

REVISTA REDAÇÃO

08/02/2015 - Ed. 04

SAÚDE EM PAUTA!



Lucas Rocha



Curar ou parecer:

as duas faces da indústria farmacêutica



// ENTREVISTA

Intercorrência é o eufemismo que os médicos usam para não assumir erros.

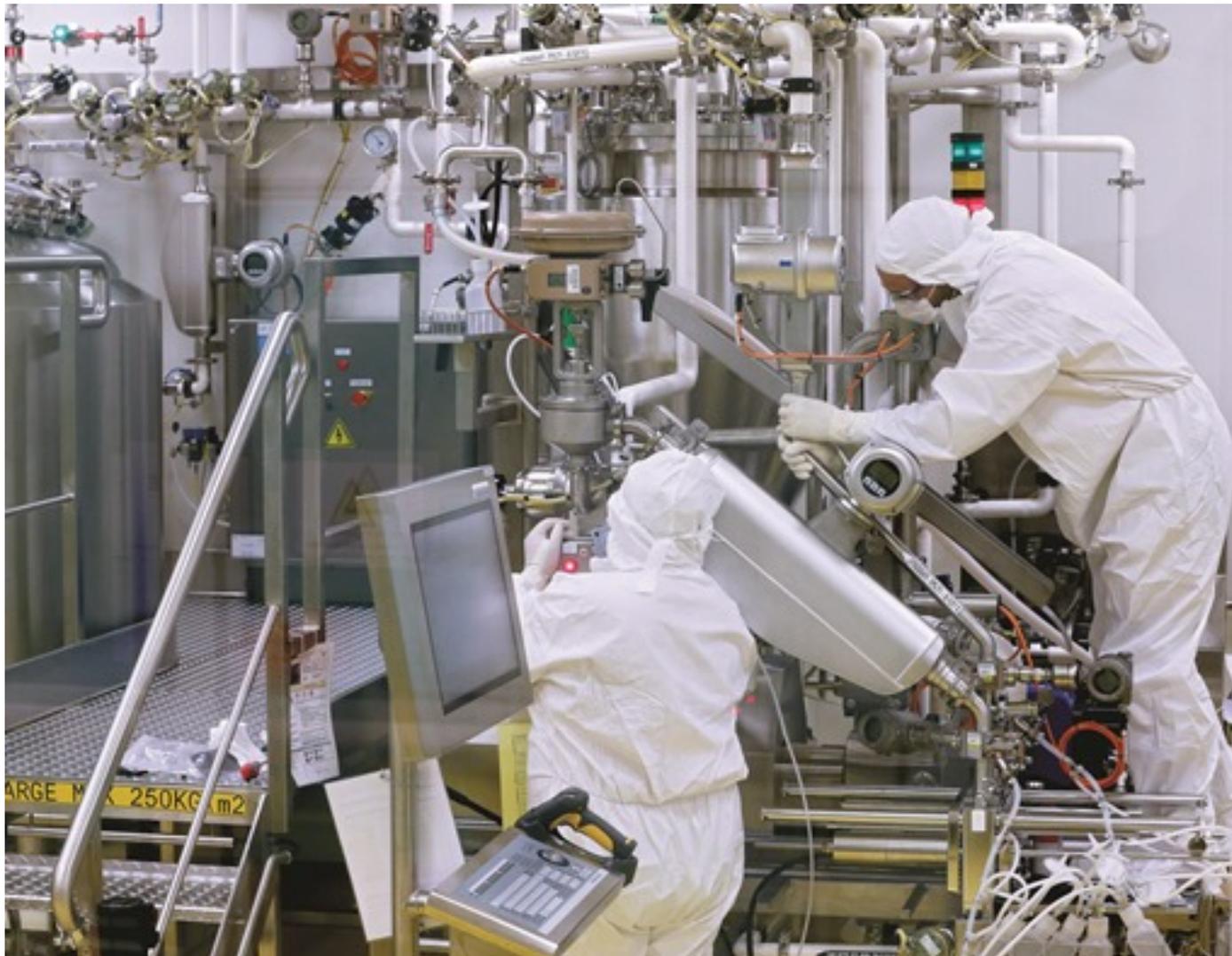


//

Hospitais: o que eles não contam e como se proteger

Curar ou parecer: as duas faces da indústria farmacêutica (QUENTIN RAVELLI)

Para compreender a natureza versátil da mercadoria médica, seguimos a vida do antibiótico Pyostacine, um medicamento comum produzido pela quarta maior farmacêutica no mundo, a Sanofi, desde os laboratórios de pesquisa até os representantes farmacêuticos, passando pela fábrica que produz o princípio ativo



"**PERCEBIA** que estava sendo 'rastreada', que sabiam exatamente aquilo que eu receitava", diz indignada uma médica instalada num bairro chique de Paris. "Eu era ingênua, não sabia. [Um dia], uma representante farmacêutica me disse: 'Você não receita muito!'. Eu me perguntei: 'Como é que ela pode saber disso?'" Essa prática de "rastreamento", que choca muitos pacientes, é orquestrada pelos serviços de marketing dos laboratórios. Para aumentar ou manter suas fatias de mercado, os grandes grupos farmacêuticos criam tesouros de engenhosidade. Eles não hesitam, por exemplo, em modificar as indicações de seus medicamentos para ganhar novos clientes.

Considerado por certos médicos "o Rolls-Royce dos antibióticos de aplicação cutânea" e fabricado pela Sanofi – o quarto maior grupo farmacêutico mundial em volume de negócios (30,4 bilhões de euros em 2011) –, o Pyostacine conheceu um destino desse tipo. Por muito tempo reservado ao uso dermatológico, o antibiótico operou uma "virada respiratória": ele é hoje maciçamente utilizado em casos de infecções broncopulmonares.

Para compreender a natureza versátil da mercadoria médica, seguimos a vida desse medicamento comum, desde os laboratórios de pesquisa até os representantes farmacêuticos, passando pela fábrica que produz o princípio ativo.¹ A cada etapa, a mercadoria muda de nome: os biólogos falam da bactéria *Pristinae spiralis*, os químicos, da pristinamicina fabricada pela bactéria; representantes farmacêuticos elogiam os méritos do "Pyo" para os médicos; os operários o apelidam afetuosamente de "Pristina". Ao longo dessa cadeia, o antagonismo entre as necessidades do doente e os lucros do industrial, entre o valor de uso e o valor de troca,² não para de crescer. As três vias do medicamento – comercial, industrial e científica – misturam-se constantemente

Vender



Um imenso bloco de vidro de 37 mil metros quadrados, a sede da Sanofi evoca a transparência e o respeito aos pacientes, cujas silhuetas estilizadas estão entronizadas no alto do edifício, rodeadas por um coração azul. No terceiro andar desse prédio situado no sul de Paris encontram-se os serviços de marketing, onde ficam os funcionários que trabalharam, desde os anos 1990, para introduzir o Pyostacine no mercado das infecções respiratórias. Com um sucesso evidente, já que, do inverno francês de 2002 ao de 2010, o número de vendas do produto para tratar infecções broncopulmonares saltou 112%, enquanto a progressão foi de apenas 32,6% no campo dermatológico.

Esse aumento não corresponde a uma explosão do número de doentes ou a uma epidemia devastadora, mas a uma estratégia comercial: o mercado de infecções respiratórias apresenta um volume de prescrições muito mais significativo que o de infecções dermatológicas. "Nos germes que infectam os brônquios, o pulmão, os sínus, tudo funciona superbem", lembra um médico da empresa. "Em vista disso desenvolveu-se essa indicação." Da pele ao pulmão, o valor de troca metamorfoseou o valor de uso, quando se deveria esperar que a utilidade de um produto determinasse seu preço.

Os ourives desse gênero de virada terapêutica são os gerentes de produto, assalariados especializados na promoção de um único medicamento ou de alguns medicamentos com indicações próximas. Temos o "gerente Pyostacine", o "gerente Tavanic", o "gerente antalgia" e mesmo o "gerente psicóticos". Célia Davos,³ a gerente de produto Pyostacine, descreve o conteúdo de sua profissão: "O *jobé* acompanhar o desempenho do produto, é ver para onde ele vai, segundo os concorrentes, segundo o mercado, segundo a patologia, e colocar tudo isso em ação para maximizar o volume de negócios". Esse cargo, situado no coração do serviço de marketing, funciona como um centro nevrálgico a que os funcionários chegam de diversos serviços e podem em seguida ser redistribuídos para outros horizontes, como gerentes responsáveis pelo serviço de marketing, comunicação, negócios públicos, vendas.

O papel do gerente de produto consiste em colocar em evidência a utilidade de um medicamento preparando o material dos representantes farmacêuticos, os funcionários do setor comercial que se deslocam aos consultórios para convencer médicos a receitar seus produtos. Entre o arsenal do Pyostacine está o ADV (*aide de visite*/ajuda de visita), espécie de manual com base no qual o representante constrói seu discurso seguindo os argumentos que o marketing elaborou; o Elim (*élément léger d'information médicale*) elemento resumido de informação médica, que sintetiza os pontos mais importantes; e o TAP (*tiré à part*/encarte), número de uma revista científica como a *Infectiologie*, patrocinada pela Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (Spilf) e que apresenta unicamente os resultados de testes clínicos bem-sucedidos relativos ao Pyostacine. Além disso, existe um monte de *gadgets* paramédicos: pequenas lâmpadas de plástico dotadas de um abaixador de língua para olhar fundo na garganta do paciente, caixas de lenços que permitem enfeitar o escritório do médico, canetas Pyostacine, pen drives Pyostacine. Esses textos e objetos, que se podem notar em todos os cantos dos escritórios da sede, vão reaparecer nos porta-malas dos representantes farmacêuticos, depois nos consultórios médicos.

Nem todos os médicos interessam aos laboratórios da mesma forma. Aqueles que têm um significativo "potencial de prescrição" são motivo de atenção particular. Para identificá-los, os laboratórios usam os serviços do Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (Gers), que dispõe dos totais de vendas aos atacadistas e das vendas diretas em farmácias, e do Centre de Gestion, de Documentation, d'Informatique et de Marketing (Cegedim), que fornece os dados provenientes dos softwares de prescrição dos médicos. A essas fontes oficiais se juntam as redes de informação informais, como os questionários dos representantes de laboratório junto aos farmacêuticos ou colegas. Para os serviços de marketing, qualquer informação relativa às práticas dos médicos é importante, porque permite estabelecer "uma escolha dos clientes-alvo" em potencial. Assim, os "pequenos atb, pequenos Pyostacine" (pequenos "receitadores" de antibióticos, pequenos "receitadores" de Pyostacine) e os "pequenos atb, grandes Pyostacine" (que já prescrevem abundantemente o produto promovido) serão menos visados que os "grandes atb, pequenos Pyostacine", porque estes últimos podem converter uma parte importante de suas prescrições de antibióticos em prescrições de Pyostacine.

É claro que essas estratégias comerciais não se traduzem automaticamente em vendas. Ainda é necessário que sejam postas em prática em campo pelos representantes. Na França, em 2014, havia 16 mil representantes de laboratório, funcionários das empresas farmacêuticas, que passavam seu tempo conversando com os médicos. Se considerarmos 213 dias trabalhados por ano e seis visitas por dia, serão, portanto, mais de 20 milhões de conversas mantidas com os médicos. Esses encontros são minuciosamente preparados. Para melhorar a eficiência deles, funcionários do comercial redigem, por exemplo, brochuras que apresentam diversos “perfis típicos” de médicos: a “mulher médica sindicalista”, o “médico econômico”, o “médico da família”, o “médico substituto”, o “médico colega”, o “médico cientista”, o “médico estressado”... Essas brochuras são utilizadas em seminários de formação para ajudar os representantes a colocar em prática “percursos de fidelização” e assim conhecer melhor seus alvos. Aprende-se, ao longo dessas “oficinas de produtos”, que o médico da família – 55 anos, clientela extensa – é mais “sensível à abordagem humanista do paciente” que o médico cientista “instalado no campo”, de “contato muito frio”. Uma vez a par desse jogo, o representante farmacêutico deve ir a campo e empenhar-se em melhorar a “elasticidade” dos médicos. Quanto mais um médico é chamado de “flexível”, mais receptivo ele é ao discurso da indústria farmacêutica.

No entanto, os médicos se tornam cada vez mais críticos, a ponto de fechar as portas aos representantes, cujo número vem caindo há dez anos. Essa resistência crescente leva a empresa a procurar outras formas de lobby, mais científicas e menos perceptíveis, dirigindo-se particularmente aos formadores de opinião – chamados KOL (*key opinion leaders*/líderes-chave de opinião) –, ouvidos e respeitados por milhares de médicos. Assim, a Sanofi procura influenciar os decanos universitários, por vezes vistos como responsáveis pelo espírito crítico dos jovens médicos.

Quando estávamos fazendo estágio na Sanofi, que organiza há vinte anos concursos de residência médica, tivemos, por exemplo, de construir “conjuntos de argumentações para decanos” a fim de convencer os mais reticentes a acolher a empresa em seus anfiteatros. Os maus resultados de certas faculdades eram utilizados como forma de convencimento, sobretudo em relação à Paris-V, que experimentou uma queda espetacular da proporção de estudantes classificados para a residência. Esse resultado se explicava, segundo a Sanofi, pela personalidade do reitor, considerado um dos mais recalcitrantes em relação à organização das provas classificatórias nacionais (ECN, espécie de vestibular para a residência) e que não autorizava a circulação livre de brochuras, cartazes e outros produtos publicitários disfarçados.

Produzir



Disponível em: < <https://publicidadebizarra.wordpress.com/tag/tirinhas/> >.

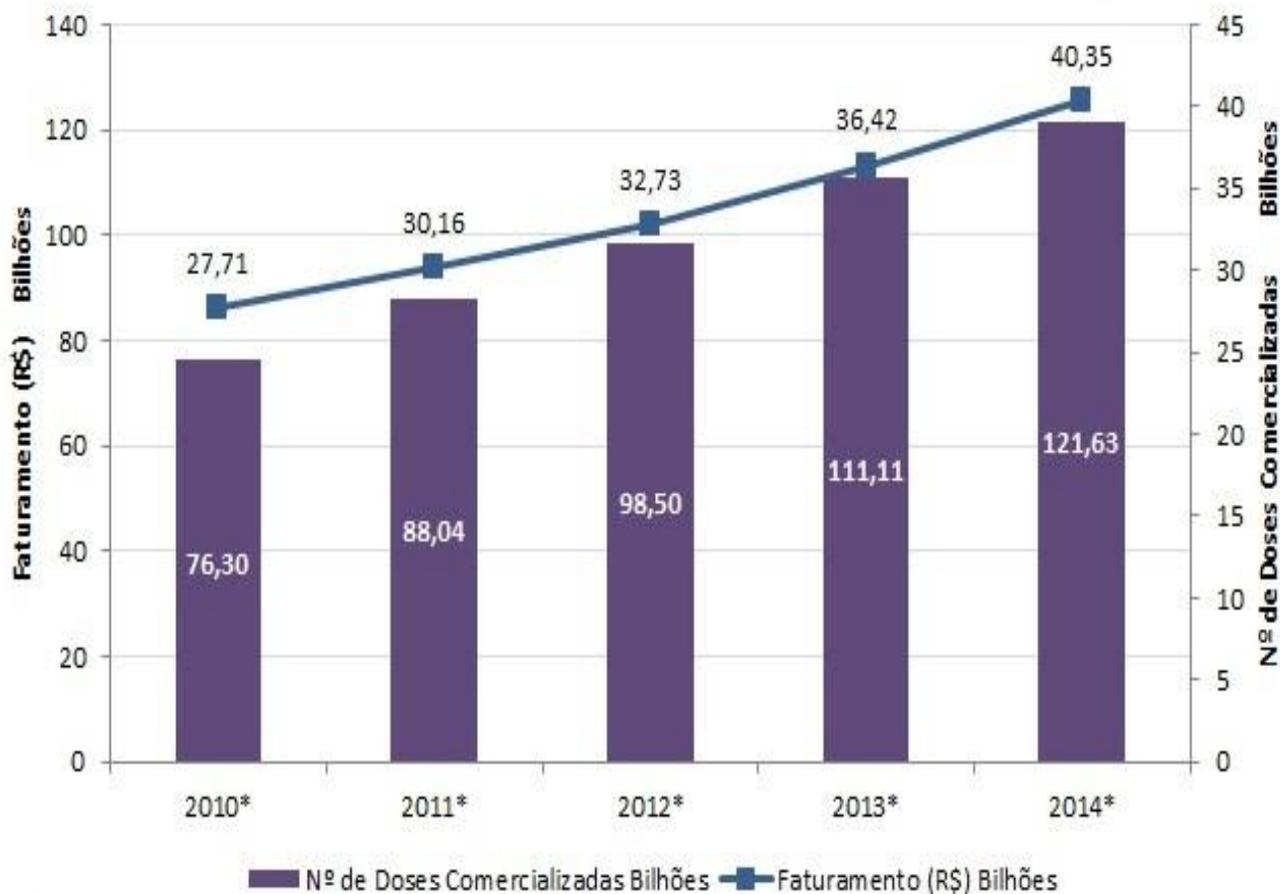
A fábrica onde é feito o princípio ativo do Pyostacine, a partir de bactérias postas para fermentar, encontra-se perto de uma curva do Sena, ao sul de Rouen, onde estão espalhadas inúmeras indústrias, como a Total e a ASK Chemicals. Na fábrica da Sanofi, atingida pela redução dos efetivos, alguns locais foram substituídos por retângulos de relva que se

alternam com os edifícios em atividade, ligados entre si por feixes de canos que levam oxigênio, água purificada, solventes, ácidos. Quando ali se entra pela primeira vez, um odor atinge as narinas: é o dos dejetos agrícolas que as bactérias colocadas para fermentar consomem em quantidade antes de secretar os princípios ativos. O perfume entontecedor do melão de beterraba-açucareira que chega ao lugar por vagões-cisternas impregna o ar.

Na oficina de fermentação, é o barulho que atinge: como hélices de avião girando devagar, as longas pás de dezenas de fermentadores de 220 metros cúbicos rodam sem parar. É aqui que nasce a molécula pristinamicina encontrada nos milhões de caixas acondicionadas na Espanha, depois vendidas nas farmácias com o nome comercial de Pyostacine. Segundo os operários, o trabalho em si é até interessante e com frequência imprevisível, porque lida com organismos vivos, mas as condições são claramente penosas. Os operários da fábrica trabalham em regime de "5 x 8", o que significa que são divididos em cinco equipes que trabalham dois dias das 5h às 12h, depois dois dias das 12h às 20h e por fim dois dias das 20h às 5h.

Oficialmente, eles desfrutam em seguida quatro dias de descanso. Mas onze vezes ao ano um desses quatro dias é suprimido, sem o que o tempo de trabalho seria inferior a 35 horas por semana. Só restam, portanto, três dias de repouso, na verdade bastante encurtados pela noite do último ciclo ou pela manhã do seguinte. Quem acompanha esse ritmo não dorme nunca três vezes em sequência na mesma hora. "O cérebro não consegue mais retomar os ritmos de despertar e de sono", conta Étienne Warheit, que está há 34 anos trabalhando no esquema 5 x 8. "Há dois anos, eu perdi o sono: não conseguia mais fazer uma noite de seis horas. Eu ficava cansado às 22h, cochilava, mas meia-noite estava desperto e não tinha jeito de dormir antes das 2h. E depois o contrário... Eu chegava ao trabalho, estava cansado, então tomava café. Você fica o tempo todo sem condições de fazer seu trabalho."

Mercado Farmacêutico Varejista no Brasil (em bilhões de R\$ (PPP) e número de doses comercializadas)



* Período doze meses móveis até setembro

PPP = Preço de compra do varejo, considerando desconto médio praticado PPP

Fonte: IMS Health

Quando os trabalhadores se cansam desse ritmo extenuante e querem passar a trabalhar de dia, a direção na maior parte das vezes nega, porque ela não tem outros postos para oferecer a eles. O objetivo é de início rentabilizar as máquinas, que funcionam o tempo todo. Para justificar essas cadências infernais, a direção se esconde por trás de uma forma de determinismo técnico: os ritmos biológicos de fermentação e extração das bactérias tornam os 5 x 8 inevitáveis. “É evidente que, numa empresa como essa, com produções contínuas e que não podem ser de outra forma, não é possível fazer de outro jeito”, justifica o médico da fábrica. Essa explicação científica desencoraja qualquer pesquisa de organização coletiva do trabalho.

Existe, portanto, um abismo entre as práticas concretas do grupo industrial e seu discurso – “O essencial é a saúde”, proclama o slogan escrito na entrada da fábrica. Mas os protestos, que dão a um dos responsáveis pela área de recursos humanos a impressão de estar “sobre um barril de pólvora” e que faziam o diretor da fábrica ter medo de “descer” até as oficinas, estão integrados à estratégia industrial da empresa. Propondo a vários trabalhadores que se tornem técnicos e utilizando o discurso das biotecnologias como meio de mascarar a realidade da fábrica, a empresa conseguiu transformar a reivindicação coletiva em desejos individuais de promoção profissional. Essa recuperação repousou principalmente no medo: durante vários anos, do fim da década de 1990 a 2005, a direção do grupo fez planar a ameaça da revenda da fábrica. Esse cenário, que por fim nunca se realizou, permitiu sobretudo que fosse aceita uma reestruturação e a supressão de postos. De ameaçada, a fábrica se viu promovida ao status de “planta-piloto” do grupo Sanofi.

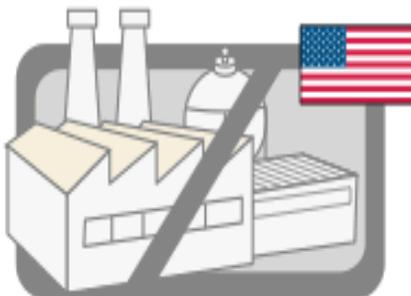
Tal desvio de situação – que não mudou as condições de trabalho nem os salários – reflete a forte utilidade industrial das bactérias. O “boom das biotecnologias” marca até mesmo uma orientação geral do capitalismo industrial desse início do século XXI, que desenvolve biotecnologias chamadas verdes (agricultura), brancas (indústria), amarelas (tratamento das poluições), azuis (a partir dos organismos marinhos) e vermelhas (medicina). Para todas essas aplicações, mercados se desenvolvem, e com frequência as taxas de lucro deles são excepcionais, o que explica por que a indústria farmacêutica tem comprado nos últimos anos empresas de biotecnologia. Dessa forma, em abril de 2011, a Sanofi passou a controlar, por US\$ 20 bilhões, a Genzyme, empresa norte-americana especializada em biomedicamentos para esclerose múltipla e doenças cardiovasculares. Essa atração se explica sobretudo pelo fato de que as novas moléculas utilizadas no tratamento de várias doenças não provêm da química de síntese clássica, mas da utilização de materiais vivos, quase sempre geneticamente modificados, que permitem fazer significativas economias de produção.

Buscar

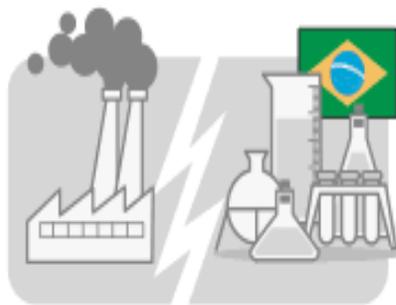
OS MÉDICOS E A INDÚSTRIA



Hoje, tanto nos EUA como no Brasil, a indústria farmacêutica promove palestras de educação continuada durante congressos médicos. Especialistas avaliam que as informações vindas da indústria não são confiáveis



Nos EUA, um órgão do sistema de saúde vetou a participação da indústria em eventos de educação médica de um dos maiores congressos do mundo, o American Heart Association



No Brasil, o Conselho Federal de Medicina e a Interfarma (Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa) discutem a possibilidade de separar eventos da indústria da programação científica dos congressos médicos

Nas Jornadas Nacionais de Infectologia, nas quais fizemos nossas investigações em 2011, dois “espaços” se defrontam. De um lado, o “espaço das marcas”, onde os comerciantes falam do Pyostacine: 56 estandes de laboratórios farmacêuticos, dispostos em sete fileiras, segundo uma lógica de blocos desalinhados que impõe um deslocamento em zigue-zague aos 1,5 mil médicos inscritos. Do outro, o “espaço das moléculas”, onde não se fala mais de Pyostacine, mas de pristinamicina: dois auditórios, batizados de Einstein e Pasteur, onde acontecem simpósios científicos. Assim, paralelamente a um desinvestimento na pesquisa privada – a Sanofi fechou, em 2004, seu centro de pesquisa anti-infecciosa de Romainville –, os laboratórios exercem certo controle sobre a pesquisa pública: eles financiam os congressos médicos e influenciam, em contrapartida, a organização científica, material e espacial deles.

Para chegar ao espaço científico das Jornadas de Infectologia, que se encontra do lado oposto da entrada do congresso, os médicos devem passar, no mínimo, diante de treze estandes, cujo aspecto reflete o peso e a influência do expositor. Aos deliciosos *petits fours* da transnacional Boehringer-Ingelheim, degustados em meio a assentos com design e sob a luz azul de grandes lâmpadas halógenas verticais, responde o suco de maçã, servido sobre uma grande mesa de fórmica coberta de objetos em desordem, oferecido pelo StudioSanté, uma rede francesa de coordenação de cuidados médicos especializada na perfusão em domicílio...

Apesar da aparente separação dos espaços, as ligações entre o universo comercial e o mundo científico são sólidas. Durante o congresso, o principal objetivo das empresas é mostrar a superioridade científica de seus produtos. Os simpósios exibem, portanto, o nome de seus patrocinadores – “Simpósio Bayer”, “Simpósio GSK”, “Simpósio Sanofi” – nos quais se enfrentam os KOLs de cada laboratório. Para assegurar os serviços de médicos influentes, os lobistas dos grandes grupos conduzem um trabalho de fôlego que passa principalmente pela organização de viagens com vocação pseudocientífica. Uma “médica de produto” da Sanofi conta como constituiu o grupo de especialistas de um medicamento apoiando-se sobre os médicos cuidadores que influenciavam os outros “receitadores”. “Eu disse: tenho dez lugares, só quero aqueles que ganham 1 milhão de euros ou mais [em volume de negócios]. No primeiro ano, eu os levei para Cingapura. No segundo, aconteceu de serem no geral os mesmos. Aonde fomos? A Durban [África do Sul]! Um ano depois, estávamos em Cancún [México] e, no seguinte, na Birmânia. É desnecessário dizer – isso não se diz porque não se tem o direito –, mas é assim que você cria parceiros de verdade.”

RECEITA COM PRAZO DE VALIDADE EXPIRADO

Só neste ano, sete medicamentos de sucesso devem perder a patente nos Estados Unidos

1	2	3	4	5	6	7
PLAVIX (Trombose)	SEROQUEL (Esquizofrenia)	SINGULAIR (Asma)	ACTOS (Diabetes)	DIOVAN (Hipertensão)	LEXAPRO (Depressão)	PROVIGIL (Distúrbio do sono)
Fabricante Sanofi	Fabricante AstraZeneca	Fabricante Merck	Fabricante Takeda	Fabricante Novartis	Fabricante Lundbeck	Fabricante Teva
Fim da patente Maio	Fim da patente Março	Fim da patente Agosto	Fim da patente Agosto	Fim da patente Setembro	Fim da patente Março	Fim da patente Abril
Vendas 8900 milhões de dólares	Vendas 6800 milhões de dólares	Vendas 5500 milhões de dólares	Vendas 4300 milhões de dólares	Vendas 4100 milhões de dólares	Vendas 2300 milhões de dólares	Vendas 1100 milhões de dólares

FONTE: IMS Health.

Reencontramos, na organização dos testes clínicos, uma imbricação similar do valor de troca e do valor de uso. Um dos KOLs do Pyostacine, o doutor Jean-Jacques Sernine, responsável por alguns testes clínicos, é um dos infectologistas mais renomados da França. Sua carreira foi construída em torno de duas práticas profissionais: a coordenação de testes clínicos para a indústria farmacêutica (sobretudo para o Pyostacine na Sanofi) e a expertise junto às agências públicas do medicamento. Ainda que ele não avaliasse os mesmos medicamentos nos dois casos – senão haveria um flagrante conflito de interesses –, ele fazia parte de um pequeno grupo de especialistas que, tomados coletivamente, passava de uma margem para a outra, da indústria à medicina pública. “O conflito de interesses é permanente. O principal deles, quando se está lá dentro, é se interessar pelos antibióticos!”, justifica. “As coisas só são possíveis se há uma troca entre os avaliadores que somos no nível administrativo e a indústria farmacêutica.” Juiz e, em parte, condenado ao conflito de interesses, o grupo social dos especialistas fica dessa forma prisioneiro de sua própria competência.

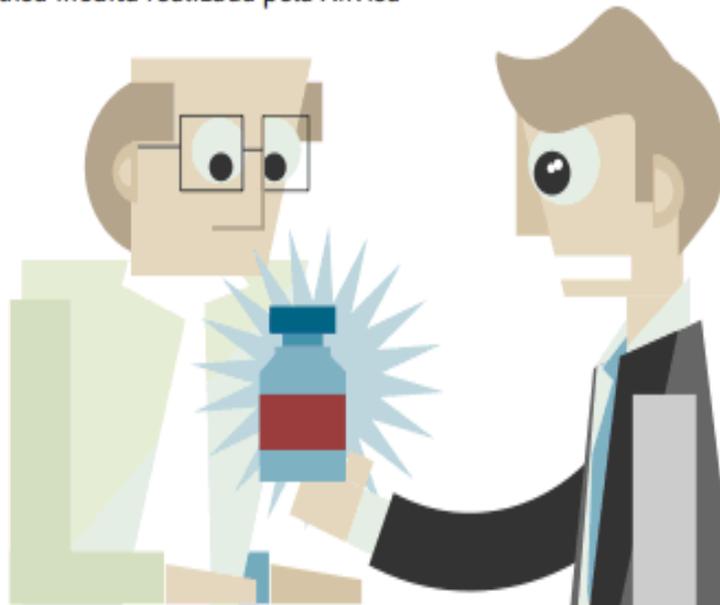
Tal situação repercute na Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM), cujo trabalho se baseia inteiramente na expertise. Situada na periferia norte de Paris, ela fica em um imponente prédio com vidros que não têm a graça e a leveza da sede comercial da Sanofi: quando chegamos ali, a porta giratória da agência, temporariamente travada pelas intempéries, estava cercada por uma fita de construção vermelha e branca. Foi, portanto, por uma porta clássica que tivemos de passar para chegar a uma sala de espera à qual várias plantas de plástico, com folhas cheias de poeira, davam um ar de gabinete de taxidermista.

O SUS E A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

Resultados de pesquisa inédita realizada pela Anvisa

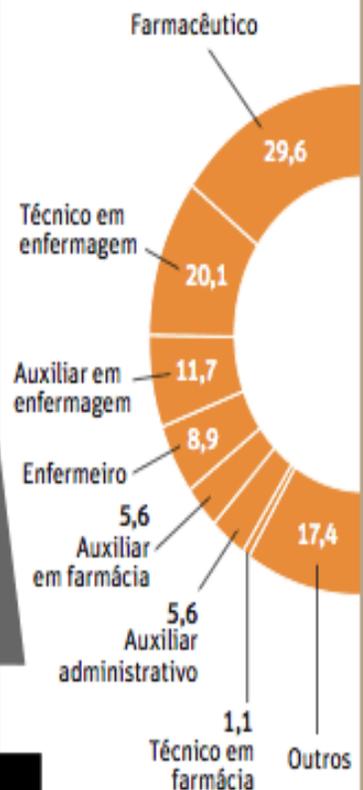
Visita de representantes

75% dos gestores do SUS afirmaram que recebem visitas mensais de representantes da indústria farmacêutica



RESPONSÁVEL POR FARMÁCIAS DO SUS

Em %



PROMOÇÃO DE MEDICAMENTOS NO SUS

Frequência com que indústria farmacêutica utiliza os recursos (em %)

	Sempre	Às vezes	Nunca
Fornecem materiais impressos de medicamentos	20	40	40
Distribuem brindes que divulgam nome do medicamento (caneta, agendas, blocos, camisetas etc.)	23	46,2	30,8
Oferecem cortesias (inscrição em congressos, passagens, estadia em hotéis etc.)	7,7	7,7	84,6
Fornecem amostra grátis do medicamento	15,4		84,6
Fornecem arquivos digitais com informações sobre o medicamento	33,3		66,7

Foram realizadas 705 entrevistas, com 505 médicos, 187 dispensadores de medicamentos e 13 gestores de Unidades Básicas de Saúde (UBS). A pesquisa foi feita em 15 cidades brasileiras: Manaus, Belém, São Luís, Natal, João Pessoa, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, Florianópolis, Goiânia, Teresina, Porto Alegre e Brasília
Fonte: Anvisa

Essa desigualdade estética reflete uma profunda ausência de simetria social e econômica, que torna difícil acreditar que a ANSM exerça um contrapoder eficaz. Com efeito, ela muitas vezes não tem tempo nem os meios de ler e analisar o conjunto dos dossiês de pedidos de autorização de colocação no mercado (AMM) que as empresas fazem chegar a ela. Sernine ironiza sobre um pedido de AMM para o qual ele contribuiu: "Eram 57 volumes de seiscentas ou setecentas páginas cada um, que pesavam 110 quilos e atingiam 2 metros de altura. E era apenas uma parte do dossiê". Essa situação está longe de ser nova. A crônica jurídica de Bertrand Poirot-Delpech no *Le Monde*, durante o escândalo sanitário do Stalinon em 1957, já a mencionava como um problema fundamental: "Mestre Floriot, por exemplo, dedicou-se a um cálculo indiscreto. Sabendo que 2.276 vistos tinham sido concedidos em 1953 e que os comissários reuniram-se oito vezes por ano à razão de algumas horas a cada vez, ele chegou ao tempo recorde de 40 segundos por exame de dossiê".⁴

Hoje, os testes clínicos sobre os antibióticos se desenrolam em condições opacas, sobre um fundo de divisão seletivo e mesmo com manipulações de dados. Um teste sobre a utilização do Pyostacine nos casos de pneumonia ilustra o problema: havia, segundo Sernine, sete fracassos do tratamento para o grupo de pacientes tratados com o Pyostacine e somente quatro no grupo de controle. Segundo o especialista, que partilha a opinião da diretora médica do laboratório, ter-se-iam incluído doentes em situações a tal ponto severas que requereriam outro tratamento diferente daquele com o Pyostacine: "Portanto, a conclusão a que cheguei sobre isso é que se trata do fracasso não do antibiótico, e sim da estratégia". Um argumento surpreendente do ponto de vista lógico: como julgar a eficácia de um medicamento se os pacientes que ele não cura não são imediatamente desqualificados, se se parte do princípio de que ele só é eficaz quando é eficaz?

É difícil para a ANSM desentocar esse tipo de raciocínio circular no seio de dossiês estatísticos complexos, que hoje substituíram a argumentação baseada no olhar médico que percorre os casos clínicos individuais. Com frequência, essa manipulação dos números conduz a falsificações. Em 2007, o caso do Keteksuscitou várias mortes de pacientes por causa de problemas hepáticos e levou um dos responsáveis pelos testes a purgar uma pena de prisão de dois anos nos Estados Unidos, por ter "inventado" pacientes para inflar artificialmente a eficácia do medicamento. Longe de ignorar o problema, certos dirigentes científicos lembram, vários anos após o escândalo, que para esse medicamento "havia cadáveres nos armários".

Essa expressão, utilizada por uma das diretoras médicas do grupo, testemunha certo cinismo no interior da empresa, cujos altos executivos interiorizaram profundamente os códigos. Para eles, os interesses do grupo vêm antes daqueles da saúde dos pacientes, desde que um conflito apareceu entre esses dois sistemas de valores. De maneira geral, nos escritórios do serviço médico e nos do marketing reina uma forma de amnésia seletiva do medicamento. A história dos efeitos colaterais imprevistos, dos testes clínicos deturpados e dos escândalos sanitários não é memorizada, e o fracasso clínico não tem o mesmo status do sucesso.

Toca-se aqui num dos problemas de fundo da indústria farmacêutica: o fato de os testes clínicos, ou seja, a prova da eficácia dos medicamentos, serem estabelecidos por aqueles que produzem esses mesmos medicamentos. Alguns chamaram esse fenômeno de dependência de "captura regulamentar" do Estado pelas empresas. Essa engrenagem ressurgiu a cada novo escândalo: Stalinon (1957), talidomida (1962), Distilbène (1977), Prozac (1994), cerivastatina (2001), Vioxx (2004)... A cada onda daquilo que os tribunais chamam de "homicídios involuntários", a questão da independência dos testes clínicos volta à tona, mas nunca as reformas que se seguem questionam o regime de propriedade comercial do medicamento.

O problema está profundamente enraizado no sistema econômico, que não é mais moral para o medicamento que para o petróleo ou os cosméticos. Não somente porque são os mesmos acionistas que se encontram nos comandos – a L'Oréal continua sendo a principal acionista da Sanofi, desde a recente saída da Total –, mas também porque a possibilidade de lucrar com os medicamentos aguça os velhos antagonismos entre o valor de uso e o valor de troca.

1 Conduzida no âmbito de um doutorado em Sociologia, esta pesquisa durou quatro anos, durante os quais o autor foi contratado para vários cargos, por exemplo, o de estagiário nos serviços comerciais da Sanofi, operário nas fábricas do grupo etc.

2 A economia clássica distingue o valor de uso e o valor de troca de uma mercadoria. Adam Smith distingue, por exemplo, o diamante, com alto valor de troca e fraco valor de uso, da água, com fraco valor de troca e alto valor de uso.

3 Os nomes dos funcionários foram modificados para preservar seu anonimato.

4 Bertrand Poirot-Delpech, *Le Monde*, 1º nov. 1957

QUENTIN RAVELLI é pesquisador do Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) e autor de *La stratégie de la bactérie* [A estratégia da bactéria], a ser lançado na França pela editora Seuil em janeiro deste ano. Ilustração: Reuters/Robert Pratta. **Jornal LE MONDE DIPLOMATIQUE BRASIL, Fevereiro de 2015.**

"Intercorrência é o eufemismo que os médicos usam para não assumir erros" **(CRISTIANE SEGATTO)**

A luta do presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo para acabar com o silêncio em torno das cirurgias inseguras

Há duas semanas, o vice-presidente dos Estados Unidos, Joe Biden, fez uma declaração assustadora durante um evento sobre segurança do paciente na Califórnia. "O sistema de saúde americano mata mais gente de eventos adversos a cada ano do que o câncer de mama, o de próstata e o de pulmão", afirmou. Eventos adversos são descuidos, muitas vezes fatais, ocorridos em clínicas e hospitais. É aquilo que antigamente era chamado de "erro médico".

O conceito foi ampliado para englobar todo tipo de dano à saúde ocorrido em instituições pagas para cuidar dela. Os erros de diagnóstico ou de medicação, o uso de material inadequado, a falta de segurança em cirurgias e outros procedimentos são alguns dos problemas que provocam 400 mil óbitos por ano nos Estados Unidos.

O Brasil, além de não dispor de bons registros de eventos adversos, convive com o silêncio que favorece a omissão. Falar abertamente sobre erros ocorridos em hospitais (**leia a reportagem na sequência desta**) é um tabu entre os profissionais de saúde. Uma das vozes dissonantes é a do médico Enis Donizetti Silva, presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (Saesp). Há 15 anos, Silva coordena os anestesistas do Hospital Sírio-Libanês. Em 2009, coube a ele o desafio de manter o vice-presidente José Alencar (1931-2011) anestesiado durante 22 horas em uma das mais complexas cirurgias às quais ele foi submetido durante a longa batalha contra o câncer.

À frente da Saesp, Silva está empenhado em fazer um mapeamento dos eventos adversos ocorridos nos hospitais públicos e privados paulistas e de outros Estados. Para isso, convidou os 3,6 mil associados da entidade e anestesistas de outras regiões do país a registrar os casos anonimamente num banco de dados. Silva também prepara o lançamento, previsto para agosto, da Fundação de Segurança para o Paciente. Nesta entrevista, ele conta o que os profissionais e instituições de saúde não costumam assumir.

ÉPOCA - Os hospitais privados são mais seguros que os públicos?

Enis Donizetti Silva - Não tenho nenhuma dúvida de que a segurança do paciente está em risco tanto nos hospitais públicos quanto nos privados. Não sei onde está pior. Enquanto as pessoas não reconhecerem a existência desse problema, vamos continuar no jogo de cena de sempre. Precisamos criar uma consciência coletiva. Não podemos fingir que está tudo bem e ficar esperando que novas tragédias aconteçam. As sociedades de especialidades médicas se esconderam durante anos e anos. É hora de mudar.

ÉPOCA - O paciente não dispõe de nenhum recurso para saber se um hospital é mais ou menos preocupado em garantir a segurança dos procedimentos. Qual é a realidade que os anestesistas conhecem?

Silva - Muitos deles não dispõem dos instrumentos necessários para cuidar do doente com segurança. O Conselho Federal de Medicina e a Sociedade Brasileira de Anestesiologia estabeleceram critérios mínimos de monitorização que deveriam ser seguidos em todo o país. Se você deitar numa mesa de clínica ou hospital para ser anestesiada (mesmo que seja uma sedação leve), a sala precisa ter um cardioscópio (aparelho que permite a observação eletrocardiográfica contínua durante uma operação), um oxímetro de pulso e um aparelho de pressão. Se for anestesia geral, é necessário também um aparelho chamado de capnógrafo. Ele fornece informações sobre os padrões de respiração e a eliminação de gás carbônico.

ÉPOCA - Os hospitais não seguem essa norma?

Silva - Fizemos uma enquete informal com membros da diretoria e da comissão científica da Saesp. Por alto, detectamos que mais de 30% dos hospitais onde eles trabalham ou que eles conhecem não têm requisitos mínimos de segurança. Isso ocorre tanto em hospitais públicos quanto nos privados. É um absurdo. Estou falando de um estado onde a medicina é desenvolvida e de um grupo mais próximo da elite. Imagine o que vamos encontrar se pudermos pesquisar o que acontece em hospitais pequenos e em clínicas.

ÉPOCA - Como o paciente pode se proteger?

Silva - As pessoas precisam se informar. Os pacientes são muito passivos. Eles precisam saber que têm direito a uma consulta pré-anestésica. Não é consulta feita no corredor, quando o paciente já está na maca a caminho da sala de cirurgia. O anestesista encontra o paciente na maca e pergunta se ele está de jejum ou se tem alguma alergia. Isso não basta. Em vários hospitais em São Paulo, mesmo no circuito da Avenida Paulista, o paciente entra no centro cirúrgico sem ter sido visto pelo profissional responsável pela anestesia.

ÉPOCA - Não basta o paciente preencher aquele questionário antes da cirurgia?

Silva - De jeito nenhum. Isso aconteceu com a minha mulher na Avenida Paulista. Não foi no interior do Piauí. Mandaram o formulário de consentimento informado para ela assinar no quarto. Perguntei pelo anestesista e deram aquela enrolada.

Informei que ela era mulher do presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo e disse: "Pede para o anestesista dar uma olhadinha nela aqui no quarto antes da cirurgia, por favor?".

ÉPOCA - Isso é imprudência, imperícia ou negligência?

Silva - Para mim, é negligência. Não tenho dúvida. O paciente precisa conhecer todos os riscos que ele pode enfrentar ao entrar num hospital. O meu papel como presidente da sociedade é decodificar a linguagem médica e fazer com que ela chegue ao maior número possível de pessoas. A saúde suplementar tem a obrigação de suprir informação. O governo tem o dever de fazer isso. O Ministério da Saúde não pode pegar 7% dos milhões que ele gasta por ano com comunicação e falar sobre segurança do paciente? Não pode colocar um alerta claro nos maços de cigarro do tipo: "Cuidado, podem operar a sua perna errada". Todo mundo já sabe que cigarro dá câncer. Por que não usar os maços para colocar outras informações de saúde? Há mil formas de fazer isso. Falta disposição para assumir o problema. Se o registro dos danos causados ao paciente não é exigido, não temos a informação. Se não temos a informação, parece que o problema não existe. Fica tudo camuflado.

ÉPOCA - O governo americano publicou os indicadores de segurança e de desempenho de milhares de instituições. A população entra num site e escolhe o melhor hospital a partir de critérios objetivos. Qual é a chance de termos uma medida semelhante no Brasil?

Silva - Se a sociedade civil trabalhar para isso, ela consegue. O legislador pode até criar uma obrigação, mas ninguém vai cumprir. O consumidor que percebe que o hospital vende gato por lebre pode exigir a mudança. A pessoa entra num hospital privado achando que vai ser bem tratado e operam a perna errada. Ou dão Novalgina apesar dele ter avisado que era alérgico. Se o consumidor ficar consciente de que entrar num hospital é hoje algo muito inseguro, ele vai exigir garantias antes do procedimento. Vai perguntar ao anestesista: "O sr. vai mesmo ficar ao meu lado o tempo todo ou vai ficar em três salas de cirurgia ao mesmo tempo?".

ÉPOCA - O sr. acredita que os hospitais podem reagir de forma positiva à pressão dos clientes?

Silva - Se o consumidor tiver consciência desses direitos e passar a exigir o cumprimento deles, o mercado responde. O mercado é capitalista. Antigamente, só havia carro ruim no Brasil. Quem aceita hoje pagar caro por um modelo sem cinto de segurança, airbag e tantos outros equipamentos? O consumidor ficou mais exigente. O mercado tomou consciência de que o cliente não aceitaria mais qualquer coisa. Na saúde, o nível de exigência do consumidor brasileiro ainda é muito baixo. Esse é o problema.

ÉPOCA - Em outros países, a discussão sobre os danos provocados pelos tratamentos de saúde é muito mais clara e direta?

Silva - Sem dúvida. Enquanto não temos sequer o registro dos eventos adversos (antigamente chamados de "erros médicos"), os americanos discutem isso há muito tempo e de forma transparente. Em janeiro, estive num evento sobre segurança do paciente em Irvine, na Califórnia. O vice-presidente dos Estados Unidos, Joe Biden, estava lá e fez um discurso muito claro. Disse que o sistema de saúde americano mata mais gente de eventos adversos a cada ano do que o câncer de mama, o de próstata e o de pulmão. No final da década de 80, os eventos adversos eram a sétima causa de morte no país. Hoje é a terceira. São cerca de 400 mil óbitos por ano.

ÉPOCA - No Brasil, quando a família aponta um erro é comum o médico alegar que foi uma intercorrência. O que isso significa?

Silva - Antigamente, quando o paciente morria, os médicos diziam que ele não havia resistido à anestesia. Durante anos, essa era a desculpa clássica. Depois, passaram a dizer que o doente teve uma reação alérgica. Agora dizem que houve uma intercorrência. São eufemismos que a classe médica e os hospitais usam para dizer que um erro foi uma fatalidade. O cliente ouve essa desculpa e pensa: "Coitadinha da mamãe, ia mesmo acontecer isso com ela".

ÉPOCA - Qual é a principal causa desses erros?

Silva - Quando fazemos uma análise de um evento adverso qualquer, encontramos o mesmo fato: de 60 a 70% deles ocorrem por falhas humanas. Ponto final. O índice é semelhante na indústria nuclear e na aviação. Só que na aviação, ocorre um acidente grave a cada 100 milhões de decolagens. Na saúde, temos muito mais que uma parada cardíaca provocada por um erro a cada 100 milhões de pacientes. O vice-presidente americano disse que as mortes por eventos adversos equivalem à queda de 33 a 37 Boeings por dia. Se a aviação convivesse com a quantidade de mortes provocadas por erros que temos na saúde, o sistema entraria em colapso. Nenhum avião seria autorizado a levantar voo. Enquanto isso, as cirurgias inseguras continuam acontecendo. Se nos Estados Unidos, a tragédia é desse tamanho, podemos imaginar que no Brasil o problema é bem mais grave. Calculamos que aqui ocorra uma parada cardíaca a cada 3 mil cirurgias. No Brasil, temos o dado de uma pesquisa realizada nos hospitais-escola. A média é de uma parada cardíaca ocorrida a cada 4 mil cirurgias. Em instituições que não são referência de ensino, o índice deve ser muito pior.

ÉPOCA - Por falar em ensino, como as falhas de formação médica comprometem a segurança dos pacientes durante a cirurgia?

Silva - A formação deficiente dos médicos e a falta de atualização são dois dos maiores problemas. Terminei a residência em anestesia em 1989. Se de lá para cá eu não tivesse feito nenhum curso, nenhuma atualização, ninguém iria me impedir de trabalhar. Nem os hospitais nem as entidades de classe como o Conselho Federal de Medicina me obrigam a prestar contas sobre os cursos que fiz durante todos esses anos. A quantidade de conhecimento produzida na área médica dobra a cada cinco anos. Muitas das coisas que aprendemos na faculdade e na residência vão cair no vazio. Deixam de ter sustentação científica. Se o médico passa 20 anos sem se atualizar, como ele pode continuar habilitado a trabalhar? Quem sofre é o paciente.

ÉPOCA - O Conselho Regional de Medicina de São Paulo divulgou na semana passada o resultado da prova aplicada aos médicos recém-formados no estado. Dos 2,9 mil novos médicos, 55% não acertaram mais 60% da prova de múltipla escolha. Uma pneumonia em bebê não foi diagnosticada por 67%. A formação dos anestesistas é igualmente ruim?

Silva - Os programas de residência, na grande maioria, estão dissociados da realidade. Alguns desses programas foram criados há 35 anos e nunca passaram por uma revisão. A parte teórica do programa de formação de especialista em anesthesiologia cabe em três brochurinhas. São três cadernos fininhos. O obrigatório é só isso. A parte prática é a chamada supervisão médica. Estou lá fazendo o meu procedimento e o residente fica olhando. Isso não atende às necessidades atuais da medicina porque hoje lidamos com pacientes mais idosos e fazemos procedimentos mais complexos.

ÉPOCA - O ensino médico brasileiro precisa passar por uma completa revisão, a exemplo do que aconteceu em outros países?

Silva - Sim e o quanto antes. Na década de 40, os Estados Unidos chegaram a ter mais de 400 escolas médicas. Era um descalabro. Fizeram uma ampla revisão no programa de ensino e fecharam mais de 50% das escolas. De lá para cá, a formação médica passou por quatro reformulações profundas nos Estados Unidos. No Brasil, não houve nenhuma desde a fundação da Faculdade de Medicina da Bahia, a primeira do país, em 1808.

ÉPOCA - E a Fundação para a Segurança do Paciente? Qual será o papel dela?

Silva - Vamos levantar o problema no Brasil. Dar todas as informações, publicar os dados disponíveis. Quem se interna num hospital precisa saber, entre outras coisas, que erros de medicação são frequentes. Se um paciente passar sete dias internado, ele sofrerá, em média, de três a sete erros de medicação. Dose errada, horário errado, medicação que era para outra pessoa. Toda vez que alguém vier injetar alguma coisa na veia do paciente, ele precisa perguntar: "Que remédio é esse", "Que dose é essa?", "Tem certeza que é para aplicar na veia mesmo?" Quero colocar essas informações não apenas num site. Vou colocar em outdoors, dar visibilidade ao problema. Se o prefeito deixar, vou botar um letreiro na Avenida 23 de Maio para todo mundo ver. Vamos mostrar os casos de sucesso de hospitais brasileiros que conseguiram melhorar a segurança do paciente.

ÉPOCA - Com que dinheiro a Fundação será mantida?

Silva - Vamos receber doações de empresas e de pessoas físicas e garantir a transparência de todas as movimentações financeiras. Se gastarmos R\$ 500 para comprar um computador, vamos ter nota fiscal. Tudo estará declarado no site para quem quiser checar. Vamos ver se assim conseguimos influenciar pessoas, melhorar as práticas nos hospitais e evitar tantas mortes. Se a sociedade civil se organizar, vamos conseguir.

DÚVIDAS SOBRE ANESTESIA? TEMOS AS RESPOSTAS

O que é anestesia ?

É um conjunto de medicamentos que geram um efeito de sedação no seu corpo, permitindo a ausência de dor e de outras sensações durante uma cirurgia ou exame. É importante dizer que esse resultado é obtido por meio de drogas que possuem efeitos colaterais.

Quais são os tipos de anestésias? Existem basicamente três tipos:

- Geral: usada em cirurgias mais longas, deixam o paciente totalmente inconsciente
- Regional: atinge apenas a região a ser operada, como no caso da ráqui, em uma cesárea
- Sedação: apresenta diferentes níveis de intensidade. Desde ficar acordado e tranquilo até profundamente sonolento. É usada em um exame de endoscopia, por exemplo.

Quanto tempo dura uma anestesia?

O tempo de duração de uma anestesia depende da necessidade do trabalho do cirurgião. Ou seja, o tempo suficiente para que seja feito o procedimento, permitindo também que o paciente não sinta dor no pós-operatório.

Quem aplica a anestesia?

O responsável pela anestesia é o médico anestesista. Ele é quem aplica a anestesia e também controla a sua pressão arterial, o seu ritmo cardíaco, a sua temperatura e outras funções orgânicas durante e após a cirurgia. Além de cursar seis anos da Faculdade de Medicina, esse médico precisa estudar mais três anos de especialização.

Quem pode esclarecer minhas dúvidas sobre anestesia?

Quem pode tirar as suas dúvidas sobre o procedimento é o médico anestesista, que é o profissional capacitado para esclarecer qualquer questão que não esteja bem entendida. Existem muitos mitos, histórias a respeito de anestesia. Por isso, procure o médico anestesista e tenha a informação correta para sua própria segurança.

Devo informar se uso algum medicamento, antes de uma cirurgia?

Sim. Qualquer tipo de medicamento, mesmo os chamados naturais, fitoterápicos ou homeopáticos. Eles parecem inofensivos, mas possuem efeitos anticoagulantes e, em caso de cirurgias, há riscos de ocorrerem sangramentos prolongados.

Há riscos envolvidos com a anestesia?

Sim. De modo geral, os riscos estão concentrados em dois momentos da cirurgia. No início, na chamada fase de indução da anestesia e quando o paciente é acordado. A incidência de situações adversas nessas etapas pode ser maior em razão do quadro clínico e do histórico do paciente. Daí a importância de uma consulta pré-operatória com o anestesista.

Há diferença de risco entre um paciente e outro?

Crianças e idosos constituem os grupos mais suscetíveis a complicações durante a anestesia. Por isso, recomendamos que as cirurgias nesses dois casos sejam feitas apenas em caso de real necessidade.

Em que momento devo consultar um médico anestesista?

Quando seu médico indicar uma cirurgia com data marcada, você deve procurar um médico anestesista em seu hospital. Analisando seu prontuário médico, ele também, se necessário, irá indicar exames e avaliará se o seu corpo está em condições de ser submetido a um procedimento cirúrgico. Essa consulta é muito importante. A avaliação de suas condições de saúde pelo anestesista contribuiu para o aumento da segurança da cirurgia.

Fonte: Programa Conheça a Anestesia, da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

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, Janeiro de 2015.**

Hospitais: o que eles não contam e como se proteger (CRISTIANE SEGATTO)

Até os melhores cometem erros grosseiros, revela o médico americano Martin Makary. Como escolher nas mãos de quem entregar seu patrimônio mais precioso – a saúde



(Foto: VikaValter/Getty Images/Vetta)

QUANDO atravessamos a recepção elegante de um hospital de boa reputação, somos encorajados a pensar que ele funciona como um território vigiado. Cada funcionário em seu lugar, trabalhando de acordo com padrões, atento ao fato de que deslizes serão notados, anotados e corrigidos. Quem conhece os bastidores das mais respeitadas instituições tem outra visão. "A realidade é mais parecida com o Velho Oeste", diz o médico americano Martin Makary, um observador privilegiado das entranhas dos mais badalados hospitais dos **Estados Unidos**. Sem meias palavras, Makary expõe verdades incômodas no livro *Unaccountable: what hospitals won't tell you and how transparency can revolutionize health care* (em português, *Sem prestar contas: o que os hospitais não contam e como a transparência pode revolucionar a assistência à saúde*). É hora de quebrar o silêncio.

A obra de Makary, comentarista das redes de TV *CNN* e *FoxNews*, recém-lançada nos Estados Unidos e ainda sem editora brasileira, não passou despercebida. "A cada colega que me considerou um traidor por escrever esse livro, cinco me agradeceram", disse Makary a *ÉPOCA*. "É um sinal de que o tempo da transparência chegou." Cirurgião especializado em aparelho digestivo, Makary trabalhou em várias das mais respeitadas instituições médicas dos Estados Unidos. Fez pesquisas sobre saúde pública na Universidade Harvard, em Boston, e atualmente atende no Hospital Johns Hopkins, em Baltimore. Ele não está sozinho. Há um movimento crescente, observável também no Brasil, em defesa de uma medicina mais transparente. Essa corrente acredita que qualquer cidadão deveria ter acesso a informações objetivas sobre a qualidade dos hospitais.

COMO ESCOLHER UM HOSPITAL?

Saber se ele tem um selo de qualidade internacional é um bom parâmetro. No Brasil, apenas 21 instituições conquistaram o certificado mais valorizado no mundo. Ainda assim, não existe hospital 100% seguro

SÃO PAULO

Hospital Albert Einstein
Hospital Sírio-Libanês
Hospital Samaritano
Hospital Alemão Oswaldo Cruz
Hospital do Coração/HCor
Hospital Paulistano
Hospital Total Cor
Hospital São José/Beneficência Portuguesa
Hospital Nove de Julho
Hospital São Camilo Pompeia
Hospital Santa Paula

RIO DE JANEIRO

Hemorio/Secretaria Estadual de Saúde
Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia/ Ministério da Saúde

Hospital do Câncer I/ Instituto Nacional do Câncer
Hospital do Câncer II/ Instituto Nacional do Câncer
Hospital São Vicente de Paulo
Hospital Copa D'Or

PORTO ALEGRE

Hospital Moinhos de Vento
Hospital da Criança Santo Antônio/ Santa Casa de Misericórdia
Hospital Mãe de Deus

RECIFE

Hospital Memorial São José

Fonte: Consórcio Brasileiro de Acreditação/ Joint Commission International

Qual é a parcela de pacientes que contrai infecção em determinada instituição? Qual é o índice de complicações cirúrgicas? Qual é a sobrevivência dos doentes depois de um transplante ou operação cardíaca? Quantos recebem medicações erradas durante a internação? No **Brasil**, os melhores hospitais são avaliados periodicamente nesses quesitos e em muitos outros – num total de 1.300 itens. Eles fazem parte de uma elite de 21 instituições (*leia a lista ao lado*) num universo de 6.500 hospitais do país. Só elas dispõem do selo de qualidade emitido pela Joint Commission International (JCI), uma espécie de norma de controle de qualidade da área da saúde. Esse é o selo mais prestigiado do mundo. Além dessas, 180 instituições têm certificados emitidos por outras entidades.

Nos Estados Unidos e no Brasil, as informações detalhadas sobre cada hospital existem, mas são guardadas a sete chaves. Raras são as instituições que divulgam um ou outro indicador de qualidade. Makary defende a divulgação desses dados. Uma forma simples e objetiva de dar poder aos consumidores do bem mais precioso do mundo: a saúde. Se podemos escolher um hotel ou um restaurante a partir de critérios técnicos, por que não temos o direito de fazer o mesmo por nossa vida?

25% dos pacientes internados sofrem algum tipo de dano, revelou um estudo da Universidade Harvard

Esse é um debate que faz cada vez mais sentido no Brasil. Nos últimos dez anos, o número de brasileiros que dispõem de planos de saúde privados cresceu 50%. São hoje 47 milhões. Nas grandes cidades, as obras de expansão dos hospitais particulares avançam em ritmo acelerado. Mal são inauguradas, as novas alas se mostram insuficientes para atender tanta gente – principalmente nos prontos-socorros. “Há filas de quatro horas e reclamações por todos os lados”, diz Francisco Balestrin, presidente do conselho da Associação Nacional dos Hospitais Privados. “A pressão dessa demanda exacerbada tira a qualidade do atendimento.” O excesso de doentes é um complicador, mas não explica todas as falhas.

Um estudo feito por pesquisadores da Universidade Harvard em dez bons hospitais americanos expôs um fato conhecido no meio médico: 25% dos pacientes internados sofrem algum tipo de dano. Mesmo nos centros americanos de alta tecnologia, pequenas falhas ou erros gravíssimos ocorrem rotineiramente. Esponjas cirúrgicas são esquecidas no corpo dos pacientes, membros errados são operados, crianças recebem excesso de medicação por causa da terrível caligrafia dos médicos.



A CULTURA DO CHECKLIST - Miguel Cendoroglo Neto, superintendente do Hospital Albert Einstein, em São Paulo. Um checklist parecido com o dos pilotos de avião reduz o risco de erros. “Foi difícil mudar a cultura dos médicos, mas hoje eles gostam” (Foto: Marcelo Min/Fotogarrafa/ÉPOCA)



Em vez da cura, mais doenças

Erros comuns flagrados por avaliadores nos hospitais brasileiros



IDENTIFICAÇÃO

Em muitos hospitais, a frequência de erros na identificação do paciente chega a 40%. O costume de escrever apenas o primeiro nome e o último sobrenome do paciente (sem data de nascimento ou nome da mãe) provoca erros graves - como a administração de medicamentos aos pacientes errados



QUEDAS

Um dos problemas mais comuns é o alto índice de quedas de pacientes. Quando estão fracos ou sob efeito parcial de anestésicos, uma simples tentativa de descer da cama pode provocar danos graves, como fraturas ou mesmo a morte. Muitos hospitais não adotam medidas para reduzir esse risco



ENFERMAGEM

Em muitos hospitais, o número de profissionais é insuficiente. Há UTIs de 20 leitos com apenas um enfermeiro. O correto é ter um para até oito pacientes. Muitas equipes (incluindo os técnicos e auxiliares) não têm qualificação para desenvolver um trabalho seguro



ESTRUTURA

Em boa parte dos hospitais, a estrutura física é inadequada e a fiscalização insuficiente. A lei diz que a água usada na hemodiálise deve passar por filtros especiais. Muitos hospitais usam filtro comum. Isso pode causar infecção e agravar as dificuldades de filtragem dos rins



SEGURANÇA

Os avaliadores encontram hidrantes que não funcionam e extintores de incêndio nunca fiscalizados pelo Corpo de Bombeiros. Faltam geradores e não há cuidado com os resíduos hospitalares. Em muitos hospitais, há coletores de material infectante nos quartos. Depois de recolhidos, são misturados ao lixo comum

Fonte: Heleno Costa Jr, diretor de relações institucionais e educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). A entidade avalia os hospitais interessados em ter o selo de qualidade da Joint Commission International

O excesso de confiança dos profissionais, a falta de comunicação entre os integrantes da equipe e o descuido em relação às normas de segurança (parece incrível, mas muitos médicos não lavam as mãos antes e depois de atender um paciente no quarto ou na UTI) expõem os pacientes a riscos desnecessários. No Brasil, o diagnóstico é semelhante. Os avaliadores de hospitais flagram erros de identificação, falta de pessoal qualificado, desleixo em relação à estrutura física (*leia o quadro ao lado*). O cenário é hostil, principalmente porque escolhemos hospital da forma mais subjetiva possível. Somos influenciados pelo marketing, pela decoração e pela opção das celebridades. Esta, por sinal, pode ser a pior maneira de eleger um médico. Makary relembra um caso exemplar. Trocando o nome dos envolvidos, poderia ser uma história bem brasileira.

Em 1980, Mohammad Reza Pahlavi, o xá do Irã, era um dos aliados mais importantes dos Estados Unidos. Quando um câncer no sistema linfático (linfoma) o fez adoecer de repente, Washington fez questão de oferecer o que havia de melhor na medicina americana. Michael DeBakey, o mais famoso cirurgião do mundo, chegou rapidamente ao Oriente Médio. Recomendou uma cirurgia imediata de remoção do baço. Nesse tipo de operação, há o risco de perfurar o pâncreas acidentalmente. Para evitar complicações, uma precaução básica é instalar um dreno cirúrgico. Ele evita que o fluido pancreático fique acumulado no corpo do paciente e provoque uma infecção. Confiante em sua habilidade, DeBakey não colocou o dreno. Ao final da cirurgia, declarou que a operação fora um sucesso. Recebeu medalhas e virou um herói no Oriente Médio. Pouco tempo depois, o xá começou a ter febre e vômitos. A infecção, combinada ao agravamento do linfoma, debilitou-o até a morte.

O erro do governo americano, do xá e de sua família foi não ter percebido que DeBakey era um excelente cirurgião cardíaco - não de abdome. Dos 479 artigos científicos que DeBakey assinara, mais de 95% eram sobre cirurgia cardiovascular. Apenas um mencionava o baço, e, ainda assim, ele não era o autor principal. A aura de superstar ofuscou a razão de todos os envolvidos. DeBakey errou duplamente. O excesso de autoconfiança o impediu de fazer o básico. Ou de pedir a ajuda de um especialista. Se até os poderosos erram ao escolher cuidados médicos, como o cidadão comum pode se defender? Eis um guia para desarmar as principais armadilhas:

Escolha com cuidado os médicos do hospital

Excesso de autoconfiança não é bom para ninguém. No caso dos médicos, esse comportamento pode ter consequências catastróficas. Desconfie das superestrelas que se acham capazes de resolver tudo. Basicamente, há três tipos de médico: os que são bons de diagnóstico; os que são bons de procedimento; e os que não são bons em nada. Para fazer diagnósticos corretos, o profissional precisa saber ouvir, observar, conversar sem pressa. O bom executor de procedimentos não precisa, necessariamente, ter essas qualidades. O que interessa é o conhecimento e a habilidade técnica. A medicina pressupõe treinamento

ultraespecializado. No caso da remoção de um tumor, não basta encontrar um cirurgião oncológico. É preciso saber quantos cânceres iguais ao do paciente ele já extraiu. Médicos e hospitais que realizam maiores quantidades de um mesmo procedimento erram menos.

Como se proteger

Pergunte a opinião dos enfermeiros. Ninguém passa mais tempo com os médicos e com os pacientes. Uma boa forma de conhecer a realidade de um hospital é saber se os funcionários gostariam de ser atendidos lá. A Universidade Johns Hopkins fez essa pergunta aos profissionais de saúde de 60 hospitais americanos de boa reputação. Em mais de 50%, metade dos participantes respondeu um sonoro “não”.

Ao escolher um médico, é preciso ir além das indicações ou do livreto do plano de saúde. Para saber se ele exerce alguma atividade acadêmica ou de pesquisa na área que lhe interessa, levante o currículo dele na Plataforma Lattes (www.lattes.cnpq.br), uma base de dados científicos. Verifique, também, se há ações judiciais contra ele ou o hospital. Basta consultar o site dos Tribunais de Justiça, como o de São Paulo (www.tjsp.jus.br). “Aconselho os pacientes a gravar as consultas médicas, para evitar dúvidas posteriores”, diz a advogada Rosana Chiavassa, especializada em direito à saúde. “Se o médico não gostar da ideia, é melhor se levantar e procurar outro.”

Verifique se as equipes médicas do hospital funcionam como "times"

Médicos e hospitais que valorizam o trabalho em equipe costumam oferecer assistência de melhor qualidade. Para reduzir a chance de erros, os hospitais precisam valorizar o diálogo. Quando o médico humilha ou despreza uma enfermeira que notou uma falha (como um refletor cheio de poeira no centro cirúrgico), quem perde é o paciente. A falta de comunicação produz erros trágicos. Os avaliadores dos melhores hospitais (aqueles que pretendem obter o selo de qualidade de padrão internacional) deparam com casos gravíssimos. “Um paciente foi amputado duas vezes desnecessariamente”, diz Heleno Costa Jr., diretor de relações institucionais e educação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), entidade que avalia os hospitais interessados em se enquadrar nos padrões exigidos pela JCI. O paciente tinha uma necrose gravíssima numa das pernas. Precisou amputá-la. Quando acordou, entrou em desespero ao perceber que estava sem as duas. Como isso aconteceu? Na sala de cirurgia, o técnico de enfermagem deixou descoberta a perna errada. Sem perguntar nada, o cirurgião amputou o membro sadio. “Se o médico tivesse levantado o lençol completamente, teria visto que a perna necrosada era a outra”, diz Costa Jr.

Como se proteger

Procure saber se o hospital realiza pequenas reuniões antes de cada cirurgia e se adota checklists. Assim como fazem os pilotos de avião antes do voo, os profissionais conferem os detalhes que garantirão a segurança da operação. Em voz alta, checam se os equipamentos necessários para aquele procedimento estão na sala e se funcionam bem. Conferem o nome do paciente e se o local da cirurgia foi marcado corretamente. Cada integrante da equipe diz seu nome e sua função. Parece simplório, mas os hospitais que adotam essas práticas erram menos.

Peça uma segunda opinião antes de fazer um procedimento desnecessário

Em todos os campos da medicina, há excesso de prescrição de algum produto. Isso acontece com remédios, cirurgias, implantes ortopédicos, cesarianas, stents (próteses metálicas para desobstrução de vasos). “A história demonstra que nós, os médicos, raramente resistimos à tentação de uma nova tecnologia – principalmente se lucrarmos com ela”, afirma o americano Makary. Nem tudo o que é novo é melhor para a saúde. Num momento de fragilidade e sem condições técnicas de avaliar o tratamento proposto, muita gente se submete a riscos desnecessários.

Em junho de 2000, Camila Oliveira Menezes tinha 19 anos e se preparava para fazer um intercâmbio na Austrália. Os exames exigidos não apontaram qualquer problema de saúde. Dez dias antes da viagem, sentiu uma forte dor de ouvido. No livrinho do plano de saúde, a mãe encontrou o especialista mais próximo: Francisco Garrafa Neto, sócio do Hospital Paulista, especializado em otorrinolaringologia. Ele diagnosticou adenoide (acúmulo de tecido linfático na ligação entre os canais nasais e a garganta) e indicou uma cirurgia. “Ele disse que ela precisava ser operada se não quisesse ter problemas no avião”, diz a corretora de seguros Sonia Maria Oliveira Menezes, mãe de Camila. Segundo Sonia, alguns minutos depois do início da cirurgia, Garrafa Neto se despediu dela dizendo que tudo estava correndo bem e Camila ficaria aos cuidados da equipe. Algum tempo depois, ele voltou às pressas ao hospital, pôs o avental e mandou chamar Sonia ao centro cirúrgico.

Camila estava morta. Segundo o laudo do Instituto Médico-Legal (IML), Camila sofreu hemorragia e choque hipovolêmico (morte por falta de sangue). Uma artéria foi perfurada durante a cirurgia, sem que os assistentes de Garrafa Neto tivessem notado e tentado estancar o sangramento, diz o laudo. O hospital contestou o laudo do IML. Depois de uma disputa de 12 anos, os médicos e o hospital foram condenados a indenizar a família. Procurado pela reportagem, Garrafa Neto não quis se manifestar. Segundo o Hospital Paulista, a morte pode ter sido causada por parada cardíaca, uma “fatalidade” inerente a qualquer tipo de cirurgia. “É impossível que o rompimento de um grande vaso não tenha sido percebido durante a cirurgia”, diz Braz Nicodemo Neto, diretor presidente do hospital. “Seja como for, foi uma vida que se perdeu. Isso é irreparável.” A morte da filha levou Sonia a procurar vários especialistas capazes de ajudá-la a entender o

que aconteceu. “Eles concluíram que a obstrução nasal era de 50%, e, nessas condições, minha filha nem sequer precisava daquela cirurgia”, afirma Sonia. “Fomos vítimas do comércio que existe na medicina.”

Como se proteger

Ouvir uma segunda opinião médica e desconfiar de diagnósticos apressados é o melhor que as famílias podem fazer – pelo menos nos casos em que não se trata de uma cirurgia de emergência. Algumas operadoras de planos de saúde firmaram parcerias com hospitais para coibir o excesso de cirurgias. Os clientes são estimulados a procurar uma segunda opinião no Hospital Albert Einstein, em São Paulo, quando apresentam problemas de coluna. Se os médicos concluem que não é caso de cirurgia, o paciente é encaminhado para a reabilitação. Em muitos casos, ela é suficiente para garantir redução de dor e ganho de mobilidade – sem expor o doente a riscos desnecessários. “Apenas 30% dos pacientes que chegam aqui com indicação de cirurgia de coluna realmente precisam dela”, diz o superintendente Miguel Cendoroglo Neto.



CIRURGIA SEM NECESSIDADE - Sonia Menezes segura uma foto da filha Camila. Aos 19 anos, Camila sentiu dor de ouvido e foi convencida a se submeter a uma cirurgia de adenoide. Morreu na mesa. “Fomos vítimas do comércio da medicina”, diz Sonia (Foto: Marcelo Min/Fotogarrafa/ÉPOCA)

Verifique o risco de complicações - e a estrutura do hospital para lidar com elas

Na grande maioria dos casos, a forma como os planos de saúde remuneram os hospitais favorece a ocorrência de complicações. “Se invisto em gel alcoólico para reduzir o risco de infecção hospitalar, os convênios não me reembolsam”, diz Cendoroglo Neto. “Eles remuneram pela complicação, pelos dias a mais de internação, pelo antibiótico que o paciente consome se a situação dele complicar.” É um sistema que incentiva a doença – não a saúde.

A cabeleireira Welzita de Jesus Correia Silva internou-se em 2003 no Hospital Montreal, em Osasco, para remoção do útero. Aos 35 anos, mãe de dois adolescentes, ela imaginava que receberia alta em dois dias. Depois de uma complicação cirúrgica, passou 17 meses em coma e morreu. “Não acreditava no que aconteceu. Passei um ano dormindo no hospital todas as noites, até que o médico me disse que eu também corria risco de pegar uma infecção”, diz o viúvo, João Santana

Martins da Silva. Segundo a ação judicial, o intestino de Welzita foi perfurado. Ela foi submetida a uma segunda cirurgia, sofreu infecção e parada cardíaca. Os equipamentos de emergência não funcionaram, e a oxigenação do cérebro ficou prejudicada. No início deste mês, o hospital foi condenado a indenizar João e os dois filhos, mas ainda pode recorrer. Procurado por ÉPOCA, não se manifestou.

Como se proteger

A informação é a melhor arma. O paciente ou a família precisam perguntar sobre – e entender – todos os riscos envolvidos no procedimento médico. A lei garante livre acesso a todos os documentos médicos: prontuários, exames etc. Ao escolher um hospital, é preciso observar se ele tem a estrutura e a capacidade técnica necessárias para realizar o tratamento. “Se a paciente se submeterá a uma cesárea, deve escolher um hospital com UTI adulta e UTI neonatal. E nunca aceitar se submeter a cirurgias plásticas, ortopédicas ou qualquer outra em clínicas”, diz a advogada Renata Vilhena Silva, especializada em direito à saúde.



EQUIPAMENTOS QUE NÃO FUNCIONARAM - João Martins da Silva passou um ano dormindo no hospital, ao lado da mulher, Welzita. Complicações numa cirurgia de útero a deixaram em coma durante 17 meses. Ela morreu com 37 anos (Foto: Marcelo Min/Fotografa/ÉPOCA)

Verifique se o hospital tem checagem de medicamentos

Eventos adversos são as complicações graves provocadas pelo cuidado que o paciente recebeu no hospital – e não pela evolução natural da doença. Um dos problemas mais comuns é a administração de remédios errados ou de substâncias que nem sequer são medicamentos, como ocorreu recentemente com uma idosa que recebeu café com leite na veia, num hospital fluminense. “Os erros acontecem quando o hospital não tem um sistema seguro de controle da medicação. Não adianta culpar só o auxiliar de enfermagem que aplicou o remédio”, afirma Ana Tereza Cavalcanti de Miranda, coordenadora de acreditação de serviços de saúde do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

Como se proteger

Nas áreas em que é permitida a presença de um acompanhante, ele deve ficar atento à movimentação dos auxiliares de enfermagem e verificar o que injetam no paciente. O familiar pode e deve verificar os rótulos e as etiquetas dos produtos e fazer perguntas, sempre que achar necessário. O cuidado para reduzir erros deve ser uma obsessão do hospital e começar nas etapas anteriores. Uma solução é a adoção das prescrições eletrônicas. A receita digitada pelo médico vai direto para a



Poder, fama e fragilidade

As agruras enfrentadas por celebridades nos melhores hospitais

REZA PAHLAVI

XÁ DO IRÃ

Em 1980, o americano Michael DeBakey, um superstar da cirurgia cardíaca, removeu-lhe o baço sem usar um dreno cirúrgico. O xá morreu de infecção



ANDY WARHOL

ARTISTA PLÁSTICO

Depois de uma cirurgia de vesícula, telefonou para casa e dormiu. Não acordou mais. Segundo o hospital, morreu de ataque cardíaco



DANA CARVEY

ATOR

Aos 42 anos, foi submetido a uma cirurgia de ponte de safena na artéria errada. Processou o médico e recebeu US\$ 7,5 milhões



DONDA WEST

A mãe do rapper americano Kanye West morreu aos 58 anos por causa de complicações sofridas durante uma cirurgia plástica no abdome e nos seios



JOSÉ ALENCAR

VICE-PRESIDENTE

Em 2006, cirurgiões discutiram durante a extração de um tumor. Ele não foi completamente removido. Alencar morreu em 2011



REYNALDO GIANECCHINI

ATOR

O cirurgião perfurou uma veia ao instalar um cateter para quimioterapia. Foi parar na UTI



farmácia. O farmacêutico faz a primeira checagem: avalia se o médico não errou o nome ou a dosagem do medicamento. Se a receita lhe parecer estranha, tem obrigação de entrar em contato com o médico. A farmácia envia o medicamento ao setor onde está o paciente. Quem recebe é a enfermagem, que faz uma nova checagem. Antes de aplicar a droga, o profissional verifica a prescrição pela terceira vez e confere a pulseira com o nome do paciente. Além de zelar pela segurança dos doentes, os hospitais que adotam o sistema reduzem custos. "Perdíamos 30% dos medicamentos por prazo de validade vencido, furtos ou porque os pacientes recebiam doses mais altas do que precisavam", diz Vanderlei Timbó, coordenador de qualidade do Hospital São Vicente de Paulo, no Rio de Janeiro. "Esse índice baixou para 0,3%. Hoje temos certeza de que os pacientes recebem o medicamento necessário." As melhorias ocorreram desde 2008, quando o hospital filantrópico recebeu o primeiro selo de qualidade da JCI. "Desde 2011, não tivemos nenhum evento indesejável provocado por falha de identificação do paciente", diz Timbó.

As melhorias de desempenho poderiam ser ainda mais notáveis se as informações se tornassem públicas. Nos Estados Unidos, a Sociedade dos Cirurgiões Torácicos saiu à frente. Quem precisa de uma cirurgia cardíaca entra no site da entidade (www.sts.org) e confere os índices de complicação, as taxas de sucesso e outros parâmetros de cada hospital. Eles recebem estrelinhas de acordo com a qualidade dos serviços. É um primeiro passo. "Se qualquer um pode entrar na internet e ver onde Bill Gates e Warren Buffett colocam o dinheiro, por que não podemos conhecer o desempenho dos hospitais?", afirma Makary. Para ele, pode demorar, mas a cultura da transparência acabará se estabelecendo por pressão dos que usam hospitais. "Precisamos educar o paciente para que ele saiba usar os dados a seu favor", diz Costa Jr., do CBA. Chegará o dia em que entraremos num hospital sabendo exatamente nas mãos de quem entregaremos nosso patrimônio mais precioso: nossa saúde e de nossos familiares.

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, Janeiro de 2015 (matéria reeditada e originalmente publicada em 01/12/2012).**

O julgamento do petrolão será televisionado? (JOAQUIM FALCÃO)

NESTA segunda (2) o Supremo Tribunal Federal inicia os trabalhos do ano de 2015, que será marcado pelo julgamento dos políticos do escândalo do petrolão. Não só os políticos estarão em julgamento. O próprio Supremo, diante do Congresso, da opinião pública, do Brasil e dele próprio, estará também.

Será o Supremo, na presidência do ministro Ricardo Lewandowski, capaz de expressar o desejo dos brasileiros por uma vida política mais ética? Será ele capaz de evitar que a insatisfação com a política e com os políticos acabe nas ruas? Sua tarefa é maior do que a de julgar réus. É mostrar que instituições democráticas funcionam. Mas será que os julgamentos vão ser televisionados? O Brasil poderá ver os argumentos, o processo, entender melhor o que está se passando? Ver como a justiça é feita? Ou será um julgamento às escuras, longe dos olhos da sociedade?

A pergunta se justifica porque no ano passado, em nome da celeridade, o Supremo mudou regra interna. Ações penais contra deputados e senadores são analisadas não mais no plenário por 11 ministros, mas nas turmas, com 5 ministros, em outro auditório. E lá, em geral, não se televisa o que acontece. E, então, como ficamos? Alguns ministros querem um Supremo fechado. Sem transmissão.

Não existe norma que obrigue o Supremo a televisionar. Essa é decisão de ordem administrativa interna. Convém ou não? É oportuna ou não? Foi com essa liberdade discricionária que o ministro Marco Aurélio Mello acreditou oportuno e conveniente criar a TV Justiça e televisionar as sessões do plenário. Isso foi ousado em 2002, quando televisionar implicava tecnologia pesada que poucos tinham e custos altos. Hoje, não. É rotina. Qualquer um pode televisionar o que quer via internet a custo quase zero. Pela Constituição Federal, essa sessão é pública. Ou seja, os cidadãos têm o direito de conhecer como a sessão ocorre. A questão fundamental, então, é esta: pode o STF proibir que uma rede de TV venha a cobrir a sessão? Pode negar licença para que a mídia exerça um direito que lhe é assegurado pela liberdade de imprensa? Ou proibir que um cidadão a grave em seu celular e a transmita via streaming? Pode mandar sair da sala quem está exercendo sua liberdade de expressão? Vai apreender celulares? Dos advogados também?

Acredito que não. Será grave violação à liberdade e aos direitos fundamentais. Independentemente da opinião pessoal ou do interesse político de um ou outro ministro, o Supremo, como instituição, tem que respeitar liberdades. Que não queira transmitir, tudo bem. Que proíba que se transmita, tudo mal. Ao televisionar as sessões do plenário, o Supremo felizmente já se posicionou. Hoje lidera a nível mundial uma Justiça de transparência. Televisionar não ofende direitos de réus nem perturba os ministros. Essa é a jurisprudência real evidenciada toda quarta e quinta-feira, quando a TV Justiça transmite as sessões. Vamos regredir?

O direito do público e dos meios de comunicação vai variar de acordo com a disposição arquitetônica do Supremo? Aqui pode, ali não? A publicidade é o dever constitucional a ser seguido pela administração pública. O Supremo faz parte da administração pública. Entre dois caminhos iguais possíveis, tem que seguir por aquele em favor de mais publicidade. Mostrar como o tribunal funciona, sobretudo em relação a casos de grande impacto nacional - como os de corrupção -, é hoje a principal fonte de legitimidade do Supremo e dos ministros. Essa fonte vai secar?

JOAQUIM FALCÃO, 71, mestre em direito pela Universidade Harvard (EUA) e doutor em educação pela Universidade de Genebra, é professor da FGV Direito Rio. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

O MEC na política "arroz com feijão" (PAULO GHIRALDELLI)

O RECÉM-EMPOSSADO ministro da Educação, Cid Gomes, diferentemente de outros até então, foi extremamente comedido. Em entrevista ao "Bom Dia Brasil", da TV Globo, disse estar ali só cumprindo ordens da presidente Dilma.

Disse que vai incentivar o Pronatec (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego), fazer a reforma do ensino médio e encaminhar projetos de valorização do professor. Tudo isso, segundo ele, em clima de diálogo, "sem imposição". Sobre aquilo que vai administrar diretamente, as universidades federais, nada falou. Cid Gomes foi simpático nisso tudo. Inclusive se explicou por ter dito que "professor deve trabalhar por amor". Deixemos, então, essa declaração infeliz de lado e sigamos em frente. Nada de ideias mirabolantes, como muitos que passaram no Ministério da Educação, causando confusão, desperdício de dinheiro e resultados pífios.

Cid Gomes no Ministério da Educação é, talvez, o que realmente o MEC é no Brasil: uma rainha da Inglaterra. A corte tem Orçamento e chega até a comandar as Forças Armadas, mas não tem poder algum no cotidiano da política. O Brasil enxerga o MEC como o mandachuva da educação. A imprensa contribui para essa imagem. Mas, na prática, o MEC tem a ver única e exclusivamente com uma rede de ensino universitária que está se tornando apenas um conjunto de escolas que tenta substituir a não existência do ensino médio.

Para que o ministério tenha algum peso na educação brasileira, e assim corresponder à imagem que dele faz o brasileiro, é preciso ter uma relação mais estreita com o chão da escola básica. A solução é federalizar o ensino básico, ou seja, fundamental e médio? Talvez. Mas já de pronto o que pode ser feito é a modificação dos convênios entre governo federal e governos estaduais e municipais. Na gestão de Fernando Haddad no MEC fui convidado a fazer a avaliação crítica do Plano Nacional de Educação (PNE).

Produzi um documento massudo que, é claro, foi engavetado. Recebi o dinheiro pelo serviço, mas o serviço virou nada. Minha crítica ao PNE não podia mesmo ser levada em conta, uma vez que aponte para algo que o governo federal nunca quis mexer, independentemente de partidos ou presidentes: a forma pouco eficaz pela qual a União repassa recursos para Estados e municípios. Os convênios são, em geral, uma forma de doação de dinheiro sem a existência de mecanismos de cobrança de retorno. Cobrança burocrática e papel para preencher existem, mas uma medida que faça com que prefeitos e governadores apresentem resultados de melhoria da capacidade intelectual dos alunos e da condição de estudos dos professores, não há.

Se não me enganei com a entrevista de Cid Gomes, ele parece saber disso mais do que eu. Só que, ao contrário do que estou dizendo, ele confessa que não fará outra coisa que aquilo que a lei vem chancelando: o ensino popular é regionalizado, estadualizado e minguado - e assim será. Não se pode quebrar isso, é um tabu. Cid Gomes parece não ter nenhuma intenção revolucionária de quebrar isso

PAULO GHIRALDELLI, 57, filósofo, é professor da UFRRJ e dirigente do Cefa - Centro de Estudos em Filosofia Americana. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Humildade (LUIZ FELIPE PONDÉ)

A HUMILDADE é uma das virtudes mais difíceis na vida. Principalmente porque está fora de moda, confundida com baixa autoestima. Somos ensinados a buscar o orgulho como autoafirmação. Nada mais distante de uma personalidade razoavelmente madura do que o orgulho.

A humildade é uma das virtudes bíblicas. O filósofo judeu Martin Buber, quando elenca em seu maravilhoso "Hasidism and Modern Man" (Prometheus Books), de 1988, as quatro principais virtudes do místico hassídico, coloca a humildade como a máxima entre elas. O hassidismo é uma escola judaica típica do leste europeu dos séculos 18 e 19, e o termo vem da palavra hebraica "hesed", que pode ser traduzida por "piedade".

As quatro virtudes são: êxtase na contemplação ("hitlahavut"), trabalho ("avodá"), a intenção reta do coração ("kavaná") e a humildade ("shiflut"). Segundo ele, alguém que tem intimidade com D'us (no judaísmo, não se escreve o nome de Deus completo) tem gosto pelo trabalho, seja ele qual for, porque sente que ser parte do mundo é colaborar com ele. O êxtase é o que acontece com quem vê D'us e sua piedade com frequência. O ato de contemplar D'us --a palavra "hitlahavut", em hebraico, remete ao fogo - "incendeia a alma". A intimidade com Deus leva o místico a não conseguir mentir aquilo que sente e pensa, ele diz. Daí a ideia de um coração reto.

Por fim, a humildade. As três anteriores convergem para o que Buber se refere como a consciência de que D'us carrega o mundo na palma da Sua mão, imagem comum na Bíblia hebraica (o Velho Testamento dos cristãos). É comum personagens como Davi e Abraão usarem essa imagem ou similares para descrever a relação entre D'us e o mundo. A humildade é marca suprema da alma que se conhece sem mentir para si mesma. A humildade também pode ser vista como grande virtude e desafio para pessoas distantes de qualquer sensibilidade religiosa, mas que têm grande sucesso na vida.

Se você é alguém que não teve sucesso na vida, dizer que é humilde é mais falta de opção do que qualquer virtude de fato. Por isso, a humildade sempre foi cobrada de grandes guerreiros e mulheres lindas. O sucesso, seja ele físico, financeiro, intelectual ou "imaterial", sempre foi um desafio: o risco do sucesso é deformar a alma. Sobre isso, basta ver o horror que é o mundo intelectual e seu profundo desprezo (ao contrário do que querem transparecer) pelo "povo".

A chamada "segurança de si" vai melhor com a humildade do que com o self-marketing. Qualquer pessoa sabe que não se pode falar das próprias virtudes, porque o autoelogio é signo de desespero. A humildade é o manto com o qual a alma virtuosa se cobre e esconde sua face. E isso nada tem a ver com tristeza ou falta de percepção do sucesso. A felicidade, quando verdadeira, é sempre uma forma de generosidade. Assim como D'us esconde a sua face, segundo o hassidismo, para nos "proteger" de sua grandeza, o virtuoso esconde seu rosto "em chamas", seja ele incendiado por D'us, seja pelo sucesso, para que não saibam que ele está acima do homem comum. Não é outro o sentido de se dizer, no cristianismo, que Jesus era um humilde. Qualquer homem comum que fosse alçado a condição de D'us seria um miserável orgulhoso.

Porém, existe um outro tipo de humildade, de que não se costuma falar muito, mas que considero tão essencial quanto o que é mais falado no mundo da filosofia moral. Trata-se da humildade da qual fala Freud. Estranho? Nem tanto. Na psicanálise, a humildade é também essencial. O sábio de Viena dizia que se ele conseguisse levar seu paciente a trabalhar e a amar razoavelmente, estaria satisfeito como psicanalista. Além do fato de que grande parte dos psicanalistas é tão horrorosamente orgulhosa quanto minha tribo de filósofos e afins (em alguns casos, o orgulho de alguns beira o grotesco), acho que essa fala de Freud não serve apenas para esses profissionais, mas também para os pacientes.

Muitas vezes, se concentrar em conseguir levantar de manhã e trabalhar, conseguir olhar para as pessoas à sua volta e ser generoso, pode ser o maior dos milagres na Terra.

LUIZ FELIPE PONDÉ é filósofo, escritor e ensaísta, doutor pela USP, pós-doutorado em epistemologia pela Universidade de Tel Aviv, professor da PUC-SP e da Faap, discute temas como comportamento contemporâneo, religião, niilismo, ciência. Autor de vários títulos, entre eles, 'Contra um mundo melhor' (Ed. LeYa). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Parceria contra a crise (ROSELY SAYÃO)

VAMOS respirar fundo e apertar os cintos de segurança porque os filhos retornaram às aulas.

Algumas mães estão aliviadas. Pudera! As crianças, em casa, demandam 100% da atenção delas: querem saber o que fazer, querem ficar em frente à televisão, na internet ou jogando videogame por muito tempo, querem programas superdivertidos e mais e mais e mais! Elas sempre querem mais. São consumidoras vorazes de lazer e diversão, mas não sabem procurar brincadeiras e entretenimento por conta própria. São dependentes dos adultos.

Mas há também muitas mães previamente cansadas por tudo o que terão de fazer pelos filhos em sua vida escolar: reuniões, mandar estudar, acompanhar as lições de casa, trocar ideias com os pais de colegas por meio de programas de mensagens instantâneas, levar para estudos de grupo e aniversários, buscar, receber colegas em casa etc. Dá a maior canseira ser mãe de estudantes hoje em dia. Faz tempo que o que entendemos como parceria família-escola é a escola falar e os pais escutarem - é verdade que muitos deles rodam a baiana na escola, muitas vezes por motivos equivocados. O que deveria interessar às famílias é a discussão na formulação - permanente - do projeto ético, político e pedagógico da escola e também da administração escolar. Essa poderia ser uma boa parceria.

Alguns exemplos de questões que os pais poderiam discutir com a escola para contribuir, efetivamente, com a sua prática: "Que tipo de alunos queremos formar?"; "Queremos incentivar a cooperação ou a competição?"; "Quais virtudes vamos eleger para ensinar neste ano letivo?"; "Como funciona o recreio? Podemos melhorá-lo?"; "Quais projetos iremos priorizar neste ano?"; "Há bullying na escola? Como interferir?" e assim por diante. Mas, por enquanto, a parceria tem transformado os pais quase que em tutores, auxiliares de ensino e até mesmo professores particulares.

Neste ano, em especial nas cidades afetadas pela crise hídrica, os pais precisarão refletir junto com a escola sobre como enfrentarão o racionamento e a falta de água que, é quase certo, acontecerá. Sim, caro leitor: esse é um problema bastante sério para as escolas e para as famílias. Imagine 50, 100, 400, 1.000 alunos compartilhando o mesmo espaço sem água. Você tem ideia do caos que isso será?

A prática que temos tido até agora, quando há falta de água em unidades escolares por um problema ou outro, tem sido a suspensão das aulas. Imagine, no quadro que se apresenta agora, milhares de crianças sem poder frequentar a escola sabe-se lá por quantos dias. Um problema para escolas, famílias e alunos. Um problema social imenso.

A comunidade de cada escola - gestores, professores, alunos e famílias - deveria reunir-se logo no início do ano letivo para essa discussão. O que se pode ensinar e aprender com a situação a que chegamos nessa crise no abastecimento de água, quais são as alternativas viáveis para a escola e as famílias etc. Agora é a hora de procurar reduzir os danos, já que a situação chegou a tal ponto.

Tenho certeza de que muitos pais podem ter ideias geniais para minimizar o problema. E isso sim seria uma bela parceria escola-família: todos em torno do objetivo da busca do melhor para a escola e de seus envolvidos.

ROSELY SAYÃO é psicóloga e consultora em educação, fala sobre as principais dificuldades vividas pela família e pela escola no ato de educar e dialoga sobre o dia-a-dia dessa relação. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Falta água na sede do governo? (PASQUALE CIPRO NETO)

COMO DIZ um velho ditado, seria cômico, se não fosse trágico. Na semana passada, um site estampou este título: "Grupo protesta contra falta de água na sede do governo". A sede do governo sem água? Como assim? Nossas vigilantes autoridades não merecem passar por isso!

Eta batalha inglória, caro leitor! Lutar contra essas surradas barbaridades no texto brasileiro impresso é mais ou menos como ter esperança de que as coisas neste país um dia mudem, melhorem etc. Mas voltemos ao título citado. Há erro gramatical nele? Não há, caro leitor, como também não há em algo como "Eu nasci em 1655" ou "Lula e Dilma não sabiam de nada". Em nenhum dos casos, o problema é de gramática; é de outra natureza.

Lido ao pé da letra, o título informa que a razão do protesto é a falta de água na sede do governo. Quando se vai para o texto a que remete a "chamada" de capa, descobre-se o que de fato ocorreu: algumas dezenas de pessoas foram até a sede do governo paulista para protestar contra a falta de água. E como se conseguiria o milagre de informar o fato verdadeiro, com as mesmíssimas palavras? Bastaria inverter a ordem: "Na sede do governo, grupo protesta contra a falta de água"; "Grupo protesta na sede do governo contra a falta de água".

Alguém dirá que o contexto faz o leitor entender a intenção do redator. Esse contexto, obviamente, não é o do texto, que não há; o que há é um título, que remete a uma realidade sobejamente conhecida de todos. O fato de a realidade nos impor a leitura "correta" do título não ameniza o desastre. Não é possível nem é preciso redigir assim. Agora veja o que ocorreu em Guarabira-PB, também na semana passada. Uma loja estampou um cartaz com estes dizeres: "Oferta imperdível - Chip Vivo - R\$ 1,00 - com - aparelho" (não havia esses tracinhos; eu os pus para indicar as quebras de linhas que havia no cartaz).

Munido de R\$4, um cliente entrou na loja e foi logo pedindo quatro aparelhos, com os respectivos chips, é claro. Estabeleceu-se a confusão. A polícia foi chamada etc. Um atendente da loja disse que a intenção era informar que, na compra de qualquer celular, o chip custaria R\$1, mas, como diz um velho ditado, de boas intenções o inferno está mais que

cheio. A construção é no mínimo ambígua. As frases que expressam a real intenção do redator exigem um verbo ou um substantivo que designe "o ato de". Nesse tipo de mensagem, a ausência desses termos é muito comum e se explica pelo imediatismo que se quer alcançar.

Posto isso, convém citar algumas das possíveis soluções (que vou escrever com a forma e a pontuação de um texto "corrido"): "Oferta imperdível: na compra de um celular, chip (da) Vivo por R\$1"; "Oferta imperdível: na compra de um celular, o chip (da) Vivo sai por R\$1". A imprensa noticiou o fato como "erro de português". É muito mais do que um simples erro de português; na verdade nem é propriamente erro de português. É erro de pensamento, de lógica, de raciocínio.

Pergunto, pela enésima vez: não é difícil ser claro quando se escreve, é? E por que será que esses desvios que vimos são tão frequentes? Arrisco um palpite: falta raciocínio complexo, falta desconfiar da obviedade da linearidade, falta releitura da própria escrita, falta... É isso.

PASQUALE CIPRO NETO é Professor de português desde 1975 e também colunista semanal desta publicação. É o idealizador e apresentador do programa *Nossa Língua Portuguesa*, transmitido pela Rádio Cultura (São Paulo) AM e pela TV Cultura, e do programa *Letra e Música*, transmitido pela Rádio Cultura AM. E-mail: inculta@uol.com.br. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Chega de descaso na saúde (LEANDRO FARIAS)

MEU NOME é Leandro Farias, tenho 25 anos, e há cinco meses enterrei minha jovem mulher, Ana Carolina Domingos Cassino, 23. Ela foi mais uma vítima de descaso neste país: morreu por causa de uma apendicite - em pleno século 21 - após esperar 28 horas por essa simples cirurgia em um hospital particular da Barra da Tijuca, no Rio.

Ana Carolina, como outros 50 milhões de brasileiros, tinha um plano de saúde na falsa certeza de que quando precisasse teria um atendimento digno e humanizado. A grande mídia detona a saúde pública em seus noticiários e, em seguida, nos empurra goela abaixo propagandas de planos privados, buscando nos fazer acreditar que essa é a solução para todos os nossos problemas. Ledo engano.

O governo, por sua vez, incentiva ainda mais a adesão aos planos de saúde --seja por meio de isenções e incentivos fiscais, seja através de uma agência reguladora.

Essa agência sempre deixou bem claro que tem por objetivo defender os interesses dos grandes empresários da saúde. Basta observar a composição da sua diretoria, formada a partir de indicações do governo, com aprovação do Senado, ocupada por diretores de hospitais particulares, administradoras de benefícios (Qualicorp, por exemplo), entre outros. Sem contar a falta de fiscalização em relação à modalidade dos planos coletivos por adesão.

Os órgãos e instituições públicas da saúde estão contaminados pelos interesses dos grandes empresários. Ministério da Saúde, ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), Conselho Regional de Medicina, Vigilância Sanitária, entre outros, não cumprem com o seu papel e, com isso, cabe ao Judiciário fazer valer o direito à saúde, como consta do artigo 196 da Constituição Federal.

A Justiça fica, com isso, sobrecarregada por demandas que poderiam ser facilmente resolvidas. Faça uma visita ao plantão judiciário de sua região e entenderá do que estou falando. A judicialização da saúde demonstra sua importância, porém não é a única solução. Apenas punir exemplarmente os responsáveis por praticar crimes é enxugar o gelo. Precisamos conscientizar a sociedade e saber que todos nós temos direitos e deveres.

Nesse sentido surgiu o movimento Chega de Descaso (www.chega dedescaso.com.br), organização da sociedade civil que visa estimular a consciência crítica na sociedade, de maneira a retomarmos a vertente da participação social que vem diminuindo desde a construção do SUS (Sistema Único de Saúde).

Queremos promover um grande debate e uma maior interação entre profissionais de saúde e usuários. Acreditamos que a solução para o problema da saúde está em um SUS público, 100% estatal, universal e de qualidade. Precisamos valorizar a defesa do direito à saúde por meio do fortalecimento das lutas contra a mercantilização desta.

Sabemos que saúde se produz com acesso a recursos, mas para que haja desenvolvimento econômico precisamos de uma população saudável e com qualidade de vida. Nesse cenário, o movimento Chega de Descaso se apresenta como um novo movimento sanitário e convidamos a todos a fazerem parte dessa luta.

LEANDRO FARIAS, 25, farmacêutico da Fiocruz (Fundação Oswaldo Cruz), é um dos integrantes do movimento Chega de Descaso. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

O Oriente muito próximo (CONTARDO CALLIGARIS)

1) Acabo de devorar, em dois dias, "Impérios do Mar", de Roger Crowley (Três Estrelas). Subtítulo: "A Batalha Final Entre Cristãos e Muçulmanos pelo Controle do Mediterrâneo (1521-1580)". Crowley conta a história violentíssima de um choque entre homens e nações. Os homens, o leitor descobrirá no livro. As nações eram, de um lado, a Espanha (com os mercenários de Gênova), os cavaleiros da ordem de Rodes e Malta, o papa e Veneza; do outro, havia o Império Otomano, com o apoio da França.

Ora, cuidado: a história que Crowley conta não é nem a de um conflito de culturas, nem a de uma guerra entre religiões. Certo, na hora do vamos ver, alguns invocavam Cristo, e outros, Alá, mas, para todos, segundo Crowley, o que estava realmente em jogo era o domínio do Mediterrâneo - militar e comercial. Você já deve suspeitar que, desde o século 11, as nove cruzadas fossem mais projetos de conquista e de saque do que sonhos religiosos de retomar o Santo Sepulcro. Para Crowley, no século 16, tanto a Espanha quanto o império Otomano queriam ser a nova Roma, os venezianos queriam que a guerra parasse e todos voltassem a fazer negócios, e só o papa parecia acreditar que a guerra fosse "santa".

Será que o conflito de hoje entre o Ocidente e o mundo islâmico pode ser "apenas" uma guerra entre impérios? Nos anos 1950, depois da crise de Suez, a União Soviética parou de defender Israel e passou a defender os países árabes, e o Ocidente fez o inverso. Talvez Israel e o mundo islâmico fossem apenas peões na luta entre impérios. Mesmo assim, eu tendo a pensar que o conflito entre o Ocidente e todos os fundamentalismos (não só o islâmico) seja hoje um enfrentamento de culturas e princípios opostos, mas...

2) "Eis que, nesta mesma semana, li o novo romance de Michel Houellebecq, "Submissão", a ser publicado no Brasil em 2015 pela Alfabeta. O romance, no qual a França acaba sendo governada por um partido islâmico, foi publicado em 7 de janeiro deste ano. Em quatro dias, 250 mil exemplares foram esgotados. Claro, 7 de janeiro foi o dia do massacre da redação de "Charlie Hebdo". Mas esse ato de terror não era necessário para "sensibilizar" os leitores franceses.

Dois exemplos. O livro de Éric Zemmour, "Le Suicide Français" (o suicídio francês, em português; editora Albin Michel), publicado em outubro de 2014, já vendeu 400 mil exemplares: é um ensaio de 520 páginas sobre a dissolução progressiva da França pelo pensamento de maio de 1968 e pelo descontrole da imigração. Fato mais significativo, acaba de sair outro romance, "Les Événements" (os eventos, editora P.O.L.), de Jean Rolin, que apresenta uma França transformada em campo de batalha de milícias armadas (entre as quais as muçulmanas).

Alguns desavisados anteciparam que o romance de Houellebecq incentivaria a islamofobia --talvez porque o título lembre que "submissão" é o sentido da palavra islã. Não é o caso. Houellebecq imagina uma França em que um partido islâmico toma o poder por via eleitoral, com o apoio da esquerda e de sua consciência culpada, e com a única oposição da extrema direita.

No romance de Houellebecq, como na visão de Crowley, a vitória do partido islâmico francês tem pouco a ver com um sonho de primazia religiosa, e tudo a ver com um projeto de expansão imperial, Mediterrâneo afora. Para confirmar essa visão materialista do conflito, o protagonista de Houellebecq, na hora de considerar a possibilidade de uma conversão, não pensa em princípios e crenças, mas em vantagens salariais. Enfim, talvez a batalha relatada por Crowley em "Impérios do Mar" não tenha sido a batalha final...

3) Em matéria de Oriente, a outra novidade da semana é "Timbuktu", o filme de Abderrahmane Sissako. Por uma vez, o absurdo (tragicômico) fundamentalista é exposto por um cineasta muçulmano. Imperdíveis: os diálogos entre os jihadistas e o xeque da mesquita de Timbuktu, assim como as reações populares às regras da polícia religiosa. Em 2006, quando o "Charlie Hebdo" reproduziu as caricaturas de Maomé publicadas inicialmente na Dinamarca, a capa da revista era um desenho de Cabu, em que Maomé, exasperado, com as mãos na cabeça, dizia: "É duro ser amado por babacas"... Maomé, em Timbuktu, não diria diferente.

Depois do atentado contra "Charlie Hebdo", o líder do Hizbullah, que não é um moderado, declarou que as degolas e os massacres são hoje uma ameaça contra o islã bem mais séria do que as sátiras em filmes, desenhos e escritos.

CONTARDO CALLIGARIS é psicanalista, doutor em psicologia clínica e escritor. Ensinou Estudos Culturais na New School de NY e foi professor de antropologia médica na Universidade da Califórnia em Berkeley. Reflete sobre cultura, modernidade e as aventuras do espírito contemporâneo (patológicas e ordinárias). **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Devido à crise hídrica, Carnaval deste ano em São Paulo deve ser cancelado? SIM

Pode ser a gota d'água (GILBERTO NATALINI)

SÃO PAULO sofre uma crise hídrica sem precedentes, o que exige medidas urgentes, emergenciais e corajosas, mesmo que sejam impopulares e desagradem a alguns segmentos da população. Enquanto o governador do Estado não tomou providências, o prefeito de São Paulo deu de ombros para a crise e decidiu promover 300 blocos de Carnaval, estimulando 2 milhões de pessoas, sendo dezenas de milhares de turistas, a ocupar as ruas da cidade, gastando água em tempos de quase colapso.

Limpar o rastro de sujeira após a passagem dos foliões consumirá milhões de litros de água. Esse volume não desprezível fará falta para uso em serviços essenciais. Já no Sambódromo do Anhembi, poços artesianos com capacidade de retirar 410 mil litros por dia, além de um reserva de 900 mil litros, serão usados em apenas dois dias de festa na avenida. A maioria da população entende o momento. Seja nas ruas, seja nas redes sociais, tenho visto muitas pessoas apoiando minha proposta de cancelamento do Carnaval deste ano em São Paulo. As pessoas estão à frente dos governantes.

Que fique claro: o motivo para suspender os grandes eventos de São Paulo, dos quais o Carnaval é o primeiro do ano, tem motivo de força maior. Trinta cidades de São Paulo, Minas Gerais e Pernambuco já cancelaram a festa - que faz parte da alma do nosso povo. Não dá mais para adiar um choque de realidade. Todas as medidas para evitar o colapso no

abastecimento de água são de médio e longo prazo. Exceto uma: a economia nas torneiras. Infelizmente, o governo estadual deixou de fazer obras e de tomar providências necessárias. Agora, estamos na iminência de um brutal racionamento de água.

A incúria levou a uma situação tal que, a despeito do esforço da maioria em economizar água, cerca de 20% da população, notadamente os mais ricos, aumentaram o consumo nos últimos meses. Essa parcela de moradores sem solidariedade não encontrou pela frente um governo que fosse capaz de autuá-la e de impedir o desrespeito com o bem-estar de todos. Faz 14 anos que promovo, como vereador de São Paulo, a Conferência Municipal de Produção Mais Limpa e Mudanças Climáticas. Já na primeira edição tratamos da ameaça ao abastecimento de água.

Lei de minha autoria obriga a Prefeitura de São Paulo, desde 2004, a lavar as ruas da cidade com água de reúso, economizando água potável. Precisamos aumentar o aproveitamento da água de reúso, além de tratar os esgotos e proteger matas e mananciais. Os governantes brasileiros, em todos os níveis, infelizmente, minimizam os alertas da natureza e desdenham dos problemas ambientais e climáticos.

O resultado está aí em nossas torneiras e deve se agravar. Não foi por falta de aviso. É o que nós ambientalistas temos feito há mais de 20 anos. A crise hídrica é uma das facetas do gravíssimo estresse ambiental que se instalou no planeta, no Brasil e em São Paulo. Desmatamentos, áreas de manancial com invasões permitidas e incentivadas pela prefeitura, perdas enormes nas redes de distribuição da Sabesp, reservatórios insuficientes e desperdício nas torneiras. Nesse quadro, veio a estiagem.

Não cabe administrar o abastecimento de água em São Paulo contando com a boa vontade de São Pedro. É inaceitável fazer política por adivinhação, sem planejamento. Os procedimentos para diminuir o consumo de água na cidade devem ser corajosamente postos em prática. Não vamos continuar afrontando o bom senso. O Carnaval pode ser a gota d'água.

GILBERTO NATALINI, 62, médico, é vereador em São Paulo pelo PV e presidente da Comissão de Meio Ambiente da Câmara Municipal. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Devido à crise hídrica, Carnaval deste ano em São Paulo deve ser cancelado? NÃO

Seriedade para enfrentar a crise (NABIL BONDUKI)

A CRISE hídrica que vivemos é gravíssima e exige medidas urgentes do governo do Estado - responsável pela gestão dos recursos hídricos e pelos serviços de saneamento em São Paulo-- que, há pelo menos um ano, já deveria ter agido de forma muito mais contundente do que fez para enfrentar o cada vez mais dramático problema.

De todas as providências que poderiam ser tomadas, não existe nenhuma tão descabida e inócua do que a proposta de cancelar o Carnaval em São Paulo. A ideia carece de fundamento técnico e em nada contribuiria para a economia de água.

O Carnaval mobiliza basicamente foliões que já são moradores da Região Metropolitana, cidadãos que já consomem água dos sistemas que abastecem a cidade.

Pesquisa realizada pela SPTuris nos desfiles do Carnaval do sambódromo do Anhembi, em 2013, mostrou que do público de 110 mil pessoas presentes, apenas 1,9% (2,2 mil pessoas) são estrangeiros e 13,1% (14,3 mil pessoas) são turistas de fora da região, somando 16,5 mil pessoas, um acréscimo de insignificantes 0,08% na população de 20 milhões de habitantes.

Embora essas 16,5 mil pessoas (muitas do interior do Estado, também abastecidas pelo sistema Cantareira) sejam relevantes para movimentar a economia de serviços da cidade, em especial para os setores hoteleiro e gastronômico, aumentam pouco o consumo de água.

No que se refere ao Carnaval de rua, a ideia é inócua e inaplicável. Além dos foliões serem quase que exclusivamente moradores dessa mesma região, essa forma de brincar o Carnaval não pode ser cancelada por decreto. Ou quer o vereador Gilberto Natalini (PV) que se use força policial para impedir a população da cidade de brincar o Carnaval? Os cerca de 300 blocos que deverão sair às ruas nesse período são espontâneos e se organizam independentemente da prefeitura.

A municipalidade atua apenas para minimizar o impacto e ordenar essas manifestações populares, buscando compatibilizar a alegria dos foliões com o necessário direito ao descanso de moradores que não participam da atividade.

Neste ano, a prefeitura ampliou a infraestrutura, com mais banheiros químicos, serviços de emergência médica e interdição de vias, estabeleceu horários para o encerramento e dispersão dos blocos (respectivamente às 22h e às 24h) e organizou melhor os percursos para não obstruir o transporte coletivo e as ambulâncias.

Na limpeza das ruas e do sambódromo, feita após a passagem dos blocos e das escolas de samba, será utilizada água de reúso como já é prática da prefeitura.

Os banheiros químicos não usam água; os do sambódromo foram regulados para economizar, reduzindo-se a pressão das torneiras e o gasto de água das privadas. Quem usar os banheiros disponíveis para o Carnaval provavelmente gastará menos água do que faria em casa! Ou quer ainda o vereador, também por decreto, que se proíba os paulistanos de irem ao banheiro?

Em vez de proibir o Carnaval, devemos atuar em educação ambiental para difundir o uso racional da água, ao contrário do que fez a Sabesp antes de a crise tomar forma de calamidade pública. Interessada em vender mais água aos consumidores, a empresa não se empenhou o necessário para a conscientização de que a água é um recurso escasso.

Como o Carnaval em nosso país, as manifestações culturais e festas tradicionais são uma excelente forma de narrar, com arte e linguagem lúdica e acessível, problemas sociais, ambientais e urbanos, difundindo mensagens de cidadania. A crise hídrica já é, neste ano, tema de marchinhas e brincadeiras que tomam as ruas da cidade.

NABIL BONBUKI, 59, professor de planejamento urbano na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP, é secretário municipal de Cultura em São Paulo. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**

Obesidade, antibióticos e o microbioma (DRAUZIO VARELLA)

AS CAUSAS da obesidade são mais complexas do que sonha nossa vã filosofia. Fatores genéticos e exageros à mesa guardam relação direta, mas não explicam inteiramente o fenômeno. Nos últimos anos, diversos pesquisadores têm estudado os efeitos metabólicos e a influência no aproveitamento de energia exercidos pelos trilhões de micro-organismos que residem em nossos intestinos. São tantos que o número deles é maior do que o total de células existentes no corpo humano.

Um dos grupos mais ativos é o de Laurie Cox, da Universidade de Nova York, o primeiro a demonstrar que doses baixas de penicilina administradas a camundongos jovens alterava-lhes a flora intestinal e a quantidade de tecido gorduroso acumulado no corpo. No ano passado, o mesmo grupo publicou um artigo na revista "Cell", mostrando que os primeiros meses de vida são períodos críticos para a formação do microbioma intestinal e das características metabólicas do indivíduo.

A questão, entretanto, é saber se a idade em que a terapia com antibióticos foi administrada tem influência específica no aparecimento da obesidade e se esta persiste por mais tempo. Cox e seus colaboradores demonstraram que existe uma janela ao redor do nascimento, na qual os camundongos são vulneráveis à ação obesogênica da penicilina. Animais cujas mães receberam o antibiótico durante a gravidez e a amamentação apresentaram aumento do peso corpóreo e da massa de gordura na vida adulta.

O grupo procurou identificar se o tratamento com penicilina na fase pré-natal aumenta o risco de obesidade em camundongos alimentados com dietas gordurosas. Descobriram que os dois fatores exercem efeitos seletivos e independentes na composição da flora intestinal e na porcentagem de gordura corpórea. Finalmente, os autores questionaram se a flora intestinal dos camundongos tratados provocaria efeitos semelhantes ao ser transferida para os intestinos de camundongos criados em ambientes estéreis.

Os resultados revelaram que animais com três semanas, criados livres de germes, ao receber a flora intestinal do grupo tratado com penicilina ganhavam peso e gordura com mais facilidade. Esses resultados deixam claro que as alterações metabólicas não são causadas diretamente pelo antibiótico, mas por modificações do microbioma intestinal. A identificação dos fatores que modificam a flora do aparelho digestivo pode esclarecer as diferenças individuais na vulnerabilidade às dietas de alto teor calórico.

Em seres humanos, os estudos epidemiológicos sugerem que o risco de obesidade infantil estaria ligado a intervenções associadas à composição do microbioma intestinal - como o tratamento com antibióticos nos primeiros anos de vida e o parto cesariano, que impede o contato com os microrganismos maternos presentes no canal de parto. Até o momento, no entanto, não há evidências diretas de uma relação de causa e efeito entre a composição da flora intestinal e a obesidade de seres humanos. Além do mais, transferir para o homem dados obtidos em camundongos é um desafio científico considerável.

Embora o tratamento com antibióticos nas mais tenras idades possa guardar relação com a obesidade futura, a janela crítica e a duração dos efeitos certamente serão diferentes em camundongos e homens. Há que considerar ainda o impacto da descoberta dos antibióticos na redução da mortalidade infantil. No caso de uma infecção grave, quem deixaria de prescrevê-los por medo de que a criança se tornasse obesa mais tarde? Podemos também especular que, nas famílias com grande número de obesos, antibióticos administrados logo após o nascimento poderiam reverter os efeitos obesogênicos da flora materna transferida para o bebê no parto vaginal.

A obesidade é fenômeno de alta complexidade associada a fatores evidentes, como o excesso de aporte calórico, a hereditariedade e a outros ainda nebulosos, como os descritos nesta coluna. Atribuí-la exclusivamente à glotonaria dos obesos é ignorância. Como disse o jornalista H. L. Mencken: "Para todo problema complexo existe sempre uma solução simples, elegante e completamente errada".

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, Janeiro de 2015.**

Para mudar a cultura de cesarianas (ARTHUR CHIORO E MARTHA OLIVEIRA)

O BRASIL vive uma epidemia de cesarianas. A taxa, que é de 40% no SUS, chega a 84% nos planos de saúde. Esse índice está muito acima do recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e do que é praticado em outros países com assistência obstétrica qualificada.

Transformou-se em um problema que vem se agravando ano a ano. A cesárea feita sem necessidade aumenta em 120 vezes a probabilidade de surgimento de problemas respiratórios para o recém-nascido, em 25% os óbitos infantis neonatais e triplica o risco de morte materna. Por isso, demos prioridade a esse tema. O Ministério da Saúde e a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) adotaram medidas para valorizar o parto normal e dar à mulher o seu direito de escolha por meio do acesso à informação, assegurando uma escolha consciente.

Para a elaboração da resolução nº 368 de 7 de janeiro, foi feita uma consulta pública que permitiu o envio, durante um mês, de contribuições de todos os setores da sociedade civil, inclusive de operadoras e entidades representativas. Uma das ações mais importantes previstas na normativa é a possibilidade de as mulheres solicitarem às operadoras os percentuais de cirurgias cesarianas e de partos normais por médico, estabelecimento de saúde e operadora. Com isso, as mulheres estarão mais bem informadas na hora de tomar decisões relativas ao seu pré-natal, parto e pós-parto.

A resolução também determina a obrigatoriedade do preenchimento do partograma, documento que registra tudo o que ocorre durante o trabalho de parto, trazendo mais segurança e induzindo a qualificação do parto. Medida que protege a gestante, mas também o obstetra e o hospital, inclusive para justificar a adequada indicação de uma cesárea. Isso não significa que estamos demonizando a cesariana e os obstetras. O parto cesáreo é uma conquista científica, que, quando indicado corretamente, salva vidas. O que não podemos aceitar é o excesso.

Sem a indicação técnica adequada, a cesárea é um procedimento cirúrgico que traz riscos à saúde da mulher e da criança. Portanto só deve ser feita quando há indicação para isso ou solicitação expressa, prévia e consciente da gestante. Infelizmente o que se vê hoje, principalmente na saúde suplementar, é o agendamento de cesarianas sem indicação segura, antes mesmo de a mulher entrar em trabalho de parto e do período de maturidade do bebê. Não queremos com essas ações intervir no direito de escolha das mulheres. Pelo contrário. A decisão deve ser consciente dos riscos e vantagens e sempre tomada no âmbito da relação médico-paciente. Mas o parto deve ser encarado como uma questão de saúde.

As medidas são parte de diversas ações que estão sendo adotadas por entidades públicas e privadas para reforçar o incentivo ao parto normal. No SUS, por exemplo, a estratégia Rede Cegonha incentiva o parto normal humanizado desde o planejamento familiar, já na atenção básica, e beneficia, com incentivos financeiros, as maternidades que aderem ao programa. Investimos no aprimoramento da formação médica e das obstetras e desenvolvemos instrumentos para informar e conscientizar a mulher sobre as vantagens do parto normal.

Garantir o direito das mulheres a uma escolha consciente é um desafio não só do Ministério da Saúde e da ANS, mas de todos os envolvidos nesse processo: os gestores de saúde, as operadoras de planos de saúde, os hospitais, os médicos, os enfermeiros e, principalmente, as gestantes. Mudar a cultura de cesariana no Brasil é uma prioridade para a sociedade brasileira.

MARTHA OLIVEIRA, 39, é diretora-presidente interina da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. **ARTHUR CHIORO**, 51, é ministro da Saúde. **Jornal FOLHA DE SÃO PAULO, Janeiro de 2015.**