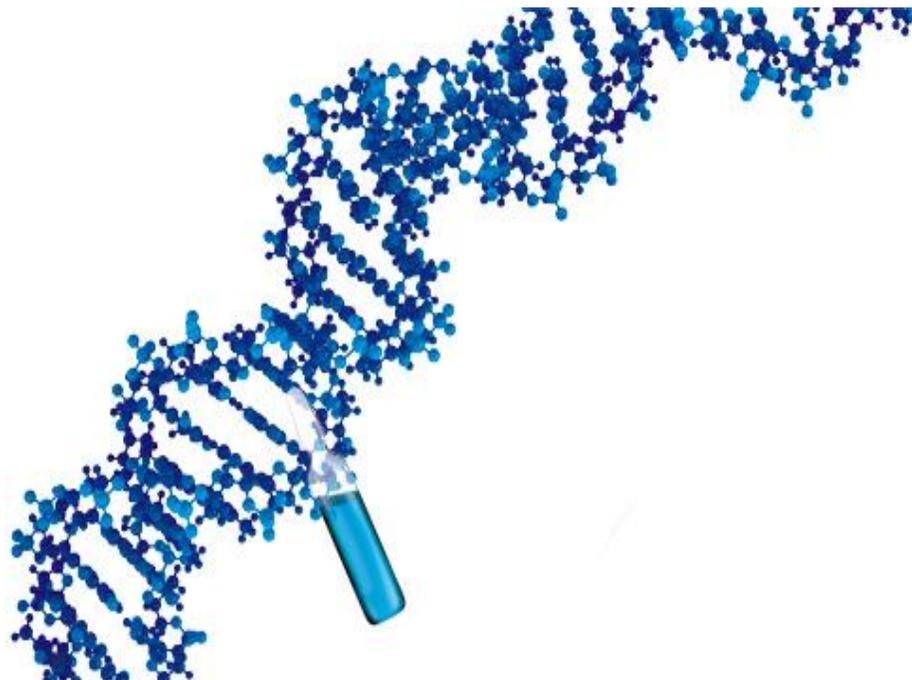
REFERÊNCIAS

- Barros Neto, T. P. Sem medo de ter medo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
Bernick, M. A. Ansiedade. Revista Brasileira de Medicina, vol., 46, n. 4, p. 99, 1989.
Dalgalarrodo, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
Bittencourt, S. M.; Oliveira, M. S. Do álcool e fobia social: um estudo retrospectivo e de associações. Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal, vol. 99, n. 1, p. 5, jan./fev./mar. 2005.
DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4a ed. Tradução Dayse Batista Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
Fobias específicas: classificação baseada na fisiopatologia/Specific phobias: a pathophysiology based classification – Por Renato T. Ramos – <http://www.medos.com.br/medos-e-fobias> e <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n4/a06v34n4.pdf>
OLIVEIRA, J. Saiba quem está à sua frente. Rio de Janeiro: WAK Editora, 2011.

JOÃO OLIVEIRA é psicólogo, mestre em Cognição e Linguagem, pós-graduado em Hipnose Clínica Hospitalar e organizacional, pós-graduado em Psicologia Humanista Existencial e pós-graduado em Cultura, Comunicação e Linguagem. Diretor de Cursos do Isec (Instituto de Psicologia Ser e Crescer). Autor do livro Saiba quem está à sua frente: análise comportamental pelas expressões faciais e comportamentais (editora WAK). **Revista PSIQUE, Fevereiro de 2013.**

A revolução da terapia genética (MONIQUE OLIVEIRA)

Chega ao mercado o primeiro medicamento capaz de substituir um gene defeituoso por outro saudável. Está inaugurada a era na qual doenças como a Aids e a diabetes poderão ser tratadas simplesmente mudando o DNA



POR MUITO tempo, falar em terapia genética significava adentrar um terreno de pura experimentação da medicina, algo para beneficiar as gerações futuras. Agora esse futuro deixa de ser remoto. Chegou ao mercado o primeiro medicamento de terapia gênica – um marco na história da medicina. Trata-se do Glybera, uma solução aprovada pela agência europeia que regula remédios para ser comercializada nos países do continente a partir deste ano. A droga é a esperança de uma vida sem sofrimento para milhares de pessoas que possuem uma doença genética rara, caracterizada por um defeito no gene que determina a produção da enzima lipoproteína lipase, responsável pela digestão da gordura. Sem ela, o corpo não metaboliza o nutriente, o que acarreta sérias consequências, como sucessivas internações por pancreatite (inflamação

do pâncreas). Até hoje, não havia tratamento a não ser dieta restritiva.

O remédio troca o gene defeituoso por um saudável, corrigindo o problema. É o princípio da terapia gênica. Dito assim, parece um conceito simples. Mas sua concretização sempre foi um desafio. Para concluir o desenvolvimento do Glybera, por exemplo, foram 12 anos de trabalho, realizado pela companhia de biotecnologia holandesa UniQure. Isso porque a substituição do gene defeituoso pelo correto envolve um processo complexo. Primeiro, é preciso achar o que os cientistas chamam de “veículo”, o meio pelo qual o gene saudável será levado até o interior das células para tomar o lugar do que funciona erradamente. Há algum tempo conclui-se que a melhor forma de fazer isso é usar um vírus. A escolha foi feita porque, ao invadir as células, esse micro-organismo mistura seu material genético ao DNA das células e as faz funcionar como uma espécie de fábrica dele próprio. É dessa forma que ele se espalha pelo corpo. Portanto, já que ele atua dessa maneira, por que não utilizá-lo para transportar para dentro do corpo aquilo que se quer de fato? É uma estratégia chamada por muitos de cavalo de troia.

**O PIONEIRO
NO MUNDO**

100

mutações genéticas são o alvo do Glybera, até agora o único medicamento de terapia genética lançado comercialmente

**100
milhões**

de euros foram gastos no desenvolvimento do remédio, de acordo com o seu fabricante, o laboratório holandês UniQure



ESPERANÇA DE CURA

O estudante Vitor Cancio Dias, 16 anos, de Campinas (SP), é um candidato a tomar o Glybera para tratar sua incapacidade de digerir gordura. Aos 16 anos, ele tem muita dificuldade de seguir à risca a dieta rigorosa que proíbe o consumo do nutriente. "Esse remédio pode me ajudar. Chego a ter dores abdominais que só passam com morfina. Não tenho liberdade", diz.

Uma das questões mais complicadas, porém, é fazer com que o vírus misture o gene desejado ao DNA das células, sem causar doenças. Entre os candidatos, um dos mais estudados é o vírus adeno-associado. Ele provoca menos reações do sistema imunológico, é mais fácil de manipular e não causa enfermidades. Foi o tipo escolhido pelos cientistas holandeses. Ainda assim, os pesquisadores utilizaram drogas para evitar a rejeição ao vírus. A terapia, então, se mostrou eficaz. Com 12 injeções aplicadas diretamente em músculos da perna dadas de uma só vez, os 27 pacientes que participaram dos testes – realizados no Canadá e na Holanda – passaram finalmente a fabricar a enzima e continuaram sua produção sem necessidade de novas injeções.

PRODUÇÃO

Pesquisador da companhia holandesa UniQure exibe o frasco da solução composta de vírus e novos genes

Jörn Aldag, executivo que coordenou o estudo, garante que o tratamento é o fim da doença. "É a cura", afirmou à ISTOÉ. No mundo científico, a façanha foi comemorada. "Eles não utilizaram uma estratégia nova, mas conseguiram que o gene de interesse fosse entregue ao paciente por um longo período", afirma o pesquisador Guilherme Baldo, do Centro de Terapia Gênica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. "Mais estudos são necessários, mas a terapia é muito interessante", diz o cardiologista Raul Santos, consultor do Centro de Medicina Preventiva Einstein e professor da Universidade de São Paulo (USP). "Esperamos a sua utilização no País", afirma Eliana Cotta de Faria, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Por enquanto, a droga só está disponível na Europa e está sendo submetida à aprovação nos EUA. "Mas é possível realizar o tratamento de brasileiros que desejarem vir à Holanda", diz Aldag. "É preciso analisar cada caso." Segundo a empresa holandesa, é cedo para definir o custo da terapia. Há especulações de que o tratamento poderia chegar a custar cerca de 1,5 milhão de euros, o equivalente a quase R\$ 3 milhões.



FORMA DE ATUAÇÃO

Foram 12 anos de pesquisa para achar um meio de trocar o gene defeituoso por um normal

O QUE É A DOENÇA

Atinge pessoas com deficiência da enzima lipoproteína lipase, necessária à decomposição das gorduras. Sem a ação da proteína, a gordura fica em altas concentrações no sangue

Ela é causada por mais de 100 tipos de mutações no gene que regula a produção dessa enzima no organismo, o que ocorre especialmente nas células musculares

Para sobreviver, os pacientes seguem uma dieta com baixíssimo teor em gordura e carboidratos. Podem ter graves crises de pancreatite, desnutrição, diabetes e problemas cardiovasculares

A APLICAÇÃO DO NOVO REMÉDIO

Conheça mais sobre a enfermidade tratada pelo medicamento e seu mecanismo de ação

A doença é conhecida pela sigla LPLD e atinge 14 mil pessoas no mundo

O AAV foi modificado para transportar o gene certo ao seu destino. Todo o seu DNA foi retirado e substituído por material genético humano contendo o gene saudável da lipoproteína lipase

Ao ser injetado no organismo, o Glybera penetra no interior da célula até alcançar seu núcleo, onde está o DNA

A TERAPIA PASSO A PASSO

O paciente com sintomas faz um teste genético para verificar se possui as mutações corrigidas pelo Glybera

FOTOS: MICHAEL K DOREY/LUNARRE, KIL SEN FERREIRAS/AG. SETOR



Lá, despeja seu conteúdo em um local específico do cromossomo 8, onde está o gene defeituoso

A chegada do gene normal leva as células a produzir a enzima essencial

Em testes com 27 voluntários submetidos à terapia gênica, a redução de gordura no sangue chegou a 93% após a alimentação, momento em que as crises de pancreatite são mais recorrentes

Segundo os cientistas, três anos após o tratamento, os pacientes continuam produzindo a enzima sem necessidade de tomar novas injeções. Os criadores da terapia afirmam que ela representa a cura para essa doença

O paciente é anestesiado para receber 12 injeções em músculos da perna em uma mesma sessão

Antes e depois da terapia, são dadas pequenas doses de remédios (como os que são ministrados após transplantes)

Como é um recurso inédito, a Agência Europeia de Medicamentos fará análises anuais dos impactos do remédio

Em um contexto mais amplo, a aprovação do Glybera significa que o mundo já está capacitado a avançar na terapia gênica. “Esse remédio abre uma porteira para esse tipo de tratamento”, comemora Carlos Menck, do Instituto de Ciências Biomédicas da Universidade de São Paulo e pesquisador de terapia gênica na área do câncer. De fato, a fronteira foi aberta. O próximo remédio da categoria a chegar ao mercado será para o tratamento da Síndrome de Imunodeficiência Combinada, uma doença genética que impede o funcionamento do sistema imunológico. O laboratório GlaxoSmithKline, em parceria com o Instituto MolMed, na Itália, aguarda a liberação das agências reguladoras para vender a droga. Ela está em estudo há mais de 11 anos em centros de excelência, como o Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos (NIH). “Médicos e pacientes não têm muita opção”, disse à ISTOÉ Dan Kastner, diretor-científico do Instituto Nacional de Pesquisa para o Genoma Humano, um braço do NIH. A instituição já restaurou o sistema imunológico de três crianças com a terapia.



FUTURO

Na Unicamp, a cientista Margareth Ozelo estuda a terapia gênica para tratar a hemofilia

Nos laboratórios, há uma profusão de testes clínicos usando a manipulação genética a nosso favor. Os genes enxertados têm propósitos diferentes. Entre outras funções, podem mandar as células destruir um tumor, corrigir uma mutação, determinar a fabricação de proteínas ou aumentar a capacidade de funcionamento do sistema imunológico. Em um experimento realizado no Instituto Feinstein de Pesquisa Médica de Nova York (EUA), por exemplo, os cientistas injetaram no cérebro de 65 pacientes com doença de Parkinson uma solução contendo um gene que determina a produção de uma proteína

cujas ausência pode deflagrar sintomas da enfermidade. Os doentes que receberam a injeção apresentaram melhora de 23% nos sintomas. Já os que receberam placebo, 12%. “A terapia gênica para doenças como Parkinson é uma realidade”, disse à ISTOÉ Andrew Feigin, autor do estudo.

BENEFÍCIO

A canadense Katlyn Demerchant, 7 anos, usou com sucesso uma forma de terapia genética contra doença que afeta o sistema imunológico

O mesmo panorama é observado em relação à Aids. Na última semana, cientistas da Escola de Medicina de Stanford (EUA) publicaram um artigo no qual relataram que conseguiram modificar geneticamente os linfócitos T (células de defesa invadidas pelo HIV) de modo a torná-los resistentes à entrada do vírus. Por enquanto, os estudos estão em nível bastante preliminar, mas o feito é um passo importantíssimo no combate à doença. Em outra ponta, os cientistas continuam a lutar por uma vacina. Uma pesquisa feita pelo Instituto de Tecnologia de Pasadena mostrou que uma solução contendo genes responsáveis pela produção de anticorpos contra o HIV impediu por completo, em animais, a contaminação pelo vírus. Em humanos, há uma experiência em curso há 11 anos. Em 2012, parte dos resultados foi publicada no renomado Science Translational of Medicine. Os genes associados à produção de anticorpos anti-HIV continuam funcionando. Não há sinal de reação imunológica. A doença, porém, não foi totalmente controlada.





POTENCIAL

O cientista Carlos Menck, da USP, investiga como a genética pode combater o câncer

Outra enfermidade na qual a terapia dos genes poderá salvar vidas é a diabetes. O tratamento objetiva regularizar a produção e aproveitamento da insulina, hormônio que permite a entrada, nas células, da glicose circulante no sangue. Na Faculdade de Medicina de Baylor (EUA), cientistas reverteram a doença em ratos: tanto a diabetes tipo 1, a forma hereditária, quanto a diabetes tipo 2, a adquirida. “Pelo menos em animais, pode-se dizer que é uma cura”, disse à ISTOÉ Lawrence Chan, líder do trabalho.

No Brasil, a Unicamp testará a terapia gênica como tratamento para pacientes com hemofilia B grave, uma doença genética que provoca graves hemorragias pela ausência de Fator IX, responsável pela coagulação do sangue. “Tivemos três pacientes que receberam esse tipo de tratamento e estão bem”, relata Margareth Ozelo, diretora da unidade de hemofilia do hemocentro da universidade. A estratégia é inserir genes vinculados à produção do fator IX.

Também há esperanças no tratamento do câncer. Uma delas reside no combate ao melanoma, a forma mais grave dos cânceres de pele. Cientistas da Universidade de San Diego dotaram o vírus da herpes

com instruções genéticas que permitem ao organismo destruir as células tumorais e ter o sistema de defesa fortalecido. Dos 30 pacientes que receberam esse vírus modificado, 26% tiveram resposta positiva ou regressão da doença. Na China, há uma droga aprovada contra o carcinoma (outro tipo de câncer de pele). No Instituto de Ciências Biomédicas da USP, os cientistas estudam possíveis reparos no DNA que podem proteger contra a doença. Outra abordagem é fazer com que a célula doente fique mais sensível aos quimioterápicos.

No campo da cardiologia, as experiências são igualmente diversas. Aqui, as estratégias vão desde usar a terapia genética para combater o acúmulo de gordura nas artérias até o controle da pressão arterial. Na mais recente delas, pesquisadores da Escola de Medicina de Monte Sinai (EUA) testaram uma droga para tratar e prevenir a insuficiência cardíaca. A equipe descobriu que a proteína SUMO1 fica diminuída nesses pacientes. Eles injetaram, em animais, um gene capaz de regular a produção dessa substância. A função cardíaca melhorou significativamente. Também está em estudo uma vacina com genes capazes de levar o sistema imunológico a atacar as placas de gordura oxidadas nas artérias, problema que pode levar ao infarto. No Instituto do Coração, de São Paulo, o professor José Eduardo Krieger também estuda o potencial da terapia. “Em animais, tivemos resultados positivos com proteção cardíaca pós-infarto.”

Apesar do sucesso desses recursos, algumas ponderações são necessárias. Hoje, permanece a existência de limites técnicos para a produção em larga escala dos vírus modificados geneticamente, os tais veículos. Isso ainda encarece brutalmente o tratamento. Também ainda se buscam formas de assegurar que os genes inseridos funcionem adequadamente e não induzam à formação de problemas, como tumores. Porém, a contar pelos desafios já enfrentados pela terapia, é de esperar que os obstáculos fiquem cada vez mais para trás.

COMO AGE A TERAPIA GÊNICA

A terapia genética é um conjunto de técnicas que usa a inserção de genes nas células de um indivíduo para tratar ou prevenir doenças

Os genes ficam dentro do núcleo das células. Eles contêm todas as instruções do nosso código genético, o DNA, para o funcionamento do organismo

Mutações sofridas pelos genes podem interferir em alguma função do corpo. Por exemplo, a perda da ação de um hormônio ou enzima

Com a terapia genética, os cientistas introduzem no corpo uma cópia do gene normal para restaurar a função do gene mutado

AS PESQUISAS MAIS IMPORTANTES

O método está em teste contra diversas doenças. Há estudos promissores para combater a hemofilia, a leucemia e o câncer de pele, o Parkinson, a Aids e a diabetes. Há testes adiantados para tratar a Imunodeficiência Combinada Grave (SCID), doença genética que atinge o sistema de defesa

AS ESTRATÉGIAS EM ESTUDO

A

Substituir o gene alterado que causa a doença por uma cópia normal desse mesmo gene

B

Deixar inativo o gene que está funcionando de forma inadequada

C

Introduzir novos genes no corpo para ajudar a combater a doença

OS CAMINHOS PARA ATINGIR O ALVO

Para transportar novas partes do DNA para dentro das células são usados vírus geneticamente modificados e inativados pelos cientistas

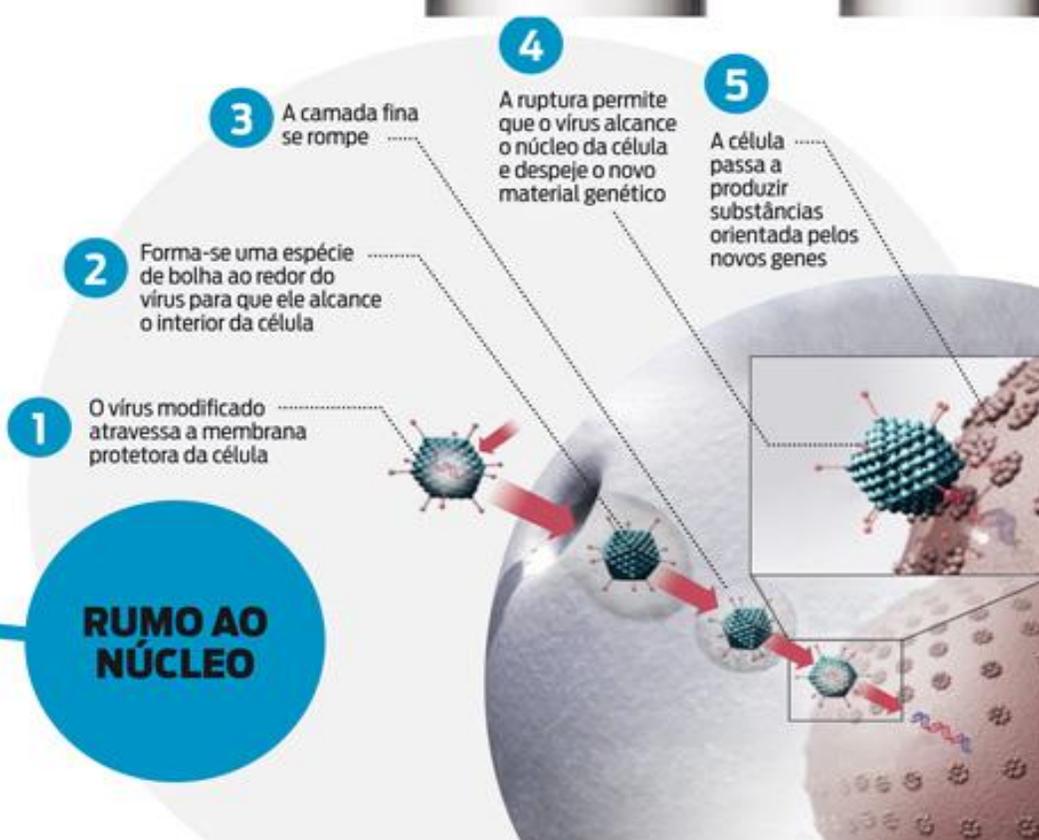
O material pode ser ministrado diretamente no órgão-alvo ou na corrente sanguínea

Mais uma alternativa é a retirada de amostras de células do paciente a serem expostas, no laboratório, ao vírus contendo o gene

Fontes: National Institutes of Health (NIH/EUA), Carlos Menck (USP) e Guilherme Baldo (HC/Porto Alegre)

FOTOS: AARON MCKINZIE FRASER, GABRIEL CHAMASTELLE, JEFF SWENGEN/THE NEW YORK TIMES

RUMO AO NÚCLEO



SALVA DA LEUCEMIA

A americana Emma Whitehead, 8 anos, foi submetida a um tratamento genético contra a doença que usa uma forma enfraquecida do HIV, vírus causador da Aids, para corrigir o conteúdo genético de seu organismo. Teve fortes reações e quase morreu, mas a terapia induziu a destruição das células causadoras da enfermidade. Neste momento, Emma está em remissão completa da doença.



MONIQUE OLIVEIRA é Jornalista e escreve para esta publicação. **Revista ISTO É, Fevereiro de 2013.**

Os lucros das farmacêuticas (ROGÉRIO CEZAR DE CERQUEIRA LEITE)

EM 2003, a prestigiosa organização filantrópica Médicos Sem Fronteira (MSF) denunciou à comissão que gerenciava o Tratado de Livre Comércio da América Central (Cafta) uma distorção no preço de remédios. A ONG dizia pagar entre 75% e 99% a menos que o governo da Guatemala pelas mesmas drogas medicinais. Isso significava que a margem (diferença entre preço de venda e custos de produção no setor) estaria entre 300% e 10 mil%.

Os acusadores davam um exemplo concreto: o preço do ARV 4T (40 miligramas) do Bristol-Myers Squibb para um ano de tratamento na Guatemala era de US\$ 5.271 por pessoa, enquanto a MSF pagava US\$ 53 pelo correspondente genérico. (É bom deixar claro que esse preço reduzido nunca aconteceria com os pseudogenéricos brasileiros). Embora a maior das consequências perniciosas dessa obscena margem seja o conjunto de perdas econômicas para governos e sociedade, há outros prejuízos mais sutis, mas não menos deletérios. É apenas natural que esse desmesurado ganho proporcione e exija formas de persuasão, para não dizer corrupção, para manter-se vivo e até mesmo para estender seu campo de atuação.

É preciso, inicialmente, reconhecer a peculiaridade do setor: quem usa o remédio não é quem escolhe e, muitas vezes, não é quem paga. Essa condição dilui responsabilidades e compromissos. O exemplo a seguir vai tornar clara a condição. A Secretaria estadual da Saúde de São Paulo durante o governo Fleury (1991-1994) emitiu por três meses uma série de pedidos de aquisição de até 20 medicamentos. As drogas eram condicionadas a direitos proprietários. Ou seja, eram medicamentos patenteados. Acontece, porém, que, àquela época, menos de 5% dos medicamentos em uso no Brasil eram produtos patenteados. Os demais tinham o registro de propriedade vencido e eram, portanto, mais baratos. Se o Estado tivesse se restringido à compra de apenas um medicamento patenteados, tudo bem. Mas foram 27 e constituíram a totalidade de compras naquele ano. Para evitar problemas com as exigências legais de licitação, uma associação de produtores multinacionais de medicamentos atestava que tais produtos não tinham similar nacional e eram, cada um deles, produzidos exclusivamente por certa empresa farmacêutica. Em seguida, essas empresas vendedoras de medicamentos declaravam que sua representante diante do governo do Estado de São Paulo era uma certa intermediária, sempre a mesma para todas as produtoras. Essa empresa intermediária era propriedade de um indivíduo que, aliás, foi condenado logo depois, no caso dos sanguessugas.

Nenhuma dessas ações, em si, constituiria uma ilegalidade, pois os preços dos medicamentos comprados pela secretaria eram idênticos aos vigentes, aprovados pelo governo federal. A questão era a escolha dos patenteados, em detrimento de versões similares mais baratas. O conjunto de compras somou cerca de US\$ 300 milhões. Os documentos foram todos assinados por bagrinhos. Se prevalecesse, então, a doutrina atual dita domínio do fato do Supremo Tribunal Federal, haveria tubarões na rede. O esquema só foi e ainda é possível graças à absurda margem de lucro que caracteriza o setor, pois o intermediário poderia ficar com, digamos, 50% ou mais e ainda restaria aos produtores de medicamentos um assombroso lucro. De acordo com relatórios das próprias empresas que desenvolvem novas drogas e de suas associações,

elas despendem até 15% de seu faturamento com pesquisas. Não há, portanto, como justificar essa margem exorbitante praticada pela indústria de medicamentos, principalmente porque se torna uma forma imoral de exploração da doença e do sofrimento humano.

ROGÉRIO CEZAR DE CERQUEIRA LEITE, 81, físico, é professor emérito da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e membro do Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia e do Conselho Editorial da **Folha**. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Fevereiro de 2013.**

O risco de colapso das Santas Casas (EDSON ROGATTI)

AS SANTAS Casas e hospitais beneficentes iniciam 2013 com dívidas de R\$ 12 bilhões. Até o final do ano, o valor será de cerca de R\$ 17 bilhões, considerando o déficit anual de mais R\$ 5 bilhões nos contratos e convênios com o SUS (Sistema Único de Saúde). Em 2011 - e a situação em 2012 foi semelhante, embora o rombo ainda não tenha sido totalmente contabilizado -, o custo nessas modalidades de atendimento foi de R\$ 14,7 bilhões e a remuneração para as entidades, de R\$ 9,6 bilhões. Esse cenário se arrasta há anos e não existem indicações de que uma solução esteja a caminho. Nessas condições, muitas instituições não sobreviverão até 2014. Fecharão as portas ou diminuirão sensivelmente o volume de atendimento ao SUS.

Atualmente, a cada R\$ 100 gastos na assistência pública, apenas R\$ 65 são ressarcidos pelo governo. Essa diferença é ainda maior nos atendimentos de média e baixa complexidade, tanto ambulatorial como hospitalar. Do total da dívida, 44%, ou R\$ 5 bilhões, é devido ao setor financeiro, com a incidência permanente de juros. Ou seja, amanhã o valor já será maior. Esse passivo crescente, é importante lembrar, existe porque o SUS deixou de cumprir sua obrigação no acordo que celebrou com as instituições filantrópicas para viabilizar sua criação. Naquela ocasião, o Estado não tinha - e ainda não tem - estrutura suficiente para oferecer o atendimento público e universal ao qual se propôs e é obrigado pela Constituição.

As entidades beneficentes são responsáveis por mais da metade do atendimento público no país. Embora tenham a obrigação de oferecer 60% da sua capacidade ao SUS, a grande maioria põe à disposição mais de 90%. Em várias, a assistência é integral. E 56% delas estão localizadas em municípios com até 30 mil habitantes, onde normalmente é a única alternativa gratuita para a população. O colapso - ou mesmo a diminuição no atendimento para o limite da lei-- vai provocar um grave problema assistencial. E essa possibilidade é iminente.

O prejuízo é maior ao se analisar que os hospitais filantrópicos são eficientes. Operam com menos custos do que os federais e estaduais (que são cerca de cinco vezes mais caros) e recebem apenas um terço da remuneração paga às Organizações Sociais (OS). Diante disso, as Santas Casas e hospitais beneficentes estão organizados em torno de reivindicações básicas, que consideram indispensáveis para o início de um processo de recuperação financeira.

No documento "Carta de Votuporanga", assinado por mais de 200 instituições que atendem a 31 milhões de usuários do SUS, solicitam 100% de reajuste sobre os cem procedimentos de média e baixa complexidade com maior incidência nos valores pagos pelo Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do SUS em 2011, os quais corresponderam a 84% do total das internações realizadas, devendo ser incluídas as diárias na área da psiquiatria. O impacto será de R\$ 6,8 bilhões, se alcançarem todos os prestadores, ou cerca de R\$ 4 bilhões somente com o setor das Santas Casas e hospitais filantrópicos. Isso poderá ser efetivado por meio da contratualização ampliada a todas as instituições (possibilidade de aumento de receita por meio do estabelecimento de metas qualitativas e quantitativas).

Também pedem anistia das dívidas relacionadas a tributos e/ou contribuições, a partir de lei específica, bem como a possibilidade de reestruturação do endividamento bancário. Sem essas medidas, 2013 pode ser o ano do colapso do atendimento público realizado pela rede filantrópica de saúde.

EDSON ROGATTI, 61, é diretor-presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo (Fehosp). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Fevereiro de 2013.**

Médicos inaptos: algozes ou vítimas? (MIGUEL SROUGI)

OS ÚLTIMOS dias não foram de felicidade para os brasileiros. Entre outros motivos, descobriram que 54,5% dos médicos recém-formados da nação são inaptos para a profissão. Não fiquei surpreso com o número e com a indignação. Afinal, lideranças e educadores médicos já conheciam a indecência e, impotentes, nunca conseguiram eliminá-la. Sem tergiversar, julgo que profissionais inaptos devem ser impedidos de exercer a profissão e que uma legislação impondo um exame de capacitação dos novos médicos já deveria ter sido promulgada.

Contudo, não posso deixar de expressar certa angústia quando dirijo um olhar a esse grupo. Confesso que nunca me deparei com um médico recém-formado que não acalentasse o sonho de se tornar um profissional respeitado. Se isso não se concretiza, suspeito que outras razões produzem o descompasso. Entre elas, a mistura de uma sociedade complacente e governantes incompetentes. Como ignorar a influência negativa da sociedade, que se rejubila com a abertura de novas escolas médicas, iludida pela ideia de que estão sendo criadas maiores oportunidades para seus jovens? Cedendo a esses apelos e à pressão de empresários oportunistas, o governo federal autorizou, entre 2000 e 2012, a abertura de 98 novas

faculdades, perfazendo um total de 198 escolas no país; nos Estados Unidos, habitado por 314,3 milhões de pessoas, existem 137 instituições similares.

Numa nação de dimensões continentais e insuportável desigualdade, seria racional que as novas escolas médicas fossem acomodadas em regiões remotas do Brasil. Contudo, 70% delas foram instaladas na região sudeste, rica e congestionada, e 74% são de natureza privada, cobrando taxas exorbitantes de alunos. Contrariando as leis vigentes, a maioria desses centros não dispõe de instalações hospitalares adaptadas para o ensino e carecem de corpo docente qualificado. Isso indica que o processo foi norteador por interesses políticos menores e pelo anseio do lucro desmedido e predador.

Agravando esse cenário, autoridades federais têm dado demonstrações adicionais de inconseqüência e de tolerância suspeita. Uma comissão especial do MEC presidida pelo professor Adib Jatene descredenciou, há um ano, algumas escolas médicas, pela baixa qualidade de ensino. De forma misteriosa e inexplicável, a Comissão Nacional de Educação cancelou, em fevereiro passado, a ação corretiva adotada. Resolução nefasta para a sociedade brasileira e auspiciosa para os mesmos predadores da nação.

Nossa presidente anunciou sua disposição de abrir mais 4.500 vagas para alunos de medicina (algo como 55 novas escolas). Num momento em que as universidades federais se encontram em estado de penúria, essa meta torna-se um devaneio descompassado com a realidade da nação. Mais importante do que criar novas faculdades seria aumentar as vagas para residência médica. Cerca de 6.000 novos médicos formados a cada ano não dispõem de locais para realizar a residência, a etapa mais relevante para a formação de profissionais qualificados.

Outra proposta governamental, tão cândida quando descabida, é autorizar o trabalho em nosso país de médicos patrícos formados no exterior, sem exames de proficiência. Se 54,5% de médicos recém-formados inaptos causam indignação, como reagir ao fato de que em 2011, num exame oficial de revalidação de diplomas de 677 médicos graduados no exterior, 90,5% deles foram considerados inaptos?

Termino referindo-me a uma realidade que Riobaldo, o jagunço-filósofo de Guimarães Rosa, soube muito bem descortinar. "Um sentir é o do sentente, mas o outro é do sentidor."

Reconheço que as inquietações expressas sobre as aptidões dos recém-formados são justificadas por quem sente de fora. Mas como um dos que sentem de dentro, não posso deixar de dizer que, ao invés de algozes, a imensa maioria dos novos médicos da nação são vítimas de um enredo perverso que mistura uma sociedade permissiva, escolas médicas deficientes e governantes incapazes. Que transformam esperanças incontidas em sonhos frustrados.

MIGUEL SROUGI, 66, pós-graduado em urologia pela Universidade de Harvard (EUA), é professor titular de urologia da Faculdade de Medicina da USP e presidente do conselho do Instituto Criança é Vida. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2013.**

Pacientes: algozes ou vítimas? (FLÁVIO DINO)

EM ARTIGO neste espaço, o professor Miguel Srougi ("Médicos inaptos: algozes ou vítimas?", em 6/01), referindo-se aos novos médicos, qualificou-os como vítimas do que chamou de "uma sociedade complacente e governantes incompetentes".

Como pai de Marcelo, vítima, há um ano, de erro médico no maior hospital privado de Brasília, creio que a abordagem do articulista merece reparos, sob a ótica dos pacientes, que são as maiores vítimas desse sistema. É preciso falar também da responsabilidade profissional, que não se refere apenas aos médicos recém-formados, como parece sustentar o articulista. Recentemente, uma criança deixou de ser operada e morreu no Rio de Janeiro porque um médico, com muitos anos de formado, simplesmente faltou ao plantão, sem deixar substituto, alegando não concordar com a escala. Tal conduta, que infelizmente não é rara, viola o Código Penal e o Código de Ética Médica. Também se tornou frequente médicos multiplicando jornadas e vínculos de trabalho, muitas vezes por problemas remuneratórios - mas às vezes por pura ganância -, prejudicando e matando pacientes.

É impossível ter qualidade em serviços prestados com jornadas ininterruptas de 24 horas, especialmente de médicos que atuam em UTIs, cirurgias etc. Alguém aceitaria entrar em um avião comandado por piloto que estivesse trabalhando por 24 horas seguidas? Em outros países, já há regulação sobre a duração do trabalho nos hospitais. Aqui, equivocadamente, esse tema é tratado exclusivamente pela lógica do mercado, por omissão do Estado e das entidades médicas.

Jornadas abusivas decorrem de outro problema: a terceirização ilegal, praticada em hospitais dirigidos por profissionais formados há muitos anos. A súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho define que a prestação de serviços hospitalares deve ser feita por empregados. O trabalho precário lesa direitos dos profissionais e do erário e, mais grave, dos pacientes - vítimas de erros e crimes.

Nesse caso, os próprios médicos dirigentes dos hospitais são algozes de outros médicos e dos pacientes. A débil fiscalização sobre os hospitais é burlada por maus médicos: em consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Ministério da Saúde, verifiquei que constam profissionais que fazem, ou dizem fazer, jornadas de mais de cem horas semanais. Como podemos ver com esses exemplos, que se multiplicam Brasil a fora, a "sociedade complacente"

inclui maus profissionais que reproduzem práticas desumanas e perversas, esperando que "governantes incompetentes" tudo resolvam.

Claro que há muito a mudar na gestão da saúde. Mas é preciso ter cuidado, pois não se pode chegar ao ponto de dizer que os pacientes são os culpados de serem vítimas de erros e crimes - como ouvi do representante da classe médica de Brasília em um seminário. Precisamos de mais e melhores escolas de medicina no Brasil, que diminuam a carência de bons profissionais e formem seres humanos que enxerguem as dores dos outros como se fossem suas, que sofram com os sofrimentos dos seus pacientes e que gritem junto com eles por uma saúde decente. Sem corporativismos, com coragem e espírito cívico.

FLÁVIO DINO, 44, advogado, é presidente da Embratur, foi secretário-geral do Conselho Nacional de Justiça e deputado federal. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2013.**

Somos todos bipolares? (CRISTIANE SEGATTO)



ACREDITO, sinceramente, no valor dos pequenos prazeres. Todos os dias faço o possível para encontrar os meus aqui, acolá, do jeito que dá. Na volta de uma viagem de férias, por exemplo, gosto de reservar uns dias para olhar São Paulo como se fosse turista. Ir a um cinema na Avenida Paulista, às quatro da tarde, em plena segunda-feira sempre desperta em mim uma felicidade única.

Imaginar que sou dona do meu tempo, que nenhuma reunião me aguarda, que nenhum texto é urgente, que o mundo real persiste em seus passos incertos enquanto embarco livremente numa fantasia bem contada é um dos prazeres que mais valorizo na vida. Simples, barato, mas nem sempre disponível. Foi com esse espírito que assisti, na última semana de

janeiro, ao filme americano *O lado bom da vida*, que concorre ao Oscar em oito categorias. É uma comédia romântica, sem que isso seja um demérito. Não é daqueles caça-níqueis explícitos, que fazem a gente lamentar a escolha e o dinheiro gasto.

O bonitão Bradley Cooper faz Pat, um rapaz bipolar que tenta retomar o controle de sua vida depois de uma internação psiquiátrica. É com excesso de otimismo e apegado ao lema "Excelsior" (algo como "sempre pra cima") que ele tenta se readaptar à sociedade. Até que encontra Tiffany (Jennifer Lawrence), a mocinha igualmente complicada que tem compulsão por sexo. É uma história que emociona, diverte e faz pensar. O que vemos na tela é uma versão light, palatável, sobre a realidade das famílias que convivem com a doença.

Pat sofre um trauma e a doença aparece. Não, ele não é um sobrevivente do 11 de Setembro, nem um soldado que retorna da Guerra do Iraque. Adoece depois da traição da mulher. Se todos os traídos pelo parceiro reagissem com o desequilíbrio de Pat a vida em grupo se tornaria impossível. Pois a impulsividade dos personagens é também uma marca da nossa sociedade. Por que há hoje tanta gente incapaz de processar e sobreviver às amarguras da vida? Esse é um bom assunto para outra coluna...

A vida é dura. Duríssima, se pensarmos em termos evolutivos e em tudo o que a humanidade precisou vencer para chegar até aqui. Fatores estressores sempre existiram. A questão é que cada ser humano é único e reage a esses estressores de forma diferente. Nem toda pessoa submetida a um stress desenvolverá uma doença psiquiátrica. Felizmente, não. Mas ele pode ser o gatilho para o aparecimento dos sintomas se a pessoa já tiver propensão genética ao transtorno.

Os estudos demonstram que parentes próximos aos que sofrem de transtorno bipolar estão mais predispostos a desenvolver a doença que a média das pessoas. No filme, o pai de Pat, interpretado por Robert de Niro, também é impulsivo e demonstra sinais de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A atuação de De Niro é memorável. Daqui a alguns anos, vou me lembrar desse filme como "aquele em que o De Niro tem um filho bipolar".

Nesta semana soube que o ator se envolveu profundamente com esse trabalho. Ele chorou numa entrevista de TV ao comentar o fato de ter acompanhado a luta do diretor David O. Russell, que tem um filho bipolar de 18 anos. O garoto, Matthew, faz uma participação no filme. É o vizinho curioso que vive batendo à porta da família.

O filme contribui para que o transtorno bipolar seja conhecido, mas ele não pode ser banalizado. De uns tempos para cá, se dizer bipolar virou "in". Há quem use camiseta com a inscrição "Sou bipolar". Acho estranho.

Quem usa essas camisetas não faz isso por mal. Usa porque é "cabeça", pega bem. Ou, quem sabe, porque acredita ser um modo de expressar que de perto ninguém é normal. Isso não significa que sejamos todos bipolares. Não somos.

Esse é um transtorno mental que acomete de 1% a 3% da população, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). No passado, era chamado de psicose maníaco-depressiva. É uma doença que precisa de diagnóstico correto e tratamento cuidadoso. Quem sofre dessa doença alterna momentos de depressão e episódios maníacos, quando o paciente apresenta uma sensação de grande energia.

Pode permanecer acordado, agitado ou realizando tarefas durante muito tempo seguido, sem se cansar. Exatamente como vimos no filme. A seguir, uma descrição dos sintomas mais comuns, preparada pela ABP: O pensamento fica acelerado. Pode ser observada uma fala muito rápida ou um fluxo de ideias confuso, passando de um pensamento a outro por ligações tênues.

A pessoa pode acreditar que tem múltiplas capacidades ou ter uma sensação de grandeza (se achar um grande artista, político ou atleta, por exemplo). O descontrole de impulsos pode se manifestar de várias formas:

- Gastos excessivos
- Direção perigosa
- Conduta sexual exacerbada
- Sensação contínua de alegria, que não pode ser abalada nem por pensamentos tristes
- Episódios de irritabilidade ou agressividade

Às vezes, os episódios de mania ou depressão podem ser acompanhados por sensações que não correspondem à realidade. Por exemplo, ouvir vozes que outras pessoas não podem ouvir ou julgar estar envolvido em algum tipo de conspiração ou plano. Assim como ocorre com a depressão, as causas do transtorno bipolar são múltiplas: fatores bioquímicos (alterações em neurotransmissores), genéticos e ambientais.

Felizmente, essa é uma doença tratável. Não significa que seja fácil, mas aceitar a condição do paciente e persistir no tratamento torna a doença administrável. O tratamento é feito com medicamentos chamados de estabilizadores do humor e pode ser complementado com sessões de psicoterapia. Contribuir para quebrar o tabu que ainda ronda a psiquiatria e quem precisa dela é uma grande ajuda. David, Cooper, Jennifer e De Niro fazem isso de um jeito muito especial.

CRISTIANE SEGATTO Repórter especial, faz parte da equipe de ÉPOCA desde o lançamento da revista, em 1998. Escreve sobre medicina há 17 anos e ganhou mais de 10 prêmios nacionais e internacionais de jornalismo. Email: cristianes@edglobo.com.br.
Revista ÉPOCA, Fevereiro de 2013.

Homo medicinalis (ALDO PEREIRA)

ELE TOMA Prozac para elevar o moral, Ritalina para elevar a concentração e Viagra para outras levitações. Logo adiante, ele terá na farmácia de seu banheiro mais drágeas e comprimidos, receitados para doenças degenerativas como reumatismo, hipertensão, diabetes, insuficiências hormonais e disfunções várias. Será, então, assumido dependente de drogas.

Em compensação, viverá mais, não apenas para contentamento próprio, mas também para o dos acionistas da Big Pharma (cognome do oligopólio multinacional dos remédios): quanto mais cada espécime de "H. medicinalis" durar, maior será sua despesa cumulativa e progressiva com farmácia. Orçamento da Big Pharma supera o da maioria dos países. Afinal, não sai barato adular e persuadir médicos e burocratas que decidem compras estatais de remédio. Nem campanhas como as de convencer o público de que tal comprimido cura gripe e resfriado. (Mesmo que não cure, e mesmo que resfriado e gripe sejam doenças diferentes quanto a sintomas e causas.) E quanto não cobra o lobby já denunciado como ativo na limitação legal da concorrência de genéricos?

Mas não é justo desconsiderar o custo real de combinar segurança e eficácia nos remédios. Leve em conta a loteria de drogas novas buscadas por Big Pharma. Pesquisar, desenvolver, testar e distribuir pode custar milhões de dólares, em geral com retorno que não se inicia em menos de cinco a dez anos. Após os quais, nem toda patente garante lucro, seja pelo advento de sucedâneos mais eficazes e seguros, seja por imprevisto e desastroso efeito colateral duma droga nova. Na semana passada, a Merck concordou em pagar US\$ 688 milhões a investidores queixosos de lambanças com Vytorin, indicado para controle de colesterol.

Tais considerações práticas levam Big Pharma a descartar projetos que, embora menos proveitosos, atenderiam suposto compromisso social com preservação da saúde pública. Exemplo em debate é o relativo desinteresse em pesquisa e desenvolvimento de antibióticos (drogas indicadas para tratamento específico de infecções por bactérias; distintas, portanto, das usadas contra vírus, fungos e parasitas). Descobrir novos antibióticos se mostra cada vez mais necessário ante o crescente registro de bactérias resistentes aos disponíveis hoje. Por exemplo, as causadoras de tuberculose. Ou a mortífera bactéria KPC, ou "Klebsiella pneumoniae carbapenemase" ("carbapenemase" é a enzima que resguarda "K. pneumoniae" contra antibióticos atuais). KPC vem matando gente no mundo desde 1990: faz alguns meses, matou e hospitalizou dezenas de pessoas em Brasília. KPC é particularmente letal para pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em

razão da baixa defesa natural; e, como em exacerbação de perversidade, também representa risco decorrentemente aumentado para o pessoal que atende UTIs.

Big Pharma alega razão plausível para omitir-se no caso: lucro de antibióticos é tipicamente baixo e dura pouco. Com isso, a missão fica para instituições públicas, estas em geral carentes de tecnologia e verba. Exceção: os Institutos Nacionais de Saúde (nome plural, sim) dos EUA, que vêm buscando antibióticos ao custo de mais de US\$ 300 milhões, sem falar em riscos: recentemente, pesquisadores dos INS quase morreram infectados por KPC. Big Pharma deveria colaborar. Ter em conta que preservação de liberdades e eficiência justifica, sim, o capitalismo, mas com a condição de o sistema honrar a responsabilidade social inerente a toda atividade econômica.

ALDO PEREIRA, 80, é ex-editorialista e colaborador especial da **Folha. Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Fevereiro de 2013.**

Oferecer uma chance contra a droga (GIOVANNI GUIDO CERRI)



NA MEDICINA, funciona assim: o paciente com um quadro clínico agudo, grave, com risco à vida, precisa, na maioria das vezes, permanecer internado por alguns dias, semanas ou até mesmo meses em um leito hospitalar, para receber a assistência médica indicada para seu caso. Se melhorar e tiver condições, a pessoa tem alta. O acompanhamento passa a ser clínico-ambulatorial, com as medicações necessárias para controlar a doença, além de consultas e exames rotineiros para verificar a evolução do quadro.

É desta forma no câncer, na Aids, nas doenças do aparelho circulatório e nos casos de vítimas de derrame ou politraumatismos decorrentes de acidentes de trânsito. Por que, então, deveria ser diferente para usuários de drogas como o crack, aqueles que, em razão de sua extrema dependência, sofrem uma série de graves problemas físicos e psíquicos que podem matá-los a qualquer momento?

A diferença, aqui, é basicamente uma: enquanto um cardiopata ou um acidentado tem, em geral, consciência de sua condição - e o medo da morte o faz aceitar cuidados médicos -, o dependente de crack precisa satisfazer sua fissura, fumar mais uma pedra, mesmo sabendo que isso pode lhe custar a vida. Para esses casos a internação é, mais do que necessária, uma chance para que a pessoa, extremamente fragilizada pelo uso da droga e por todas as consequências nefastas ao seu organismo, possa ao menos se restabelecer, abrindo caminho para a cura de sua dependência.

O governo do Estado de São Paulo está enfrentando na prática e com firmeza a epidemia de crack que se instalou no país. E do jeito mais adequado, uma vez que trata o tema sob os pontos de vista da

Justiça, garantindo os direitos dos cidadãos, da assistência social, pela abordagem e acolhimento de dependentes, e, principalmente, da saúde, com forte investimento na ampliação da assistência

É desta forma no câncer, na Aids, nas doenças do aparelho circulatório e nos casos de vítimas de derrame ou politraumatismos decorrentes de acidentes de trânsito. Por que, então, deveria ser diferente para usuários de drogas como o crack, aqueles que, em razão de sua extrema dependência, sofrem uma série de graves problemas físicos e psíquicos que podem matá-los a qualquer momento?

A diferença, aqui, é basicamente uma: enquanto um cardiopata ou um acidentado tem, em geral, consciência de sua condição - e o medo da morte o faz aceitar cuidados médicos -, o dependente de crack precisa satisfazer sua fissura, fumar mais uma pedra, mesmo sabendo que isso pode lhe custar a vida. Para esses casos a internação é, mais do que necessária, uma chance para que a pessoa, extremamente fragilizada pelo uso da droga e por todas as consequências nefastas ao seu organismo, possa ao menos se restabelecer, abrindo caminho para a cura de sua dependência.

O governo do Estado de São Paulo está enfrentando na prática e com firmeza a epidemia de crack que se instalou no país. E do jeito mais adequado, uma vez que trata o tema sob os pontos de vista da Justiça, garantindo os direitos dos cidadãos, da assistência social, pela abordagem e acolhimento de dependentes, e, principalmente, da saúde, com forte investimento na ampliação da assistência.

O plantão judiciário que o governo do Estado disponibilizou desde o último dia 21 de janeiro no Cratod (Centro de Referência em Alcool, Tabaco e outras Drogas), com a participação da OAB, do Ministério Público e do Tribunal de Justiça, com o objetivo de dar maior celeridade às internações compulsórias e involuntárias (previstas em lei de 2001) dos casos mais graves e extremos, foi precedido do fortalecimento da rede assistencial para dependência química no Estado.

Desde 2009, foram implantados no Estado cerca de 700 leitos exclusivos para tratamento de dependentes de drogas no SUS. Desses, 209 foram criados na atual gestão do governador Geraldo Alckmin. Outros 600 deverão ser entregues até o próximo ano, na capital e interior, incluindo um moderno centro especializado em álcool e drogas ligado ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. O investimento total previsto é de R\$ 250 milhões.

Não se trata, de maneira nenhuma, de apenas colocar dependentes químicos em leitos hospitalares, mas de um modelo de assistência multidisciplinar, formada por médicos, psicólogos, enfermeiros e terapeutas ocupacionais, com respeito às necessidades individuais, visando à recuperação do paciente e sua reinserção social. Depois do período de internação, é oferecida assistência ambulatorial, seja no próprio serviço ou por intermédio dos Caps-Ad (Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas).

Nem todos os casos de uso de drogas demandam internação. A maioria, ao contrário, requer seguimento clínico ambulatorial, com o imprescindível apoio da família. É dever do Estado, no entanto, assegurar todos os meios para preservar a vida dos dependentes, e o governo de São Paulo, sem medo do crack, assume este compromisso com a população.

GIOVANNI GUIDO CERRI, 59, médico e professor titular da Faculdade de Medicina da USP, é secretário de Estado da Saúde de São Paulo. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Fevereiro de 2013.**

Velhos medicamentos, novos problemas (CLÁUDIO GALVÃO DE CASTRO JR.)



DESDE A metade do século 20, o arsenal de medicamentos, antes restrito a fórmulas quase mágicas, deu lugar a terapias que podem paliar a dor, melhorar a qualidade de vida e prolongá-la. O desenvolvimento de novas drogas requer dinheiro e pessoal qualificado. Embora governos possam investir em pesquisa, não teríamos a quantidade de drogas atual, não fosse a indústria farmacêutica, que aplica quantias bilionárias e deseja o retorno financeiro.

A lógica capitalista permitiu o desenvolvimento de medicamentos para diabetes, colesterol, hipertensão, tuberculose e Aids que hoje são disponíveis no SUS (Sistema Único de Saúde), tratando doenças que antes roubavam milhares de vidas.

Essa mesma lógica criou dois grandes problemas. O primeiro deles são as drogas de alto custo, que produzem rombos nas finanças públicas. Geralmente são drogas destinadas às doenças pouco frequentes. A explicação é simples: os laboratórios precisam recuperar o capital investido no desenvolvimento e ter o lucro.

Deixar de lado meias verdades e debater a incorporação de novos medicamentos e tecnologias com a participação de órgãos públicos, sociedades médicas e especialistas é o único caminho para prover a melhor assistência. Exemplos anteriores também mostraram que é possível negociar preços com os laboratórios.

O segundo problema é menos conhecido, mas muito mais grave e insidioso. Trata-se das drogas de baixo custo, que, por não darem uma margem de lucro adequada, ou mesmo por causarem prejuízos aos fabricantes, estão sendo retiradas do mercado. Quando essas

drogas faltam, mesmo quem tem muito dinheiro não é capaz de comprá-las, pois, em muitos casos, há um desabastecimento mundial.

Nos Estados Unidos, uma centena de drogas corre o risco de desabastecimento. O presidente Barack Obama envolveu-se nesse problema e, desde 2010, diversas ações foram tomadas. No Brasil, o Ministério da Saúde tem uma lista com mais de 20 drogas sob risco de descontinuação.

Na maioria dos países, as legislações não previram que um remédio pudesse simplesmente deixar de ser fabricado. No Brasil, mesmo que um medicamento seja essencial e o fabricante ou importador seja único, basta um aviso com antecedência de poucos meses à Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para retirá-lo do mercado.

A L-asparaginase, medicamento essencial no tratamento das leucemias linfóides agudas, está deixando de ser fabricada. Ainda assim, existe um substituto à altura, que, embora bem mais caro, apresenta vantagens em relação ao produto original. O desabastecimento de drogas vem sendo debatido com órgãos do Ministério da Saúde, particularmente o Inca (Instituto Nacional de Câncer), com a participação de diversas sociedades médicas. Entre as sugestões apresentadas por um grupo que se formou para estudar o problema estão mudanças na legislação que obriguem os laboratórios a

informar exatamente qual a causa da suspensão da droga e ampliem o prazo de notificação, de forma que o governo possa ter tempo suficiente para contornar o problema.

Outra sugestão é facilitar a importação e o registro de drogas essenciais com regime de impostos diferenciado. Com essas mudanças, os laboratórios públicos poderão se planejar para produzir drogas essenciais e eventualmente exportar o excedente. O problema já é conhecido e as soluções foram apontadas. Drogas essenciais, sem nenhum substituto, podem faltar em breve. É preciso rapidez em implantar as soluções. Uma silenciosa catástrofe ameaça a vida de milhões de brasileiros.

CLÁUDIO GALVÃO DE CASTRO JR., 45, é oncologista pediatra e hematologista do Hospital Israelita Albert Einstein. Foi presidente da Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (2010-2012). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Fevereiro de 2013.**

Obesidade: mitos e fatos (DRAUZIO VARELLA)

RECEITAS e dietas para emagrecer são como o capim, estão em toda parte. Talvez não exista campo da medicina com tantos mitos e pressuposições divulgadas pelos meios de comunicação, sem evidências científicas que lhes deem suporte. O "New England Journal of Medicine" publicou uma revisão na qual foram avaliadas as informações sobre obesidade transmitidas pela internet, imprensa escrita e literatura científica.

O estudo identificou sete mitos divulgados como verdades científicas:

1 - Pequenas reduções do aporte calórico diário ou pequenos aumentos do gasto energético provocam emagrecimento significativo mantido por períodos longos. A sugestão de que devemos esperar grandes reduções de peso em resposta a pequenas mudanças no estilo de vida, deriva da regra das 3.500 kcal (calorias, popularmente) estabelecida há meio século, segundo a qual cada redução dessa quantidade de calorias na dieta faz perder 450 gramas de peso corpóreo.

Levantamentos recentes mostram que existe grande variabilidade individual nessa perda, porque, quando o peso cai, as necessidades energéticas básicas do organismo diminuem. Em outras palavras, quando a pessoa emagrece, a energia que o corpo precisa para funcionar em repouso também diminui. Essa relação explica porque as dietas funcionam bem no início, mas vão perdendo a eficácia à medida que o peso diminui.

2 - Estabelecer alvos modestos, mais realistas, funcionam melhor do que pretensões de perder muitos quilos. Embora evitar a frustração por haver fracassado em atingir metas de emagrecimento mais ambiciosas tenha certa lógica, as evidências científicas apontam na direção oposta: programas que propõem perdas substanciais apresentam resultados melhores.

3 - Emagrecimento rápido e acentuado está mais associado ao efeito sanfona do que o lento e gradual. Nos estudos clínicos, o emagrecimento rápido tem sido associado à manutenção do peso mais baixo por tempo mais prolongado. Embora não esteja claro por que algumas pessoas obesas têm uma perda inicial mais rápida do que outras, recomendar pequenas reduções mais lentas pode comprometer o sucesso do tratamento.

4 - Nos programas de emagrecimento, é importante que um profissional avalie periodicamente a dieta ingerida. Cinco estudos envolvendo 3.910 pessoas submetidas à reeducação alimentar que tiveram suas dietas avaliadas em intervalos regulares não mostraram benefícios desse cuidado. Quem entra voluntariamente num programa para perder peso, de modo geral está minimamente disposto a mudar a dieta.

5 - Aulas de educação física nas escolas contribuem para combater a obesidade infantil. As aulas convencionais não produzem gasto energético suficiente e continuado para evitar a obesidade.

6 - A amamentação protege contra a obesidade. Um estudo conduzido com 13 mil crianças acompanhadas por mais de seis anos não encontrou evidências de que crianças amamentadas no seio materno engordem menos.

7 - A atividade sexual queima até 300 calorias. Nas fases de excitação e orgasmo, um homem de 70 kg queima cerca de 3,5 calorias por minuto. Como a média de duração de uma relação sexual é de 6 minutos, o total consumido seria de 21 calorias. Se estivesse no sofá assistindo à televisão nesse período, ele teria gasto 7 calorias.

Agora, vamos aos fatos:

1 - Embora fatores genéticos tenham papel importante na obesidade, hereditariedade não é destino.

2 - Mudanças no estilo de vida são mais eficazes do que os remédios para emagrecer.

3 - Dietas ajudam a perder peso, mas não é fácil mantê-las por longos períodos.

4 - Independentemente do emagrecimento, qualquer aumento da atividade física faz bem para o organismo.

5 - Manter no dia a dia as mesmas condições que provocaram perda de peso colaboram para a manutenção da perda.

6 - Crianças obesas se beneficiam de programas que envolvem a família inteira.

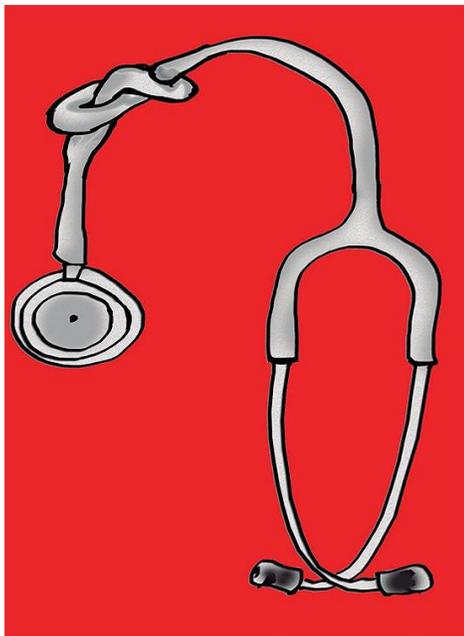
7 - A substituição de refeições por produtos dietéticos com baixo teor calórico colabora para a perda de peso.

8 - Alguns medicamentos ajudam a perder peso e a mantê-lo mais baixo, mas apenas enquanto estão sendo utilizados.

9 - Em casos selecionados, a cirurgia bariátrica provoca emagrecimento duradouro, reduz a incidência de diabetes e a mortalidade.

DRAUZIO VARELLA escreve quinzenalmente para esta coluna. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Março de 2013.**

Dilma vai acabar com o SUS? (LIGIA BAHIA, LUIS EUGENIO PORTELA E MÁRIO SCHEFFER)



O desmonte final do Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo negociado a portas fechadas, em encontros da presidente Dilma Rousseff com donos de planos de saúde, entre eles financiadores da campanha presidencial de 2010 e sócios do capital estrangeiro, que acaba de atracar faminto nesse mercado nacional.

Na pauta, a chave da porta de um negócio bilionário, que são os planos de saúde baratos no preço e medíocres na cobertura, sob encomenda para estratos de trabalhadores em ascensão.

Adiantado pela **Folha**, o pacote de medidas que prevê redução de impostos e subsídios para expandir a assistência médica suplementar é um golpe contra o SUS ainda mais ardiloso que a decisão do governo de negar o comprometimento de pelo menos 10% do Orçamento da União para a saúde.

A proposta é uma extorsão. Cidadãos e empregadores, além de contribuir com impostos, serão convocados a pagar novamente por um serviço ruim, que julgam melhor que o oferecido pela rede pública, a que todos têm direito. Em nome da limitada capacidade do SUS, o que se propõe é transferir recursos públicos para fundos de investimentos privados.

O SUS é uma reforma incompleta, pois o gasto público com saúde é insuficiente para um sistema de cobertura universal e atendimento integral. Isso resulta em carência de profissionais, baixa resolutividade da rede básica de serviços e péssimo atendimento à população. Nos delírios de marqueteiros e empresários alçados pelo governo à condição de formuladores de políticas, o plano de saúde surgiria como "miragem" para a nova classe média, renderia a "marca" da gestão e muitos votos em 2014.

Pois o mercado que se quer expandir com empurrão do erário não é exatamente um oásis no meio do SUS. Autorizados pela agência reguladora, proliferam planos de saúde pobres para pobres, substitutivos "meia-boca" do que deveria ser coberto pelo regime universal. Na vida real, são prazos de atendimento não cumpridos, poucos especialistas por causa de honorários ridículos, número insuficiente de serviços diagnósticos e de leitos, inclusive de UTI, negativas de tratamentos de câncer, de doenças cardíacas e transtornos mentais, redes reduzidas que impedem o direito de escolha e geram longas filas e imposição de barreiras de acesso, como triagens e autorizações prévias.

Quem tem plano de saúde conhece bem esse calvário. Limitados pelos contratos, dirigidos a jovens e sadios formalmente empregados, os planos de saúde não aliviam nem desoneram o SUS, pois fogem da atenção mais cara e qualificada. Não são adequados para assistir idosos e doentes crônicos, cada vez mais numerosos. Assim, os serviços públicos funcionam como retaguarda, uma espécie de resseguro da assistência suplementar excludente. Nos Estados Unidos, a reforma de Obama enquadra os planos privados e tenta colocar nos trilhos o sistema mais caro e desigual do mundo. País de recursos escassos, se delegar o futuro a quem visa o lucro com a doença, o Brasil seguirá é o caminho da Colômbia, que vive um colapso na saúde.

É inaceitável, em uma sociedade democrática, a intenção do governo de abdicar da consolidação do SUS, de insistir no subfinanciamento público e apostar no avanço de um modelo privado, estratificado, caro e ineficiente. O Movimento Sanitário, o Conselho Nacional de Saúde, o Congresso Nacional, o Ministério Público e o Supremo Tribunal Federal precisam se manifestar sobre esse despropósito inconstitucional.

LIGIA BAHIA, 57, é professora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro; **LUIS EUGENIO PORTELA**, 49, é professor da Universidade Federal da Bahia e presidente da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); e **MÁRIO SCHEFFER**, 46, é professor do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Março de 2013.**

A biologia e as "doenças inventadas" (CRISTIANE SEGATTO)

O mais completo estudo genético sobre transtornos mentais revela o que a depressão, a hiperatividade e outras doenças têm em comum

UM DOS mais completos estudos sobre a biologia dos transtornos mentais foi publicado nesta semana na revista científica The Lancet. O trabalho é resultado de um esforço internacional de 19 países, financiado em parte pelo governo americano. Os autores declararam não ter vínculos com a indústria farmacêutica ou outros conflitos de interesse. O estudo apontou o que há em comum, do ponto de vista genético, entre cinco doenças: depressão, transtorno bipolar, autismo, esquizofrenia e transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH).

É mais uma valorosa contribuição ao combate da ignorância e do preconceito que penalizam as famílias que convivem com doenças psiquiátricas. É também mais um claro sinal de que essas não são “doenças inventadas”. Os cientistas analisaram o genoma completo de 33 mil portadores desses distúrbios. Eles foram comparados a 28 mil pessoas não-afetadas pelas doenças. Em quatro diferentes regiões do DNA, foram identificadas variações genéticas que aumentam o risco de desenvolvimento de qualquer um dos cinco transtornos. “Os resultados sugerem que é possível ir além da classificação baseada nos sintomas e focar nas causas biológicas das doenças psiquiátricas”, diz Jordan Smoller, do Massachusetts General Hospital, principal autor do estudo.

Duas das quatro variantes identificadas estão envolvidas na regulação dos canais de cálcio, o que é crucial para o funcionamento adequado das células nervosas. “Eles são fundamentais ao trabalho dos neurônios”, disse à revista *Time* Bryan King, diretor do departamento de psiquiatria da criança e do adolescente da Universidade de Washington. “O balanço de cálcio e cloreto é crítico para a adequada atividade elétrica dos neurônios”. Essas descobertas genéticas são um primeiro passo. Falta compreender por que um problema nos canais de cálcio pode levar ao autismo em uma pessoa e, em outra, ao transtorno bipolar. Esse conhecimento pode contribuir para que a comunidade científica repense as doenças psiquiátricas que compartilham a mesma arquitetura genética. Uma coisa precisa ficar clara: ter essas variações não é certeza de desenvolvimento de qualquer uma dessas doenças. Posso mandar analisar o meu genoma e descobrir que herdei essas variações. E daí? O que faço com essa informação? Por enquanto, nada.

Essas variações aumentam o risco de surgimento dessas doenças, mas não representam uma sina. Segundo o que se sabe até hoje, essas são doenças provocadas por alterações genéticas, fatores bioquímicos e ambientais (estresse, ambiente hostil etc). Os genes são apenas um pedaço da história, mas um pedaço importante. Pode não parecer grande coisa, do ponto de vista prático, mas esse estudo é relevante. É assim, de grão em grão, fazendo ciência de qualidade, que o conhecimento avança. É assim que a ciência comprova que transtornos psiquiátricos não são “doenças inventadas”. Eles existem, de fato. Negá-los é produzir confusão, é impingir sofrimento desnecessário aos doentes e às famílias.

Existe uma profusão de diagnósticos errados? É verdade. Prescrições inadequadas, banalização do uso de drogas psiquiátricas, crença de que elas possam ser a melhor solução para acalmar crianças irrequietas, cumprir as metas da empresa ou trazer a felicidade... Tudo isso existe, é gravíssimo e precisa ser combatido. A evolução da medicina relegou a um segundo plano a subjetividade do paciente. As soluções aparecem em forma de comprimido. Com isso, muita gente se vê desobrigada de procurar as raízes da tristeza, do mal-estar, do desajuste.

Muita gente (em especial as crianças e os adolescentes) têm recebido medicamentos psiquiátricos, quando, na verdade, têm um problema psicológico – ou nem isso. Por outro lado, estudos genéticos como o publicado nesta semana, o avanço do conhecimento sobre a química do cérebro e novas ferramentas de diagnóstico por imagem permitem detectar transtornos psiquiátricos genuínos em pessoas que antes poderiam passar a vida inteira sofrendo e sem receber a devida atenção. O que faz a diferença é a qualidade do diagnóstico. Se for correto, salva vidas. Se for errado, as destrói. Por que, então, é tão difícil fazer um bom diagnóstico?

A Organização Mundial da Saúde reconhece a existência de todos os transtornos mentais citados neste texto. Nenhum deles é “doença inventada”. Para identificá-los, a maioria dos médicos se baseia num manual preparado pela Associação Americana de Psiquiatria, chamado DSM-IV. Ele lista os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas existentes. O objetivo desse manual é padronizar os critérios entre os profissionais, mas essa não é uma ferramenta perfeita. O ponto central do bom diagnóstico é a história do paciente. O médico precisa saber ouvir, ter tempo – tudo o que é impossível fazer numa consulta de dez minutos.

Tudo seria mais fácil se fosse possível detectar um transtorno com um exame preciso como o de glicemia, que detecta diabetes. Infelizmente, isso não é possível. Infelizmente, a vida é mais complicada. Mas acreditar na existência de “doenças inventadas” não melhora a realidade. Se pudesse, a indústria farmacêutica criaria uma doença por dia. Se pudesse, adotaria estratégias de vendas ainda mais nocivas e agressivas do que as praticadas hoje. Tudo isso precisa ser conhecido. Todos os abusos precisam ser denunciados.

No entanto, não me parece que as condições da humanidade tenham piorado depois que a vida moderna foi “medicalizada”. Ainda prefiro viver num mundo que dispõe de penicilina, vacinas, analgésicos, quimioterápicos... E também de drogas psiquiátricas para quem precisa. E você? O que achou desse estudo? Transtornos mentais são “doenças inventadas”? Conhece alguém que usa drogas psiquiátricas? Conte pra gente. Queremos ouvir sua história.

CRISTIANE SEGATTO é repórter especial, faz parte da equipe de ÉPOCA desde o lançamento da revista, em 1998. Escreve sobre medicina há 17 anos e ganhou mais de 10 prêmios nacionais e internacionais de jornalismo. **Revista ÉPOCA, Março de 2013.**

Depressão para a vida (LÚCIO PACKTER)

UMA EM até cinco pessoas pelo mundo, em um período da vida, provavelmente apresentará o que a medicina denomina *depressão*. Determinadas modificações químicas no cérebro com vinculação dos neurotransmissores (noradrenalina e serotonina, em maior proporção estas) estarão associadas a autoestima arruinada, tristeza continuada, alterações cognitivas graves. Cansaço, medo, desinteresse, vazio, sensação de dor, de morte, insônia.



Suponha que eu diga que um ventilador apresenta barulho, as pás se movimentam em baixa rotação, às vezes param. E em seguida, eu lhe digo que abriremos o pequeno motor elétrico do ventilador e que pesquisaremos o que faz com que ele apresente autoestima arruinada, tristeza continuada, cansaço. Você me diria que uma pessoa não é um ventilador? Sim, eu acredito que a maioria não é um ventilador; não sei dizer de todas, não as conheço. A Filosofia Clínica estuda alguns elementos dos bastidores mecânicos do fenômeno médico (não filosófico clínico) nomeado por depressão. Exemplo:

historicamente, a depressão é tida como apatia, renúncia, recuo, destituição dos elementos vitais. Uma falácia compreensível, mas cada vez menos justificável, se você tomar a Filosofia Clínica como estudo. Acredito na depressão como um movimento também de luta, de afirmação, de vida. N., senhora a quem atendi há muitos anos, escreveu na época: "... A única vez em que tenho a lembrança de estar realmente viva, Lúcio, foi quando estive em depressão. Aquele luto, tudo sem cor, dor no corpo, vontade de morrer é que me fez viver. Aprendi o que é viver na minha depressão. Sem a depressão a minha vida não teria graça nenhuma".

Mas é notório que alguns não desenvolvam a depressão, ainda que diante de quadros existenciais predisponentes historicamente a ela. Já algumas pessoas, pela constituição interna que formaram estruturalmente, caminham facilmente, pelo pequeno estímulo ou nenhum, em direção a ela. Encontram subterfúgios para um caminho rumo ao que se chama depressão. Há muitos exemplos. Um deles encontramos nas palavras de Nietzsche em *Para além do bem e do mal* quando escreve: "Os homens que conheceram a profundidade da tristeza, se traem quando são felizes, têm um certo modo de compreender a felicidade que parece mostrar que querem comprimi-la e sufocá-la, por ciúmes - porque sabem que, infelizmente, essa logo fugirá".

Também a sociedade pode empurrar grupos de pessoas a uma condição similar ao que a medicina chama de depressão por motivos que vão da lição à advertência. Mas qual a razão de, eventualmente, a sociedade promover a depressão e, concomitantemente, oferecer auxílio para a depressão que - neste caso - fomentou? Uma das respostas está na natureza da ajuda que a sociedade oferece (observe em quais condições os remédios e as terapias servem como paliativos, quando estão a serviço do próprio "mal" a que se propõem debelar). Existem fatores sociais, intrincados, derivativos, difíceis de mapear que podem levar ao que se denomina depressão. Diversos pesquisadores buscaram estes vetores; alguns autores os imaginaram, inventaram, enquanto outros os descobriram. Nem sempre esta diferença é relevante. Tomemos como exemplo o que Joaquim Nabuco escreveu em *O abolicionismo*, obra de 1884 (por favor, procure dar contexto ao escrito que segue): "Quanto às suas funções sociais, uma aristocracia territorial pode servir ao país de diversos modos: melhorando e desenvolvendo o bem-estar da população que a cerca e o aspecto do país em que estão encravados os seus estabelecimentos; tomando a direção do progresso nacional; cultivando, ou protegendo, as letras e as artes; servindo no exército e na armada, ou distinguindo-se nas diversas carreiras; encarnando o que há de bom no caráter nacional, ou as qualidades superiores do país, o que mereça ser conservado como tradição. Já vimos o que a nossa lavoura conseguiu em cada um desses sentidos, quando notamos o que a escravidão administrada por ela há feito do território e do povo, dos senhores e dos escravos.

Desde que a classe única, em proveito da qual ela foi criada e existe, não é a aristocracia do dinheiro, nem a do nascimento, que papel permanente desempenha no Estado uma aristocracia heterogênea e que nem mesmo mantém a sua identidade por duas gerações? Se, das diversas classes, passamos às forças sociais, vemos que a escravidão, ou as apropriou aos seus interesses, quando transigentes, ou fez em torno delas o vácuo, quando inimigas, ou lhes impediu a formação, quando incompatíveis".

Intensidade na experiência dos fenômenos relacionados à depressão é um dos fatores mais mencionados por pessoas que a viveram, como a tristeza muito forte. Existe aqui uma peculiaridade: a intensidade, de modo amplo, mas sem ser regra, liga-se imediatamente a dois eventos usualmente próximos. O primeiro, a paralisação de atividades que estavam em andamento; o segundo, ao contraste com os fenômenos internos. Mas já encontrei situações em clínica nas quais as pessoas atribuíam a intensidade por diferenciação e não por critérios de mais ou de menos.

A Analítica de Linguagem, um dos ricos veios da Filosofia Clínica, auxilia a decodificação dos laços internos, a mecânica da depressão, quando os dados de Semiose são verossímeis. Ou seja, observe a vizinhança, os referenciais, o movimento para uma aceção. E os casos nos quais tudo vai bem existencialmente, não há quaisquer registros que possam aventar a possibilidade de um quadro depressivo, nem histórico em torno da pessoa, e subitamente um forte episódio de depressão desce sobre a vida da pessoa arruinando suas buscas, seu trabalho, sua família? Eis um dos motivos pelos quais em Filosofia Clínica tanto se confere ênfase a interseções tópicas, aos movimentos estruturais.

A depressão também pode ser indicada existencialmente. Certa ocasião, em uma aula, sugeri a uma aluna farmacêutica que oferecesse em sua farmácia depressivos, e não apenas antidepressivos. A questão é que a sociedade na qual vivemos entende como razoável o antidepressivo e como uma afronta o remédio depressivo.

LÚCIO PACKTER é filósofo clínico e criador da Filosofia Clínica. Graduado em Filosofia pela PUC-FAFIMC de Porto Alegre (RS). É coordenador dos cursos de pós-graduação em Filosofia Clínica da Faculdade Católica de Cuiabá e Faculdades Itene de Cascavel. luciopackter@uol.com.br. **Revista FILOSOFIA, Março de 2013.**

Combate às drogas (DRAUZIO VARELLA)

NO COMBATE às drogas ilícitas vamos de mal a bem pior. Até quando insistiremos nesse autoengano policialesco-repressivo-ridículo que corrompe a sociedade e abarrotta as cadeias do país? Faço essa observação, leitor, porque será votado na Câmara um projeto de lei que endurece ainda mais as penas impostas a usuários e traficantes.

Em primeiro lugar, não sejamos ingênuos, a linha que separa essas duas categorias é para lá de nebulosa: quem usa, trafica. O universitário de família privilegiada compra droga só para ele? O menino da periferia resiste à tentação de vender uma parcela da encomenda, para diminuir o custo de sua parte?

Como amealha recursos o craqueiro da sarjeta que tem por princípio não roubar nem pedir esmola? Nas ruas, quem decide como enquadrar o portador de droga apanhado em flagrante é o policial. Entre o universitário branco de boas posses e o mulato do Capão Redondo você consegue adivinhar quem irá preso como traficante?

Embora considerada tolerante, a legislação vigente desde 2006 agravou a situação das cadeias. Naquele ano, foram presos por tráfico 47 mil pessoas, que correspondiam a 14% do total de presos no país. Em 2010, esse número saltou para 106 mil, ou 21% do total. O projeto a ser votado propõe várias ações controversas, para dizer o mínimo. Entre elas, a ênfase descabida na internação compulsória, enquanto os estudos mostram que o acompanhamento ambulatorial é a estratégia mais importante para a reinserção familiar e social dos dependentes. Isolá-los só se justifica nos casos extremos em que existe risco de morte.

O projeto propõe uma classificação surrealista das drogas de acordo com sua capacidade de causar dependência, segundo a qual alguém surpreendido com crack seria condenado a pena mais longa do que se carregasse maconha. No passado, os americanos adotaram lei semelhante, que condenava o vendedor de crack a passar mais tempo na cadeia do que o traficante de cocaína em pó. As contestações judiciais e os problemas práticos foram de tal ordem que a lei foi revogada, há mais de dez anos. O projeto reserva atenção especial à criação de um incrível "cadastro nacional de usuários". No artigo 16, afirma que "instituições de ensino deverão preencher ficha de notificação, suspeita ou confirmação de uso e dependência de drogas e substâncias entorpecentes para fins de registro, estudo de caso e adoção de medidas legais".

Nossos professores serão recrutados como delatores dos alunos para os quais deveriam servir de exemplo? Os colégios mais caros entregarão os meninos que fumam maconha para inclusão no cadastro nacional e "adoção de medidas legais"? O mais grave, entretanto, é o endurecimento das penas. Segundo a lei atual, a pena mínima para o fornecedor clássico é de cinco anos; o novo projeto propõe oito anos. Os que forem apanhados com equipamento utilizado no preparo de drogas, apenas com três a dez anos na legislação de hoje, passariam a cumprir de oito a 20 anos. As penas atuais de dois a seis anos dos informantes que trabalham para grupos de traficantes, seriam ampliadas para seis a dez anos. E por aí vai.

Enquanto um assassino covarde responde ao processo em liberdade, quem é preso com droga o faz em regime fechado. Não quero entrar na discussão de quanto tempo um traficante merece passar na cadeia, estou interessado em saber quanto vamos gastar para enjaulá-los. Vejam o exemplo do Estado de São Paulo, que conta com 150 penitenciárias e 171 cadeias públicas. Apenas para reduzir a absurda superlotação atual deveríamos construir mais 93 penitenciárias. Se levamos em conta que são efetuadas cerca de 120 prisões por dia, enquanto o número de libertações diárias é de apenas cem, concluímos que é necessário construir dois presídios novos a cada três meses.

DRAUZIO VARELLA é médico cancerologista. Por 20 anos dirigiu o serviço de Imunologia do Hospital do Câncer. Foi um dos pioneiros no tratamento da Aids no Brasil e do trabalho em presídios, ao qual se dedica ainda hoje. É autor do livro "Estação Carandiru" (Companhia das Letras). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Março de 2013.**

Medicina Integrativa (DIOGO SPONCHIARTO)

Veja o que a ciência sabe sobre a eficácia de 10 dessas práticas que chegam a hospitais e centros de pesquisa pelo mundo



Não se surpreenda se, ao entrar no hospital, você deparar com uma plaquinha indicando um setor de acupuntura ou uma ala dedicada à prática de ioga ou hipnose. Chamadas antes de alternativas, as terapias complementares são temas de cada vez mais estudos e estão invadindo centros médicos no Brasil e no mundo — algumas delas já estão disponíveis inclusive em postos de saúde pelo Sistema Único de Saúde, o SUS.

Agora em fevereiro, para confirmar essa tendência, começa o primeiro curso nacional de pós-graduação em medicina integrativa, ministrado pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. Medicina Integrativa é a abordagem que procura casar tradicionais práticas baseadas em evidência com métodos que, em vez de focar num problema específico, buscam tratar o corpo como um todo.

Nos Estados Unidos, o próprio governo estimula a pesquisa e a adesão a essas práticas com o Centro Nacional para Medicina Complementar e Alternativa (NCCAM na sigla em inglês), cujo orçamento supera US\$ 120 milhões. No levantamento mais recente sobre o tema, o Instituto Samueli mostrou que 42% dos hospitais nos EUA (de 714 pesquisados) ofereciam terapias complementares em 2010 — em 2007, o número era 37%.

Isso inclui centros prestigiados como MD Anderson e Memorial Sloan-Kettering Cancer Center e universidades como Harvard, que já dispõem de departamentos dedicados à pesquisa e aplicação de acupuntura, técnicas de relaxamento e afins. O número de estudos sobre o tema cresceu 33% em cinco anos, de acordo com o banco de dados de publicações médicas Pubmed. Só em 2011 foram 514 artigos divulgados.

A demanda também está em alta. Na última pesquisa do NCCAM sobre o uso dessas terapias, observou-se que, em 2008, quatro em cada dez americanos recorriam a elas. A partir deste ano, teremos uma noção desse cenário no Brasil.

“Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, incluiremos, pela primeira vez, perguntas ligadas à medicina integrativa, para saber o quanto o brasileiro a utiliza e quais as terapias mais empregadas”, conta Patrícia Chueiri, coordenadora de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

Em São Paulo, hospitais de ponta, como o Einstein e o Sírio-Libanês já contam com serviços de abordagem integrativa. Mas a tendência não é exclusividade dos centros mais caros. O SUS oferece fitoterapia, homeopatia e práticas da medicina tradicional chinesa, como acupuntura.

O impulso para essa oferta veio em 2006, quando se lançou a Política Nacional de Práticas Integrativas. Desde então, cada vez mais postos de saúde fornecem tais práticas. Segundo o Ministério da Saúde, em 2011 foram realizadas mais de 600 mil sessões de acupuntura em mais de 100 municípios; no ano passado, até setembro, foram contabilizados mais de 730 mil. Ainda em 2012, registraram-se cerca de 245 mil sessões de práticas de origem chinesa como tai chi chuan.

“O Brasil está na vanguarda nesse aspecto, uma vez que na maioria dos países ocidentais essas terapias estão mais concentradas no âmbito privado”, diz Patrícia. Na área da fitoterapia, já são 12 extratos de plantas com eficácia demonstrada que podem ser receitados pelos médicos nas unidades básicas de saúde. “A ideia é aumentar esse leque e, por isso, trabalhamos com a perspectiva de ampliar em 20% os recursos voltados a fitoterápicos”, conta Carlos Gadelha, secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério.

Aos poucos, a medicina integrativa ganha evidências científicas e vence a resistência de profissionais mais ortodoxos. “Ela propõe um resgate das práticas mais antigas sem negar os avanços da medicina convencional”, define o médico Paulo de Tarso Lima, coordenador do Grupo de Medicina Integrativa do Hospital Israelita Albert Einstein. Esse modelo tem raízes na concepção milenar de saúde dos orientais. “Entendemos que o processo de cura não depende de um procedimento, mas da reação do organismo. As terapias são ferramentas para que se restabeleça o equilíbrio e o paciente se recupere”, explica Lima.

Daí porque se prefere o termo “integrativo” a “alternativo”: a proposta não é trocar um tratamento por outro, mas analisar qual deles ou que combinação teria melhor resultado, sem perder de vista a necessidade de oferecer conforto num momento penoso. “Se pensarmos em alguém com câncer, não podemos tratar apenas o tumor.

preciso considerar outras demandas desse paciente, como questões emocionais, espirituais e familiares. Nesse contexto, terapias complementares ajudam a minimizar a dor, a ansiedade ou depressão e até efeitos colaterais dos tratamentos convencionais”, diz Plínio Cutait, responsável pelo serviço de cuidados integrativos do Hospital Sírio-Libanês, que lança mão de reiki, acupuntura, meditação e outras técnicas.

Sob investigação

O programa de pós-graduação do Einstein contempla terapias de toque, técnicas que trabalham a conexão mente/corpo e as medicinas chinesa e indiana, mas deixa clara a preocupação de investigar quando faz sentido aplicá-las.

“Só com análise crítica podemos ver o que realmente funciona e merece ser incorporado ao dia a dia”, conta a enfermeira e pesquisadora Eliseth Leão, que comanda a iniciativa ao lado de Lima. Essa mesma visão norteia estudos nos EUA. O Memorial Sloan-Kettering Cancer Center liderou uma das maiores revisões sobre acupuntura e dor crônica, concluindo que sua eficácia não se resume a efeito placebo.

Em Harvard, uma das linhas de pesquisa analisa o papel da meditação para contrapor problemas cognitivos. E no próprio Einstein exames de neuroimagem são usados para entender como meditar interfere no cérebro.

Às vezes surgem até conclusões conflitantes: trabalhos dizendo que ioga ajuda a acabar com dores crônicas e outros questionando isso, o que justifica a necessidade de realizar pesquisas bem construídas, com grande número de participantes. Há casos, como o dos florais de Bach, em que revisões indicam que seu efeito é semelhante ao placebo.

O Ministério da Saúde também lançou editais de pesquisa para investigar o custo/efetividade dessas terapias e seus benefícios nas doenças crônicas. Essas análises permitirão responder se as práticas integrativas ajudam a poupar os cofres públicos. “Num primeiro momento, sabemos que há um gasto para montar farmácias homeopáticas ou de fitoterápicos, bem como capacitar profissionais. Mas talvez se economize em longo prazo”, diz Patrícia.

Faz sentido se considerarmos que a medicina integrativa procura não só resolver um problema, mas reequilibrar o organismo para prevenir novas crises. É de esperar que, diante de indicações aprovadas pela ciência, quem saia lucrando é a saúde do brasileiro.

1. Acupuntura

Agulhadas contra a dor

Como as pesquisas sugerem que a acupuntura funciona



1. AGULHOU

O acupunturista introduz as agulhas finíssimas e descartáveis em pontos predeterminados pela medicina tradicional chinesa — são mais de 300. Cada ponto tem uma ou mais funções, relacionadas, por exemplo, ao estado de alguns órgãos e ao controle das emoções. As agulhas passam por toda a pele e entram em contato com o músculo.

2. EFEITO NERVOSO

Nesse caminho a espetada aciona diversas terminações nervosas. Além de relaxar a musculatura local, esse estímulo é transmitido, por meio dos nervos, até a medula espinhal, fazendo com que ela libere substâncias que cortam a sensação de dor.

estímulo nervoso

medula

neurônio

neurotransmissores

3. IMPACTO CEREBRAL

A história não termina aí: os impulsos nervosos são redirecionados à massa cinzenta. Ali são ativadas áreas do cérebro que administram a dor e liberados mensageiros químicos, os neurotransmissores, com destaque para a serotonina, por trás da sensação de bem-estar, e endorfina, nosso analgésico orgânico.



1. ACUPRESSÃO

Em vez das agulhas, o terapeuta recorre às próprias mãos ou aos dedos para massagear e pressionar determinadas regiões do corpo. É recomendada para quem tem fobia de ser espetado.



2. LOCALIZADA

Também conhecida como acupuntura por sistemas: as agulhas são focadas em áreas do corpo, como orelhas, cabeça e pés. Essas regiões apresentam um número expressivo de pontos que fazem conexão com o resto do organismo.



3. ELETRO-ACUPUNTURA

É parecido com o método tradicional. A diferença é que as agulhas estão ligadas a um aparelho emissor de correntes elétricas. Esse estímulo mais intenso poderia agilizar a resposta à terapia.



4. MOXABUSTÃO

O especialista queima bastões feitos de ervas (eles lembram incenso) próximo aos locais onde ficam os pontos. O estímulo se dá, portanto, em função do calor, mas a pele não chega a ser tocada, nem queimada.

A prática milenar de origem chinesa vira e mexe é colocada à prova pela ciência. Nos últimos anos, pesquisadores queriam saber se a ação das agulhas em pontos específicos não era algo apenas deflagrado pela mente (o tal efeito placebo) e decifrar como ela interfere no organismo. No final de 2012, um dos maiores estudos na área, financiado pelo Centro Nacional de Medicina Complementar e Alternativa dos EUA, jogou evidências sobre a discussão: depois de revisar 29 pesquisas, totalizando quase 18 mil participantes, o trabalho mostra que a acupuntura tradicional ajuda a combater dores crônicas nas costas, na cabeça e ligadas à artrite. “Essa é a maior análise já feita para verificar se há diferenças entre a terapia de verdade e a baseada em pontos falsos, o placebo. Ela resolve a questão de que a acupuntura não se restringe a um mero efeito da mente”, diz o epidemiologista Andrew Vickers, do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, líder da investigação. Estudos já identificaram áreas do cérebro acionadas pelas agulhas, entre elas nosso centro de controle da dor. “A acupuntura promove a liberação de substâncias analgésicas, as endorfinas, mas precisamos entender agora como se dá essa ação permanente na dor crônica”, diz Vickers.

Origem: China Antiga

Principais indicações: dor nas costas, dor de cabeça, problemas nas articulações, pressão alta, sintomas indesejados da menopausa e da gravidez, ansiedade, depressão, insônia, efeitos adversos de tratamento contra o câncer, distúrbios cognitivos

Contraindicações: pessoas com alergia intensa ou lesões na pele, muita sensibilidade a agulhas, fobia de ser picada e imunidade baixa

Onde faltam evidências: enxaqueca crônica, tratamento de alguns tipos de câncer, doenças cardíacas agudas

2. Homeopatia

Quem é que nunca fez (ou pelo menos já ouviu falar em alguém que fez) um tratamento com gotinhas ou comprimidos homeopáticos? Desde que a Associação Médica Brasileira a reconheceu como uma especialidade em 1980, a homeopatia se tornou bastante popular no país. Tal avanço não eliminou, contudo, a desconfiança de uma extensa parcela dos próprios médicos, que acreditam na falta de evidências capazes de legitimar seu uso. “A medicina hoje é muito atrelada ao mercado e a indústria farmacêutica teme a homeopatia pelo fato de que ela é simples, mais barata e contraria o filão dos laboratórios, que é a doença em si”, opina o pediatra e homeopata Renan Marino, professor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Marino desenvolveu uma experiência pioneira com um remédio homeopático frente à epidemia de dengue que assolava essa cidade no interior paulista. Cerca de 20 mil doses foram distribuídas entre a população e houve uma queda de 80% no número de casos da infecção registrados — e nenhuma pessoa evoluiu para a forma hemorrágica e mais grave da doença. Hoje, o especialista investiga o potencial da homeopatia em crianças com hiperatividade. “Em 80% dos casos, podemos tirar a droga normalmente prescrita e só o homeopático já consegue equilibrar a agitação”, conta. Apesar desses resultados, há pesquisadores que questionam sua eficácia e modo de ação. O médico alemão Edzard Ernst, da Universidade de Exeter, na Inglaterra, afirma, depois de inúmeras investigações no campo das terapias alternativas, que seu efeito não passa de placebo. “Um remédio homeopático costuma ser tão diluído que não chega a ter qualquer molécula ativa. Há quem defenda que algum tipo de energia é transferido ao produto no processo de diluição, mas essa hipótese é implausível”, diz. Com base nisso, Ernst salienta que a homeopatia não deveria substituir intervenções convencionais diante de um problema de saúde mais grave.

Origem: criada pelo alemão Samuel Hahnemann no século 19 com base em princípios descritos pelo grego Hipócrates no século 4 a.C.

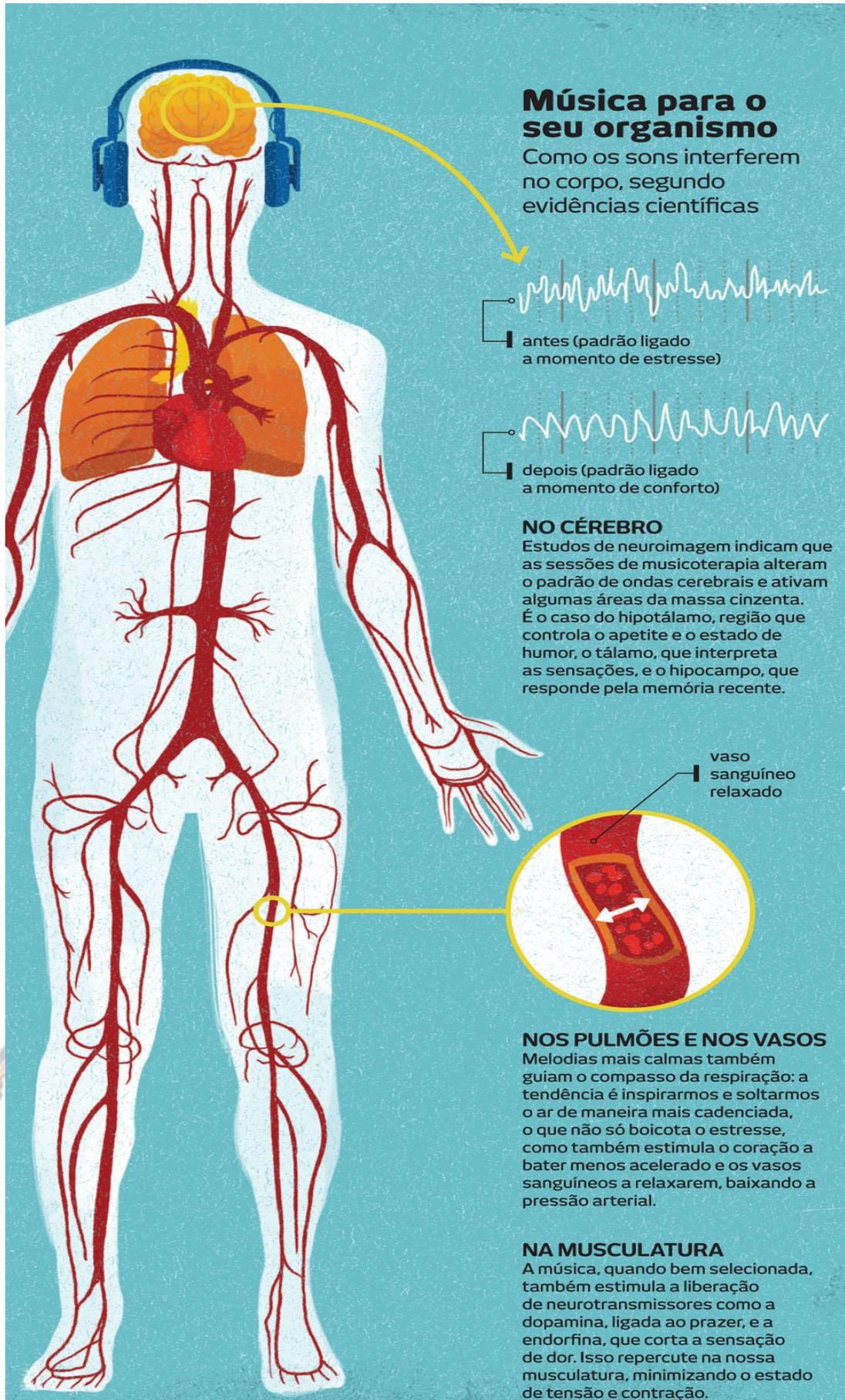
Indicações: pode ser usada sozinha ou junto a um tratamento convencional em diferentes problemas, como resfriados, bronquite e sinusite, doenças que geram dor crônica e queimaduras

Contraindicações: não há, a menos que existam reações adversas a compostos específicos

Onde faltam evidências: Infecções severas, alergias e dermatites intensas, quadros que cobram internação

3. Musicoterapia

Assim como um sambão instiga o corpo a se mexer e uma sonata nos deixa contemplativos, a capacidade que a música tem de alterar o ânimo é utilizada com fins terapêuticos. “As melodias interferem no sistema límbico, nosso centro das emoções, alteram o padrão de ondas cerebrais e propiciam a liberação de substâncias relaxantes e analgésicas”, diz Eliseth Leão, cujo mestrado e doutorado tratam de musicoterapia. Um experimento da Universidade do Kentucky, nos EUA, mostrou que pessoas submetidas a cirurgia e expostas a uma seleção musical durante e após a operação se recuperaram mais rápido que aquelas que só ouviram os médicos conversando. A hipótese é que sons plácidos aliviem o estresse e tirem o foco da situação a ser enfrentada. As sessões de musicoterapia duram, em geral, 20 minutos e podem ser em grupo ou individuais. “A escolha do repertório respeita o objetivo do tratamento e o perfil do paciente”, diz Eliseth. E a terapia continua até fora do consultório, já que é possível escutar um playlist em casa.



Música para o seu organismo

Como os sons interferem no corpo, segundo evidências científicas

antes (padrão ligado a momento de estresse)

depois (padrão ligado a momento de conforto)

NO CÉREBRO

Estudos de neuroimagem indicam que as sessões de musicoterapia alteram o padrão de ondas cerebrais e ativam algumas áreas da massa cinzenta. É o caso do hipotálamo, região que controla o apetite e o estado de humor, o tálamo, que interpreta as sensações, e o hipocampo, que responde pela memória recente.

vaso sanguíneo relaxado

NOS PULMÕES E NOS VASOS

Melodias mais calmas também guiam o compasso da respiração: a tendência é inspirarmos e soltarmos o ar de maneira mais cadenciada, o que não só boicota o estresse, como também estimula o coração a bater menos acelerado e os vasos sanguíneos a relaxarem, baixando a pressão arterial.

NA MUSCULATURA

A música, quando bem selecionada, também estimula a liberação de neurotransmissores como a dopamina, ligada ao prazer, e a endorfina, que corta a sensação de dor. Isso repercute na nossa musculatura, minimizando o estado de tensão e contração.

Origem: embora o uso da música em rituais terapêuticos remonte à Antiguidade, sua entrada pra valer na medicina moderna se deu na década de 1960

Principais indicações: controle do estresse, dores agudas e crônicas, ansiedade, depressão, distúrbios cognitivos, autismo, recuperação no câncer

Contraindicações: vítimas recentes de derrame e portadores de epilepsia musicogênica (condição rara em que os estímulos sonoros provocam convulsões)

Onde faltam evidências: doenças psiquiátricas que geram estados de excitação e alucinação

4. Fitoterápicos

Vem da planta, doutor?

Conheça os 12 fitoterápicos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilizados em postos de saúde pelo país

ISOFLAVONA (DA SOJA)

Glycine max
Indicação: sintomas indesejados da menopausa, como fogachos e insônia

ESPINHEIRA-SANTA

(Maytenus ilicifolia)
Indicação: má digestão, gastrite e úlcera

ALCACHOFRA

Cynara scolymus
Indicação: desconforto abdominal depois das refeições, má digestão e atua no controle do colesterol alto

SALGUEIRO

Salix alba
Indicação: tem poder anti-inflamatório, sendo recomendado especialmente em casos de dor na lombar

HORTELÃ

Mentha piperita
Indicação: controle de enjoo, náusea e flatulências e tratamento de doenças intestinais

AROEIRA

Schinus terebenthifolius
Indicação: tem propriedades cicatrizantes e antissépticas e combate inflamações. Usada em forma de pomada para problemas ginecológicos

GARRA-DO-DIABO

Harpagophytum procumbens
Indicação: devido ao seu efeito anti-inflamatório, é destinado ao tratamento de dores agudas na região lombar e artrose

BABOSA

Aloe vera
Indicação: como pomada, é usada contra queimaduras de 1º e 2º graus e auxilia em casos de psoríase

NÃO TEM MILAGRE

Fique esperto com a propaganda de produtos naturais, especialmente quando eles apregoam benefícios sem fim ou resultados espetaculares. Diversas fórmulas para emagrecer não possuem evidências que legitimem seu uso. E mesmo fitoterápicos populares, como o ginkgo biloba, nem sempre funcionam. Dois novos estudos mostraram que ele não ajuda a controlar a pressão arterial, nem auxilia a brevar a progressão do Alzheimer.

GUACO

Mikania glomerata
Indicação: por seu efeito expectorante e broncodilatador, ajuda a tratar infecções respiratórias e bronquite

CÁSCARA-SAGRADA

Rhamnus purshiana
Indicação: constipação intestinal

PLANTAGO

Plantago ovata forsk
Indicação: constipação intestinal e problemas no cólon (intestino)

UNHA-DE-GATO

Uncaria tomentosa
Indicação: por atuar na regulação de processos imunológicos, ajuda a tratar problemas reumatológicos

Um dos hábitos mais antigos da humanidade é recorrer à natureza para abrandar males do corpo e da alma. E não é à toa que uma porção de remédios, hoje fabricados por farmacêuticas, tem seu princípio ativo baseado em substâncias encontradas originalmente em plantas. A fitoterapia se apoia justamente no princípio de usar o que o reino vegetal oferece para tratar doenças e isso pode ser feito por meio de extratos, infusões, cápsulas, pomadas... Sua força no Brasil parece vir das nossas heranças históricas — basta pensar na cultura indígena — e da diversidade da nossa flora. Acontece que, a exemplo de outras práticas, o uso de plantas carece do carimbo científico, ainda mais porque dosagens e combinações equivocadas são capazes de derrubar o organismo. Felizmente, muitas instituições, como a Universidade Estadual de Campinas e a Federal de Santa Catarina, investem na pesquisa de fitoterápicos.

E, antenado à tendência, o próprio SUS oferece 12 extratos de plantas em sua rede. “São fitoterápicos aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária em critérios de eficácia e segurança”, diz Carlos Gadelha, secretário de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (confira no esquema ao lado).

Origem: plantas são usadas como remédios em todo o mundo desde a pré-história

Principais indicações: dores, processos inflamatórios, problemas gastrointestinais e do aparelho respiratório e colesterol alto

Contraindicações: em tese, todos os fitoterápicos podem apresentar riscos e efeitos adversos, daí a necessidade de uma indicação médica

5. Aromaterapia

CHEIRO BOM

Veja alguns exemplos de óleos essenciais com efeitos estudados



LAVANDA: minimiza a tensão diária, a ansiedade e a fadiga. Tem potencial anti-inflamatório e cicatrizante



MENTA: possui efeito antisséptico, combate a má digestão e melhora a circulação



CAPIM LIMÃO: minimiza o estresse e a ansiedade e tem ação analgésica, sedativa e anticonvulsiva



CIPRESTE: tem poder anti-inflamatório e favorece o raciocínio e a concentração

O químico francês René Gattefossé descobriu quase sem querer, nos anos 1920, o poder dos óleos essenciais: depois de queimar a mão, ele percebeu que o aroma da lavanda acalmava a dor. De lá pra cá, essa estratégia foi estendida para uma legião de plantas e virou abordagem terapêutica, a aromaterapia. Hoje, em países como Inglaterra e França, ela deixou spas para ser incorporada ao ambiente hospitalar. O óleo de lavanda, um dos mais famosos, já é usado em alas de queimados devido ao seu efeito calmante e analgésico. O potencial do método se deve à alta concentração do princípio ativo presente no óleo: o efeito de uma gota equivaleria ao de 25 xícaras do chá. “No tratamento, levamos em conta as queixas do paciente e suas preferências aromáticas. O uso pode ser feito por meio de cremes, sabonete líquido, massagem com o óleo ou através de um vaporizador”, explica Sandra Spiri, presidente da Associação Brasileira de Aromaterapia e Aromatologia. Hoje a principal ação dos óleos essenciais é o combate ao estresse e à ansiedade, o que justificaria, segundo novos trabalhos, seu benefício cardiovascular. Na Universidade Médica Taipei, em Taiwan, notou-se que uma curta exposição ao óleo de tangerina, por exemplo, ajuda a baixar a pressão arterial.

Origem: há relatos de que, na Antiguidade, egípcios, romanos, hindus e chineses já usavam óleos essenciais. Mas a terapia entrou na era científica com o químico francês René Gattefossé, no início do século 20

Principais indicações: controle de estresse, ansiedade e dores

Contraindicações: idosos ou pessoas que tomam muitos medicamentos, indivíduos com alergia e gestantes

Onde faltam evidências: quadros de náusea e vômito intensos; o uso terapêutico isolado é, muitas vezes, pouco efetivo

6. Hipnose

Quando chegamos em casa e não lembramos o percurso das últimas quadras é porque estávamos numa espécie de transe — o inconsciente se manifesta enquanto é mantida uma reserva de vigilância. A hipnose nos induz a um estado semelhante e isso já é explorado no tratamento de depressão, fobias, distúrbios sexuais e alimentares. Até condições com sintomas mais físicos são enfrentadas — e convém esclarecer que o paciente é submetido a um treinamento até poder passar pelo tratamento. Um estudo publicado pelas universidades de Baylor, Texas e Indiana, nos EUA, com 187 mulheres com calorões motivados pela menopausa, mostrou que aquelas submetidas à hipnose tiveram uma redução de 74% na frequência desse incômodo contra 13% do grupo de controle.

Origem: o termo e seus precursores, Jean-Martin Charcot, Josef Beurer e Sigmund Freud, vêm do final do século 19

Principais indicações: distúrbios psicológicos, transtornos sexuais e alimentares, controle da dor, de vícios e manias, insônia

Contraindicações: não há, mas é ineficaz em pessoas não-suscetíveis

Onde faltam evidências: como anestésico em cirurgias de grande porte, dores agudas e doenças nervosas

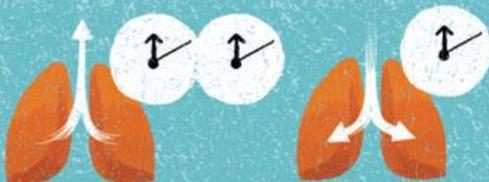
7. Técnicas de respiração

1,2,3... RESPIRE

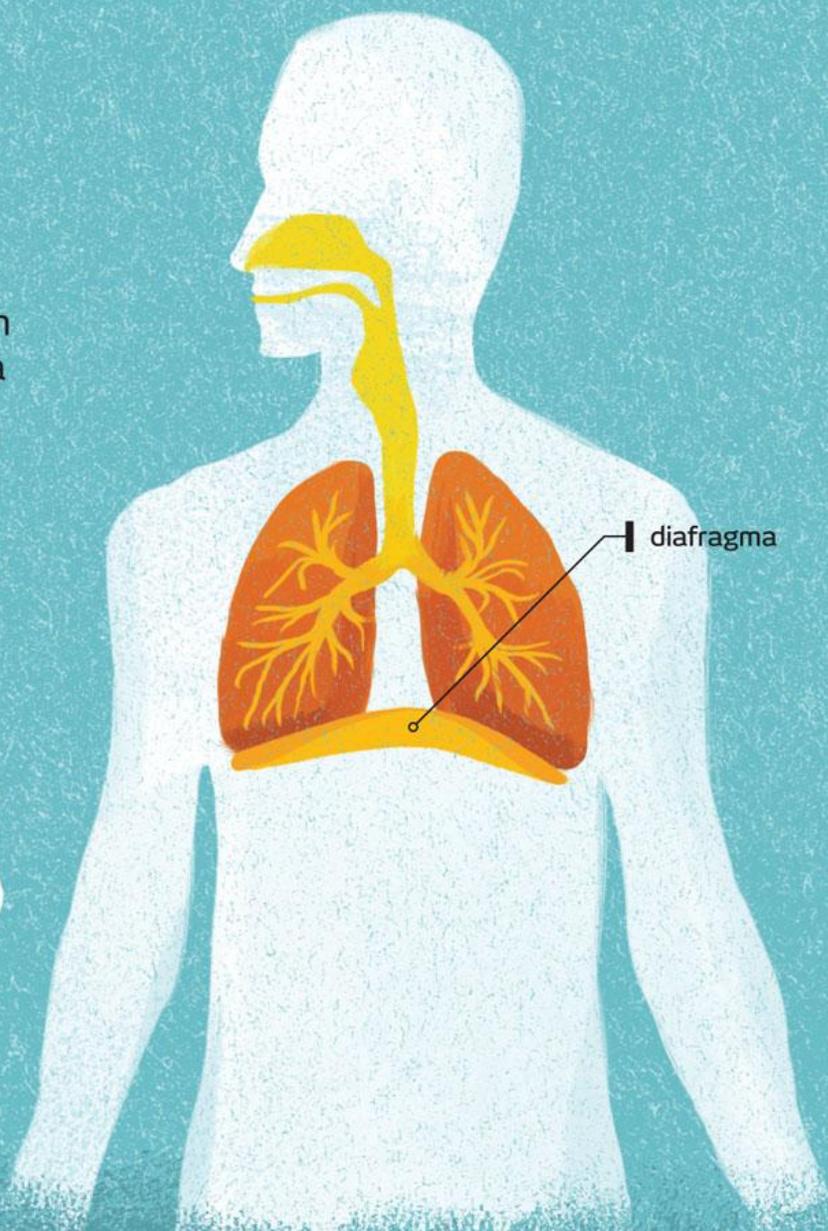
Como seria a forma correta de inspirar e soltar o ar a fim de minimizar a tensão diária

1. Fique sentado em postura reta, de preferência apoiado numa cadeira. Inspire de modo lento e profundo a fim de usar o diafragma, o músculo da respiração, que fica logo abaixo dos pulmões.

2. No momento de soltar o ar, prolongue a expiração até esvaziar os pulmões, mas sem que isso provoque um incômodo.



Para facilitar, cronometre o tempo e faça com que o período de expiração dure quase o dobro do de inspiração.



Uma ação simples e até obrigatória para o organismo vem sendo explorada como coadjuvante no tratamento de distúrbios psicológicos. Trabalhar o ritmo da respiração, utilizando mais o diafragma (o músculo que impulsiona o inspirar e o expirar) e controlando a entrada e a saída de ar, é uma tática bem-sucedida para subjugar e afastar ataques de pânico e ansiedade, como indicam estudos do psiquiatra Antonio Egidio Nardi, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. "Isso ajuda a complementar o tratamento com remédios", diz. Há diversos treinos de respiração e um dos mais famosos é o método Sudarshan Krya, do ioga, tema de trabalhos na Universidade Harvard que demonstraram sua eficácia no controle do estresse, colesterol e insônia. Num experimento do Instituto do Coração de São Paulo (Incor), os médicos observaram que exercícios respiratórios melhoraram os níveis de pressão arterial de idosos. "O ritmo de respiração mais lento ativa o lado calmo do sistema nervoso autônomo, estimulando o relaxamento dos vasos", justifica o pneumologista Geraldo Lorenzi Filho. Esta e outras técnicas ainda colaboram para controlar a asma e minorar a dor no parto.

Origem: algumas técnicas, como a do ioga, têm registros milenares

Principais indicações: controle do estresse, de crises de ansiedade, ataques de pânico, dores agudas e da pressão arterial

Contraindicações: a princípio, não há

Onde faltam evidências: até agora, não há evidências contrárias, mas o uso terapêutico isolado não controla totalmente doenças crônicas

8. Meditação

Pessoas que dedicam um espaço da agenda a essa desconexão com o mundo — e olha que existem diversas formas de meditação — não só viveriam menos abatidas pelo estresse como estariam mais blindadas contra doenças. Um trabalho da Universidade de Wisconsin-Madison, nos EUA, acaba de demonstrar, depois de um teste com 154 voluntários, que indivíduos que meditam meia hora por dia correm menor risco de sofrer com gripes e resfriados e perder dias de trabalho por isso. "É provável que, interferindo no sistema nervoso, a prática ajude a regular a imunidade", diz o autor, Bruce Barrett. Além da verve preventiva, a meditação também tem passado nas provas que avaliam sua capacidade de melhorar sintomas e dar qualidade de vida: há estudos com resultados positivos em hipertensão, esclerose múltipla e doença de Parkinson. "Estamos avaliando, com exames de ressonância magnética, o impacto da meditação tibetana em pessoas que sofreram danos cognitivos por causa da quimioterapia", conta Paulo de Tarso Lima, do Hospital Albert Einstein.

Origem: depende do tipo (budista, cristã, transcendental...). A prática está ligada a religiões e culturas orientais desde a Antiguidade

Principais indicações: gerenciamento do estresse, controle da dor, ansiedade e depressão, distúrbios nervosos, controle de efeitos colaterais de terapias agressivas

Contraindicações: a princípio, não existem, mas a prática tem de ser devidamente orientada

Onde faltam evidências: doenças psiquiátricas em crise, tratamento do câncer em si

9. Massagem

Ninguém duvida do poder relaxante de uma boa massagem, mas os profissionais da área ainda lutam para diferenciar uma simples sessão antiestresse (feita até no shopping) de uma intervenção capaz de fazer o corpo reagir a algum desconforto ou problema de saúde. Embora a base seja a mesma — manipular tecidos moles do corpo —, existem várias categorias de massagem: sueca, chinesa, shiatsu, clínica... A exemplo de outras terapias, essa abordagem deve seus louros a minimizar a tensão e toda a cascata de irregularidades desencadeada por ela, como cansaço constante, dores musculares e pressão alta. Isso porque o estado de relaxamento propiciado em uma sessão baixa a concentração de cortisol, o hormônio do estresse, e melhora a qualidade do sono, imprescindível para manter o sistema nervoso sob equilíbrio. Mas a técnica pode se prestar também a efeitos mais localizados. Um estudo capitaneado pela Universidade Duke, nos EUA, aponta que, quando aplicada uma hora por dia toda semana, a massagem sueca, marcada por manipulações mais intensas focadas na musculatura, é eficaz no controle da dor em pessoas com artrose no joelho, problema que não raro resiste a tratamentos convencionais. Hoje, aliás, se busca distinguir os conceitos de massagem terapêutica e clínica. "A primeira é mais de caráter preventivo, enquanto a segunda visa intervir para ajudar a corrigir um problema", diz Rogério Pires, presidente da Associação Brasileira de Massoterapia Clínica.

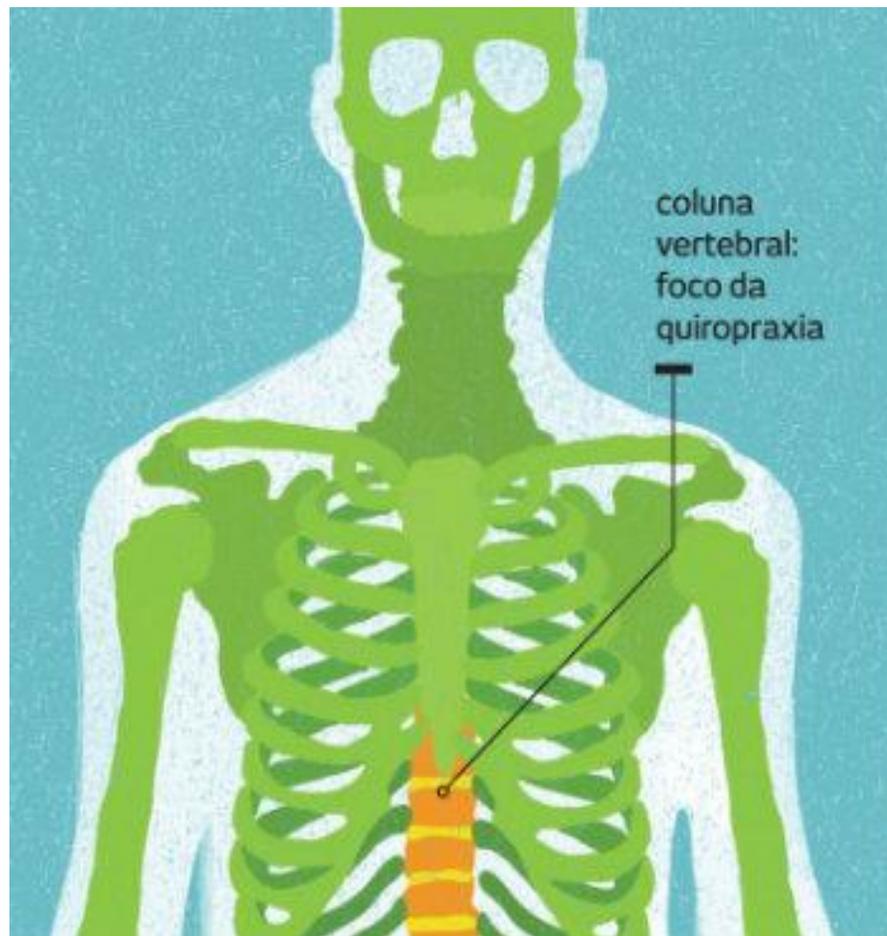
Origem: é uma prática milenar que faz parte, desde a Antiguidade, da cultura indiana, chinesa, tailandesa, romana e egípcia

Principais indicações: controle do estresse, melhoria da qualidade do sono, gerenciamento da dor, constipação intestinal e recuperação de problemas musculares

Contraindicações: pessoas em tratamento contra alguns tipos de câncer, indivíduos com varizes acentuadas ou diante de um processo inflamatório acentuado na pele ou nas articulações

Onde faltam evidências: dores agudas e intensas, alguns tipos de câncer, lesões ortopédicas

10. Quiropraxia



Quem já ouviu falar nesse método, bastante popular nos Estados Unidos, tende a pensar que ele é uma espécie de massagem com estalos nas costas. Mas a proposta vai além disso. “Por meio de movimentos precisos na coluna, que por vezes geram estalidos, a quiropraxia visa melhorar o alinhamento das vértebras para que a comunicação do sistema nervoso com a periferia se dê de forma mais harmoniosa”, explica Ana Paula Facchinato, coordenadora do curso de Quiropraxia da Universidade Anhembi Morumbi, em São Paulo. O principal alvo da técnica é, de fato, toda a extensão da coluna vertebral, e há situações em que seu potencial supera o de remédios. Um estudo da Universidade de Ciências da Saúde Northwestern, nos EUA, revelou recentemente que técnicas de manipulação como a quiropraxia são mais eficazes em controlar dores na região do pescoço que medicamentos e exercícios caseiros. Só vale lembrar que, antes de recorrer ao método, é preciso fazer uma avaliação detalhada da origem do incômodo, até porque em alguns quadros de hérnia de disco e osteoporose ela é contraindicada.

Origem: Estados Unidos, pelo estudioso de fisiologia e biomecânica humana canadense Daniel Palmer, em 1895

Principais indicações: dor na lombar, dor no pescoço, problemas decorrentes de postura e de alterações no corpo (como gestantes)

Contraindicações: osteoporose grave, hérnia de disco e doenças reumatológicas em crise, vítimas de derrame e algumas pessoas com histórico de câncer

Onde faltam evidências: tratamento de dores agudas ligadas à hérnia de disco ou reumatismos

Entenda o Efeito Placebo

Esse termo, que vem do latim e significa “vou agradecer”, se refere a uma reação do organismo disparada pela crença de que um tratamento surtirá resultado. Esse efeito mental é inerente ao ser humano e pode ser mais ou menos impactante dependendo da expectativa do paciente e do grau de confiança na terapia ou no terapeuta. Mesmo quando se toma um comprimido comprovadamente eficaz, pode-se debitar parte de sua ação à esperança e vontade de que ele traga benefício. Não é por menos que a maior parte dos estudos clínicos de qualidade recorre à comparação “tratamento de verdade versus placebo” para verificar se o objeto de análise funciona e o quanto funciona — nesses casos, parte dos voluntários recebe pílulas falsas ou agulhas fajutas, por exemplo. Se no duelo estatístico a terapia não superar significativamente o placebo, perde sua validade como estratégia de combate ao problema. O efeito placebo também dá as caras na rotina de consultórios e hospitais. E tem um lado muito positivo: afinal, quanto maior a crença no tratamento (e o ambiente e a simpatia do médico fazem, sim, diferença), maior a chance de que o corpo ganhe força para se recuperar mais rápido.

Conheça mais 7 terapias

1. Reiki

Técnica que se baseia na transmissão de energia para o corpo por meio da imposição das mãos sobre determinadas partes do organismo. Estudos, com ratos e humanos, sugerem que ela ativa o sistema imune e ajudaria a tratar doenças infecciosas e câncer, mas faltam evidências de como e até que ponto isso acontece.

2. Ioga

É uma atividade com caráter mais preventivo do que terapêutico. Pesquisas legitimam seu potencial para combater dores nas costas, por conta do fortalecimento muscular e do estado de relaxamento pós-sessão. A dificuldade é montar estudos para saber se isso supera o placebo (não há como ensinar uma ioga falsa).

3. Ayurveda

Trata-se da medicina milenar indiana, que inclui práticas como massagem, meditação e uso de alimentos e plantas. A maioria dos estudos com as ervas ainda é feita em ratos, com resultados que nem sempre podem ser transferidos para o contexto humano. Um deles mostrou que o fruto triphala facilita a perda de peso.

4. Florais de Bach

São essências à base de flores e ervas destinadas a modificar estados mentais específicos. Duas revisões de estudos concluídas recentemente, uma no âmbito geral e outra focada no efeito contra a dor, sinalizam que não há evidências suficientes de que elas propiciem mais benefício do que o placebo.

5. Calatonia

O terapeuta promove toques sutis em pontos determinados no corpo. Trabalhos realizados inclusive no Brasil sugerem que a técnica de origem húngara ajudaria pessoas operadas a se recuperarem mais rápido sem precisar de tantos remédios. Mas ainda há uma quantidade pequena de estudos de grande porte com a técnica.

6. Termalismo

A terapia é oferecida pelo SUS em caráter de observação. Os efeitos das estações termais estão relacionados à temperatura da água e suas propriedades minerais. O conceito é mais popular na Europa e na Ásia e há indícios de que, além de contrariar o estresse, o termalismo ajuda a tratar problemas circulatórios.

7. Tai-chi-chuan

É uma arte marcial cujos movimentos são realizados lentamente. Trabalha a mente, os músculos e o sistema cardiorrespiratório, e tem sido incorporada a serviços de geriatria, como no Hospital das Clínicas de São Paulo. Os achados científicos dizem respeito a seu combate a dores crônicas, como na artrose e fibromialgia, e prevenção de quedas em idosos.

DIOGO SPONCHIARTO é Jornalista e escreve para esta publicação. **Revista GALILEU, Março de 2013.**

Lucas Rocha