

Rubens Belfort Junior

A hora dos óculos genéricos

O professor Rubens Belfort Junior vem de uma linhagem de médicos oftalmologistas paulistas. A Clínica Belfort foi fundada pelo seu avô em 1933 e herdada pelo pai. Hoje, da família, trabalham lá Belfort Junior e Rubens, o único de seus quatro filhos que decidiu seguir o mesmo caminho. Apesar da tradição familiar, o lugar preferencial de Belfort é a universidade. É lá que ele ensina pesquisa, orienta e cria projetos que vão da pesquisa mais pura aos estudos aplicados de amplo interesse público.

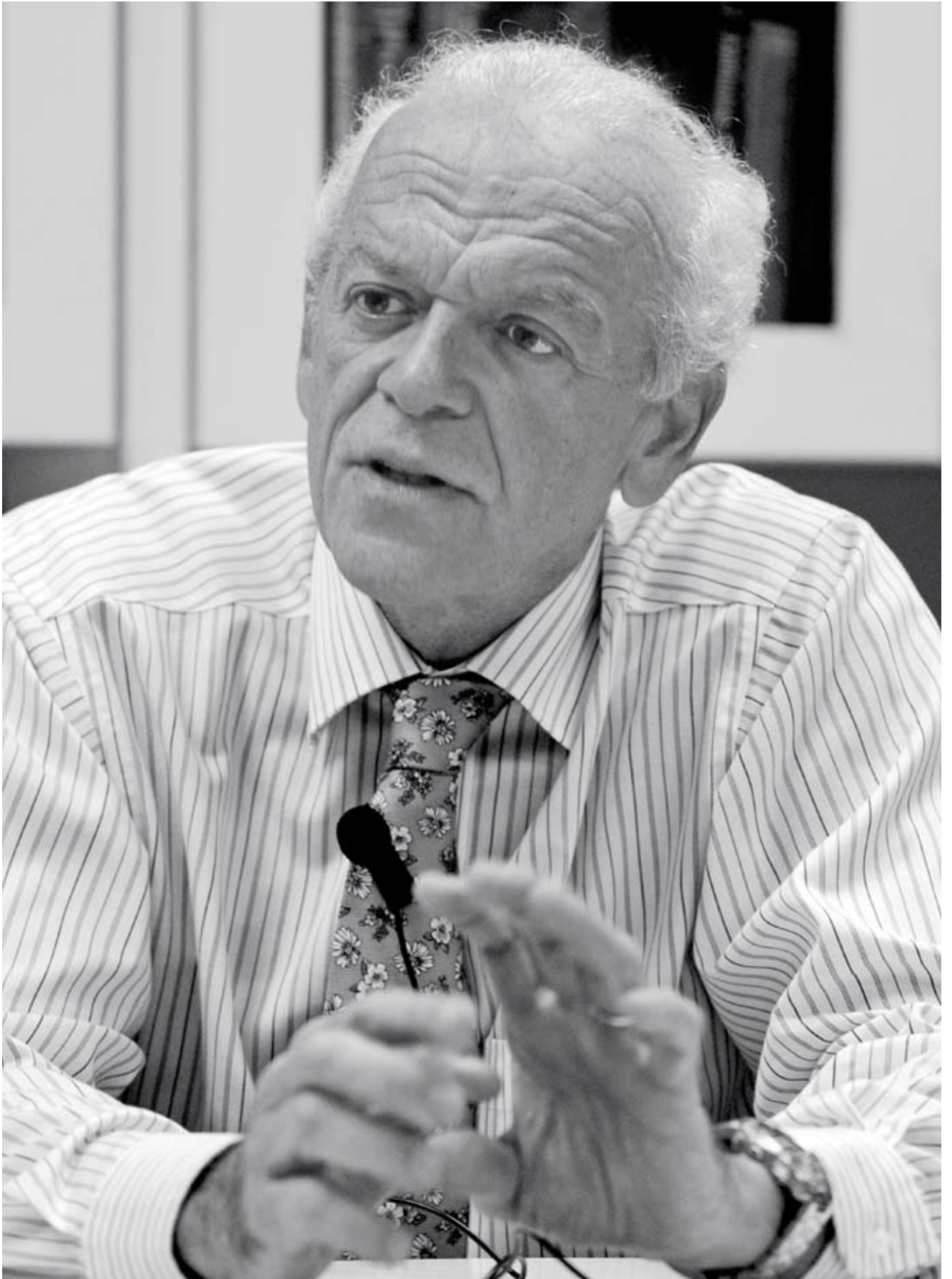
Nos últimos anos, Belfort tem insistido em dois temas. O primeiro é a necessidade de o governo distribuir óculos genéricos para a população carente acima de 50 anos como forma de melhorar a qualidade de vida. O segundo é um alerta constante para os cuidados que médicos em geral e oftalmologistas em especial devem ter com a crescente população de idosos. Sobre esse último assunto organizou em 2009 o livro *Oftalmogeriatrics* (editora Roca), em parceria com Marcela Cypel.

Professor titular da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Belfort é o único oftalmologista brasileiro membro da Academia Brasileira de Ciências, da Associação Nacional de Medicina e Academia Ophthalmologica Universalis e integrante do prestigioso International Council of Ophthalmology, além de ter sido presidente do Congresso Mundial de Oftalmologia. Até o ano passado comandava o Instituto da Visão, vinculado ao Departamento de Oftalmologia da Unifesp, para o qual conseguiu erguer um novo prédio, a ser inaugurado este ano. Hoje é o presidente da Sociedade Paulista de Desenvolvimento da Medicina, a maior entidade filantrópica brasileira na área de saúde e ligada à Unifesp, dona do Hospital São Paulo, administradora de 30 unidades de saúde e com mais de 26 mil funcionários em diferentes estados do Brasil.

Aos 64 anos, tem na ponta da língua numerosos projetos em andamento ou por fazer. Nem todos são meramente acadêmicos, mas todos nasceram a partir de seu trabalho na universidade. Abaixo, os principais trechos da entrevista.

Especialista em oftalmologia geriátrica diz que os problemas de visão da maioria dos brasileiros podem ser resolvidos de modo simples e barato

NELDSO N MARCOLIN



FOTOS EDUARDO CÉSAR

■ *No ano passado, seu livro em parceria com Marcela Cypel, Oftalmogeriatrics, ganhou o Prêmio Jabuti como o segundo melhor de medicina do país. Por que a oftalmogeriatrics se tornou importante?*

— É simples, a população está envelhecendo no mundo inteiro e o prolongamento dessa fase da vida resulta em um grande impacto na medicina. Se você pensar em três ou quatro doenças oftalmológicas, vai provavelmente se lembrar de glaucoma, catarata e degeneração macular. As três ocorrem na velhice. E é justamente nos países subdesenvolvidos onde se espera um aumento maior da população acima de 70 anos. É importante saber disso para entendermos os diferentes cenários de planejamento de pesquisa, ensino e atividades assistenciais. Não me refiro às pessoas de 65 anos, mas às de 80, 90 anos e daí por diante. Os centenários serão muito mais comuns entre nós. E os olhos dos pacientes mais idosos precisam ser vistos de modo diferente.

■ *Tratar os olhos do idoso é mais difícil?*

— Há uma série de valores médicos que não costumam ser aplicados adequadamente ao paciente idoso. Chega uma idade em que as pessoas se tornam mais lentas. Temos que respeitar o tempo da resposta e manter algo muito importante, que é a autonomia do paciente. Quando alguém de 80 anos vai à consulta com a filha, às vezes com a neta, há a tendência do médico de conversar apenas com quem acompanha, e não diretamente com o idoso. Há importantes aspectos psicológicos e de comunicação. E não podemos esquecer que, de todas as tecnologias, a mais importante na medicina segue sendo a comunicação. Mas há outros aspectos, igualmente importantes. Por exemplo, o ato de abrir um vidro de colírio e pingar no olho é trivial para o jovem. Mas para um indivíduo em que a mão treme e não enxerga o rótulo é muito mais difícil. O paciente idoso, às vezes, toma 15 tipos de remédio por dia. Trocar ou adicionar um medicamento sem necessidade não tem apenas impacto econômico, mas também social. E se o paciente não enxerga ou enxerga mal é muito mais complicado de realizar as atividades do dia a dia. Temos que contribuir para melhorar a qualidade de vida do idoso e não nos preocu-

A fila de espera para transplantes de córnea foi zerada em São Paulo graças à adequação das normas, dando a correta importância à questão da gestão e do financiamento

parmos apenas em curar doenças. Até porque, algumas vezes, elas serão incuráveis. Precisamos perceber as doenças que têm impacto na qualidade de vida e concentrar esforços ali. Muitas vezes o paciente tem alterações já cognitivas, de memória, e elas não são evidentes. Ele vai à consulta, conversa de maneira aparentemente normal, sai com uma receita e, de repente, é como ter dado uma receita para uma criança de 4 anos que não sabe o que fazer com o papel. Isso é percebido quando o familiar liga e diz, “O que o senhor falou para meu pai quando ele esteve aí? Ele não se lembra de nada”. O livro *Oftalmogeriatrics* trata desses problemas, além das situações técnicas oftalmológicas, e é, em parte, fruto da tese de doutorado da Marcela Cypel, para a qual acompanhamos octogenários, nonagenários e centenários. Já temos mais de 50 centenários em que estudamos a qualidade visual.

■ *Quando começou o projeto?*

— Há três ou quatro anos. Vamos iniciar agora outro projeto muito interessante em que examinaremos gêmeos, de

septuagenários para cima, univitelinos e não univitelinos. Queremos saber o que é genético e o que é ambiental. Será que o indivíduo de 80 anos que tem um gêmeo univitelino vivo tem o mesmo tipo de doença ocular? Os próximos anos vão mostrar cada vez mais o impacto da epigenética e a genética.

■ *Vamos falar de suas origens. O senhor vem praticamente de uma dinastia de oftalmologistas, correto?*

— São cinco gerações de doutores. Meu bisavô, José Nunes Belfort Mattos, em 1900 e pouco, era astrônomo, diretor do observatório de São Paulo, e registrava a temperatura e o clima da cidade. Por exemplo, ele registrou que em 1918 nevou na cidade de São Paulo. Na casa da família, na avenida Paulista, estava instalado o observatório particular dele, que depois foi integrado ao governo de São Paulo e a própria história da astronomia e meteorologia paulista e da Universidade de São Paulo (USP). Talvez por causa disso e das lentes, meu avô, na medicina, tenha se interessado por oftalmologia. Ele trabalhou em Campinas no Instituto Penido Burnier, na década de 1920. Em 1930 veio para São Paulo. Era oftalmologista, político, comunista. Meu pai também foi oftalmologista, assim como eu e um dos meus filhos, que concluiu uma bolsa sanduíche de doutorado no Canadá e nos Estados Unidos. Mas é apenas uma feliz coincidência. Tenho quatro filhos e só um foi para medicina. Dos outros três, um foi para economia e as duas filhas para administração de empresas.

■ *Por que fez primeiro doutorado em imunologia e depois em oftalmologia?*

— Durante minha graduação gostava das questões de medicina preventiva, epidemiologia, moléstias infecciosas. Trabalhei com os médicos Walter Leser e Roberto Baruzzi, além dos irmãos Villas-Boas. Mas no final do curso mudei. Comecei a fazer especialização em oftalmologia e me interessei por doenças infecciosas oculares. Fiz um curso de ciências básicas nos Estados Unidos, onde a imunologia celular estava começando a aparentemente resolver muitos dos nossos problemas. Tive a sorte de encontrar aqui na Escola Paulista de Medicina o brilhante Nelson Mendes, pouco mais velho que

eu, já titular da imunologia. E fiz o curso da OMS [Organização Mundial da Saúde] no Instituto Butantan sobre o tema. A partir daí, com a boa orientação do Nelson e de outros na década de 1970, percebi que mais importante do que um doutorado em oftalmologia era fazer um em imunologia como oftalmologista. Afinal, transplante de córnea, uveítes, doenças infecciosas e mesmo retinopatia diabética e problemas chamados degenerativos à época mostravam-se já envolvidos com a imunologia e, hoje, biologia molecular. Como a pós-graduação em oftalmologia só existia na Universidade Federal de Minas Gerais, trilhei o caminho inverso: fiz o mestrado em imunologia e o doutorado em imunologia com o Nelson Mendes na Escola Paulista e, simultaneamente, apesar de “proibido”, fiz o doutorado em oftalmologia com o Fernando Oréfice e Hilton Rocha, em Belo Horizonte.

■ *Como foi sua passagem pela Faculdade de Medicina de Jundiaí?*

— Terminei o mestrado, tinha menos de 30 anos e fui para lá como professor titular. Os meus residentes tinham quase a minha idade, o que era ótimo em termos de comunicação porque os conceitos são muito semelhantes. Hoje, aos 64 anos e sendo professor desde os 29, vejo como é progressivamente difícil atingir o jovem, o *gap* é cada vez maior. E aconteceu algo muito interessante nesse setor, que mostra a importância de os sistemas oferecerem o exercício do poder aos jovens. Dois professores da oftalmologia paulista que se destacaram, o Newton Kara José, em Jundiaí, Unicamp [Universidade Estadual de Campinas] e USP, e eu, em Jundiaí e na Unifesp, ambos começamos muito jovens. O Newton começou em Jundiaí, foi para a Unicamp e eu entrei no lugar dele. Quando saí para a Unifesp, entrou a Ana Luisa Höfling-Lima, também muito jovem, que agora é professora titular na Unifesp. Depois de me tornar professor titular na Unifesp e antes de assumir, resolvi tomar um ano sabático e fui para o NEI, o Instituto Nacional de Olhos do NIH [Institutos Nacionais de Saúde dos Estados Unidos]. Fiquei um ano desenvolvendo trabalhos com oftalmologia, imunologia e biologia

molecular relacionadas principalmente ao HIV, contratado pelo NIH como *visiting scientist*, com privilégio cirúrgico. Quer dizer, podia operar norte-americano. Uma glória...Voltei em 1990, revitalizado.

■ *O senhor sempre clinicou?*

— Sempre. Sem clinicar eu morreria de fome, com a família grande que tenho. Além disso, o consultório traz oportunidades e desafios úteis para a vida acadêmica. Se não clinicasse e não precisasse de dinheiro teria me tornado um burocrata, sem contato com pacientes a não ser em *slides* ou situações artificiais. Acho que a vivência e o desafio clínico e cirúrgico do consultório são fundamentais. Lá eu concorro em oferecer atendimento com qualquer um, geralmente mais jovem, que esteja no mercado e não precisa ter mestrado, doutorado, livre-docência. Na universidade concorremos por concursos, financiamentos e por situações frequentemente irrelevantes aos problemas que os pacientes têm de resolver. Por sua vez, o ambiente universitário, crítico e inovador, é indispensável para manter o consultório atualizado

■ *O senhor atende na Unifesp e na Clínica Belfort?*

— Nos dois lugares e opero nos hospitais São Paulo, Einstein e Santa Cruz. Quando comecei na Clínica Belfort, em 1970, meu pai tinha 12 médicos trabalhando com ele. Há dois anos minha mãe, de 83 anos, me disse, “Ficamos tão felizes quando você foi fazer oftalmologia, nunca pensamos que fosse ‘destruir’ a clínica da família”. A clínica foi feita pelo meu avô e ele e meu pai sempre se dedicaram a ela. Meu pai era professor livre-docente, mas a vida dele era a clínica. Naturalmente ele foi percebendo que, apesar de sermos oftalmologistas, nosso trajeto de vida era diferente. Quando morreu, a clínica era praticamente ele e eu. Consultório para mim é fundamental, mas a universidade é a minha casa.

■ *Vocês são quantos na clínica hoje?*

— Eu, meu filho e mais duas oftalmologistas, também docentes, que trabalham lá um período semanal, também para complementar o atendimento e propiciar cobertura aos pacientes quando um de nós viaja.

■ *Como surgiram os mutirões para cirurgia de catarata?*

— Sempre achei que não adianta ter uma medicina cada vez melhor e cada vez mais distante da população. E, na década de 1980, graças ao meu pai, eu e o Newton Kara José conhecemos Carl Kupfer, na época diretor do Instituto Nacional de Olhos dos Estados Unidos. Kupfer era um americano atípico, internacionalista e avançado, que nos iniciou nessas ideias. Quando se fala em mutirão da catarata, temos sempre de lembrar do Newton. A grande liderança foi dele, que, à época, já era titular da Unicamp, lugar onde não o atrapalhavam e permitiam criar novos sistemas de atendimento.

■ *Mas como começou?*

— O Newton começou a fazer uma crítica radical sobre a ineficiência dos serviços hospitalares nos quais se operava uma ou duas cataratas por dia e se achava ótimo. Aí ele começou a fazer 12, 20 cirurgias diárias de cataratas. Isso gerou um conhecimento novo e, em mim e em outras pessoas, uma vontade de fazer mais e melhor levando ao novo conceito de atendimento em escala sem comprometer a qualidade. Quisemos então fazer 50 cirurgias por dia. E começamos a concorrer. O Newton sempre foi um líder. Ele ia para algum lugar do Brasil fazer o mutirão dele e eu ia para outro, sempre competindo. Seguimos amigos há mais de 30 anos.

■ *Os mutirões eram sempre separados?*

— Eram separados, mas graças ao objetivo comum conseguimos sensibilizar a todos no Brasil e em outros países. Foi um movimento que veio da universidade, contaminou o Conselho Brasileiro de Oftalmologia [CBO] e os governos. Os tempos eram adequados porque havia surgido uma nova ideologia da saúde aqui em São Paulo decorrente da era do [governador Mário] Covas. Não quero que pareça partidário, mas foi na época em que o [José] Serra virou ministro da Saúde, em 1998, que tudo realmente começou a acontecer em escala nacional porque ele foi sensibilizado pela importância disso tudo e passou a liderar novas ideias. Certa vez o Serra, como ministro da Saúde, visitou o Hospital São Paulo trazido pelo médico Miguel Srougi, que me apresentou a ele. Começamos a falar sobre diabetes e cegueira. Ele respondeu

que não entendia nada disso e me convidou para ir ao escritório dele na mesma noite. Foram duas horas de conversa franca sobre saúde ocular, médicos e hospitais públicos em que respondi a uma dura sabatina. Expliquei a importância de fazer o mutirão do diabetes ocular.

■ *E ele topou...*

— Imediatamente. Ao final da conversa fez com que eu me compromettesse em fazer o que havia prometido. Em seguida pediu para ligar no dia seguinte bem cedo para um assessor, Renilson Rehem de Souza, no ministério. Saí preocupado talvez com uma falsa promessa, mas fiz o que o Serra tinha mandado e descobri o Renilson cedinho já informado e trabalhando na ideia. Começamos naquela mesma manhã o mutirão do diabetes ocular, que se espalhou pelo Brasil. Depois da catarata e do diabetes ele aceitou um terceiro projeto, também muito importante, sobre transplante de córnea. Tudo isso mudou a saúde ocular no Brasil.

■ *Foi esse projeto que zerou a fila para o transplante de córnea em São Paulo?*

— Sim. O paciente sempre esperou anos para fazer transplante de córnea no Brasil inteiro. Até que a universidade, o CBO e o governo se uniram para reestruturar os transplantes. E, hoje em dia, em São Paulo, nenhum paciente espera mais que alguns dias para fazer a cirurgia. Zerou. O SUS [Sistema Único de Saúde] funciona. Isso ocorreu à custa da

adequação das normas de transplante dando a correta importância à questão da gestão e do financiamento. Não se remunera apenas a córnea transplantada, mas o olho captado. Essa estratégia foi muito eficiente para aumentar o número de córneas para transplante e em pesquisa e treinamento. Agora, é irônico, emblemático e triste que mesmo em estados próximos a São Paulo continuem a não ter córnea e nem bancos funcionando com eficiência. A mensagem óbvia é: só a norma federal, inclusive com financiamento, não funciona sem estrutura local, organização social e capacidade política resolutiva.

■ *Por que Sorocaba, no interior do estado, se tornou o símbolo desse sucesso na questão de transplantes?*

— Sorocaba tem há muitos anos um indivíduo visionário, idealista e excelente administrador, o Paschoal Martinez Munhoz. Com apoio de organizações, tipo Maçonaria, ele desenvolveu um método eficiente de captação, em que se passou a atuar no necrotério onde o familiar era abordado de maneira adequada por alguém que explicava a possibilidade de doar os olhos, que pode ser retirado até várias horas depois do óbito. A dor do familiar, no necrotério, já está atenuada pela necessidade prática e fica mais fácil se perceber a retribuição social da doação, além de se criar estímulo financeiro pelo não pagamento de certas despesas. E o Paschoal soube usar isso de maneira adequada. Numa cidade menor as pes-

soas começaram a perceber o bem que estavam fazendo e a comunidade ficou orgulhosa pelo fato de ser o município que mais doava olhos, pelo bem de todos. Sorocaba passou a exportar córnea para outras cidades de São Paulo e do país. Esse exemplo está agora replicado e difundido em outros lugares do estado. Também a Secretaria Estadual de Saúde teve um papel importante em criar e a aparelhar outros centros juntamente com o Ministério da Saúde.

■ *Como se deu o caso de Pauini, cidade da Amazônia que tinha o maior índice de analfabetismo há alguns anos?*

— Pauini veio à tona graças ao programa Alfabetização Solidária, comandado por Ruth Cardoso. Conversávamos sobre as dificuldades em alfabetizar idosos e comentei sobre a experiência dos governos militares com o Mobral no interior do Nordeste. As pessoas não aprendiam e eram às vezes consideradas estúpidas, mas a verdade é que eram idosas, não enxergavam. Ruth entendeu imediatamente a necessidade de primeiro habilitar visualmente as pessoas e só depois começar o processo educacional. Fomos para Pauini antes de chegar o Alfabetização Solidária. Examinamos todos os futuros alunos e entregamos os óculos antes das aulas começarem. Isso passou a ser também uma marca do fabuloso trabalho que a Ruth Cardoso iniciou e segue agora, tantos anos depois. Foi replicado em muitos outros locais. E veja que interessante: em decorrência daquele trabalho que nada mais era do que examinar a visão e dar óculos, descobrimos e publicamos sobre uma doença ocular nova no Brasil, causada por uma filaria, a *Mansonella ozzardi*.

■ *O que ela causa?*

— Basicamente ainda não se sabe; talvez dificuldade para enxergar. No momento estamos preparando um projeto sobre isso para apresentar à FAPESP.

■ *O senhor vai aos mutirões?*

— Fui a muitos e ainda adoro ir. Não apenas para ver pacientes sendo tratados, mas para sentir a solidariedade humana e o envolvimento social. O atendimento mais difícil nessas situações segue sendo a consulta de refração para se prescrever óculos. É muito importante



dar óculos. Sem óculos, o adulto maior de 40 anos não consegue atuar, ler, viver bem. Nenhum índio de 50 anos consegue botar isca ou fazer artesanato sem óculos. Óculos são indispensáveis para a qualidade de vida.

■ *O fato de dar óculos é algo desvalorizado entre os oftalmologistas?*

— Desvalorizado de todas as maneiras. É fácil demais de fazer, não tem *glamour*, mas receitar óculos certos pode demorar mais do que realizar uma cirurgia de catarata. Óculos inadequados continuam sendo uma queixa frequente em pacientes de todos os níveis no Brasil. E essa desvalorização de algumas atividades é muito ruim, porque a desqualificação do trabalho de dar óculos, de certa maneira, é como desqualificar o trabalho que faz o indivíduo enxergar. Fizemos inicialmente no programa Alfabetização Solidária, com o apoio do ótico Miguel Giannini e do empresário Álvaro Ferrioli, no Nordeste, o que culminou com um projeto que precisa ser retomado pelo SUS, que é evitar terminar a consulta com um “tome aqui sua receita e vá embora”. Foi constatado há muitos anos no Hospital São Paulo que os nossos pacientes frequentemente já tinham passado em outros hospitais e recebido a receita. O problema não era conseguir a prescrição, mas o que fazer com ela. É um problema do acesso da população. Não quero me envolver em política, mas durante a gestão do Serra no Ministério da Saúde ele topou um projeto piloto que era, ao término da consulta, dizer ao paciente, “O senhor precisa de óculos, escolha entre esses três modelos”. Em três dias ele voltava e recebia os óculos bifocais prontos e incluídos na consulta do SUS.

■ *Quantos óculos foram distribuídos gratuitamente?*

— Fizemos 1.200 na primeira etapa e 12 mil na segunda em São Paulo, Manaus e no Recife, com grande sucesso. A etapa seguinte era passar para 120 mil, mas não foi para a frente. De qualquer forma, é possível, e comprando em escala o preço cai muito. É o mesmo que se diz do medicamento e do genérico. Precisamos desenvolver o equivalente ao genérico para os óculos. Isso volta à nossa primeira questão, a velhice. Não dá para o indivíduo gastar um dinheiro

A causa mais importante de baixa visual e de cegueira no Brasil é a falta de óculos

que não tem com óculos. É um problema que se resolve com vontade política. A causa mais importante de baixa visual e de cegueira no Brasil é falta de óculos. O médico, liderando uma equipe de saúde ocular, pode, com auxílio da tecnologia e de técnicos de nível médio, com política de saúde adequada, tornar tudo mais ágil e eficiente.

■ *A cegueira vem caindo no Brasil?*

— Não. Ela tende a crescer e não é por culpa do governo. Todos terão de operar a catarata algum dia (se não morrerem antes) e não há nenhuma possibilidade de qualquer outro tratamento previsto para os próximos 10 anos. É um problema mundial. Há muitas centenas de milhões de pessoas com cataratas aguardando para serem operadas em todo o mundo. Talvez logo se chegue próximo a meio bilhão de pessoas. O brasileiro agora vive muito mais e a cegueira e a baixa visual do idoso é algo para o que com grande frequência a medicina ainda não tem resposta. É o que ocorre, por exemplo, com a degeneração macular. Também está aumentando muito a cegueira relacionada ao diabetes, complicações oculares relacionadas a avanços da medicina como transplantes e cura ou adiamento da morte em alguns tipos de câncer. O diabético vive mais, mas infelizmente pode passar muitos anos com neuropatia, cegueira etc. A cegueira relacionada ao glaucoma também vai aumentando muito com a idade.

■ *O senhor parece gostar de gestão.*

— Não se trata de gostar, mas de precisar. A falta de gestão é um dos maiores problemas do sistema universitário e hospitalar, mais grave que a falta de investimento. Cheguei aos Estados Unidos em 1990 e era professor titular. Na época o departamento era grande, tinha umas 50 pessoas. Hoje tem 500. Como professor, tenho que administrar. Tive a sorte de ser aceito no MBA [Master of Business Administration] da FEA [Faculdade de Economia e Administração da USP]. Na universidade serviu muito porque expandiu meu conhecimento e a possibilidade de aprendizado. Permitiu uma comunicação maior com profissionais da área. E hoje uma das coisas que me orgulho muito no nosso departamento é que há outras pessoas que também terminaram fazendo o curso. Temos uma tradição de vários docentes com essa preocupação com gestão. Foi esse conhecimento que nos permitiu construir o prédio do Instituto da Visão, mas também conseguir sucesso internacional em ensaios clínicos etc. Temos um time de excelentes professores-gestores em oftalmologia.

■ *Qual sua posição hoje no instituto?*

— Era o presidente até 2009. Quando fui eleito presidente da SPDM, a Sociedade Paulista de Desenvolvimento da Medicina, saí para não ter conflito de interesses.

■ *Esse prédio novo do instituto, de 11 andares, é da sua gestão?*

— É. Fruto de nossa geração. Ele teve de ser construído porque não podíamos deixar de erguer nessa área da cidade um prédio com a altura máxima que a legislação permitisse. Sempre soubemos que o prédio era maior do que a oftalmologia necessitaria e ele foi construído já pensando que a Unifesp e o Hospital São Paulo iriam precisar do espaço. Essa construção é um exemplo da necessidade de se ter uma boa gestão. Uma parte do terreno a prefeitura emprestou por 50 anos, outra parte conseguimos dinheiro do BNDES [Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social]. Saber fazer gestão é fundamental. Não dá mais para ter um departamento apenas de cientistas e educadores — tem que ter também o gestor. ■