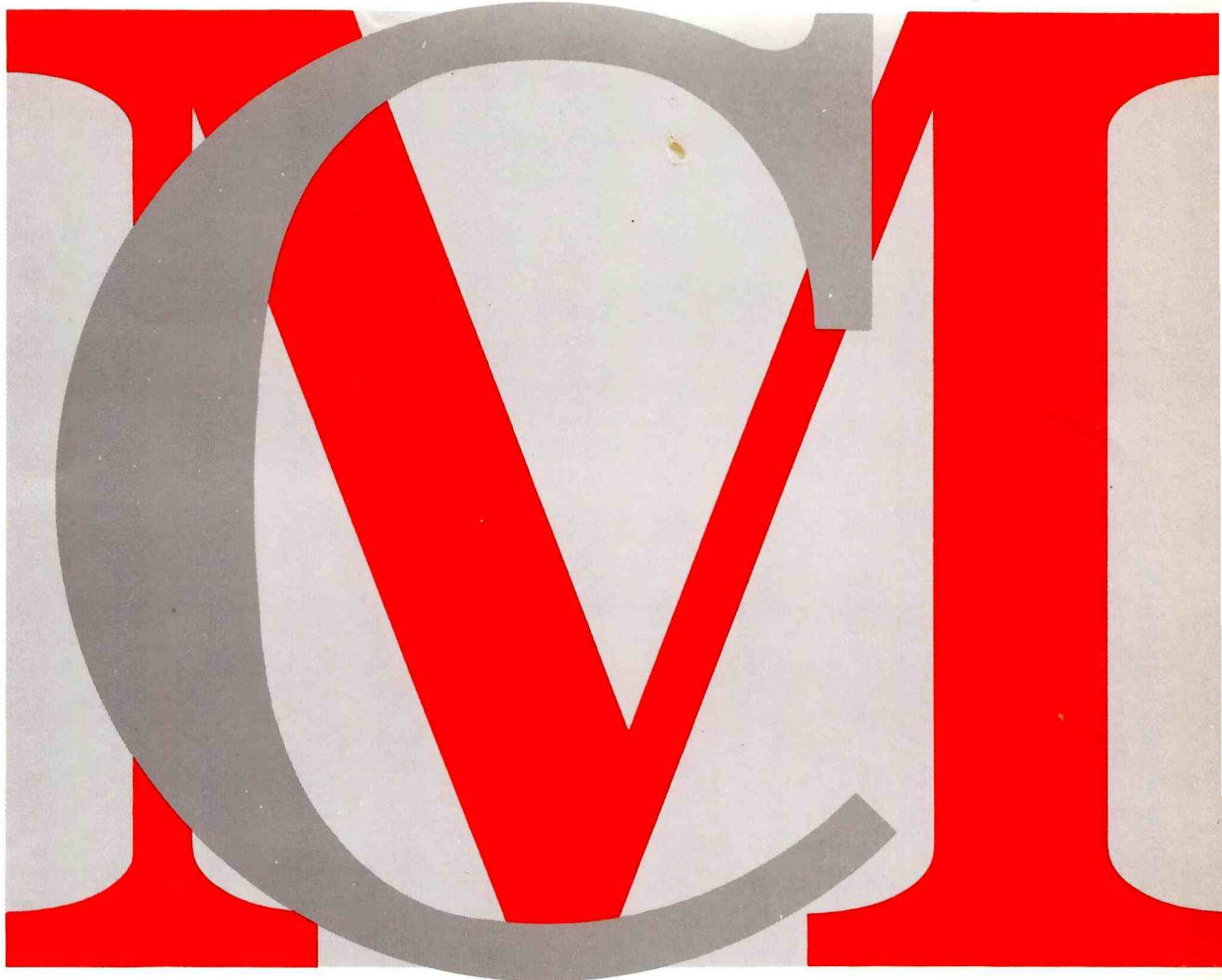


Volume 3

Número 1

Janeiro, Abril 1994



REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

REVISTA DE CIÊNCIAS MÉDICAS PUCCAMP

SUMÁRIO

	Págs.
1 - Editorial	3
2 - Artigos de revisão: <i>Conceito, etiologia e diagnóstico do alcoolismo: uma revisão</i>	5
Luiz Fernando Ribeiro da Silva Paulin	
3 - Artigos originais: <i>Análise da abordagem bio-psico-social de pacientes alcoolistas em um hospital geral universitário no período de um ano - 1992</i>	9
Renato Marchi Ann Miller Blatt Cecilia Verônica Maldonato Molina Eli de Fátima Alonso Sandra Caires Serrano <i>Complicações da apendicite aguda no paciente idoso</i>	12
José Luiz Braga de Aquino Fernando Cordeiro Sérgio Pinotti Júlio César Toledo José Alfredo dos Reis Neto	
4 - Ponto de vista: <i>A política da saúde, formação profissional e a saúde mental</i>	16
João Marinonio Aveiro Carneiro	

Ciclo de Debates sobre Ética - Parte 1

<i>Ética</i>	21
Luiz Roberto Benedetti	
<i>A dimensão ética da existência humana</i>	23
João Carlos Nogueira	
<i>Racionalidade técnica e racionalidade ética</i>	26
Rogério Valle	

Índices cumulativos - Volumes 1 e 2

<i>Índice de autores</i>	30
<i>Índice de assunto</i>	31

CONTENTS

	Pages
1 - Editorial	3
2 - Review article: <i>Concepts, etiology and diagnosis of alcoholism: a review</i>	5
Luiz Fernando Ribeiro da Silva Paulin	
3 - Original articles: <i>Evaluation of alcoholic patients using a biopsychosocial approach in a general hospital during one year - 1992</i>	9
Renato Marchi Ann Miller Blatt Cecilia Verônica Maldonato Molina Eli de Fátima Alonso Sandra Caires Serrano <i>Complications of acute appendicitis in the elderly patient</i>	12
José Luiz Braga de Aquino Fernando Cordeiro Sergio Pinotti Júlio César Toledo José Alfredo dos Reis Neto	
4 - Point of view: <i>Health policy, professional formation and mental health</i>	16
João Marinonio Aveiro Carneiro	

EXPEDIENTE

Revista de Ciências Médicas - Puccamp
Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia
Universidade Católica Campinas

Grão Chanceler	Dom Gilberto Pereira Lopes
Magnífico Reitor	Prof. Gilberto Luiz Moraes Selber
Vice-Reitor para Assuntos Administrativos	Prof. Alberto Martins
Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos	Prof. Pe. José Benedito Almeida David
Diretor da Faculdade de Ciências Médicas	Prof. Luiz Maria Pinto
Vice-Diretoria da Faculdade de Ciências Médicas	Profª Alice Aparecida de Olim Brícola
Editor	Prof. João Francisco Marques Neto
Conselho Editorial	Adil Muhid Samara Alice Reis Rosa Antônio de Azevedo Barros Berenice Rosa Francisco Elda Mathilde Hirose Pastore Geraldo Gomes de Freitas Jessé de Paula Neves Jorge José Alfredo dos Reis Neto Ligia Maria Juppo de Souza Rugolo Lineu Corrêa Fonseca Marcelo Zugaib Moacir de Pádua Vilela Nelson Ari Brandalise Paulo José Ferreira Tucci Saul Goldenberg Sílvio dos Santos Carvalhal Sílvio Saidemberg Vicente Renato Bagnolli

Capa: Alcy Gomes Ribeiro

Normalização: Profª Rosa Maria Vivona Bertolini Oliveira

Normalização das referências bibliográficas: Maria Cristina Matoso

Impressão: ICEA - Instituto Campineiro de Economia Agrícola

Tiragem: 1.000 exemplares

Distribuição: SBI - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio da Puccamp

Revista de Ciências Médicas - Puccamp - Av. John Boyd Dunlop, s/nº
- Jd. Ipaussurama - 13020-904 - Campinas-SP

AS NORMAS PARA PUBLICAÇÃO ENCONTRAM-SE
NO VOLUME 1, NÚMERO 1, 1992.

O presente número da Revista de Ciências Médicas - PUCCAMP, apresenta artigos originais e de revisão que variam de uma temática mais específica, como o enfoque cirúrgico de apendicite aguda no idoso até uma abordagem bastante ampla do alcoolismo. Ao lado da análise sobre as políticas de saúde, esses temas asseguram a linha editorial deste periódico.

No segundo semestre de 1993, a Faculdade de Ciências Médicas, juntamente com a Pastoral Universitária, aceitando o desafio de ser Universidade, isto é, “um espaço aberto no qual a sociedade se pensa, se reflete, propõe novos caminhos e perspectivas para o conjunto da vida social”, elaborou um Ciclo de Debates sobre a Ética.

O projeto desenvolvido sob a forma de conferências e discussões buscou, mais que discutir as questões éticas no âmbito profissional, debater “os pressupostos fundamentais para a elaboração de uma visão ética da ação do homem no mundo”.

O brilho do evento, que compreendeu quatro conferências seguidas de discussões, deveu-se, antes de tudo, à competência com que as temáticas foram tratadas pelos expositores.

Julgamos, assim, oportuna a divulgação das palestras, respeitando a cronologia das mesmas, certos de que trarão contribuições a muitos.

Neste número estão presentes, além da excelente apresentação do projeto pelo Prof. Dr. Pe Luiz Roberto Benedetti, da qual tomei a liberdade de fazer minhas algumas palavras; duas palestras que abordam os sub-temas: A dimensão ética da existência e Racionalidade técnica e a racionalidade ética.

Finalmente, registramos nossos agradecimentos a todos que contribuíram para a consolidação do Ciclo de Debates sobre Ética.

LUIZ MARIA PINTO

Diretor da Faculdade de Ciências Médicas - PUCCAMP

Conceito, etiologia e diagnóstico do alcoolismo: uma revisão

Luiz Fernando Ribeiro da Silva Paulin¹

RESUMO

O alcoolismo é uma perturbação crônica do comportamento que atinge cerca de 8% da população adulta no nosso país. Esta séria perturbação que pode trazer repercussões psiquiátricas e clínicas importantes têm sido muitas vezes submetidas pelos profissionais na saúde. Neste artigo de revisão, buscamos discutir sucintamente os conceitos básicos de alcoolismo, sua etiologia numa perspectiva biopsicossocial e alguns critérios diagnósticos clínicos e de entrevista estruturada para a detecção deste quadro.

Unitermos: Alcoolismo, etiologia, diagnóstico.

INTRODUÇÃO

Discutirmos sobre o alcoolismo é uma tarefa árdua, pois estaremos refletindo a respeito de uma droga lícita, de forte penetração social e, principalmente com alto índice de estímulo para o seu consumo. Exemplificando, apresentaremos alguns dados da década de 80 que demonstram como em nosso país o consumo de álcool tem um valor social e econômico significativo.

MASUR e JORGE¹² em 1986 apresentaram dados nacionais demonstrando que a indústria de bebida alcoólica contribuiu com 10% de todo o imposto derivado de produtos industriais (I.P.I.). A produção legal de 1984 era de 1 bilhão de litros de pinga, 2 bilhões de litros de cerveja e 400 milhões de outras bebidas anualmente: mas estimava-se que em relação aos destilados, a produção legal correspondia apenas 54% da produção total, ou seja, 46% da produção de destilados no Brasil eram consumidos ilegalmente.

O alcoolismo é considerado o terceiro dos mais sérios problemas de saúde nos Estados Unidos⁸. Em nosso país, dados alarmantes demonstram que 39% das ocorrências po-

liciais no município de São Paulo estavam associados ao alcoolismo, além de acidentes de trânsito (50% dos acidentes com vítimas, o causador ou a vítima encontrava-se alcoolizado), absenteísmo, falta ao trabalho (terceira maior causa da licença), desemprego e internações (estudos recentes demonstram que o alcoolismo é a maior causa de internações psiquiátricas no Estado de São Paulo - 38,17% e, o dado mais grave é que de 5 a 10% da população adulta no Brasil apresenta quadro de alcoolismo^{14,16}).

Importante salientar que não somos partidários da abstinência alcoólica, para a população geral, por entendermos ser um discurso moralista e inócua, mas como profissionais da saúde precisamos estar atentos para este grave problema social.

Mas afinal, o que é o alcoolismo e será uma doença?

CONCEITO

O álcool é uma droga psicoativa que, dependendo da dose e da frequência não traz qualquer tipo de problema. A pessoa busca no uso do álcool; a sensação de prazer que esta substância proporciona. É interessante observar que em pequenas quantidades o álcool provoca bem estar, porém em quantidades maiores leva a um estado de "depressão" isto porque o álcool, na verdade, é um depressor do sistema nervoso central. Esta sensação inicial estimulante é

(1) Coordenador da Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital e Maternidade Celso Pierro - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Professor Assistente de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da USF, Bragança Paulista.

provocada pela atividade descontrolada da várias áreas cerebrais, liberadas da inibição, como resultado da depressão de mecanismos inibitórios de controle⁷.

O alcoolismo é definido como sendo uma perturbação crônica de comportamento, manifestada pela ingestão repetida do álcool que excede o uso social e dietético da comunidade, interferindo na saúde da pessoa que bebe e no seu funcionamento social e econômico⁸.

Nesta definição devemos ressaltar algumas detalhes interessantes. Para existir o alcoolismo, deve-se beber constantemente, mas isto não é suficiente, pois aumentar a frequência ou quantidade, mesmo que por muitos anos, necessariamente não é um alcoolista.

O uso crônico deve ser acompanhado de quantidade elevada e que traz prejuízos tantos orgânicos quanto psíquicos e sociais, sem que precisem estar associados.

Quando define-se alcoolismo, coloca-se como sendo uma perturbação do comportamento, mas isto seria uma doença?

BERTOLOTE² no artigo "Alcoolismo: doença, vício ou...? faz uma reflexão a respeito dessa conceituação. O alcoolismo foi definido como doença em 1849 pelo médico sueco Magnus Huss. Para este, o alcoolismo era uma doença dentro de um contexto orgânico, mas ao mesmo tempo moral, individual e social, logo também era um vício.

A doença deve ser entendida como uma situação de ruptura do equilíbrio interno ou do equilíbrio de relação, caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que evoluem de maneira mais ou menos típica, e que possuem ou uma causa específica ou uma série de fatores causais específicos que implicam um processo etiopatogênico particular. Por esta definição, o alcoolismo preenche os critérios da doença.

Mas o alcoolismo também pode ser considerado uma síndrome, pois esta se define como um conjunto de sinais e sintomas oriundos de diversas e distintas causas ou fatores etiológicos.

Bertolote cita ainda que, a cirrose hepática, a polineuropatia entre outros são manifestações do uso crônico do álcool, mas não exclusivamente deste.

O alcoolismo também pode ser visto como um vício se analisado nas perspectivas da sociologia, economia, política, ética e moral.

O autor termina este brilhante artigo definindo o alcoolismo como sendo um fenômeno extremamente complexo para ser considerado apenas doença, síndrome ou vício.

Para demonstrarmos a complexidade desta questão, citaremos pesquisa desenvolvida por BORINI e SILVA³ em um hospital especializado, onde os autores entrevistaram 189 pacientes internados por perturbações provocados pelo álcool. O resultado que se apresentou foi 42% dos entrevistados não tinham opinião sobre o alcoolismo; 30% o entendiam como vício; 13% como doença e 6% hábito ou costume. Apoiados nestes dados, os autores concluem que o baixo percentual de alcoolistas que vêem esta perturbação como doença, mesmo estando internados, gera uma im-

plicação em termos terapêuticos, pois as estratégias de tratamento estão baseadas no modelo de "doença"; e concluem propondo que "os profissionais de saúde façam uma reflexão a respeito deste modelo, pois é ainda causa de controvérsia no meio médico".

ETIOLOGIA

Se uma grande parcela da população bebe, o que levaria algumas pessoas a beberem de uma forma tão abusiva que torna-se-iam alcoolistas?

Há várias teorias que tentam responder este questionamento, mas citaremos apenas as mais significativas num parâmetro biopsicosocial.

A) Determinação biológica

Vários autores tentam explicar o alcoolismo numa concepção meramente orgânica¹⁰. MASUR (1990) apud JELLINEK por exemplo, em 1960 apresenta a "teoria da perda do controle", que se baseia na hipótese de que os alcoolistas teriam alterações inibitórias dos "centros cerebrais de controle" e ativação dos circuitos neuronais específicos localizados no hipotálamo, que com pequenas quantidade de álcool ingerido desencadeariam a compulsão por beber. Pesquisas posteriores demonstraram que esta teoria não se generalizaria para todos os alcoolistas.

Em relação ao componente hereditário, MASUR (1990) apud GOODWIN demonstrou uma maior concordância de alcoolismo em gêmeos monozigóticos que em dizigóticos. Em outro trabalho, o mesmo autor demonstrou que filhos de pais biológicos alcoolistas e que eram adotados por pais não alcoolistas, desenvolviam alcoolismo com maior frequência do que teoricamente era esperado.

Alguns pesquisadores questionaram os dados pela não replicabilidade e pela definição pouco apropriada de alcoolismo. Há também teorias sobre a diferença na metabolização hepática do álcool pelo aldeído acético desidrogenase que é uma enzima geneticamente determinada. Esta, converte o aldeído acético em acetato no fígado.

MASUR¹⁰ define que os fatores biológicos seriam fatores de vulnerabilidade no alcoolismo e não necessariamente determinantes.

B) Determinação psicológica

Vários estudos buscam sistematizar uma característica da personalidade do alcoolismo¹⁰.

Vaillant em estudo prospectivo acompanhou centenas de adolescentes até a idade adulta, sem no entanto encontrar qualquer característica psicológica prévia para aqueles que desenvolveram o alcoolismo.

Alguns psicanalistas relatam que os alcoolistas apresentaram traços comuns da personalidade, tais como regressão profunda a nível de identificações primárias com a mãe, narcisismo, onipotência, exibicionismo e distúrbios da sexualidade.

A abordagem comportamental relata o desenvolvimen-

to desta perturbação através da associação do álcool como fator de masculinidade e da diminuição de angústia, pelo uso do mesmo.

FERNANDEZ⁶ no artigo "A Personalidade Pré-Alcoólica" relata que a gênese destas pessoas caracteriza-se pela solidão, desesperança, passividade e baixo limiar de frustração.

C) Determinação sócio-cultural

Observa-se que culturas que ensinam as pessoas a beberem responsabilmente teriam menores taxas de alcoolismo que aquelas que proíbem ou discriminam o uso de etílicos¹⁰.

Situação econômica instável também pode ser fator desencadeante. Devemos salientar que nas classes sociais mais abastadas, o consumo de álcool também é significativo, porém em períodos de desemprego, fome e dificuldades de sobrevivência, o uso de etílicos como amenizador de angústia é cada vez mais freqüente.

Algumas profissões têm maior incidência de alcoolismo, como artistas, garçons, executivos e médicos⁸ assim como tem-se observado surgimento precoce e tardio de alcoolistas. Em nossa sociedade o jovem e o idoso se encontram na falta de perspectiva para a suas vidas.

Em relação ao sexo, observa-se um aumento gradativo do sexo feminino com este tipo de perturbação¹⁵. Isto se deve certamente às mudanças comportamentais nos últimos anos, que traz avanços significativos à condição feminina na sociedade, como também suas conseqüências deletérias.

Em nosso serviço, na Unidade Psiquiátrica de Urgência, foi constatado 8% de internações femininas por alcoolismo¹³. Outros estudos apresentam índices que variam entre 1% e 18% em serviços de saúde¹⁵.

DIAGNÓSTICO

Diagnosticar aquele paciente com muitos anos de uso de bebida alcoólica e várias internações, não é tarefa das mais árduas, porém é fundamental detectar precocemente aquele que está se transformando em alcoolista, pois terá melhor prognóstico, quanto mais rápido for diagnosticado¹.

Tem-se observado maior ênfase nos cursos de graduação da área de saúde para o tema alcoolismo, porém não apenas quadros clássicos como Korsakoff, alucinose, delírio tremens, mas principalmente como diagnosticar precocemente⁹.

Por ser um quadro insidioso, o alcoolismo vai surgindo vagarosamente. EDWARDS⁵ propõe um paradigma biaxial onde, (figura 1) no quadrante "bebedor social", caracteriza-se por aquele que não apresenta problemas nem dependência. No quadrante "bebedor problema", aquele que já foi bebedor social, devido o aumento de freqüência e consumo, começa a apresentar dificuldades sobretudo nas relações interpessoais e profissionais, mas ainda não apresenta dependência, sendo que certamente não desenvolverá abs-

tinência caso cesse o uso da bebida. No quadrante "alcoolista"; encontramos aquele que não consegue ficar sem o álcool e sua interrupção levará ao quadro de absti-

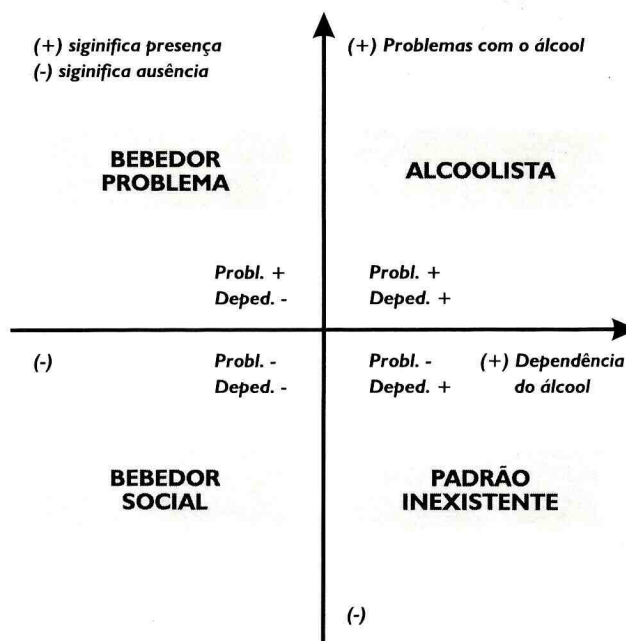


Figura 1. Padrões de comportamento em relação à ingestão de bebidas alcólicas

nência, além do que as deteriorações sociais e profissionais já são significativamente marcantes.

O quadrante "padrão inexistente", o próprio nome já explica, pois seria aquele sem problemas para beber, mas apresentando dependência.

EDWARDS⁴ também propõe uma descrição para o diagnóstico de alcoolismo baseado em sete sinais e sintomas.

1 - Empobrecimento do repertório: o alcoolista vai buscando cada vez mais padrões estereotipados de ingestão (tipo de bebida, quantidade, freqüência, companhias).

2 - Relevância da bebida: a pessoa centra o seu comportamento e atividades em função de bebida.

3 - Aumento da tolerância: a dependência física faz com que a pessoa necessite beber cada vez mais para alcançar o estado de embriaguez. Em hepatopatas este fenômeno se inverte, sendo que com pequenas doses a pessoa já fica embriagada.

4 - Sintomas repetidos de abstinência: o cessar de beber levará a quadros de abstinência como tremores, náuseas, sudorose, irritabilidade e ansiedade.

5 - Alívio dos sintomas de abstinência: constitui e mecanismo adaptativo ao aparecimento de síndrome de abstinência, envolvendo mecanismo para afastá-lo, como por exemplo o bebedor matinal.

6 - Compulsão para beber: a pessoa necessita beber mesmo contra a sua vontade.

7 - Reinstalação após a abstinência: o quadro de tolerância que demora muitos anos para se instalar, pode se

reinstalar com surpreendente rapidez mesmo após anos de abstinência.

Gostaríamos de destacar que muitos problemas clínicos que surgem na prática, podem ser provenientes do uso de álcool, sem que o profissional de saúde investigue a etiologia; tais como gastrite, hepatite, cirrose, pancreatite, pelagra, polineuropatia periférica, convulsões, tremores de extremidades, fraturas etc.

Há algumas entrevistas estruturadas, porém o questionário para detecção precoce do alcoolismo denominado "Cut down Annoyed Guilty Bye-opener (CAGE)", sem dúvida é o mais recomendado pelo alto índice de sensibilidade (8%) e especificidade (83%), além de ser extremamente prático¹¹.

São quatro perguntas e, caso pelo menos duas sejam positivas, certamente estará detectado alcoolismo precocemente.

C.A.G.E.

1 - Alguma vez o Sr. sentiu que deveria diminuir (cut down) a quantidade de bebida ou parar de beber?

2 - As pessoas o aborrecem (annoyed) porque criticam o seu modo de beber?

3 - O Sr. se sente culpado (guilty) pela maneira com que costuma beber?

4 - O Sr. costuma beber pela manhã (bye-opener) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?

CONCLUSÃO

O alcoolismo é sem dúvida um quadro multifacetado, onde necessariamente não apresenta verdades absolutas. O entendimento desta perturbação para concepção científica pode contribuir para o trabalho preventivo, educativo e terapêutico para este distúrbio que aflige direta ou indiretamente milhões de pessoas.

SUMMARY

Concepts, aetiology and diagnosis of alcoholism: a review

Alcoholism is a chronic condition which affects approximately 8% of the adult brazilian population. Although the clinical and psychiatric consequences are serious, there are often underestimated by health professionals. This article reviews current aetiological concepts from a biopsychosocial point of view, examines diagnostic criteria and suggest methods of improving diagnosis using standardized interview techniques.

Keywords: alcoholism, etiology, diagnosis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDRADE, A. G. Conceitos básicos no diagnóstico e tratamento do alcoolismo. In: FORTES, J.R.A., MIGUEL FILHO, E.C., RAMADAN, Z.B.A., ARRUDA, P.V. *Psiquiatria em medicina interna*. São Paulo: Astúrias, 1988. p.194-197.
2. BORINI, P., SILVA, C.O. Motivações para o uso abusivo crônico de bebida alcoólica e aspectos psicológicos e emocionais de alcoolistas internados em Hospital Psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.41, n.7, p.333-338, 1992.
3. BORTOLOTE, J.M. Alcoolismo: doença, vício ou...? *Revista Temas*, São Paulo, v.21, n.40/41, p.31-38, 1991.
4. EDWARDS, G. *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. p.23-31.
5. _____, GROSS, M.N. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, London, v.290, n.6017, p.1058-1066, 1976.
6. FERNANDEZ, F.A. A personalidade pré-alcoólica. *Revista Temas*, São Paulo, v.21, n.40/41, p.19-30, 1991.
7. GOODMAN, L.S., GILMAN, A. *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978, p.127-140.
8. KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. *Compêndio de psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984, p.462-474.
9. KERR, F., SMAIRA, S.I., TORRES, A.R., ROSSINI, R. É possível melhorar o diagnóstico do alcoolismo? Avaliação do ensino de psiquiatria através de interconsultas em enfermarias de um hospital universitário. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.11, n.2, p.81-85, 1989.
10. MASUR, J. A etiologia do alcoolismo. In: RAMOS, S.P. *Alcoolismo hoje*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p.25-35.
11. _____, MONTEIRO, M.G. Validation of the Cage alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric setting. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, São Paulo, v.16, n.3, p.215-218, 1983.
12. _____, JORGE, M.R. Dados relacionados a bebidas alcoólicas e alcoolismo no Brasil: uma revisão. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.8, n.4, p.157-165, 1986.
13. PAULIN, L.F. Análise estatística das internações femininas em uma Unidade Psiquiátrica de Urgência no período de 6 meses. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, PSIQUIATRIA E HIGIENE MENTAL, 19., 1989. São Paulo. *Anais...*, São Paulo: ABP, 1989, p.19-29.
14. RIOS, I.C., JABES, M.R. Estudo crítico de internações psiquiátricas no estado de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, v.14, n.1, p.9-13, 1992.
15. SANTANA, V.S., ALMEIDA FILHO, N. Aspectos epidemiológicos do alcoolismo. In: RAMOS, S.P. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p.36-54.
16. TORRES, A.R., LIMA, M.E. *Alcoolismo: aspectos importantes*. Botucatu: FCM/Unesp, 1987, p.1-9. [Apostila do Departamento de Neurologia e Psiquiatria].

ARTIGO ORIGINAL

Análise da Abordagem Bio-Psico-Social de Pacientes Alcoolistas em um Hospital Geral Universitário no Período de um ano - 1992

Renato Marchi¹

Ann Miller Blatt²

Cecília Verônica Maldonato Molina³

Eli de Fátima Alonso⁴

Sandra Caires Serrano⁵

RESUMO

Os autores procuram traçar um perfil da demanda de alcoolistas atendidos no Hospital e Maternidade Celso Pierro - Unidade Psiquiátrica de Urgência com o intuito de formular um plano de assistência multidisciplinar para o tratamento do alcoolismo. Em seguida, mostram a falta de uma política de Saúde Mental estruturada na abordagem desse quadro como consequência da carência de dados epidemiológicos que caracterizam a demanda avaliada em pronto-socorro, enfermarias e ambulatórios psiquiátricos, como também a falta de uma interação entre os serviços comunitários e o Hospital Geral.

Unitermos: epidemiologia descritiva, saúde mental, alcoolismo, hospitais universitários, equipe de assistência ao paciente.

INTRODUÇÃO

Na cidade de Campinas, se tem observado a necessidade crescente de estudos epidemiológicos sobre o perfil de morbidade em pessoas com problemas devido ao consumo agudo ou crônico de bebidas alcoólicas como consequência ao número elevado de casos atendidos em unidades como Centros de Saúde, Prontos-Socorros psiquiátricos e clínicos e enfermarias psiquiátricas ou de outras especialidades médicas.

Esta carência em linhas de pesquisas específicas relacionadas a abordagem de tal grupo, atribuídas possivelmente

a inadequação ou mesmo deficiência, na homogeneidade de um plano assistencial de avaliação e tratamento, vem dificultando a identificação de fatores que possam predizer os casos de alcoolistas, permitindo a intervenção do profissional da saúde mental nos três níveis de prevenção, reduzindo a incidência, duração e deterioração que poderia resultar desse distúrbio.

A Unidade Psiquiátrica de Urgência do Hospital Maternidade Celso Pierro (HMCP-UPU), Hospital Universitário da Puccamp, em funcionamento desde 1987, vem prestando assistência a pacientes em uso abusivo de substâncias alcoólicas, através de medidas efetivas de desintoxicação em nível de Pronto-Socorro e internação em enfermarias de psiquiatria, bem como, através de acompanhamento ambulatorial em grupo. Há 2 anos, a média de internação respondia por 52% dos casos e atualmente, gira em torno de 21%. Essa queda percentual tem sido relacionada ao planejamento de critérios diagnósticos para internação desses indivíduos, relacionados basicamente à presença de complicações clínicas associadas e a impossibilidade de aten-

-
- (1) Médico Residente do 2º ano de Psiquiatria do Hospital e Maternidade
 - (2) Coordenadora de Residência Médica de Psiquiatria, Professora do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da PUCAMP.
 - (3) Assistente Social do Pronto-Socorro de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro- Unidade Psiquiátrica de Urgência.
 - (4) Assistente Social da Enfermaria de Psiquiatria do Hospital e Maternidade Celso Pierro - Unidade Psiquiátrica de Urgência.
 - (5) Acadêmica do 6º ano do Curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp, monitora do Departamento de Neuropsiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Puccamp.

dimento ambulatorial psiquiátrico, seja este de forma individual ou em grupo, devido ao risco de vida a si próprio e à outros. O Pronto Socorro tem recebido o encaminhamento destes pacientes de hospitais municipais e Centros de Saúde de Campinas-SP e cidade vizinhas, do serviço policial, do Serviço de Atendimento do Migrante (SAMIN), ou trazidos por familiares e conhecidos, ou mesmo sozinho. Os encaminhamentos pós-atendimento no Pronto-Socorro ou alta hospitalar, tem sido feitos para ao ambulatório da própria unidade, serviços da rede pública de Campinas e da área de cobertura do Escritório Regional de Saúde 27 com atendimento psiquiátrico além do Hospital - Dia do Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira" e os Alcoólicos Anônimos (AA).

AMOSTRAS, MÉTODOS E OBJETIVOS

Neste trabalho, realizou-se um estudo retrospectivo consultando os registros dos prontuários de uma amostra de 527 pacientes em regime de internação, no período compreendido entre os meses de janeiro à dezembro de 1992. Na figura 1 observa-se que 81,8% dos casos (432) apresentaram apenas uma internação neste período, observa-se também que 53,4% destes indivíduos apresentaram média de tempo de internação entre um a três dias.

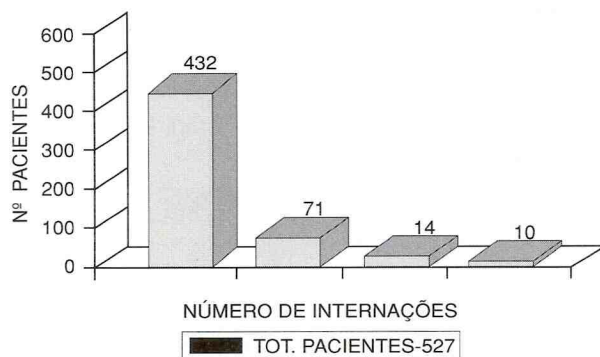


Figura 1. Estatísticas de alcoolismo - 1992: quantidade de casos por número de internação.

Objetivamos traçar um perfil da assistência mais eficaz, que cremos deva ser empregada pelos profissionais envolvidos na unidade de internação, mediante dados epidemiológicos que fornecessem, de forma concreta, as características da demanda em questão. Todos os casos estudados foram avaliados por um médico psiquiatra e pelo residente de psiquiatria do primeiro ano, e também pela assistente social quando manifestado desejo de tratamento, tanto por parte do paciente, quanto por sua família.

A investigação partiu em relação a dados como sexo, faixa etária, profissão, região de procedência dentro e fora do município de Campinas², processo de encaminhamento desses pacientes ao Pronto-Socorro de Psiquiatria do HMCP, comparação entre o diagnóstico de admissão e o

de alta hospitalar baseados no Código Internacional de Doenças (CID-9), as complicações clínicas mais frequentes, o encaminhamento pós-alta ou óbitos, a quantidade e e média de internações em 1992.

Acreditando no papel preventivo da cronificação do quadro de dependência ao álcool que uma Unidade Psiquiatria de Urgência possa ter quando organizada em torno de uma padronização na abordagem de tais pacientes pela equipe multidisciplinar de saúde mental inserida em um hospital geral, coletamos essas informações como material de referência comparativa a dados que pretendemos obter nos anos que se seguirão. Este instrumento será utilizado para estruturar um programa que avalie de forma concreta o grau de comprometimento destes indivíduos e que possibilite este Serviço de se especializar e funcionar com referência de atendimento à pacientes alcoolistas para a região de Campinas e cidades de área de cobertura do Escritório Regional de Saúde 27, além de uma integração com outras unidades do sistema de saúde da região focalizada.

RESULTADOS

Observou-se que 92,4% (487) da população estudada pertence ao sexo masculino e 7,6% (40), ao sexo feminino (figura2). Em relação à faixa etária, notamos que a frequência mais elevada situa-se entre 30-50 anos^{1,2,3}. Nota-se também que essa população (68,3%) encontra-se em idade produtiva. Entre esses indivíduos, 63,1% (332) possuem algum trabalho remunerado e 17% (90) estavam desempregados. Consideramos como desempregados, aqueles sem um emprego fixo durante um período de 6 meses, e acima desse período como sem ocupação em número de 60 (13%). Os aposentados perfaziam 7% (37) daqueles casos⁵.

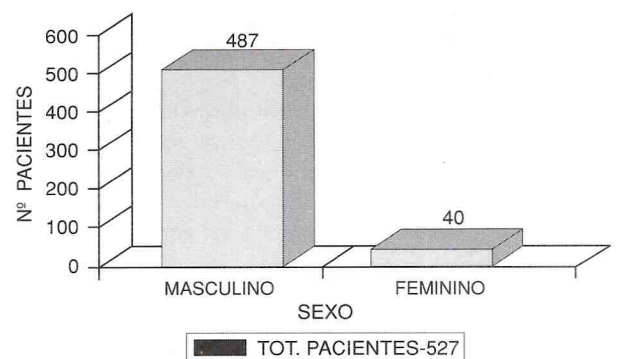


Figura 2. Estatísticas de alcoolismo - 1992: quantidade de casos registrados por sexo.

Observou-se também que 30% (116) dos pacientes eram procedentes da região norte da cidade de Campinas e 26% (139) vieram encaminhados de cidades vizinhas, sendo 31% (43) de Sumaré-SP.

Chama atenção que 35% (15) dos diagnósticos de entrada pelo Pronto-Socorro Psiquiátrico não correspondiam

ao diagnóstico de admissão ou de alta pela enfermaria de psiquiatria. Além disso, nota-se uma proporção maior (32,4%) de pacientes com diagnóstico de síndrome de dependência ao álcool (SDA).

As complicações clínicas foram vistas em 28,5% (150) dos pacientes e as mais frequentemente encontradas foram as neurológicas, 10,6% (156), gastrointestinal 9,1% (48) e cardiocirculatórias, 5,1% (27).

Após o período de internação (média de três dias) a distribuição populacional por encaminhamento mostra um percentual maior para o ambulatório de alcoolismo, 37,95% (200). Observou-se também que 81,9% (432) pacientes tiveram apenas uma internação naquele ano, 13,5% (71) duas internações, 2,7% três internações e 1,9% (10) quatro internações.

DISCUSSÃO

Inicialmente ressaltamos que a amostra aqui apresentada pertence a uma primeira fase do trabalho que foi a de coleta de dados. Em uma segunda fase, pretendemos reavaliar 20% desta amostragem randomizada para se obter dados referentes a eficácia do tratamento prestado aqueles indivíduos e a adesão daqueles ao encaminhamento proposto.

O número elevado de diagnóstico de admissão diferenciado daqueles da alta hospitalar sugere a identificação de falha no sistema de diagnóstico, mostrando a necessidade de implantação de um programa de treinamento visando a padronização diagnóstica entre Pronto-Socorro, enfermaria e ambulatório.

Outro ponto a ressaltar é a falha na padronização da abordagem dos pacientes alcoolistas em toda rede pública de saúde devido à falhas de comunicação entre UPU e outros serviços de saúde mental, contribuindo como fator importante na adesão por parte desses pacientes ao tratamento.

Na medida em que os dados epidemiológicos nos permitam caracterizar a demanda, toda e qualquer ação visando a mesma contribuirá para uma melhora do serviço. Assim o Pronto-Socorro, com espaço físico adequado, funcionaria como uma unidade de desintoxicação para os casos não complicados fornecendo um tratamento em menos de 24 horas. Em relação aos casos de Delirium Tremens e de Abstinência complicada que seriam internados, estes seriam abordados por uma equipe multidisciplinar com atuação tanto de forma clínica quanto no sentido da aderência; este último através de uma psicoeducação sobre o alcoolismo (o que é e as consequências clínicas, psicológicas e familiares causadas) e apoio familiar para que a família incentive o paciente ao tratamento em grupo que se iniciaria enquanto internado e se prolongaria à nível ambulatorial, seja realizado no HMCP ou em Centros de Saúde. Para uma abordagem grupal tanto do paciente quanto de seus familiares é importante que profissionais que atuem na comunidade recebam formação nesta área e para tanto a recebe-

riam através de cursos promovidos pela UPU. Em relação a abordagem dos familiares, e colocamos como primordial a responsabilidade que lhes deve ser delegada sobre o paciente alcoolista, e caso esse paciente for encaminhado para o acompanhamento em outros serviços e não for atendido no prazo de dois meses, deverá então, esse paciente, ser reintroduzido ao ambulatório do HMCP-UPU.

Enfatizamos, por último, a pesquisa como base permanente para constataremos que a atuação do HMCP-Puccamp dentro de uma política de Saúde Mental estruturada na abordagem do paciente alcoolista está surtindo efeito.

SUMMARY

Evaluation of alcoholic patients using a biopsychosocial approach in a general hospital during one year - 1992.

The authors examines characteristics of a population of patients with a diagnosis of alcoholism presenting at a University Teaching Hospital (HMCP). The purpose of the evaluation is to enable the creation of a multidisciplinary programme for the treatment of alcoholism based realistically on the problems presented by the population of patients attended in the service. The problems of policy based upon sound epidemiological data is highlighted at various levels including emergency services, outpatient clinics and community service.

Keywords: *descriptive epidemiology, mental health prevention, alcoholism, universities hospitals, patient care team.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. ALMEIDA, I.M. COUTINHO, E.S.F. O alcoolismo e o hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.39, n.1, p.27-31, 1990.
2. ALMEIDA FILHO, N., MARI J.J., COUTINHO, E., FRANÇA, J.F., FERNANDES, J.G., ANDREOLI, S.B., BUSNELLO, E.D. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras (Brasília, São Paulo, Porto Alegre). *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.14, n.3, p.93-104, 1992.
3. ANDRADE, A.G., SCALCO, M.Z. conceito de validade e confiabilidade de um instrumento para avaliação de tratamento de alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.38, n.1, p.41-45, 1989.
4. CARDIN, S., AZEVEDO, B.A. Repercussões psicossociais do alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.40, n.7, p.365-369, 1991.
5. HOCHGRA, P.B., TUCCI, M.R., ZILBERMAN, M.L. ANDRADE, A.G. Comparação entre mulheres e homens alcoolistas em relação a dados sociodemográficos e outras características relacionadas ao uso de álcool. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.12, n.1/4, p.25-30, 1990.

ARTIGO ORIGINAL

Complicações da apendicite aguda no paciente idoso¹

José Luiz Braga de Aquino²
Fernando Cordeiro²
Sergio Pinotti³
Júlio César Toledo⁴
José Alfredo dos Reis Neto⁵

RESUMO

Os autores analisam 20 pacientes idosos com apendicite aguda submetidos a tratamento cirúrgico nos últimos 9 anos. A idade mínima foi de 60 anos e máxima de 85, média de 71,2 anos. Em 10 pacientes (50%) a sintomatologia foi atípica, e em 15 (75%), a apendicite já se apresentava com complicação. Em 13 (65%), houve complicações pós-operatórias como cardiopulmonares (5-25%), infecção da ferida operatória (5-25%) e abscesso intra-abdominal (3-15%), o que influiu na mortalidade, presente em 3 doentes (15%). Concluem os autores que a incidência de complicações da apendicite aguda no paciente idoso é elevada, conseqüente sobretudo à sintomatologia atípica, favorecendo diagnóstico tardio, como também pelas alterações cardiopulmonares que ocorrem com maior frequência nesse grupo.

***Unitermos:** apendicite aguda, apendicectomia, complicações intra-operatórias, complicações pós-operatórias, técnicas operatórias, idoso.*

INTRODUÇÃO

Embora seja uma afecção que ocorre principalmente no paciente adulto jovem, a apendicite aguda também pode comprometer pessoas de qualquer idade^{1,2,4,9,10,11,14,15}.

Nos últimos anos, a incidência de apendicite aguda no paciente idoso tem aumentado, mormente pela maior longevidade das pessoas^{2,4,7,12,15,17}.

Tem sido aceito que o quadro clínico das complicações da apendicite aguda no idoso possa diferir do observado no jovem, torna-se necessário que se analise em particular aquele grupo^{4,7,15,17}. Assim, o objetivo desse estudo é avaliar as manifestações clínicas, o tratamento e as complicações em 20 pacientes idosos com apendicite aguda.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

No período compreendido entre janeiro de 1984 e dezembro de 1992, 354 pacientes com apendicite aguda foram submetidos a tratamento cirúrgico no Departamento de Cirurgia do Hospital Celso Pierro, da PUCCAMP, e no Hospital Albert Sabin de Campinas. Destes, 20 (5,6%) apresentavam idade igual ou superior a 60 anos, constituindo o objetivo deste estudo; 12 pacientes (60%) eram do sexo masculino e 8 (40%), do feminino. A idade mínima era de 60 anos e a máxima de 85, com média de 71,2 anos.

Em 8 pacientes (40%), havia doenças associadas, ocorrendo a cardiovascular e a pulmonar obstrutiva crônica, as mais freqüentes, em 7 deles (Tabela 1).

Tabela 1. Número de pacientes em relação a doenças associadas

Doenças	Nº de pacientes	%
Cardiovascular	4	20
Pulmonar	3	15
Diabetes	1	5
Total	8	40

(1) Trabalho realizado no Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCCAMP e Hospital Albert Sabin.

(2) Professor Adjunto do Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCCAMP.

(3) Cirurgião do Hospital Albert Sabin.

(4) Interno do Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCCAMP.

(5) Professor Titular do Departamento de Clínica Cirúrgica da FCM-PUCCAMP.

Em relação à apresentação clínica, a dor, iniciada na região epigástrica ou periumbilical, e sua irradiação para a fossa ilíaca direita, ocorreu em 10 pacientes (50%); nos demais, a dor iniciou na fossa ilíaca direita ou por todo o abdome. Náuseas e/ou vômitos e parada de eliminação de gases/fezes estiveram em 9 (45%) e 8 (40%) dos pacientes respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Número de pacientes em relação a apresentação clínica

Clínica	Nº de pacientes	%
Dor epigástrica ou periumbilical com irradiação para a fossa ilíaca direita	10	50
Náuseas/Vômitos	9	45
Parada de eliminação de gases/fezes	8	40

No exame físico, a temperatura axilar média foi de 37,6°C, com extremos de 36,5 e 39,5°C; na palpação abdominal 12 doentes (60%) apresentaram dor na fossa ilíaca direita; nos demais, a dor era difusa ou localizada com maior intensidade no mesogástrico e/ou no hipogástrico (Tabela 3).

Tabela 3. Número de pacientes em relação ao achado de exame físico

Dados	Nº de pacientes	%
Dor na fossa ilíaca direita	12	60
Dor no mesogástrico ou no hipogástrico	4	20
Dor difusa	4	20

Quanto aos exames complementares realizados, o hemograma esteve alterado com leucocitose e desvio à esquerda em 14 pacientes (70%); o exame radiológico de rotina para abdome agudo, realizado em todos os pacientes, mostrou anormalidades em 13 (65%), caracterizado por íleo adinâmico em 11 (55%) e derrame pleural em 2 (10%), sendo que em um deles esta alteração esteve presente bilateralmente (Tabela 4).

Tabela 4. Número de pacientes em relação aos achados de exames complementares

Exames	Nº de pacientes	%
Hemograma:		
Leucocitos e desvio à esquerda	14	70
Anormalidades à radiologia:		
Íleo adinâmico	11	55
Derrame pleural	2	10

O tempo decorrido entre o início dos sintomas e a indicação da operação foi maior do que 48 horas em 13 pacientes (65%) (Tabela 5).

Tabela 5. Número de pacientes em relação ao intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a indicação da operação

Tempo	Nº de pacientes	%
0 - 24 h	3	15
25 - 48 h	4	20
49 - 72 h	9	45
73 - 96 h	4	20

Em relação à incisão cirúrgica, foi realizada, em 11 (55%), pela técnica clássica de McBurney; em 5 (25%), paramediana direita infra-umbilical e em 4 (20%) laparotomia mediana supra e infra-umbilical. Em todos os doentes, foi efetuada a apendicectomia com invaginação do coto apendicular, por sutura em bolsa. Em 15 pacientes (75%) que apresentaram apendicite complicada, foi realizado também lavagem peritoneal e drenagem com dreno de Penrose, exteriorizado por contra-abertura lateral.

Para melhor análise de material e normatização de conduta, adotamos a classificação proposta por LEONARDI et al.⁹. Assim, as apendicites não complicadas, grau I e II, caracterizam-se por não apresentar perfuração nem peritonite; a apresentação macroscópica do apêndice, no grau I, é normal ou com leves alterações inflamatórias, e no grau II, essas alterações são bem evidentes, com abscesso, flegmão ou gangrena. Já nas apendicites complicadas, grau III e IV, o apêndice se apresenta com alterações inflamatórias semelhantes às descritas acima, tendo em ambos os graus sua perfuração; no grau III, peritonite localizada e no IV, generalizada.

RESULTADOS

O diagnóstico de apendicite aguda foi confirmado pelos achados intra-operatórios e exame anátomo-patológico em todos os pacientes. A apendicite foi complicada em 15 deles (75%), porém nenhum deles apresentou apendicite grau I (Tabela 6).

Tabela 6. Número de pacientes em relação ao grau de apendicite

Grau	Nº de pacientes	%
I	-	-
II	5	25
III	12	60
IV	3	15

As complicações pós-operatórias ocorreram em 13 pacientes (65%): a infecção da ferida operatória foi a mais freqüente, em 5 pacientes (25%), sendo que em um destes havia também evisceração associada. Abscessos intra-abdominais surgiram em 3 pacientes (15%), sendo um com apendicite grau III e 2 com grau IV. Complicações cardiovasculares apareceram em 3 pacientes (15%): em 2, caracterizadas por arritmia cardíaca e em outro, por embolia pulmonar. Em 2 outros pacientes (10%), houve complicações pulmonares caracterizadas por infecção (Tabela 7).

Tabela 7. Número de pacientes em relação às complicações pós-operatórias

Complicações	Nº de pacientes	%
Infecção da ferida/evisceração	5	25
Abscesso intra-abdominal	3	15
Cardiovascular	3	15
Infecção pulmonar	2	10
Total	13	65

Os pacientes que apresentaram infecção da ferida cirúrgica foram submetidos à drenagem, com curativo diário tendo boa evolução; o que apresentou evisceração foi submetido a ressutura da parede, sem nenhuma intercorrência pós-operatória. Os 3 pacientes com abscesso intra-abdominal foram reoperados para a realização de drenagem, sendo um por incisão na fossa ilíaca direita, com fechamento convencional da parede por planos, devido o abscesso estar localizado na goteira parieto cólica direita, tendo boa evolução pós-operatória. Nos 2 pacientes restantes, foi realizado laparotomia mediana xifopúbica, em vista de os pacientes apresentarem múltiplos abscessos intraperitoniais, sendo realizadas lavagens exaustivas da cavidade abdominal e peritoniostomia com reoperações programadas a cada 48/72 horas; estes 2 pacientes foram a óbito por sepse.

Os pacientes com arritmia cardíaca apresentaram reversão do quadro com tratamento específico, indo a óbito, aquele com embolia pulmonar confirmada por necropsia. Os 2 pacientes com pneumonia apresentaram boa evolução com tratamento adequado. Dos 17 pacientes que tiveram alta, a permanência hospitalar variou de 3 a 29 dias, com média de 7,1 dias.

DISCUSSÃO

A incidência de apendicite aguda nos pacientes em nosso estudo foi similar à maioria das séries que discutem este assunto, ou seja, variável de 3 a 6,8%^{2,7,9,14,17}.

Embora essa incidência seja de baixa frequência, o problema da apendicite aguda no idoso se reveste de grande importância, pela maior morbimortalidade que pode ocorrer em relação ao jovem. Isso parece estar relacionado pelo quadro clínico atípico, com retardo diagnóstico e, conseqüentemente, maior postergação do tratamento cirúrgico, como mostrado na experiência de vários autores^{2,4,7,15,17,18,19}.

Isso ficou evidente nos pacientes da nossa série, já que 65% deles foram submetidos à cirurgia após 48 horas, por não apresentarem, no início da evolução da doença, quadro clínico bem caracterizado, provocando maior número de complicações pós-operatórias locais, presentes em 40%, similar à experiência de outros^{2,4,7,17}.

Esta incidência de complicações pós-operatórias locais reflete os achados intra-operatórios onde 75% dos pacientes apresentaram apendicite complicada com peritonite localizada ou difusa. ANDRADE et al.², em nosso meio, comparando o tempo decorrido entre a admissão e o início da cirurgia entre pacientes não idosos e idosos, mostraram que foi significativamente maior nos últimos. Interpretam este fato como maior dificuldade diagnóstica, sendo que em um dos pacientes do grupo com mais de 60 anos de idade, o diagnóstico não foi estabelecido em tempo hábil, evoluindo o paciente para óbito. WILLIAMS & HALE Jr.¹⁹ e FREUD & RUBINSTEIN⁵, referem que erro diagnóstico em pacientes idosos com apendicite aguda não é incomum podendo ocorrer em até 10%.

É compreensível, portanto, que, em relação à via de acesso, tenhamos utilizado, na quase metade dos casos, a incisão longitudinal, em detrimento da clássica incisão de McBurney. Isso provavelmente se deveu não só a insegurança diagnóstica, mas à necessidade de uma abordagem cirúrgica mais ampla por um processo presumivelmente mais complicado, como foi constatado, durante a laparotomia, fato demonstrado por outros que discutem esta afecção no idoso^{12,15,17,19}.

Por se tratar de pacientes idosos, portadores muitas vezes de doenças sistêmicas associadas, principalmente cardiorespiratórias, se faz com que estas possam se descompensar, contribuindo para maior número de complicações pós-operatórias, principalmente nos casos de apendicite complicada. Isso ficou bem evidente na nossa série, pois 40% dos pacientes apresentavam afecções sistêmicas no pré-operatório, principalmente cardiopulmonares, tendo a maioria evoluído para complicações no pós-operatório imediato, com um paciente indo a óbito por embolia pulmonar. Todos esses pacientes apresentaram apendicite grau III ou IV, o que também tem sido mostrado em outras séries^{2,7,15}.

O maior número de complicações locais ou sistêmicas neste grupo de pacientes vem refletir no maior tempo de permanência hospitalar pós-operatória, que, em nosso estudo, foi em média de 7,1 dias, comparável a experiência de outros autores^{2,15,17}.

Entretanto, apesar de alguns autores concordarem que as complicações são maiores no paciente idoso em relação ao jovem, consideram que a perfuração apendicular no idoso não é só devida a um atraso diagnóstico, conseqüente a uma sintomatologia mais atípica, mas possivelmente a uma disseminação mais rápida da inflamação^{6,13,20}. A progressão acelerada do processo seria devida não só a particularidades anatômicas do apêndice cecal, como esclerose da artéria apendicular e fraqueza estrutural da parede do apêndice, como também a maior diminuição dos mecanismos de defesa e da reação tecidual^{3,6,8}.

COELHO et al.⁴, comparando a apendicite aguda no idoso e no jovem, mostraram que dos pacientes com abscesso intra-abdominal ou peritonite difusa, essas complicações foram observadas em menos de 48 horas, após o início dos sintomas em 62% dos pacientes do grupo idoso e em 44% do grupo adulto jovem.

A mortalidade da apendicite aguda no paciente idoso é elevada, variando de 5 a 16 vezes em relação ao jovem^{6,9,16}. Esta mortalidade é secundária à maior ocorrência de doenças associadas e de perfuração apendicular com disseminação da infecção, como foi constatado nos 3 pacientes da nossa série que foram a óbito.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados do presente estudo permitiu-nos concluir que a incidência de complicações de apendicite aguda no paciente idoso é elevada. Isso se deve não só

a apresentação clínica mais atípica como também por apresentarem esses pacientes alto índice de doenças associadas e progressão mais rápida do quadro, enfatizando a necessidade de diagnóstico e tratamento mais precoce.

SUMMARY

Complications of acute appendicitis in the elderly patients

Twenty elderly patients with acute appendicitis had surgical treatment. They were analysed by the surgeons for the last nine years, as the minimum age was sixty years old and the maximum age was eighty five years old, and the average was 71,2 years old. In 10 patients (50%) the symptomatology was atypical although in 15 patients (75%) the appendicitis had complicated. In thirteen patients (65%) had pos-operative complications such as cardiopulmonar (5-25%), pos-operative infection in operatory wound (5-25%) and abscess intra-abdominal (3-15%); the mortality was presented in 3 patients (15%). To sum up as a consequent of acute appendicitis in elderly patients the complications was higher because of atypical symptomatology, its aid the late diagnosis as well as by cardiopulmonary alterations where occurred with major frequency in this group of patients.

Keywords: acute appendicitis, appendectomy, intra-operative complications, postoperative complications, surgery operative, aged.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADDISS, D.G., SHAFER, N., FOWLER, B.S., TAUXE, R.V. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.132, p.910-925, 1990.
- ANDRADE, J.I., JSIEN, C.T., SCAERPELINI, S., MARTINS JÚNIOR A., CENEVIVA, R. Apendicite aguda no idoso. *Revista Brasileira de Cirurgia*, São Paulo, v.79, p.307-311, 1989.
- BURNS, R.P., COCHRAN, J.L., RUSSEL, W.L., BARD, R.M. Appendicitis in mature patients. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v.201, n.6, p. 695-702, 1985.
- COELHO, J.C.U., ORTOLAN, G., RIBEIRO, A.B., SOUZA P., ARTIGAS, G.V. Apendicite aguda no paciente idoso. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, Rio de Janeiro, v.61, n.2, p.109-111, 1987.
- FREUND, H.R., RUBINSTEIN, E. Appendicitis in the aged. Is it a really different? *American Surgeon*, Philadelphia, v.50, p.573-576, 1984.
- HUBBELL, D.S., BARTON, W.K., SOLOMON, O.D. Appendicitis in older people. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v.110, p.289-292, 1967.
- JUCÁ, M.J., BATISTA, I.C., KOBATA, C.M. Apendicite aguda em doentes com idade superior a 60 anos. *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, São Paulo, v.116, n.1/2, p.35-43, 1989.
- LAU, W.Y., FAN, S.T., CHU, K.W., LEE, J.M.H. Acute appendicitis in the elderly. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v.161, p.157-160, 1985.
- LEONARDI, L. S., BRANDALISE, N. A., MANTOVANI, M., MEDEIROS, R. R., FAGUNDES J.J. Complicações da apendicite aguda. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.83, n.4, p. 159-164, 1974.
- LEWIS, F.R., HOLCROFT, J.W., BOEY, J., DUMPHY, J.E. Appendicitis: a critical revision diagnosis and treatment in 1000 cases. *Archives of Surgery*, Chicago, v.110, p.677-684, 1975.
- LUCKMANN, R. Incidence and case fatality rates for acute appendicitis in California: a population-based study of the effects of age. *American Journal of Epidemiology*, Baltimore, v.129, n.5, p. 905-918, 1989.
- MOTTA, L.A.C.R., MOTTA, L.D.C., ALBUQUERQUAE M.H., FONSECA, D.N. ALMEIDA, W.M. Apendicite aguda em pacientes acima de 50 anos. *Revista Brasileira de Cirurgia*, São Paulo, v.76, n.6, p.335-338, 1986.
- PELTOKALLIO, P., JAUHAINEN K. Acute appendicitis in the aged patient. *Archives of Surgery*, Chicago, v.100, p.140-145, 1970.
- PIRES, P.W.A., SANDOVAL, J.B., ROCHA, G.F., CUNHA, J.C., MITTELSTAEDT W.E.M., FUJIMURA, I., SPERANZINI, M.B. Apendicite aguda: estudo crítico e tratamento em 1290 casos. *Revista Paulista de Medicina*, São Paulo, v.104, n.1, p.11-14, 1986.
- PRICOLO, R., VOLTOLINI, F., CROCE, P. Le appendicite acute nel paziente anziano. *Minerva Chirurgica*, Torino, v.46, p.195-201 1991.
- ROSS, E.P., ZAREM, H.A., MORGAN A.P. Appendicitis in a community hospital. *Archives of Surgery*, Chicago, v.85, p.1036, 1962.
- SHERLOCK, D.J. Acute appendicitis in the over-sixty age group. *British Journal of Surgery*, London, v.72, p.245-246, 1985.
- THORBJARNARSON, B., LOEHR, W.J. Acute appendicitis in patients over the age of sixty. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v.81, p.1277-1280, 1967.
- WILLIAMS, J.S., HALE JUNIOR, H.W. Acute appendicitis in the elderly: review of 83 cases. *Annals of Surgery*, Philadelphia, v.162, n.2, p.208-212, 1965.
- WOLF, W.L., HINDAMN R. Acute appendicitis in the aged. *Surgery Gynecology and Obstetrics*, Chicago, v.94, p.239-247, 1952.

A política da saúde, formação profissional e a saúde mental

João Marinonio Aveiro Carneiro

INTRODUÇÃO

Foi de grande felicidade o legislador ao definir, na Constituição Federal de 1988, em sua seção II - Da Saúde no Cap. II - da Seguridade Social, um conceito novo entre nós, quando em seu art. 196 nos aponta "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a *redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualdade às ações de serviço para a sua promoção, proteção e recuperação*" (grifo nosso).

Essa nova concepção, aliada ao art. 198 em que cria o Sistema Único de Saúde o SUS e ao art. 200, que define as competências do SUS alterando substancialmente a concepção anterior à respeito e que vinha sendo utilizada pelo Estado.

O que foi proposto para ser operacionalizado através da implantação do sistema único são as *ações integradas de saúde*² e não mais ações compartimentadas como até então acontecia no Brasil, em razão das determinantes ocorridas na IX Conferência Nacional da Saúde e na II Conferência Nacional da Saúde Mental ocorridas nos períodos de 9 a 14 de agosto e 1 a 4 de dezembro de 1992, respectivamente, em Brasília, DF.

DISCUSSÃO

O reclamo da sociedade para uma visão globalidade de Saúde já vinha sendo experimentada, principalmente, pelos Conselhos Federais da Área de Saúde no Foro dos Conselhos Federais das Profissionais Liberais Regulamentadas, ainda que não tenha existência de maneira formal, pelo Conselho Nacional de Saúde, com destaque especial à Comissão Técnica de Atuação Profissional na área da Saúde- CT/

APAS que, composta de um profissional representante de cada profissão de saúde, permite que a visão abrangente encontre-se presente na análise dos temas que lhe são propostos a discussão e recomendação.

Vimos ao longo do tempo tratando do "problema dos fisicamente e mentalmente lesados, para que fossem objeto de cuidados de forma plena, integrada e consciente, mas dentro de nossa realidade".

Nossa sofrida realidade nos apresenta um quadro assaz preocupante por possuímos uma legião de lesados e, a sensibilidade até então para esta problemática tem sido mínima.

"A incompreensão e a falta de conhecimento por parte da sociedade do que o sistema único de Saúde pode por ela fazer, vem de subutilizar os profissionais que, membros de uma equipe multiprofissional, minimizam, de muito, as sequelas tidas e havidas face às lesões físicas e mentais".

A IX conferência Nacional de Saúde e a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental vêm tornando-se dia a dia mais clarificadas à medida que as autoridades da República consolidam as decisões daquelas plenárias em portarias, resoluções e leis.

Vimos ultimamente a extinção do Inamps, fruto de tanta distorção e de escândalos em que a maior vítima é a população, já tão carente.

Vimos, de outro lado, o documento "Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: a ousadia de cumprir a fazer cumprir a lei" ser oferecido à nação.

O caminho buscando é o da "municipalização" das ações, a qual não pode nem deve ser confundida com "prefeiturização" das ações de saúde, o que significa que não basta equipar de ambulância uma prefeitura para que tenhamos a municipalização da mesma.

O que importa, na realidade, é que estejam disponíveis, à população de todas as faixas, os serviços previstos na Carta Magna voltados para a *promoção, a proteção e a recuperação* da saúde da população, onde equipe multiprofissionais de saúde ali estão num locus definindo e por tempo integral, voltados ao seu mister, quer em nível primário, secundário ou terciário de atendimento, aqui se insere o

(1) Mestre, doutor e Livre-Docente em Educação e Filosofia, Terapeuta Operacional, Vice-Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Coffito, em sua 2ª gestão. Assessor da Associação de Solidariedade à Criança Excepcional - ASCE, Rio de Janeiro, RJ.

(2) O modelo assistencial deve garantir o atendimento universal e integral nos níveis institucional, domiciliar e comunitário com equipes multiprofissionais...IX Conferência Nacional de Saúde. Relatório final, Brasília, 9 a 14 ago. 1992, p.22.

antigo, "processo de reabilitação" ou "reabilitação", área inexistente mas que de uma forma ou de outra alguns pretendem defender não porque visem a um atendimento de melhor qualidade ou mesmo "especializado" à população, mas porque acobertam desejos inconfessáveis de utilizarem-se de mão de obra de baixo custo, para um atendimento em massa por pessoas não habilitadas.

De maneira muito lúcida, o Congresso Nacional definiu a inexistência de uma área, antigamente denominada "reabilitação", de forma lapidar, em Exposição de Motivos, que levou ao arquivamento, em definitivo, de dois Projetos de Lei que tramitavam naquela Casa do Congresso.

Dessa maneira caminha-se hoje em passos bem mais seguros do que até então, e o que se verifica em todo o país é a demanda de profissionais da saúde de todas as formações, pelas prefeituras dos municípios brasileiros, para que, tendo os recursos humanos necessários, se organizem para receber os insumos do Governo Federal.

Os Conselhos Federais e, principalmente, os Regionais das profissões de saúde têm sido procurados pelas secretarias municipais de saúde para que se informem da oferta existente nas respectivas regiões desse ou daquele profissional que está faltando na equipe, o que, em decorrência, nos permite visualizar, a curto prazo, a existência de postos de saúde voltados para a atenção primária, secundária e terciária do SUS, via concurso público.

É evidente que na medida em que a legislação específica de organização do SUS for surgindo, estaremos cada vez mais norteando os propósitos de oferecimento das *ações integradas de saúde*⁽²⁾ à população.

Torna-se cristalina a necessidade de que o *controle social*, realizado pela sociedade como um todo, se torne altamente necessário num momento como este por que estamos passando, em que a crise ética só ia acontecer.

Em que os desmandos em todos os setores, e por que não dizer na saúde, estão estampados para nossa estupefação e vergonha.

A luta pelo Sistema Único de Saúde e pela Seguridade Social tem levado o nosso povo marginalizado e faminto à descrença, mas nós devemos ter em mente nossa missão social e de cidadão clamando dignidade e justiça, e que a violência ceda lugar ao direito à vida.

Em nosso país o saneamento básico é preciso quando cerca de 700 milhões de brasileiros não dispõem de esgoto sanitário.

Com cerca de 30 milhões de lesados físicos e mentais, dados do último censo, temos dado ênfase a atividades curativas e hospitalares, em detrimento das preventivas, ambulatoriais e as que visam à reinserção social do lesado físico e mental.

Vemos o sucateamento das unidades de saúde e o aviltamento dos profissionais de saúde com baixos salários e desqualificação tecnológica, a existência de baixa resolutividade em todos os níveis dos serviços de saúde, com destaque maior nos níveis primário e secundário, a inexistência de qualquer política pública voltada aos idosos,

aos superdotados e as pessoas portadoras de deficiência ou patologias, a incipiência de controle sanitário de alimentos, de produtos, drogas e serviços que atentam contra a saúde do cidadão é tônica, o recrudescimento de doenças já erradicadas de nosso meio, tais como o cólera, a febre amarela e o dengue, a falta de programas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica e a falta de medicamentos, de imunobiológicos, de redes de abastecimento de água, bem como de programas voltados à saúde da mulher, da criança do adolescente tem levado a Saúde Pública ao caos.

Quando atentamos para o Modelo Assistencial, urge a mais completa reformulação do mesmo, agora sobre base epidemiológica, em que se garanta acesso universal, com *ações integradas de saúde*⁽²⁾ já citadas, em todos os níveis, primário secundário e terciário, com equidade, resolutividade e integralidade de atenção dentro de um sistema de complexidade crescente.

Esse atendimento universal e integral se posiciona, também, nos níveis institucional, domiciliar e comunitário, com equipes multiprofissionais em que a experiência na Baixada Santista, tendo Santos como epicentro, bem tem demonstrado a exequibilidade e a pertinência da medida.

Não se deve preconizar nem procurar o atendimento curativo e individual, mas um enfoque de globalização de ações de vigilância sanitária e epidemiológica e programáticas de educação em saúde, de saneamento, de assistência farmacêutica etc., desde que o enfoque seja local, numa ótica epidemiológica.

O Planejamento Familiar não deve ser minimizado, mas é de bom alvitre que suas atividades não se realizem de forma isolada e sim dentro de uma abordagem integral e significativa em que saúde da mulher e da criança tenha a prioridade que lhe é devida.

O que se preconizou na IX Conferência Nacional de Saúde no que concerne a gerências de instituições e serviços, é que as mesmas possam ser exercidas por qualquer servidor público, independente de profissão, sendo, no entanto, garantida a sua qualificação.

Quanto ao ensino, a conferência tratou da revisão curricular dentro de realidades sócio-epidemiológicas bem como levando em conta a cultura, ou seja, os aspectos étnico-culturais das populações envolvidas.

O currículo para a formação de profissionais de saúde deve ser redimensionado, para incluir a fisioterapia e outras práticas alternativas, e os estágios devem ser compulsórios na rede básica de serviços, de tal forma que o futuro profissional possa vivenciar a realidade local que o envolve, o que lhe permitirá uma clarificação maior de sua realidade social.

O sistema de Residências, enquanto treinamento em serviço, deve ter seu leque ampliado de maneira a permitir que os demais profissionais da área de saúde possam ser contemplados, isto deve ser mudado através do SUS, no intuito de garantir a atuação de equipe multiprofissionais em suas unidades.

Numa outra vertente, faremos algumas indicações a res-

peito da Saúde Mental.

A partida para o novo enfoque de Saúde Mental ocorreu, sem dúvida, em 1986, quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, momento primeiro da criação do Sistema Único de Saúde, hoje respaldada na Lei 8080 e 8142, em que pese a necessidade de regulamentação de art. 35 de Lei 8080, o que neste íterim impor-se-ia o aperfeiçoamento da Resolução 88 215 de 2.7.92 que trata das Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) nos termos da proposta da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental.

Aqui e agora não pode mais haver a concepção do sujeito de forma compartimentada como até era visto: mente x corpo, trabalho x prazer.

O doente mental deve ser visto não mais em função tão somente de seu diagnóstico, mas sim em função de sua existência-sofrimento.

A Saúde Mental é inserida nas ações gerais de saúde com uma diversificação das referências conceituais e operacionais, indo além dos limites até então marcados pelas profissões conhecidas na abordagem e no trato do doente mental.

Substituição do modelo centrado no hospital por uma rede em que o hospital geral e serviços territoriais funcionando 24 horas por dia, hospital-dia, hospital-noite, pré-internações, pensões protegidas, lares obrigados, centros de convivência, trabalho protegido, cooperativas de trabalho entre outros proporcionem o atendimento ao doente mental sem que se minimize o resgate da cidadania do paciente.

Todas as unidades de saúde, estando voltadas para a integração de suas ações devem estar em condições de atender, em suas necessidades, o portador de sofrimento psíquico, integrando os níveis cognitivo-expressivo e prático.

A equipe voltada ao atendimento de doentes mentais deverá ser integrada por outros profissionais, além dos que são conhecidos classicamente como os que tinham sobre sua guarda e cuidados estes pacientes, tendo seu perfil em consonância com a realidade sócio-sanitária dos sistemas locais de saúde.

A formação de grupos itinerantes atuando nas comunidades quer sejam elas urbanas ou rurais, deve ser uma alternativa procurada não só para o trato do doente mental, mas para o atendimento em geral.

Esta alternativa nós a temos praticado, ainda que de forma simples e desambiciosa, com Ministério Professor Carneiro, e tem sido adotada por prefeituras municipais, com destaque a Prefeitura de Santos.

Impõe-se a ampliação ou mesmo a criação de Residências Interdisciplinares em Saúde Mental, a fim de que se propicie aos integrantes das equipes de saúde mental, treinamento em serviço, de forma integrada, em favor doente mental.

Que não mais se internem alcoolistas em hospitais psiquiátricos garantindo-lhes, no entanto, internação em hospital geral e assistência das ações integradas de saúde.

Que se contemple mais e mais a atenção primária por

medidas realmente preventivas tais como a análise de fatores de risco em todos os setores de trabalho (pressão psicológica, responsabilidades, condições inseguras, más condições de trabalho, organização do trabalho, relações de trabalho, entre outras que, sem dúvida, fazem prosperar o risco para a saúde mental do trabalhador).

Ao trabalhar um paciente não deve fazê-lo de modo isolado de seu contexto familiar, e esta mesma família deve ser considerada, enfocando-se no contexto comunitário e social.

A IX Conferência Nacional de Saúde Mental deliberou que se vedasse a internação compulsória, em respeito à cidadania dos pacientes mentais, exceto os casos que sejam comunicados ao Ministério Público, que devem ser reavaliados em 48 horas junto ao paciente, à família e à Junta da Saúde.

CONCLUSÃO

Nossa legislação é rica, profusa e detalhada.

Nosso país prima por ter leis que “pegam” e por leis que “não pegam”.

O que bem pode servir como fechamento deste nosso trabalho é o próprio título maior que vem no bojo de “Municipalização das Ações e Serviços de Saúde”, hoje, no Brasil: *a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERTELETE, J.M. Aspectos sociais do alcoolismo. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, Brasília, v.1, n.1, p.38-39, 1987
- _____. Câmara dos Deputados. Projeto-Lei nº 614-A, de 1991, de Wanda Reis. *Dispõe sobre a criação do Conselho Federal e Regionais dos técnicos de reabilitação, modalidade massagista e determina outras providências, tendo parecer da Comissão de Trabalho, da Administração e do Serviço Público, pela rejeição*. Brasília. Senado Federal, 1992. (Ordem de Serviço 08010/92).
- _____. Projeto-Lei nº 1053-A, de 1991, de Laire Rosado. *Dispõe sobre o exercício da profissão de técnico de reabilitação física de nível médio e determina outras providências tendo parecer da Comissão de Trabalho, de Administração e de Serviço Público, pela rejeição, contra o voto de Ernesto Gadelha*. Brasília. Senado Federal, 1992. (Ordem de Serviço 08321/92).
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1989*. São Paulo: Atlas, 1991. p.113-114.
- _____. Ministério da Educação e Desporto. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 059 de 1993. Da validade de títulos de especialistas ou de habilitação conferidos por Associações, Sociedades de Classes ou Conselhos Profissionais. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.31, p.2018, 15 fev. 1993, Seção 1.
- _____. Ministério da Justiça. Conselho Federal de Entorpecentes. *Legislação sobre entorpecentes: repertório*. Brasília: Departamento de Imprensa Nacional, 1988. 33p.
- _____. Resolução nº 17, de 28 de novembro de 1991. Considerar os

- seguintes Cursos de graduação sujeitos a esta Resolução e aos demais atos legais, por estarem incluídos na área de Saúde: Medicina, Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Fonoaudiologia, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n. 248, p.30051, 23 dez. 1991. Seção 1.
8. _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 1, de 13 de junho de 1988. Aprova normas de pesquisa em saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, nº 309, 5 jan. 1989, Seção 1.
 9. _____. _____. _____. Resolução nº 38, de 4 de fevereiro de 1993. Inclusão dos Cursos de Biologia, Medicina Veterinária e Serviço Social contra os Cursos relacionados no item nº 3 da Resolução nº 17 do Conselho Nacional de Saúde, de 28 de novembro de 1991. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, nº 47, p.2909, 11 mar. 1993. Seção 1.
 10. _____. _____. _____. Resolução nº 44, de 3 de março de 1993. Eliminação do termo paramédico e a substituição do mesmo para profissional de saúde. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.59, p.3922, 1993. Seção 1.
 11. _____. _____. Portaria nº 1181 de 22 de julho de 1991. Institui a Comissão Técnica de atuação profissional na área da Saúde - CT/APAS. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]* Brasília, n.140, p.14612, 23 jul. 1991. Seção 1.
 12. _____. _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Divisão de Saúde Mental. *Normas e procedimentos na abordagem e abusos de drogas*. Brasília : Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1991. 42p.
 13. _____. _____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Saúde Mental. *Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1990. 36p. (Série A: normas e manuais técnicos, 8).
 14. CAMPOS, G.W.S. Um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, Brasília, n.37, p.16-19, dez. 1992.
 15. CARNEIRO, J.M.A. *A estrutura e o funcionamento dos Serviços de Saúde das Forças Armadas visando o atendimento e a readaptação dos incapacitados físicos e mentais face a desmobilização: um modelo tentativo*. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra, 1986. 122p. (Trabalho de estudo, 86, Tema 295 do Departamento de Ensino. Divisão de Mobilização).
 16. _____. *Educação e saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 1989. 110p.
 17. _____. Ministério Professor Carneiro: estatutos. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, 6 mar. 1991. Seção 1. p. 21.
 18. _____. *Ações integradas de saúde voltada para as comunidades carentes: o serviço volante*. Rio de Janeiro: UERJ/MINPROCAR, 1992. 15p. (Mimeografado).
 19. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório Final*, Brasília: Ministério da Saúde, 1986. 21p.
 20. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. *Anais...* Brasília: Cultura Gráfica, 1992. 2v.
 21. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2., 1992, Brasília. *Anais...* Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 119p.
 22. CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO Resolução COFFITO nº 80. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO nº 8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta e a Resolução COFFITO nº 37, relativa aos registros de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n. 93, p.7609, 21 maio 1987. Seção 1.
 23. _____. Resolução COFFITO nº 81. Baixa atos complementares a resolução COFFITO nº 8, relativa ao exercício profissional do Terapeuta Ocupacional e a Resolução COFFITO nº 37, relativa aos registros de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n. 93, p.7609, 21 maio 1987. Seção 1.
 24. _____. Resolução COFFITO nº 131. Dispõe sobre o registro de diplomas de graduação no estrangeiro em Curso de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, perante a Autarquia e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, n.239, p.28380, 10 dez. 1991. Seção 1.
 25. CONSTRUÇÃO do Sistema Único de Saúde em Santos. In: CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTOS, I., 1990, Santos. *Anais...* Santos: Universidade Santa Cecília dos Bandeirantes, 1990. 48p.
 26. DUARTE, G.D. *A Constituição: explicada ao cidadão e ao estudante*. 4. ed. Belo Horizonte: Lê, 1989. 262p.
 27. DUARTE, M. Conselho de Fisioterapia quer oficializar serviço da Secretaria de Higiene e Saúde (SEHIG). *A Tribuna*, Santos, p.3, mar. 1993.
 28. LANDMANN, J. *Medicina não é saúde: as verdadeiras causas da doença e da morte*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983. 248p.
 29. _____. *A outra face da medicina: um estudo das ideologias médicas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. 346p.
 30. LOUREIRO, A. C. *Reforma psiquiátrica*. Recife. ANH, 1992. 9p. (Sindicato dos Hospitais de Pernambuco - SINDHOSP).
 31. LUCENA, J. Alguns aspectos do alargamento da psiquiatria e das dificuldades metodológicas desse alargamento. *Revista Brasileira de Saúde Mental*, Brasília, v.2, n.2/3, p.43-52, 1988.
 32. MUNICIPALIZAÇÃO das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. *Saúde em Debate*, Brasília, n.38, p.4-17, mar. 1993.
 33. PRATI, F.A.M. Proposta de reformulação curricular do Curso de Fisioterapia. *Fisioterapia*, São Paulo, v.2, p.20-26, jan./mar. 1993.
 34. O Programa de Internação Domiciliar (PID) estimulou melhorias na saúde: José Menino. *Diário Oficial Urgente*, Santos, 12 mar. 1993. p.6.
 35. RIBAS, J.B. *O que são pessoas deficientes?* São Paulo: Brasiliense, 1983. 218p.
 36. ROSEN, G. *Locura y sociedad: sociologia historia de la enfermedad mental..* Madrid: Alianza Universal, 1974. 22p.
 37. SÃO PAULO. Prefeitura Municipal. *São Paulo, uma cidade na luta anti-manicomial*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1989. 19p. (Centro de organização de atenção á saúde. Programa de saúde mental).
 38. SIQUEIRA, M.M. de., VENTOLA, A, LEITE, A.P.A. Epidemiologia nos serviços de saúde. *Saúde em Debate*, Brasília, n.37, p.56-65, dez. 1992.

CICLO DE DEBATES SOBRE ÉTICA - PARTE I

Ética

Luiz Roberto Benedetti¹

COMO SITUAR A QUESTÃO ÉTICA HOJE?

Tema discutido no cotidiano da grande imprensa, objetivo explícito de movimentos organizados, preocupação constante dos que levam a sério a questão dos destinos da humanidade, este problema aparece polarizado entre, de um lado o universalismo das normas e, de outro, do particularismo das situações. Claro, é situar aqui e agora, no concreto da História, as “marcas” universais que definem a humanidade do homem.

Mas não é nesse nível que falamos de polarização, mas sim no nível das propostas éticas. De um lado, há aqueles que fundam na existência de um universalmente ético, enraizado numa concepção do homem como natureza imutável, sempre idêntica a si mesma e base de uma visão globalizante e integrada da relação do homem com o mundo, a única possibilidade de um agir livre, isto é, historicamente responsável. De outro lado, há os que preconizam uma espécie de “minimalismo situacional”: qualquer visão totalizante sempre reprime, sempre aprisiona, sempre impede o exercício da liberdade lá onde ela realmente se define como tal: na situação concreta. O limite deste minimalismo parece residir naquilo que se chama de pós-modernidade ética, na qual a satisfação pessoal é o critério para a construção da identidade humana, nos planos individual e social.

Como situar-se no interior desta tensão constitui o objetivo do Ciclo de Debates sobre Ética, aqui reproduzido em sua primeira parte. Não se trata de dar respostas prontas, menos ainda de cair em casuísmo que privilegiam, ora a norma e sua imutabilidade e permanência, ora a situação e sua transitoriedade. Trata-se sim de ir aos fundamentos.

O ponto de partida é uma constatação óbvia: a crise ética, hoje, é um fato. No Brasil, mais particularmente. Basta citar, a título de exemplo, o último documento dos bispos brasileiros e os vários movimentos sociais que exigem “ética na política” e transparência na gestão dos bens públicos. Em nível, mais abrangente, de cultura ocidental sente-se

falta de um princípio totalizante, de uma visão global do homem e da história, que dê um sentido às várias experiências individuais, grupais e sociais e harmonize as atividades humanas que aparecem desarticuladas entre si: a economia (vida profissional), a vida de relações afetivas, o lazer, a participação (quando há) na vida social. A repercussão, ainda que num nível de especulação tendenciosa por parte da imprensa, da última encíclica de João Paulo II, o *Esplendor da Verdade*, não deixa de ser sintomática desse vazio de uma posição definida que permita ao homem contemporâneo “situar-se”, em meio ao embate de idéias e desafios das situações, que tem, em sua própria transitoriedade, a justificativa última de ser o que são. E de como tal, determinarem os comportamentos individuais e sociais.

A ausência de valores, ou de um valor totalizante, reduz a própria ética profissional, por exemplo, a receitas para se fugir às sanções quando se é apanhado burlando as leis que regulam o exercício do profissional para além de uma visão puramente técnica.

A Universidade está no centro deste problema. Reduzida a formadora de recursos humanos para o mercado de trabalho, produtor/reprodutora de ciência e tecnologia que se realimentam mutuamente, ela perdeu seu caráter de *universitas*, isto é, de espaço aberto no qual a sociedade se pensa, se reflete, propõe novos caminhos e perspectivas para o conjunto de vida social. Saber técnico, saber científico e saber humanístico constituem um conjunto indissociável. Uma visão coerente e articulada do homem e de suas relações, dos valores que governam sua ação é pressuposto insubstituível de uma universidade digna deste nome.

Vem destas observações o objetivo de um Ciclo de Debates sobre o tema Ética. Mais do que discutir questões éticas situadas no âmbito profissional, debater os pressupostos fundamentais para a elaboração de uma visão ética de ação do homem no mundo. Os valores e fins da ação humana - objeto de ética - estão sujeitos à interpretação e esta privilegia quase sempre o contexto histórico, quando não os interesses puramente individuais e a busca de satisfação pessoal. Os críticos chamam esta realidade de pós-modernidade, a que nos referimos atrás.

Nesse contexto, trata-se de perguntar sobre os valores

(1) Doutor em Sociologia, Professor Titular do Instituto de Teologia e Ciências Religiosas e do Instituto de Filosofia da Puccamp.

e fins da ação humana, de forma a superar, tanto uma ética da situação - a situação objetiva define o que é ou não ético - quanto uma visão a-histórica - que elabora princípios imutáveis, válidos, mas impotentes para responder aos desafios da realidade cotidiana.

Para responder a essa problemática, as conferências e discussões de ciclo de debates enfocarem quatro temas:

O primeiro trata das relação entre natureza e cultura como fundamento do agir ético. O homem não age determinado pela sua biologia, mas faz-se homem exatamente pela capacidade de controlar e assumir de forma consciente seu processo vital e evolutivo. Nesse contexto, tem sentido, falar de lei natural? Ver a sociedade como convenção - isto é, como realidade construída pelo homem - possibilita escapar a uma visão puramente biologista da ação humana, que encara como ético tudo o que corresponde a um ciclo objetivo da natureza, às suas leis tidas como imutáveis.

A segunda conferência procura aprofundar o debate. A razão e a faculdade que define o homem. O Ocidente elaborou sua cultura com o pressuposto de que, utilizando a razão, o homem seria capaz de um agir ético, de caráter universal, acabando com todos os particularismos fundados no espírito de clã, de tribo e nas diferenças ligadas às visões de mundo religiosas. Quais as conseqüências dessa racionalidade ética? Essa racionalidade humana se desenvolveu como racionalidade funcional, pragmática, ligada ao desenvolvimento do mercado e produziu a situação que hoje enfrentamos. Que desafios se impõem e que perspectivas se abrem a médio e longo prazo?

O terceiro tema debate a crise atual dessa racionalidade moderna e a emergência do que convencionou chamar de razão pós-moderna, que coloca a busca da satisfação pessoal como critério último de validade da ação humana. O culto da aparência, a lei da vantagem pessoal, a imagem de si como valor que importa mais do que o ser e acreditar em verdades fundamentais caracterizaram esse vazio ético. Qual o verdadeiro alcance dessa visão?

Mas, ao longo desse processo houve vozes discordantes. Tanto o humanismo marxista, quanto o existencialismo e o personalismo remaram contra a corrente e propuseram uma cultura do compromisso, do risco, da solidariedade como valores fundamentais associados a uma concepção que vê o homem como liberdade responsável. As contribuições que esse pensamento pode trazer a uma recuperação da ética hoje são objeto da última reflexão desse ciclo.

Cada tema é tratado de forma a incorporar ao debate elementos sobre a "cultura brasileira" - a ética do "jeitinho", do favor, a política do clientelismo, do "sabe com que está falando", como dados indispensáveis à compreensão do problema ético no Brasil hoje.

Mais do que um simples registro deste ciclo, este número quer ser uma memória, no sentido profundo da palavra: *aquilo que permanece*, isto é, que fecunda continuamente a realidade transitória do dia a dia, que só é histórica porque não esquece o passado nem aprisiona o presente mas faz da interrogação contínua de um e outro a abertura para o futuro.

CICLO DE DEBATES SOBRE ÉTICA

A dimensão ética da existência humana

João Carlos Nogueira¹

1. Quando se fala de *ética* quase sempre se associa o termo a um outro que é a sua tradução latina, o termo *moral*, que sugere a idéia de uma disciplina normativa, de código que reúne séries de prescrições e proibições explícitas: faz isto, evita aquilo e assim por diante. Todavia, as regras, prescrições, interdições que fazem parte dos códigos morais vigentes nas sociedades humanas, não são *fins* em si mesmos e sim *meios* em vista do grande objetivo que polariza a existência: a realização profunda do nosso desejo de ser.

O termo *ética* deve ser entendido na perspectiva de um saber que não visa, em primeiro lugar, a apontar o que se deve fazer ou evitar concretamente do ponto de vista moral, mas indicar os princípios básicos que qualificam o agir humano sob esse mesmo prisma. Explica-se numa reflexão racionalmente fundamentada e crítica do agir enquanto realizado sob o domínio do sujeito que nele exprime o seu valor verdadeiro. Esse agir é a própria práxis por meio da qual buscamos realizar o nosso projeto de existência individual e social.

Ética vem do termo grego *ethos* cuja significação originária é *morada*, seja o *habitat* dos animais, seja a morada do homem, lugar onde ele se sente acolhido e abrigado. Esse primeiro significado é a matriz de um segundo sentido do *ethos* como *costume*, *modo* ou *estilo* habitual de ser. É no espaço aberto pelo *ethos* como espaço especificamente humano, que o homem é chamado a desdobrar a sua existência de ser racional e livre. Aqui o homem reconhece a exigência de expressar o seu ser como *dever-ser*. Rasga-se neste ponto o campo da *ética* como saber racional que busca regular a ação humana para que o homem possa atingir o seu bem, vale dizer, aquele que realiza e justifica a sua existência no exercício da liberdade no seio de uma comunidade, que é sempre uma *comunidade política* espaço privilegiado da sua realização. A questão ética, por conseguinte, não se restringe ao plano da aceitação das normas

socialmente estabelecidas nem se reduz ao problema da criação dos valores por parte de uma liberdade solitária. Nasce, na existência de cada um, da consciência dos valores implicados no reconhecimento da inalienável dignidade da pessoa humana e do sentido da responsabilidade pessoal frente ao outro, cujo rosto é um apelo constante a ser respeitado e promovido. É o outro, na verdade, que, na nudez do seu semblante, se me revela como exigência de liberdade que interpela a minha liberdade e apela para a minha responsabilidade diante dele. Os valores morais, que se referem ao valor da pessoa como um todo, qualificam nossa conduta como boa ou má conforme sejam respeitados ou deixem de o ser. Na medida em que é capaz de conhecer, apreciar e realizar tais valores, o homem surge como um *eu* pessoal. Quando desenvolve o senso deles está desenvolvendo o respeito da dignidade da pessoa. Quando os viola está cooperando para o abafamento do autêntico sentido da sua existência no mundo. A solicitude em relação a eles determina o grau de moralidade de uma sociedade.

O que está em jogo neste ponto é o próprio destino das sociedades humanas, as quais, enquanto sociedades essencialmente políticas, não podem deixar de abrir-se ao universo ético sob pena de se perderem sem remédio na dispersão dos desejos e das necessidades imediatas. O niilismo, que dramaticamente ameaça submergir as realidades éticas e políticas nas sociedades humanas, exige a retomada do caminho indicado, há mais de dois milênios, por Aristóteles: o homem enquanto o portador da *razão* que o define enquanto tal, deve ser por ela dirigido na sua práxis de indivíduo e cidadão. Aqui a idéia de *comunidade ética*, anterior aos problemas da relação do indivíduo isolado com o poder e com a satisfação de suas necessidades básicas, torna-se fundamental. A comunidade ética é a forma que assume a comunidade humana, na sua dimensão política na busca de realizar, no exercício da liberdade, o sentido da sua existência histórica e social.

2. A vida ética exprime-se essencialmente no empenho em atingir o ideal, quer dizer, aquela plenitude de nós mesmos que o nosso desejo de ser obscuramente anuncia e que, pela ação, tentamos de alguma forma realizar.

(1) Doutor em Filosofia pela Universidade Santo Tomás de Aquino, Roma, Itália, Professor Titular das Disciplinas de Ética e Antropologia Filosófica do Departamento de Pós-Graduação em Filosofia da Puccamp.

Todavia, vivemos numa sociedade marcada por desequilíbrios tão gritantes que considerações gerais a respeito da ética podem parecer distantes da realidade e da vida da maior parte das pessoas. O que tem a ver, por exemplo, o que expus anteriormente, com o problema da miséria e da fome de milhões de brasileiros? Diria que muito, na medida em que a reflexão - campo em que me coloquei nesta breve exposição - me põe em condições de avaliar com maior clareza a enorme distância que vai da realidade nua e crua da vida social à concretização da meta de justiça e de bem que a ética preconiza. A ética não tem que ser meramente teórica, sem compromisso com a prática. Se formula uma interpretação teórica do ethos comumente vivido é com a finalidade de melhor compreendê-lo para ajudar a elevar o nível da vida moral pelo esclarecimento e a persuasão. Não se trata, portanto, do exercício de uma razão puramente abstrata que nada tem a ver com o cotidiano dramático das pessoas, mas de uma razão concreta capaz de ler criticamente a realidade e emitir sobre ela um juízo de valor, denunciando as imposturas e as contradições de sua estrutura e organização.

A ética nos ensina a não ficar indiferentes aos valores e direitos da pessoa humana, sobretudo os daqueles que são sistematicamente violados. A pessoa humana constitui o seu centro e preocupação primeira. Sem ela a existência social se torna a expressão radical da insensatez e da falta de sentido.

3. Esta questão é decisiva porque nos coloca na esfera da elevação dos indivíduos do nível empírico ao plano da existência universal. É o projeto fundamental da racionalização do homem e do mundo no qual ele exerce sua atividade de ser racional.

A vida social e política decorre entre dois pólos básicos que a constituem como tal: de um lado o indivíduo dotado de razão capaz de exprimir-se em valores que implicam a liberdade e a própria dignidade do homem e do outro a exigência proveniente da mesma razão de elevar o indivíduo da sua particularidade empírica ao nível da universalidade que se faz concreta na realização desses mesmos valores pelo sujeito humano em comunicação viva e dinâmica com os outros na vida social.

O drama que hoje vivemos na civilização técnico-científica é exatamente o de ter chegado à conclusão de que é impossível articular racionalmente a dimensão ética da vida humana. Ora tal proclamação equivale a por em xeque a possibilidade mesma da realização do homem enquanto portador da razão. Daqui o nihilismo que assola a existência sócio-política da humanidade.

A dissociação entre o ético e o político representa uma consequência direta da concepção do homem como mero indivíduo, como alguém, portanto, que se constitui sem relação essencial com a sociabilidade. O homem é um ser, cujo estado natural não guarda nenhuma vinculação social ou política. Há, por conseguinte, nesta concepção a entrega de uma primazia do indivíduo sobre a comunidade. O indi-

víduo é um átomo social, portador de necessidades que exigem ser satisfeitas. A vida social se organiza toda a partir daqui. A chamada sociedade civil é precisamente aquela que se estrutura para responder ao problema das necessidades humanas básicas. O sentido primeiro da sociedade não é o da sociedade política mas de sociedade civil.

Sabemos por onde transitaram o pensamento e a práxis ético-política da modernidade até os dias de hoje. Perdido o solo ontológico do pensamento clássico onde a vida política deitava suas raízes, a busca de um novo fundamento para a ordem da liberdade no solo da subjetividade e da história levou à afirmação paradoxal da sujeição da liberdade à satisfação das necessidades psico-biológicas. A liberdade se torna essencialmente libertação de limites e se desdobra no campo das necessidades vitais para as quais o homem busca a satisfação. O paradoxo, nesta concepção, está justamente no fato da afirmação da liberdade repousar no pressuposto do primado do indivíduo particular com suas necessidades sobre a comunidade. Neste contexto a liberdade acaba servindo a fins exteriores a si mesma e perde o seu sentido radical de *fim-em-si* e *para-si*, que se expressa em primeiro lugar como liberdade ética ou liberdade que busca realizar o sentido último da racionalidade humana na atuação de valores como a veracidade, a justiça, a solidariedade, o respeito à vida.

Se o homem é um ser de desejo e de liberdade, de violência e de razão, como nos mostra a experiência histórica da humanidade, a ética é exatamente a busca - árdua e incansável - de conferir um sentido à liberdade em vista de uma ação consciente e responsável no mundo. Ora tal ação requer que o seu princípio ordenador seja oferecido por aquela ordem que Santo Agostinho chamava a "ordo amoris", enquanto o amor, como valor fundamental da vida, significa a capacidade sempre renovada de abertura ao outro para reconhecê-lo na sua liberdade e inviolável dignidade. Delineia-se aqui o grande horizonte dos direitos humanos, que se abre na consciência da humanidade atual como uma nova forma de comunidade ética, capaz de iniciar um processo de regeneração do tecido social desagregado pelo individualismo feroz e pela mortal falta de sentido para a liberdade.

4. Como se pode ver, esta questão se prende estreitamente a uma outra questão fundamental do universo ético, a da *consciência moral* - que se entende por consciência aqui no contexto destas considerações? Entende-se aquela realidade cuja função é ser testemunha do bem e do mal no interior do homem.

Ligada essencialmente à lei moral, da qual constitui uma plástica e fiel aplicação às situações particulares, trazendo em si os motivos que nos possibilitam avaliar moralmente o mundo em que desenvolvemos a nossa atividade de seres conscientes e livres, ela coloca um problema ao mesmo tempo antropológico e metafísico ao tocar a questão radical do sentido da vida humana que a nossa razão procura, por luzes e trevas, desvendar e compreender e o nosso agir pensosa-

mente tenta realizar. Por isto ela constitui o centro de nossa atividade moral. Mas a atividade moral, como exercício da liberdade de um sujeito inteligente que no seu agir tende conscientemente a um fim claro e definido, nada mais é do que uma expressão da personalidade. Tomo o vocábulo no sentido ativo que assume no uso comum, isto é, a pessoa que afirma e realiza os valores aos quais dinamicamente se orienta.

Consciência e personalidade, portanto, estão em relação íntima e viva. A personalidade para afirmar-se no seu significado mais nobre e alto, deve passar por um processo de filtração espiritual através da consciência. Quanto mais formada a consciência e dotada de fineza para perceber os valores, tanto mais rica e homogênea a personalidade. Quanto mais grosseira e deformada a consciência, tanto mais pobre e dispersa a personalidade.

Olhada no seu elemento dinâmico a personalidade indica o exercício da liberdade como processo de unificação e coordenação de valores em vista de uma meta definida. Radica-se e se exprime na pessoa que é o ápice de toda a natureza. O homem, como pessoa, toca o vértice da ordem natural. É o único ser que participa ao mesmo tempo do espírito e da matéria, porque situado na linha divisória destes dois mundos, sente não apenas as necessidades da vida material, como também as da vida espiritual. É capaz de pensar, de conceber projetos e agir em vista da consecução de um fim pré-fixado, utilizando as forças que existem em si, bem como as realidades que o cercam. À capacidade de pensar coliga-se a de refletir, de dobrar-se sobre si mesmo para examinar seu mundo interior. Neste olhar introspectivo percebe o fluxo contínuo dos fenômenos que se desdobram no âmago do seu universo interior e ao mesmo tempo se vê como um *sujeito* que permanece idêntico no meio do fervilhar das tendências e impulsos profundos que estimulam e solicitam sua ação.

Entretanto, como estas tendências estão desunidas e orientadas para direções diversas, se ele não consegue unificá-las a sua vida perderá a coesão e será votada à esterilidade que distingue a dispersão. Ora, ao homem fica sempre a possibilidade de por ordem e unidade nas suas tendências através da razão que lhes impõe o seu comando e as encaminha para um escopo preciso. O grande potencial de energia das tendências é canalizado e dirigido a um objetivo que cientemente colimamos. Esta é exatamente a personalidade que se afirma na unificação das próprias tendências, agrupadas e harmonicamente coordenadas.

A harmonia, que marca a pessoa unificada nos seus impulsos e inclinações, revela-se no agir, que é o meio pelo qual nos aperfeiçoamos na ordem moral e atingimos a fina-

lidade suprema da existência humana.

Assim a consciência instaura, no interior do homem, um diálogo perene com os valores, através dos quais lança seus apelos altos e veementes, que despertando-o para a sua responsabilidade existencial, arranca-o da indiferença e da dispersão da quotidianidade bruta, niveladora, para projetá-lo na transcendência do ser, onde, recomposto e reconciliado consigo mesmo e com os outros, ele toca a possibilidade de salvação que a todos é generosamente oferecida.

5. A ética representa, sem dúvida, o ponto mais alto do laborioso processo de espírito humano na busca dos valores que o solicitam na direção de sua auto-realização. De fato, como *ciência prática*, ela não se detém no processo de conhecimento da verdade mas procura trazê-la para o plano da vida, onde se decide a sorte de cada homem, porque ele não pode sobreviver fora de sua morada que é o *ethos*.

A questão ética hoje é a mais grave que se impõe à nossa civilização dominada pela tecnociência. Sem a ética o homem corre o risco de se perder irremediavelmente no universo sem alma dos objetos construídos pelo sistema técnico e não encontrar mais os pontos fundamentais de referência de sua existência de sujeito livre e responsável. Tal é o grande dilema da hora atual. Para solucioná-lo é preciso, a meu ver, recuperar o sentido daquela *phrónesis* ou sabedoria prática de que nos fala Aristóteles no livro VI da sua *ÉTICA À NICÔMACO*, cuja função é entregar com justiça a respeito dos bens que o homem pode realizar na ação e especialmente daquele que é o *melhor* entre todos que podem ser por ela alcançados. Assim a racionalidade da práxis que a *phrónesis* permite atingir estende-se á vida concreta e o homem se torna capaz de perceber e orientar-se ao tipo de vida condizente com a sua estrutura racional. Guiado pela sabedoria prática ele poderá alcançar com segurança a auto-realização. Esta, porém, não se dá automaticamente mas exige uma disciplina que impõe esforço e cuidado contínuo. A virtude ética, lembra-nos Aristóteles, hábito eletivo ordenado pela razão que visa a *tornar bom* o sujeito humano, forma-se pelo exercício, vale dizer, pela repetição de atos bons. A virtude, que resulta do hábito, consiste na expansão plena da existência humana. Realizar a própria existência racional ou, o que dá no mesmo, tornar-se o que se é, segundo a célebre expressão do poeta Píndaro, indica a obra própria do homem que se configura na busca da própria realização na obediência aos ditames da reta razão e no domínio da esfera apetitiva. A ação ética resulta da integração harmoniosa dessas duas dimensões.

Racionalidade técnica e racionalidade ética

Rogério Valle

A TÉCNICA É BOA OU RUIM?

Dentre as muitas expressões do “conflito de racionalidades” que há de caracterizar este nosso fim de século, a mais antiga talvez seja a do papel social da técnica. Vista sob o ponto de vista social, às vezes a racionalidade técnica parece extremamente positiva, às vezes, extremamente negativa.

Em alguns momentos, os homens ficam embevecidos com a evolução das ferramentas que eles mesmos criam para inovar suas formas de existência material. Karl Marx, como aliás toda uma corrente de pensamento dominante no século XIX, julgava que a técnica teria um papel essencialmente libertador; mais ainda, apoiava este ponto de vista no que lhe parecia ser uma argumentação científica: a evolução das forças produtivas alteraria de tal forma as condições de concorrência das empresas, que o anseio dos operários por um novo tipo de relações sociais encontraria um sólido apoio objetivo, isto é, historicamente material.

Em outros momentos, porém, os homens se assustam com sua própria obra; julgam ter perdido o controle sobre ela e temem pelo seu futuro. A Escola de Frankfurt, por exemplo, levou adiante o pessimismo de Max Weber e difundiu a idéia de que a técnica é opressão e de que ela tenderia a destruir a cultura.

Este dualismo entre a positividade e a negatividade da técnica esteve presente na sociedade brasileira durante os últimos cem anos. Até, digamos, 1968, a primeira posição era talvez a maior “certeza comum” de nosso meio intelectual. Os positivistas do começo do século e os marxistas menos dialéticos partilhavam uma mesma confiança no “progresso técnico” que, superando os entraves da metafísica e da religião, nos tiraria do subdesenvolvimento. Passava-se então a discutir se a sociedade brasileira teria a capacidade de promover este progresso técnico através de uma expansão das relações capitalistas. Colocada a questão nestes termos, abria-se uma possibilidade de confronto entre agentes sociais bem diversos como, por exemplo, jovens economistas desenvolvimentistas, industriais paulistas (que

desde o começo do século propunham uma orientação técnica e não “humanista” para a educação) e até mesmo militares (devido à formação positivista que molda o Exército Brasileiro desde sua origem).

A visão crítica que se instala após os acontecimentos de 1968 representa uma forte reação aos aspectos negativos da modernidade. Através de caminhos indiretos, chegam até nós certas concepções inspiradas em Marcuse, onde se afirma que a técnica atual teria sido totalmente impregnada pelos interesses de dominação do capitalismo. No nosso país, isto significou uma forte recusa do desenvolvimentismo (então conduzido pelo Estado autoritário) e uma reorientação política no sentido de uma organização autônoma dos grupos populares onde pouca coisa era deixada por conta de decisões técnicas.

TÉCNICA E ÉTICA

Por trás desta incerteza quanto ao papel da racionalidade técnica, há um grande temor de que seu desenvolvimento vertiginoso nos tempos atuais venha a destruir a ética, a religião, o debate político, as artes, a cultura, etc. A maioria da Humanidade não quer pagar este preço, mas, ao mesmo tempo, não abre mão de utilizar as inovações tecnológicas. Quanto mais moderno for o meio em que vivemos e trabalhamos, mais fortemente sentiremos este conflito de racionalidades, que é também, evidentemente, um conflito de *formas de agir*. Trata-se de um problema central do homem moderno.

Para Max Weber, a *racionalidade instrumental* (maneira de agir, por exemplo, do capitalista moderno e secularizado, que calcula quais os melhores meios para atingir seus fins predeterminados) tende a restringir drasticamente o espaço da *racionalidade ética* (maneira de agir onde o cálculo dos meios em função dos fins não desaparece, mas torna-se dependente do seguimento de valores). Aos poucos, a racionalidade instrumental penetrará no interior das instituições e estas serão cada vez mais formalizadas e impessoais: a racionalização social implica numa burocratização. Os homens perderiam assim a liberdade de agir seguindo sua própria vontade. Por isto, a Modernidade se revelou como um impressionante processo de desencanta-

(1) Doutor em Sociologia pela Universidade de Paris, Diretor de Pesquisa do Centro de Estatística Religiosa e Investigações Sociais - CERIS.

mento do mundo. A racionalização teria usado a religião (ou, mais exatamente, a ética de inspiração religiosa) para se impor; depois, teria solapado as bases de sustentação da explicação religiosa do mundo. O capitalismo atual não necessita de nenhuma motivação religiosa...

A conclusão de Weber se explica pelo fato de que, para ele, não há ética possível, se não há religião. Uma vez destruídas as bases de validade do discurso religioso, perde-se também a unidade que ele proporcionava entre as diversas esferas de valor. O resultado é que o mundo moderno se caracterizaria por uma luta inexorável opondo valores (políticos, culturais, econômicos, etc) que teriam sido absolutizados. Dentro de cada uma destas esferas de valor, os homens agiriam segundo uma racionalidade puramente estratégica.

Estranha racionalização. Dentro de cada esfera de valores (política, ciência, economia, arte moderna, etc) haveria uma racionalidade crescente, mas a escolha pessoal de uma destas esferas de valor seria algo irracional, uma espécie de fé na ciência, ou nas artes, ou nos princípios econômicos e administrativos... A consequência é que as esferas de valor tenderiam a se opor e a se excluir. Segundo Weber, o desenvolvimento cultural acabaria por criar, por um lado, "especialistas sem espírito" e, por outro, "sensualistas sem coração", ambos "nulidades que imaginam ter atingido um nível de civilização nunca antes alcançado"².

Esta perda de uma totalidade de sentido para a vida humana é dura para se engolir. Procurando bem nos escritos menos conhecidos de Weber, pode-se encontrar a idéia de que é possível um compromisso entre tais "valores últimos". Não se trataria, contudo, de uma conciliação lógica, construída através de raciocínios e argumentos, mas de um simples *modus vivendi* puramente pragmático, isto é, que não pode ir além do plano da ação. Os valores últimos não se reduziriam a um único valor comum, mas se deixariam justapor, acomodando-se uns aos outros, mas sem se deixarem penetrar pelos demais. Por isso, teríamos um compromisso sempre precário e provisório.

A questão que podemos nos fazer é a seguinte: é possível um acordo entre os agentes sociais que dependa duma cláusula de, por assim dizer, isolamento da reflexão? Quais as consequências de uma situação onde haveria acordo quanto à maneira de agir e desacordo quanto à maneira de pensar?

Estamos aqui diante de um verdadeiro dualismo entre ação e reflexão, entre prática e teoria, entre interesses e idéias. Weber foi um neokantiano, portanto, alguém envolvido com um projeto **anti-dialético**. Esta opção teórica o levará, por exemplo, a separar totalmente racionalidade estratégica e racionalidade ética. Podemos portanto julgar que

o impasse com que se depara Weber corresponde ao atingido pelo próprio Kant, que pensara a modernidade emergente.

O QUE É ÉTICA?

Agir eticamente é agir na Justiça. A Justiça é, simultaneamente, eixo central de todas as virtudes morais, na vida pessoal, e fundamento da ética das normas, na vida pública. No plano pessoal, a Justiça é esta disposição interior e subjetiva que leva o cidadão a cumprir os atos prescritos pela lei e, através disto, tornar-se senhor de si. No plano social, a Justiça fornece as normas jurídicas e políticas que organizam a vida social, presidem a correta divisão dos bens materiais e mandam respeitar a coisa pública.

Podemos então concluir que a Justiça deve ser a base de todo projeto alternativo de sociedade. Para isto, dois princípios devem ser respeitados:

1º A sociedade deve reconhecer que todos possuem certos direitos naturais, isto é, direitos dados pelo nascimento, pela nossa constituição metafísica;

2º A sociedade deve reconhecer uma cidadania plena e universal, através de boas leis e bons governos que garantam formas cada vez melhores de habitação, trabalho, alimentação, etc.

O primeiro princípio é o da cidadania potencial; o segundo, o da cidadania de fato.

A adequação dos dois princípios não significa a eliminação de todas as diferenças, mas apenas das diferenças baseadas na injustiça. Tais diferenças não são metafísicas (primeiro princípio), mas históricas (segundo princípio); portanto, o desafio não é nivelar as desigualdades, mas, respeitando o mínimo determinado pelo primeiro princípio, colocar todos no mesmo nível de Justiça.

Uma consequência muito importante da existência de dois princípios para a Justiça é que **é a injustiça que deve buscar formas de legitimação**. Pois, ao se lançar na arena política, ela já parte em desvantagem no que se refere aos direitos naturais. Isto explica, por um lado, por que a luta dos oprimidos sempre parece ser uma resistência; por outro, por que não existe nenhuma "ética da UDR" ou do Comando Vermelho, ao contrário do que podem pretender os próprios membros destas organizações³. Pois afinal, se Ética é Justiça, então o conjunto de características comportamentais empiricamente observáveis nestes grupos sociais só pode ser chamado de ideologia ou, conforme o caso, de simples *regras do jogo*.

A nova visão da ação no espaço público, acima mencionada, baseia-se não num fácil relativismo total, mas na busca de um *conjunto mínimo de normas universalmente aceitas*. Tendências à imposição cultural podem ser controladas devido ao fato de que este mínimo não é, ele próprio, cultural, mas sim metacultural: é aquele mínimo dado pelo primeiro princípio acima descrito. A fome, por exemplo, é universalmente perversa e anterior, lógica e politicamente, a qualquer outro acordo ou lei que regule a disputa dos bens

(2) Tal hipótese quanto ao futuro da humanidade aparece no fim da "Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo". Ver o volume "Weber" da coleção "Os Pensadores", página 236.

(3) A única Filosofia Moral historicamente proposta pela ideologia neoliberal é o sacrifício para quem está na miséria. Na prática, o neoliberalismo nunca conseguiu dar conta das exigências éticas.

materiais produzidos. A exigência de matar a fome do outro é anterior à política: é naturalmente humana. Por isso, é correto que o movimento pela ética, surgido para combater a corrupção política, tenha recuado para uma problemática mais fundamental - o combate à fome -, onde ele reúne até mesmo gente com posturas políticas opostas, antes de avançar para novas vitórias no front daquilo que é negociável e institucionalizável.

COMUNICAÇÃO E TÉCNICA

O filósofo alemão J. Habermas abre-nos um novo horizonte, ao propor que a ação ética assume hoje a forma de uma busca do consenso, através da comunicação.

Segundo Habermas, mesmo que a racionalização tenha provocado um conflito entre as esferas de valor, ainda há algo mais forte em comum entre os homens: o uso da linguagem. A comunicação leva os homens à busca de uma intercompreensão. A *racionalidade comunicativa* é a forma normal de ação dentro do *Mundo da Vida*, isto é, em tudo que se refere à educação, à cultura, à família, etc. Já as atividades econômicas e administrativas, cuja regulação depende do dinheiro e do poder, tomam normalmente a forma de ações estratégicas; seu lugar social (o mercado, o Estado, etc) está de fato organizado como um "sistema".

Contudo, julgamos que não se deve opor de forma dualista o Mundo da Vida e o Sistema. Muitas vezes Habermas dá a entender que é impossível agir eticamente dentro do sistema econômico e administrativo. Voltaremos assim ao dualismo weberiano entre os interesses (a racionalidade segundo os fins) e a ética (a racionalidade segundo os valores).

UM EXEMPLO: A INFORMÁTICA

A Sociologia Industrial mostra que a busca do consenso é possível e mesmo necessária, na própria esfera da vida social que tende a se organizar de forma sistêmica, isto é, nas empresas, ou nas instituições políticas.

Todas as pesquisas mostram que, dentro de uma empresa, um mínimo de comunicação é indispensável, para que se possa produzir alguma coisa. Mais: com a informatização da produção, este mínimo é maior do que antes. Nunca as racionalidades instrumental e comunicativa estiveram tão imbricadas.

Mas a comunicação exige que a dignidade e a capacidade de cada um seja reconhecida por todos. Assim, uma efetiva participação nas decisões tecnológicas e econômicas, por exemplo, é possível e necessária (nas fábricas automatizadas, ela é até indispensável), mas para isto é preciso investir na formação de uma *Cultura Técnica*.

A automação (uso de programação numérica e métodos computacionais para comandar máquinas e equipamentos) muda muita coisa no chão-de-fábrica. Ela exige uma nova Cultura Técnica, onde há necessidade de mais cooperação, mais comunicação, mais qualificação. Palavras temidas pelo modelo taylorista que reinava na indústria como sinônimo

eterno de racionalidade. Os próprios empresários se apressam em sublinhar que hoje são perfeitamente superáveis muitas das críticas à fábrica tradicional (más condições de trabalho, segmentação excessiva das tarefas, separação radical entre trabalho manual e trabalho intelectual, controle de cada fração de segundo trabalhada, etc). Críticas que antes eles negavam como simples radicalismos esquerdistas...

O computador abre novos horizontes para a Educação, e não apenas nas escolas das elites. Se com a informática os artistas descobrem um universo antes inimaginável, por que o mesmo não se daria com as crianças? Assim, já surgem as primeiras experiências onde se tenta cativar um potencial menino de rua através do lado lúdico da microinformática.

Outro campo de grandes transformações é o administrativo. A informática tomou amplos espaços nos bancos, no comércio, na administração pública. Rigorosamente falando, a informática não desburocratiza, pois ela até aumenta o grau de formalização das relações sociais (conforme o conceito sociológico de burocracia); o que ela faz é, num certo sentido, reburocratizar, isto é substituir papéis e interferências mentais, por bancos de dados e relações numéricas. Contudo esta reburocratização traz certas vantagens; agilidade, abrangência, e sobretudo a possibilidade de acesso público às informações e de controle dos favorecimentos pessoais.

UMA SOCIEDADE MAIS JUSTA PRECISA TAMBÉM DE RACIONALIDADE TÉCNICA

Hoje, a organização material da sociedade exige uma *racionalidade técnica* (ou ainda: racionalidade profissional), voltada para a eficiência econômica e tecnológica. Acentuar demais a subordinação das decisões técnicas aos critérios sociais (como se chegou a defender nos anos 70) pode se transformar num patológico voluntarismo político: elas devem obedecer *também* a critérios instrumentais e até mesmo subjetivos (há uma certa paixão pela técnica que faz com que os engenheiros tomem decisões irracionais", do ponto de vista econômico).

Talvez seja preciso ir bem além de Habermas e supor que, na raiz da conciliação entre as diferentes formas da racionalidade, encontraremos provavelmente a necessidade de superação de toda a *racionalidade moderna*. Esta raiz conduz à própria reconciliação entre a existência material e simbólica dos homens e isto realmente depende de uma superação do que conhecemos como capitalismo.

O cansaço em relação a esta racionalidade moderna e antropocêntrica, que se confunde com a modernidade capitalista, já é cada vez mais forte: o mundo natural deve ser respeitado e não explorado, o mundo social deve ser desburocratizado, o mundo pessoal deve se abrir para algo mais do que a mentalidade racionalista. Alteridade quanto ao natural, o social, o pessoal. Assim os homens acabam descobrindo, ou redescobrindo, o Outro mais Outro.

Vivemos um novo tempo e é preciso levá-lo a sério. A

Modernidade conseguiu, em parte, introduzir certas dimensões universais no Mundo da Vida de cada sociedade do planeta. Queiramos ou não, temos hoje universais de consumo (jeans, Coca-Cola, tóxicos...), apoiados em universais tecnológicos (da aspirina aos motores de combustão interna) e em organizações mundiais (blocos econômicos, cartéis multinacionais, OTAN, narcotráfico...). Por que não seria chegada a hora de termos também **um conjunto mí-**

nimo de universais éticos; apoiados não por burocracias ao estilo dos serviços diplomáticos, mas por redes internacionais de defesa de princípios fundamentais?

Em suma julgamos que é preciso sustentar, nesta nova fase da modernidade:

**a possibilidade do agir ético;
a necessidade do agir técnico.**

ÍNDICE DE AUTORES

v.1-2

- AIDAR, Jamil v.1, p.29
ALBERTINI, Maria Cristina v.2, p.22
ALONÇO, Ariane V. v.1, p.29
AQUINO, José Luiz Braga de v.1, p.63, 85
AQUINO NETO, Pedro Agapio v.1, p.63, 85
ARAÚJO, Flávio Maynardes v.1, p.94
BENETTI, Cláudia v.1, p.91
BERTUQUI, Cláudia Maria v.2, p.5
BRENOL, João Carlos Tavares v.1, p.17
CARVALHAL, Silvio dos Santos v.1, p.71, 99; v.2, p.28
CHAVES, Pedro Henrique de Azevedo Penna v.2, p.19
CITTI, Marcos Lee v.2, p.19
CORDEIRO, Fernando v.1, p.26
CRAVEIRO, Reinaldo v.1, p.91
DELLAPIAZZA, Romar William Cullen v.1, p.94
FEIGENBAUM, Seth L. v.1, p.5
FONSECA, Lineu Corrêa v.2, p.15, 22
FRANCISCO, Sinézio Martini v.1, p.3
FREITAS, João Alberto Freitas de v.1, p.88
FREITAS, Marta Maria Lavol Holanda v.1, p.91
FURLANI, Eliana Maria v.2, p.15
GOMES, Júlio Cesar v.1, p.77; v.2, p.5
HARANAKA, Katia Mariko v.2, p.19
HUBER, Thomaz Andreas v.1, p.39
LARREMBERE, Glória Albani v.1, p.88
LEITE, Maria Luiz Junqueira Gonzaga v.1, p.77; v.2, p.5
MAGALHÃES, Lilian Vieira v.1, p.66
MARQUES NETO, João Francisco v.1, p.17, 49; v.2, p.9
MASI, Alfonse T., v.1, p.5
MELLO, Maria Cristina Ferraz de, v.2, p.9
MIGUEL JUNIOR, Armando v.1, p.33, 54, 77; v.2, p.5
PADOVANI, Mário Aguilar v.1, p.94
PAZZINATTO, Walter v.1, p.94
PINTO, Luiz Maria v.1, p.29
QUILICI, Flavio Antonio v.1, p.26
REIS JUNIOR, José Alfredo dos v.1, p.26
REIS NETO, José Alfredo dos v.1, p.26, 85
REVERBERI, Carlos Armando v.1, p.54
SANTOS, Elaine v.1, p.91
SMEKE, Elizabeth de Leone Monteiro v.1, p.58
SILVEIRA, Ulisses v.1, p.94
SOUTO, Alexandre Cupello v.1, p.88
STEGER, Arnold Adolph v.1, p.85
TEDRUS, Gloria Maria Almeida Souza v.2, p.22
TELINI, Arthur Cleber v.1, p.39
TELINI, Dulce M. T. Zanardi v.1, p.29
TELLA, Lucinda Maria Garcia de v.2, p.15
TRILLO, Luiz Henrique v.2, p.19
WANDA, Dalton v.1, p.91

ÍNDICE DE ASSUNTO

v. 1-2

- afeto **v.2, p.19**
- cirurgia plástica
- Aids. **v.1, p.88**
- infecções oportunistas
-- retinopatias
--- retinite por citomegalovírus
- anatomia patológica **v.1, p.71**
- ensino de,
- anemia falciforme **v.1, p.39**
- estudo de caso
-- doenças osteoarticulares
--- osteomielite
---- necrose avascular
- artrite reumatóide **v.1, p.5**
- na gravidez
- autismo **v.1, p.91**
- diagnóstico
-- desenvolvimento neuropsicomotor
- baixo peso **v.1, p.29**
- em recém-nascido
- cães **v.1, p.85**
- cirurgia do duodeno
- carcinoma de células escamosas **v.1, p.63**
- em traqueostomia
- cardiopatias **v.1, p.77**
- na gravidez
-- congênicas
--- reumáticas
- cardiopatias congênicas **v.1, p.77**
- na gravidez
- cardiopatias reumáticas **v.1, p.77**
- na gravidez
- cariometria **v.1, p.33**
- primórdio nodal
- cirurgia plástica **v.2, p.19**
- afeto
-- depressão
--- psicologia
- coração **v.1, p.33**
- nó atrioventricular
-- primórdio nodal
- crise hipertensiva **v.1, p.54**
- terapia
-- medicamentos na,
--- inibidores da monoaminoxidase
---- tiramina
- cuidado pré-natal **v.2, p.5**
- depressão, **v.2, p.19**
- cirurgia plástica
- doença óssea de Paget **v.1, p.17**
- diagnóstico
-- terapia
- doenças osteoarticulares **v.1, p.39**
- e anemia falciforme
-- necrose avascular
--- osteomielite
- doenças proctológicas **v.1, p.26**
- na gravidez
- doenças reumatológicas **v.1, p.5**
- na gravidez
- duodeno **v.1, p.85**
- cirurgia do
-- ferimentos e lesões
--- técnicas de sutura
---- cães
- eclâmpsia **v.1, p.55**
- hipertensão arterial
- educação do paciente **v.2, p.16**
- epilepsia
- eletroencefalografia **v.2, p.22**
- epilepsia focal
-- criança
- embriologia **v.1, p.33**
- encefalopatias **v.1, p.54**
- por hipertensão arterial
- epilepsia **v.2, p.15**
- educação do paciente
-- equipe de assistência ao paciente
- epilepsia focal **v.2, p.22**
- diagnóstico
-- eletroencefalografia
--- criança

- equipe de assistência ao paciente v.2, p.15
- na epilepsia
- eritema multiforme v.1, p.91
- síndrome de Stevens-Johnson
-- complicações oculares
- estrógeno v.2, p.9
- hormônios sexuais
-- envelhecimento
--- menopausa
---- osteoporose
- gravidez v.1, p.5, 26, 54, 77, 85; v.2, p.5
- artrite reumatóide v.1, p.5
-- cardiopatias v.1, p.77; v.2, p.5
--- congênitas v.1, p.77
---- reumáticas v.1, p.77
----- doenças reumatológicas v.1, p.5
----- eclampsia v.1, p.54
----- miocardiopatias v.1, p.85
- hipertensão arterial v.1, p.54
- crise hipertensiva
-- urgência hipertensiva
- história da medicina v.1, p.58
- hormônios sexuais, v.2, p.9
- envelhecimento
-- estrógeno
- hospital universitário v.1, p.29
- mortalidade neonatal
-- mortalidade perinatal
- infarto cerebral v.1, p.54
- infecções oportunistas v.1, p.88
- e AIDS
-- retinopatias
--- retinite por citomegalovírus
- inibidores da monoaminoxidase v.1, p.54
- crise hipertensiva
- medicina e sociedade v.1, p.58
- menopausa v.2, p.9
- osteoporose
- miocardiopatias v.1, p.77
- na gravidez
- mortalidade neonatal v.1, p.29
- em hospital universitário
- mortalidade perinatal v.1, p.29
- em hospital universitário
- necrose avascular v.1, p.39
- na anemia falciforme
- nó atrioventricular v.1, p.33
- obstetrícia, v.2, p.5
- ocupações em saúde v.1, p.66
- terapeuta ocupacional
- osteomielite v.1, p.39
- na anemia falciforme
- osteopatias v.1, p.49; v.2, p.9
- osteoporose, v.2, p.9
-- envelhecimento v.2, p.9
- parto v.2, p.5
- primórdio nodal v.1, p.33
- embriologia
-- cariometria
- psicologia v.2, p.19
- cirurgia plástica
- recém-nascido v.1, p.29
- baixo peso
- retinite por citomegalovírus v.1, p.88
- e AIDS
-- infecções oportunistas
--- retinopatias
- retinopatias v.1, p.88
- e AIDS
-- infecções oportunistas
--- retinite por citomegalovírus
- saúde pública v.1, p.58
- síndrome de imunodeficiência adquirida ver AIDS
- síndrome de Rett v.1, p.91
- diagnóstico
-- desenvolvimento neuropsicomotor
- síndrome de Stevens-Johnson v.1, p.91
- complicações oculares
-- eritema multiforme
- síndromes paraneoplásicas v.1, p.49
- cardiológicas
-- dermatológicas
--- endocrinológicas
---- hematológicas
----- metabólicas
----- neurológicas
----- reumatológicas
----- vasculares
- técnicas de sutura v.1, p.85
- duodeno
- terapeuta ocupacional v.1, p.66
- no Brasil
- tiramina v.1, p.54
- crise hipertensiva
- traqueostomia v.1, p.63
- estudo do caso
-- complicações
--- carcinoma do células escamosas

Agora, além dos gases
medicinalis, dos cilindros,
dos tanques, das centrais
de gases medicinais e vácuo
medicinal,
dos sistemas de distribuição
e da frota

própria, a White Martins também está produzindo equipamentos e acessórios hospitalares para seus gases. Isso significa mais segurança, mais qualidade, mais saúde para os hospitais.

WHITE MARTINS.



PRODUZINDO SAÚDE.

Belém - Travessa Djalma Dutra, 381 - Telegrafo 66000 Belém PA - Telefone: (091) 241 1577 - Telex: 911900 • **Belo Horizonte** - Rua Cristiano França Teixeira Guimarães, 50 - CINCO (Centro Industrial de Contagem) - 32010 Contagem MG - Telefone: (031) 351 1388 - Telex: 316202 • **Campinas** - Av. Senador Antonio Lacerda Franco, 1381 - 13050 Campinas SP - Telefone: (0192) 47 3186 - Telex: 197075 - Fax: (0192) 47 8855 • **Porto Alegre** - Av. São Paulo, 722 - São Geraldo - 90230 Porto Alegre RS - Telefone: (0512) 32 9977 - Telex: 512019 • **Recife** - Rua dos

Cochlos, 219 - Boavista - 50070 Recife PE - Telefones: (081) 421 3019 / 421 4070 - Telex: 813015 / 813016 • **Ribeirão Preto** - Av. Castelo Branco, 1516 - Lagoinha - 14095 Ribeirão Preto SP - Telefone: (016) 627 0010 - Telex: 166719 • **Rio de Janeiro** - Rua Prefeito Olímpio de Melo, 1581 - Benfica - 20930 Rio de Janeiro RJ - Telefone: (021) 264 2332 - Telex: 2131710 • **Salvador** - Rodovia BR-324, Km 5 - Pirajá - 40550 Salvador BA - Telefone: (071) 392 1755 - Telex: 712324 • **São Paulo** - Rua Raul Pompéia, 144 - Água Branca - 05025 São Paulo SP - Telefone: (011) 262 6966 - Telex: 1182094 - Fax: (011) 62 9989