



Esculápio

vol 13 (3) out/dez 2014

ORGÃO OFICIAL DA ACADEMIA BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA

A ABR em Belo Horizonte

Durante a disputa eleitoral para a presidência da República foi realizado o Congresso Brasileiro de Reumatologia, em Belo Horizonte, sob a presidência da Profa. Dra. Maria Vitória Quintero da Sociedade Mineira de Reumatologia, e com a colaboração do Prof. Dr. Bóris Afonso Cruz, diretor científico do evento.

Na ocasião, foi realizado o Encontro da Academia Brasileira de Reumatologia que foi um grande sucesso. O Prof. Dr. Aluizio J. Fellet e o acadêmico Paulo Madureira de Paula foram os coordenadores desse encontro.

Tivemos a eleição dos novos acadêmicos Profa. Dra. Eloisa Silva Dutra de Bonfá, Prof. Dr. José Geraldo M. Troiano Filho, Prof. Dr. Fernando Sergio Lira Neto e Prof. Dr. Manoel Barros Bertolo, a apresentação da tertúlia sobre o amor pelo Prof. Dr. Antonio Carlos Althoff, de Santa Catarina, e a posse da nova diretoria da ABR.



O acadêmico Prof. Dr. Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro é o novo presidente da Academia Brasileira de Reumatologia para o biênio 2015-2016. Reumatologista formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro em 1974 e com título de especialista em reumatologia pela Associação Médica Brasileira em 1976, foi muito influenciado por Pedro Nava, seu tio, e fundador da Sociedade Brasileira de Reumatologia. Trabalharam juntos durante 12 anos na Policlínica Geral do Rio de Janeiro e em consultório particular. Em 1976 entrou por concurso público no Hospital dos Servidores do Estado da União. Lecionou de 1978 a 2001 na Faculdade de Medicina da Souza Marques e hoje leciona na Faculdade de Medicina da Estácio de Sá.

ESCOLÁPIO

Orgão Oficial da Academia Brasileira de Reumatologia



DIRETORIA BIÊNIO 2013-2014

PRESIDENTE

João Francisco Marques Neto

PRESIDENTE ELEITO

Joaquim Jaguaribe Nava Ribeiro

SECRETÁRIO GERAL

Marco Antonio Rocha Loures

2º SECRETÁRIO

José Roberto Provenza

TESOUREIROS

1o. Antonio Carlos Ximenes

2o. Lauredo Ventura Bandeira

DIRETORIA CIENTÍFICA

Coordenadores:

Aloysio J. Fellet

Adil Muhib Samara

Membros:

Elizabeth Andrade Tavares (in memoriam)

Helenice Alves Teixeira Gonçalves

José Carlos Almeida Pernambuco

Fernando S. Cavalcanti

Geraldo da Rocha Castelar P. Filho

Wanda Heloísa Rodrigues Ferreira

Paulo Madureira de Pádua

José Marques Filho

CONSELHO DELIBERATIVO

Membros da Diretoria (ex-Presidentes)

Roberto Carneiro

Aloysio J. Fellet

Rubem Lederman

Geraldo W. S. Gonçalves

Ueliton Vianna

Lipe Goldenstein

Adil Muhib Samara

Geraldo Gomes de Freitas

Walber Pinto Vieira

MEMBROS CONSELHEIROS

Swami J. Guimarães

Elizia Fernandes Lima

Carlos Eduardo Cury

Geraldo Furtado

José Eduardo Gonçalves

BOLETIM ACADÊMICO

Conselho Editorial

José Knoplich

SITE DA ACADEMIA

<http://www.academiareumatol.com.br>

Editado Pela Medgraf

(11) 3826-7805

EDITORIAL

Estimados amigos

O Congresso Brasileiro de Reumatologia em Belo Horizonte foi, efetivamente, um marco definitivo na história atual da Academia Brasileira de Reumatologia. Um divisor de águas entre o passado, quando a ABR e a SBR se entreolhavam quase sem respeito mútuo, e a fase atual, onde ambas as instituições caminham paralelamente, atuando em uníssono para o engrandecimento da Reumatologia Brasileira: a SBR como a reserva técnica e científica, e a ABR como a reserva da tradição e dos valores culturais e humanísticos que devem participar da formação do reumatologista.

Desde o início da atual gestão esta presidência tem trabalhado insistentemente para transformar a ABR em uma instituição com atuação paralela e até convergente aos interesses e objetivos da SBR, eliminando eventuais arestas e clarificando as relações entre os membros das duas principais entidades societárias da Reumatologia Brasileira. Desde o Congresso Brasileiro de Reumatologia de Vitória, e depois Recife e Belo Horizonte, conseguimos colocar na programação oficial de cada congresso uma mesa redonda da Academia Brasileira de Reumatologia, com os acadêmicos discorrendo sobre temas de interesse coletivo e abrangentes. Isso e também as tradicionais tertúlias, onde além dos assuntos pertinentes à administração da ABR e das palestras culturais proferidas pelos convidados especiais, novos membros titulares foram admitidos. Nesta gestão o quadro da ABR foi enriquecido pelos professores da UNICAMP Manoel Barros Bertolo, Ibsen Bellini Coimbra, a professora Fátima Lobato da Universidade Federal do Pará, a colega Rejane Leal, notável por suas contribuições em epistemologia aplicada às doenças crônicas, o professor Fernando Sergio Lira da Universidade Federal de Tocantins, responsável por importante programa assistencial à comunidade indígena Tapirapé, os líderes de opinião Benedito Sampaio e José Geraldo Troiano Filho e, recentemente, Eloisa Bonfá, professora titular de Reumatologia da USP, sem dúvida uma das mais importantes reumatologistas do Brasil. Desta forma, conseguimos renovar intelectual e tecnicamente o quadro da ABR, imprimindo-lhe quase um sopro de eternidade, pois, este advém da continuidade. Isto é o que estamos conseguindo com o escoar do tempo, renovar sem substituir e manter os valores do passado.

Para os próximos congressos de Reumatologia

de Curitiba e também de Brasília, conseguimos manter a posição de vanguarda assumida atualmente pela ABR, que novamente terá uma participação cada vez mais relevante na programação científica desses congressos. Também estamos tentando tradicionalizar a realização do *Encontro Anual da Academia Brasileira de Reumatologia*, a partir da realização de sua terceira edição consecutiva em maio de 2015.

Em todos esses eventos foi levantada como bandeira a discussão de temas de extrema relevância, como estratégias de educação médica, ensino da Reumatologia no Brasil, progressão de escolas médicas no Brasil, o reumatologista e a ética, a ética e o relacionamento do reumatologista com a indústria farmacêutica, e, finalmente, o impacto de médicos cubanos e de outras nacionalidades na atual política de Saúde Pública no Brasil.

Foi uma trajetória densa e longa mas, bastante progressista. A ABR avançou muito e seu caminho já não poderá ser revertido. Cada vez mais sua importância se fará presente nos destinos da Sociedade Brasileira de Reumatologia e na formação dos futuros reumatologistas.

Este foi meu último editorial como presidente da ABR. Foi um incentivo e uma honra presidir nestes últimos anos. Agradeço toda a participação, auxílio e competência de minha diretoria: José Roberto Provenza, Antonio Carlos Ximenes, Marco Rocha Loures, José Knoplich, Aloysio Fellet, Lauredo Ventura, Mario Newton L. Azevedo e também a todos aqueles que mais anonimamente trabalharam nesta gestão.

Resta por fim desejar aos meus sucessores, próximos presidentes da ABR: Joaquim J. Nava Ribeiro, Mario Newton L. Azevedo, José Roberto Provenza e Marco Rocha Loures, sucesso e felicidade em suas gestões.

A todos os acadêmicos que me acompanharam pacientemente nesta gestão, sempre estimulando e me apoiando em todas as decisões assumidas, meu abraço fraterno e reconhecido.

Mais uma vez obrigado. E, como sempre, vamos em frente!

João Francisco Marques Neto
Presidente da ABR



Hospital universitário – novas diretrizes

É preciso integrar a universidade e o Sus

Segundo André Lucirton Costa e José Sebastião dos Santos, os princípios do SUS preveem a estruturação de uma rede de serviços de saúde de complexidade tecnológica crescente, regionalizada e integrada, desde a atenção básica até a hospitalar, e sob gestão de um dos entes federados. Todavia, a integração dos hospitais universitários com o SUS ainda não se consolidou.

Diante disso, a atual gestão da USP encomendou um estudo para mapear aspectos da interação e da organização de seus hospitais: o Universitário (HU), em São Paulo, e o de Anomalias e Reabilitação Craniofacial (HRAC), em Bauru, com as unidades de ensino e o SUS.

Dentre outros aspectos, o estudo comparou os indicadores acadêmicos, assistenciais e hospitalares das duas instituições da USP com os de hospitais de ensino geridos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP (FMRP), mas vinculados administrativamente ao SUS, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, na forma de autarquia e de organizações sociais de saúde.

O Hospital Universitário tem perfil semelhante aos três estaduais: de Ribeirão Preto, Mater e Américo Brasiliense, enquanto o de Bauru tem complexidade que se assemelha ao HC de Ribeirão Preto (Hospital das Clínicas da FMRP).

Observou-se que os hospitais universitários mantêm tarefas conflitantes com os princípios de organização do SUS, pois abrigam serviços que deveriam estar no âmbito pré-hospitalar, como a Unidade de Pronto Atendimento, que funciona junto à Unidade de

Urgência Hospitalar no Hospital Universitário.

Há 23 anos, prosperou a vinculação do HC de Ribeirão Preto ao SUS. Foi assim que a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto associou-se a uma rede composta por oito unidades de saúde da família, três unidades básicas de saúde, uma unidade de pronto atendimento, um centro de especialidades, três hospitais de média complexidade e fortaleceu o papel do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto como referência.

André Lucirton Costa, é professor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto. José Sebastião dos Santos, é secretário de Saúde de Ribeirão Preto e professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP.

Ensino e assistência serão prejudicados

Na opinião de José Pinhata Otoch, desde 1989, quando a USP conquistou a autonomia universitária, o Hospital Universitário da USP (HU) recebe 8% da verba destinada à Universidade de São Paulo, proveniente do governo do Estado, valor relativo que não foi modificado ao longo desses 25 anos. Mudanças expressivas ocorreram, como o aumento do interesse no hospital como cenário para o ensino, assistência e pesquisa no âmbito de um hospital secundário, acompanhando o crescimento da universidade.

O Hospital das Clínicas, que outrora fora o único hospital-escola da Faculdade de Medicina da USP, progressivamente foi cedendo lugar e dividindo a carga didática com o HU, ficando com a especialização médica e o Hospital Universitário com o ensino das áreas básicas da medicina. Atualmente, o HU é utilizado como plataforma de ensino para

sete unidades da universidade ministrarem seus cursos de graduação, pós-graduação e aperfeiçoamento.

O Hospital Universitário recebe anualmente 2.430 alunos entre graduandos e pós-graduandos que têm sua formação conduzida por profissionais de alta qualidade, dos quais mais de 50% possuem titulação acadêmica, que atuam como professores, além de praticar assistência e pesquisa, possibilitando aproximação entre a teoria e a prática. O HU é considerado um hospital de ensino de excelência, tendo recebido do Centro de Desenvolvimento de Ensino Médico 95% de ótimo e bom nas últimas cinco avaliações.

Cumprindo seu papel assistencial e social, o HU atende a população de 500 mil habitantes e a comunidade USP, sendo o hospital de referência da região oeste da cidade de São Paulo.

A desvinculação do HU irá afetar o patrimônio da USP, o hospital perderá autonomia na diretriz de ensino que, atualmente, se depara com a falência do sistema público.

José Pinhata Otoch, é diretor do Departamento Médico do Hospital Universitário da USP.



Minas terá primeiro centro de tecnologia em nanotubos

Foi lançado oficialmente o Centro de Tecnologia em Nanotubos de Carbono (CTNanotubos).

A parceria reúne UFMG, BNDES, Petrobras e o grupo Camargo Corrêa para fazer o país lucrar com nanotecnologia.

Muito resistente e com propriedades elétricas e térmicas peculiares, os nanotubos já tiveram quase 200 aplicações mapeadas, em duas dezenas de setores industriais.

Em 2000, o laboratório do físico Luiz Orlando Ladeira na UFMG foi o pioneiro, no Brasil, na produção regular desse material, que foi descoberto em 1991.

Da eletrônica à biotecnologia, muita gente experimenta com os tubinhos. Eles se parecem com uma tela de galinheiro enrolada e têm diâmetro de poucos nanômetros (milionésimos de milímetro, o que significa que um fio de cabelo é cerca de 100 mil vezes mais espesso que eles).

Planos de saúde x médicos

Francisco Balestrin

Terceiro maior mercado privado de saúde do mundo, somente atrás dos Estados Unidos e da China, o Brasil tem pela frente os enormes desafios de aperfeiçoar e ampliar o sistema de atendimento a uma população com maior mobilidade social, crescente expectativa de vida e que vem conquistando acesso a vários bens e serviços, entre os quais, os planos de saúde. Essa nova realidade, que deve ser comemorada e todos esperam que continue a ser ampliada para abranger um número cada vez maior de brasileiros, trouxe mudanças que precisam ser detidamente avaliadas para a construção de soluções que garantam a sustentabilidade do sistema brasileiro de saúde e a qualidade no atendimento à população.

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que o número de beneficiários de planos privados de saúde superou ao final de 2013 a marca de 50 milhões. Nesse ano mais de 2,2 milhões de novos usuários ingressaram no sistema, o que representou um crescimento de 4,6% em apenas um ano. Esse aumento responde por 65,8% do total de vínculos de beneficiários de planos de saúde, eleva de forma significativa a potencial demanda de serviços de saúde suplementar e implica na necessidade de criar mais 23,2 mil leitos, com investimentos superiores a R\$ 7,3 bilhões.

Além da maior quantidade de usuários, houve mudanças no perfil dos pacientes, decorrentes do envelhecimento da população e da maior incidência de doenças crônicas, com aumento da complexidade dos casos, aumento do tempo médio de permanência hospitalar e elevação da taxa de pacientes residentes, que recebem cuidados nos hospitais por mais de 90 dias. A idade média desses pacientes passou de 37 anos, em 2008, para 43 anos, em 2013, e o tempo médio de permanência aumentou de 4,5 dias para 4,7 dias. Nas faixas etárias acima de 75 anos a permanência é superior a dez dias.

A saúde privada, que exige cuidados cada vez mais complexos, enfrenta uma divisão: de um lado os estabelecimentos de serviços de saúde (hospitais, laboratórios, clínicas e consultórios) e, de outro, as operadoras de planos de saúde. Os estabelecimentos de saúde criticam as estratégias das operadoras, como o aumento de glosas, que são o não pagamento pelos planos de valores referentes ao serviço prestado, interferência na conta hospitalar e intromissão indevida na qualidade do atendimento aos clientes; enquanto as operadoras reclamam da deficiência da gestão dos hospitais, alegando desperdícios, custos desnecessários e preços elevados.

Não há dúvida que o modelo de remuneração do setor é um dos temas mais importantes atualmente, e precisa ser revisto com urgência. A prática de remuneração com base no pagamento por serviço assemelha-se a um verdadeiro “cabo de guerra”, causando desgaste e prejuízo para todos, inclusive para os pacientes. Esse modelo deve ser substituído por políticas justas de remuneração de serviços, vinculadas à qualidade e ao desempenho assistencial, especialmente num cenário de grandes mudanças, como ocorre com o sistema de saúde brasileiro.

A saúde suplementar, que em 2013 movimentou R\$ 100 bilhões em nosso país, chegou a tal grau de complexidade que há uma relação de dependência entre as operadoras de planos de saúde e os estabelecimentos prestadores de serviços de saúde. Sem uma rede credenciada que ofereça serviços de qualidade nenhum plano de saúde consegue atrair clientes. E atualmente não há como pensar em sustentabilidade nos hospitais sem os beneficiários dos planos. Uma relação mais harmônica entre hospitais e operadoras deveria estar mais focada no desfecho clínico: dentro dessa circunstância se teria uma população mais sadia, que poderia ser atendida em momentos de maior necessidade, seja na urgência ou na idade mais longa. Essa discussão passaria necessariamente por um novo modelo de remuneração, em que teríamos pactuados os interesses dos pacientes, das fontes financiadoras e dos prestadores de serviços.

Há também que considerar a alta carga tributária que incide sobre a saúde. Impostos municipais, estaduais e federais chegam a responder por um terço do valor pago por um serviço médico. O atual cenário impede que se tenham preços mais acessíveis, o que reflete também nos valores de mensalidades dos planos. Não é possível que o impacto dos impostos nos insumos de saúde no Brasil seja maior do que nas principais potências, como Estados Unidos e países europeus, e mais elevado até mesmo em comparação com países emergentes como México e Chile. A desoneração tributária, obviamente, traria fôlego para o setor.

A prioridade deve ser o custo-efetividade do sistema mantendo o equilíbrio entre as partes envolvidas. Sem o entendimento geral, estabelecimentos fecharão as portas e planos de saúde vão deixar de existir. Somente por meio do diálogo manteremos a sustentabilidade do setor e atenderemos às expectativas da população.

Francisco Balestrin é presidente da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANHPP).

Vagas de residência médicas

Entre janeiro de 2013 e agosto deste ano, o MEC aprovou a criação de 4.199 vagas de graduação em Medicina, tanto com a ampliação de vagas em cursos já existentes, quanto com a criação de novos cursos. O Nordeste e o Sudeste ficaram com o maior número de vagas. O primeiro poderá ter 1.434 novos alunos de Medicina e o segundo, 1.225.

Embora o Nordeste tenha sido priorizado nessa etapa, quando considerado o total de vagas de Medicina existentes no País, já incluídas as mais de 4 mil criadas desde o ano passado, o Sudeste concentra quase metade de todos os postos.

Dados do Ministério da Educação (MEC) mostram que, das 2.822 vagas de residência criadas nos últimos 12 meses, 76,6% foram abertas no Sul e no Sudeste, contrariando o objetivo do programa, de formar médicos nas áreas mais carentes do Brasil.

Os quatro Estados do Sudeste receberam mais da metade das novas vagas: 1.629. Por outro lado, as regiões Norte e Centro-Oeste ficaram com cerca de cem postos cada uma.

No caso das novas vagas de graduação em Medicina, a distribuição foi melhor, mas ainda insuficiente para diminuir de maneira significativa as desigualdades regionais.

Pesquisa médica no Brasil

Nos últimos anos a produção científica do Brasil cresceu.

O retrato otimista aparece em levantamento da empresa Thomson Reuters, que detém a maior base de dados do mundo sobre trabalhos científicos, publicados em revistas indexadas.

Colleen Shay, da divisão de Propriedade Intelectual e Ciência da Thomson para as Américas afirmou que o Brasil está numa posição excelente para a busca de crescimento e comercialização da tecnologia, assim como em relação à qualidade em pesquisa e desenvolvimento.

A especialista baseia sua interpretação tanto em aspectos quantitativos quanto qualitativos da pesquisa brasileira. A publicação de artigos científicos, por aqui, cresce em ritmo muito superior à média mundial e de países como México, Argentina, Japão, Alemanha, Reino Unido e EUA.

Por outro lado, o Brasil fica muito atrás da China. Enquanto a produção brasileira avançou quase 700% entre 1993 e 2003, a chinesa projetou-se quase 2.200%. Não por acaso o tigre saltou do 15º lugar para o 2º posto em volume de estudos publicados.

Outra nação asiática que se destaca é a Coreia do Sul. Ausente do ranking das 25 maiores em 1993, entrou nele já no 13º posto em 2003 e subiu mais uma posição até 2013, colocando-se imediatamente à frente do Brasil.

Algo similar se observa com relação a patentes. Comparado com países latino-americanos, o Brasil aparece muito à frente. No confronto com os asiáticos, perde de pelo menos 7 a 1.

Para Shay, no entanto, a quantidade não diz tudo. “A China, na realidade, enfrenta uma questão de qualidade das patentes”, diz. “O Brasil se sai bem melhor.”

Ela se refere às taxas de aprovação de patentes pedidas. No Brasil a proporção é de 22%, mais próxima do padrão mundial. A China aprova 25%.

Parece uma diferença pequena, mas não é. Se os três pontos percentuais corresponderem de fato a concessões de patentes sem mérito, a China estaria pondo no mercado milhares de invenções indevidas e com isso ampliando sem necessidade o campo aberto para litígios.

Deve ser ressaltado o fato de que a pesquisa brasileira ocorre mais em universidades do que em empresas.

A tendência entre grandes empresas aponta para o que se chama de “inovação aberta”: desmobilizar equipes próprias de pesquisa e desenvolvimento para financiar e contratar projetos em instituições de pesquisa.

Em setores específicos, o Brasil figura no primeiro time, como em pesquisa aplicada a energias alternativas, ao lado dos EUA e da Alemanha.

O país também se destaca na pesquisa em medicina clínica. No período entre 2003-2007, segundo a Thomson Reuters, o Brasil tinha 14.324 artigos dessa área no acervo de 1% de artigos mais citados do mundo. Em 2008-2012, já eram 34.957, um salto de 144%.

Primeiro ranking nacional de universidades

Rogério Meneghini

O primeiro ranking brasileiro de universidades, o RUF (Ranking Universitário Folha), que utiliza 16 indicadores para classificá-las, mostra que mais da metade das nossas universidades tem atividade de pesquisa praticamente nula, buscando por um alunato de graduação alentado, com forte interesse comercial.

Se for importante para o MEC mantê-las na categoria de universidade, seria mais adequado chamá-las de universidades de ensino, subentendendo-se ensino de graduação, pois é claro que, sem pesquisa, não pode haver um genuíno ensino de pós-graduação.

Se o RUF fosse considerar universidade no “stricto sensu”, então cerca de metade das universidades no sentido compreendido pelo MEC seriam desqualificadas.

Vê-se, portanto, porque dois rankings podem fornecer resultados muito distintos, dependentes do ângulo com que se mira.

A seguir as dez primeiras do ranking: 1º. Universidade de São Paulo (USP); 2º. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); 3º. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 4º. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); 5º. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); 6º. Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP); 7º. Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC); 8º. Universidade de Brasília (UNB); 9º. Universidade Federal do Paraná (UFPR) e 10º. Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR).

Rogério Meneghini, é diretor científico do SciELO, professor titular aposentado da USP, membro da Academia Brasileira de Ciências e responsável pela medição científica do RUF.

26 a 28.fevereiro



Amor!!!

O acadêmico Antonio Carlos Althoff proferiu a tertúlia sobre o amor, começando assim: O amor é uma virtude por excelência. Porém, quando ama-se o dinheiro, o poder, o poder e a crueldade; isto lembra que nem todo amor é virtuoso.

“Amar ao próximo como a si mesmo”. É um agir, em direção ao outro deliberadamente, sem exigência, sem necessidade de compensações. É um agir por agir, é amor!

E, quando não se ama, o que fazer? Lembre que você ama um número bem restrito de pessoas, quando os ama. Aja como se os amasse, seja moral, seja generoso, seja polido.

Mas a que amor me refiro? Amo meus filhos, amo meus pais, amo de paixão. Amo meus amigos. Amo Deus. Amo o poder, o dinheiro, o vinho, o cozinhar. Amo a música, a filosofia, a liberdade. Amo a mim mesmo. Quantos amores, quantas diferenças.

A respeito desses amores, há que se buscar as três palavras gregas que designam os três tipos diferentes de amor: *Éros*, *Phília* e *Agápe*.



Amor Éros

Éros, se opõe a *Thanatos*. É a pulsão à vida, pela sexualidade. Éros é a paixão amorosa, é o amor segundo Platão, tão bem explícito em seu livro *O banquete*.

No banquete os dois mais belos discursos são de Aristófanes e de Sócrates. O de Aristófanes, escrito por Platão, é o que mais gostamos, é falso, vão, mentiroso e ilusório. É o amor que vai de encontro aos nossos desejos, as nossas ilusões. O de Sócrates, descreve o amor não como gostaríamos que fosse, mas como é: carente, incompleto, sofrido; levando-nos a infelicidade ou à religião.

O discurso de Aristófanes nos engana porque nos diz que o amor é *exclusivo*, *definitivo*, *nos sacia completamente* e *põe fim à separação, à solidão*. Na prática do viver sabemos que nada disso é verdadeiro.

O discurso de Sócrates – a verdade sobre o amor, quem lhe ensinou foi sua professora, Diotima, uma especialista em amor.

Diotima, uma sacerdotisa, ensinou a Sócrates que o amor é uma dupla equação: *amor=desejo=falta*. O amor é desejo (primeira equação) e o amor é falta (segunda equação). O amor é por algo que se deseja e nos faz falta. O amor é desejo “*aquilo de que não dispõe e que não está presente*”, o amor é falta: “*o amor ama aquilo que lhe falta e ele não possui*”. Portanto o amor não é completude, mas sim incompletude, não é fusão mas busca, não é perfeição plena, mas pobreza devoradora.

Por isso é fácil se apaixonar – é o desejo presente. O difícil é manter-se apaixonado – o objeto de desejo já não nos faz falta.

Para salvar o casamento vamos ter de ir de Platão a Shopenhauer, da falta ao tédio. Ou vamos de Platão a Aristóteles ou de Platão a Espinosa, no momento seguinte.

Quando você deseja o que não tem, e isso lhe faz falta, você sofre. Portanto quando tens e não mais lhe faz falta, aqui não há sofrimento. Mas também não é felicidade, pois já não há desejo. Esse estado de não sofrimento e nem de felicidade Shopenhauer chamou de *tédio*. Você está entediado.

Shopenhauer resume o essencial numa frase: “*Toda a nossa vida oscila, como um pêndulo, de um lado para o outro, do sofrimento ao tédio.*”

Mas como aceitar Platão e Shopenhauer, para os casamentos felizes? Teremos que obter outra teoria do amor e do desejo. O discurso está incompleto. Há outro caminho!

Esse é o caminho de Aristóteles e Espinosa. Mas, ainda há outros caminhos para salvar Platão e Shopenhauer.

O primeiro é o amor em relação com o tempo. É o desejo da posse eterna, é amor à imortalidade, através da procriação!

O segundo é a “dialética ascendente” do *Banquete*. É subir do amor mais baixo, ao amor mais elevado. O amor mais baixo, é amar somente um corpo bonito. O amor mais elevado é o amor espiritualizado.

Amor Philía

Segundo nome grego do amor: *phília*. Significa amor, mas não a paixão amorosa. *Phília* se traduz como “amizade”.

E, como é esse amor *phília* vivido na amizade, na família ou no casal? Aqui

Aristóteles nos diz: “*Amar é regozijar-se*”.

Para Espinosa, desejo não é falta, desejo é potência. Potência de gozar e de regozijar.

Na vida não há só o sexo. O erro de Platão também está em ter confundido a fome, isto é, a falta de comida, com o apetite, que é a potência de gozar a comida que não falta, mas mesmo não faltando você novamente a deseja pela potência do apetite, do amar.

A questão não é quem tem razão, se Platão e Shopenhauer, de um lado, com a falta e o tédio; ou Aristóteles e Espinosa, do outro lado, com regozijo e potência.

Rilke, nos diz: “*O casal não é o fim da solidão: é antes o encontro e convivência de duas solidões que se protegem mutuamente, que se completam, limitando-se e inclinando-se uma diante da outra.*”

O amor eternizado no casal é o mesmo que cultivar um jardim. Para cada estação há um cuidado, um olhar, um manusear diferente. Temos que constantemente, renová-lo, adubá-lo. Haverá tristezas, vazios pelas flores que faltam, ausentes; mas podemos nos regozijar pelo florescer das novidades cultivadas a cada dia!

Amor Agápe

Esse amor *Agápe*, a terceira palavra grega para o amor, não encontrarão em Platão, Shopenhauer, Aristóteles e nem em Espinosa. Aos três séculos e meio após Aristóteles, aos arredores do Império Romano, alguém que não era nem grego, nem romano, passa a falar: “Deus é amor”, “amai-vos uns aos outros”, “amai vossos inimigos”.

O amor *agápe*, é o amor revestido e ornado de caridade, paciência, bondade, generosidade, humildade, delicadeza, entrega, tolerância, inocência, sinceridade. Penso que só podemos entendê-lo, se o pensarmos como algo sobrenatural, fora do alcance de nós mortais comuns, vivendo como humanos. Podemos praticá-lo? Em determinados momentos, por oportunidades surgidas e não desperdiçadas, em outros momentos por merecimento, em outros momentos por consideração ao outro, em outros momentos por necessidades pessoais – de elevação, de perdão às nossas falhas, em outros momentos... penso que sim!

Deixo-vos, para refletir sobre o “*amor agápe*”, o que nos disse Santo Agostinho: “*A única medida do amor, é amar sem medidas.*”

Baseado no livro: *O Amor*, de André Comte Sponville – Filósofo materialista, racionalista e humanista.

Cai número de formandos no ensino superior

O número de estudantes que concluem o ensino superior no Brasil caiu 5,6%, em 2013, a primeira queda em dez anos segundo dados do Ministério da Educação. Hoje, os formandos representam 36% dos alunos que entraram na graduação. Em 2009, eram 46%. De acordo com o Censo do Ensino Superior, 991.010 pessoas se graduaram em 2013, 59,4 mil menos que em 2012. A queda na proporção se explica pelo aumento de vagas abertas, mas, para especialistas, pode indicar dificuldades econômicas dos alunos para concluir o curso. Os números também mostram que o ritmo de expansão do ensino superior brasileiro diminuiu.



Depois de alcançar um pico de crescimento de 10% a mais de vagas criadas entre 2007 e 2008, o índice vem caindo e avançou apenas 3,7%, entre 2012 e 2013. Outro estudo divulgado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta que o investimento público brasileiro é de R\$ 6,7 mil por aluno, enquanto países desenvolvidos desembolsam R\$ 20 mil.

Reumatologia brasileira no mundo

A revista da Sociedade Brasileira de Reumatologia está com a sua edição periódica bilingue, em inglês e português e, assim conseguiu garantir a sua circulação internacional.

Há tempos quase todos os periódicos científicos relevantes da China já são editados em língua inglesa, e suas universidades se internacionalizaram rapidamente.

Sem publicar em inglês e sem manter correspondência com grupos de instituições científicas consagradas, a ciência reumatológica brasileira seguirá quase invisível para o mundo.

Papa diz que não existe modelo único de relacionamento

Durante a abertura da reunião religiosa *A complementaridade entre homem e mulher*, realizada em 17 de novembro deste ano, o papa Francisco afirmou que não se deve reduzir as relações entre homens e mulheres a “um modelo único e simplista”.

“Quando falamos em complementaridade entre homem e mulher, não devemos confundir tal terminação com a ideia simplista que todas as funções e as relações entre ambos os sexos estão confinados a um modelo único e estático”, disse o papa de acordo com a Rádio Vaticano.

Para o líder da Igreja Católica, os relacionamentos têm diferentes formas “porque cada homem e cada mulher trazem sua própria

contribuição” ao matrimônio. Ele reforçou que o casamento é a união de homem e mulher, sem brecha para uniões homossexuais.

Francisco disse que todas as crianças têm o direito de crescer “com um pai e uma mãe capazes de criar um ambiente idôneo para o desenvolvimento e amadurecimento afetivos”. Por causa disso, o matrimônio é “fundamental” para a estabilidade social.

Ao finalizar seu discurso, o pontífice afirmou que “o declínio da cultura do matrimônio está associado ao aumento da pobreza e que é preciso “insistir que as pilstras fundamentais que mantêm uma nação são os seus bens imateriais”.

CELEBRATING 25 YEARS OF OSTEOARTHRITIS RESEARCH

2015

OARS

WORLD CONGRESS ON OSTEOARTHRITIS

SEATTLE, WASHINGTON

April 30 – May 03, 2015

Washington State Convention Center

Ebola está fora de controle

O CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos) informou que o surto de ebola na África Ocidental está fora de controle.

“Esta é a primeira epidemia de ebola do mundo e é uma espiral fora de controle”, disse o diretor do CDC, Tom Frieden. “Está ruim agora e vai piorar em um futuro muito próximo”, completou.

O presidente americano, Barack Obama, pediu aos africanos que tomem as precauções necessárias para evitar o contágio, como o uso de luvas no trato com pacientes. Ele também desencorajou a realização de enterros de pessoas mortas por ebola seguindo rituais locais, sem material de proteção.

“Vocês podem respeitar suas tradições e honrar seus amados sem arriscar a vida dos vivos”, disse Obama.

Os países afetados precisam de ajuda internacional com mais profissionais de saúde, material hospitalar e comida.

A organização Médicos Sem Fronteiras (MSF) também afirmou que o mundo está perdendo a batalha contra a epidemia de ebola.

“Após seis meses com a pior epidemia de ebola da história, o mundo está perdendo a batalha. Os líderes não conseguiram tomar as medidas adequadas contra esta ameaça transnacional”,

afirmou a presidente da MSF, Joanne Liu, em uma sessão de informações na sede da ONU em Nova York.

Butantã vai fazer soro contra o Ebola

O Instituto Butantã está se preparando para desenvolver um soro contra o vírus Ebola, em parceria com o Instituto Nacional da Saúde (NIH) dos Estados Unidos.

Segundo o diretor do instituto paulista, Jorge Kalil, os últimos trâmites estão sendo feitos para a assinatura do contrato com o NIH e, se as autoridades brasileiras liberarem a pesquisa, o novo soro estará disponível dentro de nove meses para aplicação em humanos.

Kalil explicou que o soro é diferente de uma vacina. Na aplicação de soros ocorre a “indução de imunidade passiva”. “Pegamos os anticorpos já produzidos por outra pessoa, ou por outro animal.” O novo soro deverá ser desenvolvido com base na imunização de cavalos com o vírus da raiva, em versão modificada com a proteína do Ebola. “Acreditamos que a chance de dar certo é muito grande, porque a proteína do Ebola que nos interessa para produzir o soro está na estrutura do vírus da raiva”, disse Kalil.

A arte de morrer

Hélio Schwartzman

“Being Mortal” (sendo mortal) é um livro de não ficção sobre o tema mais deprimente que se pode imaginar: a decadência física e mental que precede a morte. Ainda assim, nós o lemos com a mesma avidez com que se devora um romance de mistério. O fato de sabermos a priori que os protagonistas morrerão nem chega a atrapalhar.

A principal razão é que seu autor, Atul Gawande, cirurgião, professor em Harvard, escritor e jornalista da “New Yorker”, tem amplo conhecimento do assunto e sabe como ninguém cativar o leitor. Ele se

vale de casos de idosos e de pacientes terminais, incluindo tocantes experiências autobiográficas, para mostrar que, no Ocidente, nós perdemos o que os medievais chamavam de “ars moriendi”, a arte de morrer bem.

O problema central, diz Gawande, é que a medicina obteve sucesso em tantas esferas que acabamos delegando a ela também os cuidados com o envelhecimento e a morte. Só que a maioria dos profissionais de saúde não está preparada para lidar com esses dois processos, que são irreversíveis.

O resultado é que criamos uma estrutura que esvazia de sentido os momentos finais. Para evitar que idosos se machuquem, roubamos-lhes o que ainda têm de autonomia, confinando-os a asilos e hospitais. Para tentar prolongar a vida de pacientes de câncer, submetemo-los a tratamentos com pouca chance de sucesso e que acabam com a qualidade da vida que lhes resta.

Obviamente, não há solução para esses problemas. A perda de autonomia faz parte do envelhecimento e o câncer mata de forma muitas vezes cruel. Ainda assim, é possível estabelecer as prioridades de cada paciente e tentar atendê-las, deixando com que tenham o máximo de controle sobre seu destino. Gawande mostra não só como isso pode ser feito mas, também o impacto positivo que tem sobre o bem-estar de pacientes, familiares e do sistema de saúde.

Hélio Schwartzman é bacharel em filosofia, publicou *Aquilae Titicans – O Segredo de Avicena – Uma Aventura no Afeganistão* em 2001.

