

5. No círculo sobre a vocação médica

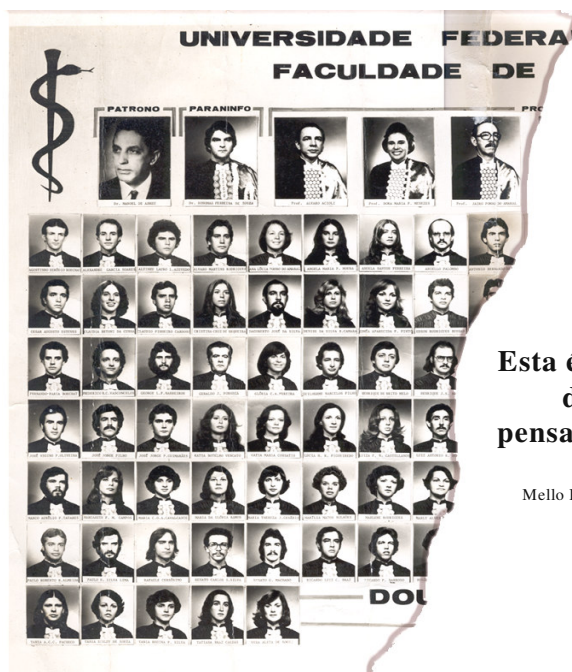
Este Círculo de Leitura manteve uma conversa com os alunos de medicina da UFRR, auxiliando-os a ocupar o lugar que lhes cabe nesta nova cena, e a partilhar as expectativas, os dilemas e conflitos comuns na prática médica, abordando, inclusive, a prevalente discussão sobre a escolha da profissão.

REFLEXÃO SOBRE A VOCAÇÃO MÉDICA

CCBS – MED – 1
Círculo de Leitura
Profª Fátima Bussad



A vocação do médico é uma das questões fundamentais da Psicologia Médica. É indiscutível a necessidade de um perfil psicológico, quando não uma manifesta vocação para os valores humanos, naqueles que se candidatam ao exercício da profissão médica. Adotam-se determinadas virtudes para definir o caráter do futuro médico, que traduzem uma predisposição para a fidelidade à verdade, a promoção da justiça social, a compreensão do sofrimento humano, a humildade, a prudência, a disponibilidade, juntamente com a generosidade – a virtude de fazer o bem – em uma atitude de sempre estar pronto a servir.



REFLEXÕES SOBRE A VOCAÇÃO MÉDICA

Queres ser médico, meu filho?

**Esta é a aspiração de uma alma generosa,
de um espírito ávido de ciência. Tens
pensado bem no que há de ser a tua vida?**

Mello Filho, Júlio. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Esculápio

Universidade Federal Fluminense - Formandos de 1978.
CCBS - MED - Círculo de Leitura - Profª Fátima S. Bussad

Analisando o aforismo de Esculápio, podemos inferir que a escolha pela profissão médica acompanha decisões psíquicas e sociais de grande relevância. Os gregos diziam que a Medicina, pela sua *physis* (natureza), é uma atividade humana exercida por seres humanos em seres humanos, mas necessita de vocação, que de acordo com a etimologia, é o ato de chamar. *ext.* tendência, aptidão; do lat. *Vocatio-ōnis*. cp. voz; também associada ao chamado e a uma certa mística, conforme Sartre: "A palavra é sagrada para quem a pronuncia e mágica para quem a ouve"¹¹⁷.

Esta definição compreende o ato de chamar para exercer determinadas atividades profissionais, artísticas, científicas, literárias e religiosas, de acordo com aptidões, de forma que parece estar a pessoa seguindo um chamado ou apelo interior.

¹¹⁷ SARTRE apud Siqueira, José Eduardo. A arte perdida de cuidar. *Revista de Bioética e Ética Médica-CFM*, vol. 10-2002. Entralgo L. *Ser y conducta del hombre*. Madrid: Espasa, 1996.

Sem a mesma formalidade do conceito etimológico, Lygia Fagundes Telles a define com a sua fala apaixonada:

A vocação é uma vocação. Chamare, vocare, quem falou em latim, Lêdo Ivo? vocare, chamado, vocare, chamado, chamado, chamado. Vocação, vocare, vocação é a felicidade de exercer o ofício da paixão. Não existe uma definição mais perfeita do que esta, que eu nem sei mais de quem é, deve ser de um francês. Esqueci, faz tanto tempo. Mas vocação é a felicidade de exercer o ofício da paixão.¹¹⁸

Alguns indivíduos são atraídos para a Medicina como profissão para satisfazer desejos de autocomando, autocura, segurança e necessidade de serem necessários.



Revista Ser Médico, CREMESP, JUL/2003
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima S. Bussad

Razões conscientes:	Razões inconscientes:
Terem sido bons alunos em ciências;	Necessidade de reparação;
Realizar objetivos e aspirações de uma carreira atraente;	Negação da dependência;
Desejo de trabalhar com pessoas;	Procura da onipotência;
Possibilidade de ajudar, tratar, curar, salvar e ser útil;	Defesa contra a doença;
Atuar no campo social;	Sufrimento e a morte;
Receber influência de terceiros, principalmente pais médicos;	Mello Filho, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
Busca de status;	
Boa remuneração financeira;	
Atuação como profissionais liberais;	

¹¹⁸ TELLES, Lygia Fagundes. Seminário sobre a Língua Portuguesa: Desafios e soluções. Realizado na sede do Centro de Integração Empresa-Escola, São Paulo, SP, em 31 de maio de 1999.



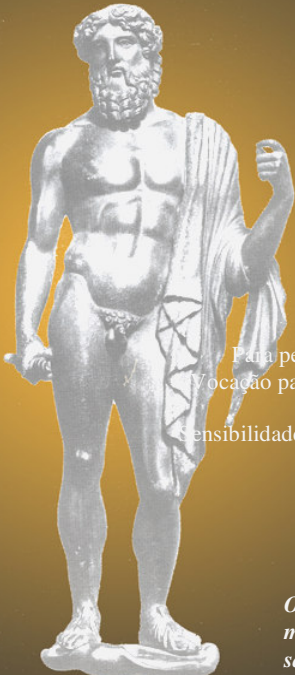
Giuseppe Arcimboldo, *O Bibliotecário*. 1566 Coleção de Arte-Editora Globo.
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima S. Bussad

Os fatores inconscientes são importantes em alunos com dificuldades emocionais. Estudo realizado com alunos de primeiro ano de Medicina e Direito sobre suas escolhas de carreira revelam:
alunos de Medicina teriam passado por doenças sérias na família mais que os alunos de Direito;
alunos de Direito passaram por problemas legais na família mais que os alunos de Medicina.

Mello Filho, Júlio. *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

O projeto profissional do médico é construído sobre dois elementos fundamentais: a autonomia técnica e a autonomia econômica. A autonomia técnica vincula-se ao conhecimento próprio, que se utiliza de informações especializadas para o aprendizado de um conjunto de habilidades, e que se traduz no saber-fazer da prática médica atual. Já a autonomia econômica foi uma conquista dos médicos ao estabelecerem uma aliança política com o Estado, que lhes conferiu prerrogativas legais para o exercício da Medicina.

Além das autonomias técnica e econômica que, ao longo do tempo, consolidaram a profissão, uma outra característica incorporada à personalidade profissional médica refere-se à concepção ético-ideológica do exercício da Medicina, traduzida pelo ideal de servir, inscrita no aforismo *primum non nocere*, que traduz o princípio da não-maleficência: “Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar danos a alguém”.¹¹⁹



EXPECTATIVAS E ANSIEDADES

O estudante chega à faculdade e quase nada sabe sobre suas motivações conscientes e aspectos inconscientes envolvidos na escolha profissional.

Idealização consciente - Pela família - Para perpetuar a tradição médica - Vocação para fazer o bem e servir ao próximo e à comunidade - Sensibilidade para o sofrimento alheio - Para ter status - Magia e poder de curar - Domínio sobre as pessoa	Idealização inconsciente: - identificação com os pais que o leva a preservar e continuar seus valores - desejo de expiar impulsos agressivos - curiosidade inconsciente por conhecer o corpo da mãe - Negação da morte
--	---

O ser médico corresponderia a uma fantasia mágica de deter a morte. Há uma fantasia inconsciente de que ele poderá controlar a saúde e curar todos os males, de modo onipotente.

Mello Filho, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

Mitos Gregos - Zeus, Paulo C. Vasconcelos, CERED
CCBS - MED - Círculo de Leitura - Profª Fátima Bussad

¹¹⁹ HIPÓCRATES apud MARGOTTA, Roberto. *História Ilustrada da Medicina* 1ª ed. Brasileira. Editora Manole Ltda, 1998.



Nesta fase, o aluno de medicina vive constantes dramas. Enfrenta a disputa pelo cadáver, pelas peças ainda não trabalhadas, pela atenção do monitor. Ele experimenta um sentimento de pesar, ou não, pelo “pobre animal de experiência, esquartejado”. Simultaneamente aprende fórmulas mostrando-lhe como é o funcionamento enzimático do corpo. Passa a freqüentar laboratórios e a entrar em contato com máquinas e instrumentos sofisticadíssimos, sem a presença do *anima nobile* a ser examinado. Em breve conhece como atuam os remédios e decora suas doses. Tudo à sua volta reforça a visão da Medicina apenas organista, um treinamento para ver doença e não doentes.



Rembrandt (1632). A lição de Anatomia do Dr. Tulp
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima S. Bussad

Grandes contradições com que se depara o estudante de Medicina, geralmente emergentes de classe média alta, onde os padrões éticos são muito valorizados:

dissecar cadáveres, ele que foi bem educado no respeito aos mortos;

inspecionar todos os orifícios do corpo humano e examinar o mais íntimo de homens e mulheres, dominando sua reação pessoal;

assistir à morte de um paciente e continuar seu trabalho sem que sua emoção o perturbe.

Mello Filho, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1992.

O trabalho diário do médico constitui uma transgressão às proibições comuns.

A partir destas experiências muitas vocações se desfazem, pois alguns alunos não suportam o sofrimento do enfermo, quando passa a conviver com estados de morbidez, com o sofrimento e com a dor. Resta-lhe optar por desistir do curso, pelo distanciamento do enfermo, pela pesquisa ou pelo laboratório. Sem dúvida, deixar de participar dos trabalhos da enfermaria e de investigar os fatores sociais da doença são reações defensivas. Mas um grande número consegue vencer esta etapa e prossegue, freqüentemente com o apoio dos mestres. Em Beira-Mar, livro de memórias autobiográficas, Pedro Nava conta sua experiência como aluno de medicina nas aulas de anatomia. Aproprio-me de alguns preciosos fragmentos para dar um tom realista à narrativa, e comprovar os anseios e expectativas do curso médico:

O estudo da Anatomia Humana e a manipulação do cadáver, no dizer de René Laclette, é que nos conferem o primeiro grau do *status* médico. Nos anfiteatros aprendemos não só ciência como também a dominar o nojo pela podridão e o terror do Morto. ... Nos anfiteatros começamos mentindo a nos mesmos, a aprender a bem mentir aos outros, a perjurar, a dar nossa palavra de honra, nosso por-tudo-que-há-de-mais sagrado – sorrindo e sem corar. (p. 80)

Outro aprendizado não anatômico, que nos vem do cadáver, é nossa melhora pessoal e inconsciente, progressivo despojamento que fazemos de nossa agressividade - ao cortar e mutilar a coisa mais indefesa que existe: o morto. Os bicos de seios lacerados, os pênis e escrotos decepados, os grandes lábios retalhados, os narizes passados a fio de escalpelo, as orelhas golpeadas e os olhos vazados dos cadáveres nos teatros anatômicos – mostram que neles alguém andou se melhorando porque destruiu em si um pouco da força de acometimento, que já não precisa mais se derramar no próximo menos defendido, por exemplo, o doente, o fraco, o pobre, a criança, o velho. (p. 80-81)

A primeira aula de anatomia:

Nos acomodamos rindo e galhofando descuidados quando escutamos um rolar de carrinho de mão e vimos entrar na sala um estranho veículo. (...) prendia um corpo humano cavalgando espécie de espeque que saía da haste principal. Àquela entrada nossa conversa morreu e fixamos os olhos na aparição hedionda. A haste elevava o cadáver engastalhado. Estava escuro da impregnação do formol. Ressecado nas suas partes mais delgadas e finas como as pontas dos dedos, as pálpebras, as orelhas, o nariz, os beigos. (...) os olhos guardavam um esboço da última expressão do vivo que fora. Estava todo aberto para estudo, e à medida que tal espantalho se punha em pé pegado pelo crânio e pelos quatro membros, caíam-lhe dos braços e pernas franjas de pelanca e as tiras escuras dos músculos esfolados na superfície da pele percebiam-se zonas em que esta aderida desidratada como a das múmias e outras bursufladas onde persistia como que um frêmito, um tremor de vida. fascinado fui olhar esse movimento de perto e vi que era vida: por sob a derme deslizavam pequenas larvas em restos ainda úmidos de tecido gorduroso. (p. 81-82)

As aulas teóricas...desenrolavam-se com a presença do indispensável espantalho atarraxado na suspensão metálica. ... o professor Lódi, manuseando aquele cadáver levantado – lembrava as grandes gravuras clássicas em que os escalpelamentos eram em corpos pendurados como estão os do frontispício da *Anatomie der wterlich deelen van het Menschik Michaem Dienande* – de Jacob van der Gracht; ... E mais os das *Tavole anatomiche annesse agli elementi di anatomia*, de Bertinalli; o das gravuras de Hogarth, na serie do *Four stages of cruelty*, na cena da dissecação do condenado à morte; o do retrato de Vesalius, por Esteban Calcar – Vesalius trabalhando os músculos do antebraço dum macabeu içado como mostrado no *De Humanis Corporis Fabrica*. Quando folheei essas preciosidades ... – lembrava sempre nosso morto alegórico e nosso mestre vivíssimo – estourando saúde por todos os poros.¹²⁰ (p. 84-85)



De Humanis Corporis Fabrica

¹²⁰ NAVA, Pedro. *Beira-mar*. São Paulo: Ateliê Editorial: Giordano, 2003.

O aluno necessita vincular o ensino da anatomia a uma situação concreta mais próxima da relação médico-paciente humanizada, passando a ver e a respeitar seu objeto de estudo como um paciente, para que mais tarde, como médico, passe a ver e a respeitar seu paciente como um ser humano.

A discussão ética sobre a dissecação de cadáveres para estudo, incluindo a reflexão sobre a náusea diante da morte, está no discurso de um artista, Leonardo da Vinci (1452-1519):

Ó tu que estudas esta máquina, o corpo, não deves te sentir ressentido por receber o conhecimento que resulta da morte de um semelhante; alegra-te que nosso Criador tenha te dado acesso a um instrumento tão perfeito. Mesmo, porém, que sejas movido pelo amor, é possível que te vença a náusea; e ainda que não te vença tal náusea, talvez sejas derrotado pelo medo de passar longas horas noturnas junto a corpos esquartejados.¹²¹

O aprendizado do fim



Affonso Romano de Santana

Giuseppe Arcimboldo, A Primavera. Coleção de Arte - Editora Globo.
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima S. Bussad

¹²¹ da VINCI apud SCLIAR, Moacir. *A Paixão Transformada – História da Medicina na Literatura*. SP, Cia das Letras, 1996.



A imagem do médico idealizada como um benfeitor da humanidade, dotado de características de filantropia e de renúncia, nem sempre pode ser mantida.

Assuntos Considerados “tabus” entre médicos:

Alcoolismo

+

Uso de drogas

+

Depressão

+

Dificuldades do médico em se reconhecer como paciente.

=

Elevada taxa de depressão
Suicídio
Dependência do álcool e de outras drogas

Mello Filho, Júlio. Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

Mitos Gregos. Paulo C. Vasconcelos. CERED.
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima Bussad

Ser médico na virada do milênio tornou-se mais difícil, pois, se de um lado houve um aumento das exigências técnicas, maior quantidade de conhecimentos, um perfeccionismo tecnológico e um raciocínio lógico e ágil capaz de subsidiar decisões e condutas, também houve um aumento das exigências sociais, sendo esperada uma relação gentil e cordial com o paciente, além de terapêuticas cada vez mais eficazes. Estas expectativas freqüentemente frustram-se quando se ressalta o papel essencial da relação médico-paciente, idealizada e desejada, cada vez mais sacrificada em favor dos avanços tecnológicos.

O médico vive permanentemente situações de sofrimento, de morte, experimenta a necessidade de saber, de ser perfeito, ter compaixão e caridade. Submetido a diferentes formas de estresse, encontra dificuldades em reconhecer seus conflitos internos e suas frustrações.



O médico atual está enfermo, portador de uma hemiplegia, com paralisia de seu lado humano. Essa condição tem reflexos desastrosos para o exercício de sua profissão.

Colocado na UTI, desembrulhado de sua vaidade, despido de sua onipotência, medicado com adequada dose de humildade, aplicam-lhe uma transfusão de humanismo.

A seguir, já recuperado, mas ainda convalescente, colocam-no num “divã”, analisam-no do ponto de vista psicodinâmico, reorganizam-no emocionalmente e, só então, o trazem de volta para o exercício de sua nobre profissão. Ele está apto para viver e, em o fazendo, fazer viver os outros.

Tratado de Rogerius Frugardi, cirurgião da época salernita. Varios problemas de saúde.
CCBS – MED – Círculo de Leitura - Profª Fátima Bussad

O poeta modernista Mário de Andrade revela que a paixão platônica pela medicina está relacionada à sua curiosidade intelectual e às próprias doenças. Mas Mário tem o cuidado de justificar, ironicamente, que no prefácio de *Namoro com a medicina* (1939), o termo “namoro” está relacionado ao prestígio da profissão, e comprova: “é melhor preencher uma ficha num hotel como “Dr. Mário” do que simplesmente “Mário”,¹²² considerando que em 1939 a medicina tinha uma boa imagem no Brasil. O poeta conta como surgiu sua “vocação”:

Resta explicar, rapazes, por que ligo tanto à medicina É ainda uma questão de pachorra, uma espécie de mal-aventurada dor-de-corno. Ninguém ignora que uma dessas pegadas infantis mais vulgarizadas no Brasil, e talvez no mundo, é perguntarem ao rapazinho o que ele vai ser na vida. Foi o que fizeram também comigo uma vez, eu não teria dez anos. Fiquei atrapalhado, com muita vergonha de mim, e de repente escapei: - Vou ser médico. Positivamente eu não tinha a menor disposição para ser médico, nem coisíssima nenhuma. Era menino, e apenas nos poucos momentos em que largava da meninice achava bonito, desejava, confesso, desejava ser homem grande, tomar bonde, fumar, andar com dinheiro no bolso. Vou ser médico! pra que falei tamanha bobagem! todos acharam a resposta muito certa e nunca mais se discutiu dos meus futuros. Nem eu discuti. Fiquei certo como os outros que ia ser médico no mundo, mas jamais fiz o menor esforço para me dirigir. Nem os outros, seja dito em honra de meus bons pais. E fiquei ... o diabo é que nunca pude esclarecer direito o que fiquei; e sinto sempre uma hesitação danada quando nos hotéis, enchendo a ficha de hospedagem, tropeço na “Profissão”. Pianista? Professor? Jornalista? Crítico de arte? Folclorista? Ou mais recentemente: Funcionário Público? Só me arrependo de não ter ficado médico por causa dos fichários dos hotéis. No resto, não me arrependo, porque não tenho mesmo a menor vocação.

Mas aquela resposta de menino me via a vida inteira. Tornei-me médico às avessas, isto é, doente. Mais ou menos imaginário. Sou duma perfeição preleção no descrever os sintomas das doenças. Das minhas doenças. E finalmente a Medicina entorpeceu minhas leituras. Li bastante sobre os bastidores dela, e principalmente a sua história. E quando encontro, em leituras outras, qualquer referência sobre Medicina, ficho. Fichava aliás. Por que fichava? Fichava sem saber por que fichava. Fichava por causa daquela resposta de menino e porque os instintos viciados, ignorantes das proporções e dos anos, continuam imaginando que ainda serei médico um dia.¹²³

¹²² ANDRADE, Mário. *Namoros com a Medicina*. Belo Horizonte, Editora Itatiaia Limitada, 1980.

¹²³ Ibid., p. 259.

Neste contexto estão as palavras do pesquisador-médico, humanista, ensaísta e historiador, Gregório Maraño (1887-1960) ¹²⁴ declarando que sua vocação para a Medicina nasceu do interesse pela leitura dos clássicos da literatura e da historiografia. É certo, no entanto, que nem todos os que optam pela profissão médica apresentam estímulos vocacionais predeterminados. (v. anexo 6)

Maraño, lamentando-se que sua experiência acadêmica estivesse voltada para um modelo de ensino preocupado em tratar doenças de pessoas, e não de pessoas que circunstancialmente estão doentes, denuncia que nem sempre a pessoa está entre as prioridades do ato médico:

Yo no he tenido, en toda su transcendência, idea del valor del elemento constitucional en medicina, como cuando hube de leer mis primeras historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minúcia, pero con tan mau método, en los últimos años de los estudios médicos y en los primeros de la vida profesional y hospitalaria. Se describían en ellas los síntomas, los análisis (químicos y bacteriológicos); pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a como era la persona que sustentaba la enfermedad. ¹²⁵

Como criticar o estudante que ao apresentar um caso não mencione o nome ou sequer a história clínica do paciente? Ele é uma vítima da educação médica que forma profissionais nas subespecialidades médicas - *chicotes modernos a flagelá-los* - como mencionou Morin ¹²⁶. A *British Medical Journal Weatherall*, publicou:

A maioria das críticas feitas aos médicos não se refere à sua competência clínica; mas parece refletir deficiências nas habilidades básicas em se lidar com os pacientes como seres humanos, na pobre capacidade de se comunicar, falta de bondade, pouca reflexão e, em resumo, todas as características de uma boa relação interpessoal que a sociedade tem o direito de exigir de seus médicos. ¹²⁷

¹²⁴ MARAÑO, G. *Vocación y Ética*. Madrid, espasa-Calpe. 1976; Obras completas, Tomo IX.

¹²⁵ ENTRALGO, P. Laín. *Ciência, técnica y medicina*. Madrid. Aliança Editorial, 1986.

¹²⁶ MORIN, Edgar. *A cabeça bem-feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

¹²⁷ WEATHERALL, D.J. *The inhumanity of medicine*. In: Souza, Álvaro N. op. cit. p. 97

Estas palavras vêm validar a necessidade de aprofundarmos a reflexão sobre a relação humana no ensino médico, no sentido de intervir efetivamente em uma formação direcionada exclusivamente para o modelo curativo, que resulta em atitudes e valores analíticos e racionais, com a assistência voltada apenas para as moléculas, células e os sistemas orgânicos do paciente. Sabemos que a prática da medicina requer, além de conhecimento científico, capacidade para lidar com os problemas éticos.

Quando Gauguilhem ¹²⁸ afirma que a Medicina “é uma arte situada na confluência de várias ciências”, evidencia que não basta aprender a descobrir o problema do paciente, somar queixas com exame físico e resultados de laboratório. É necessária no curso médico uma confluência de atitudes: a produção do conhecimento e o treinamento de habilidades, como também a aplicabilidade deste saber à realidade social. Somente esta prática pode levar a uma capacitação reflexiva e à compreensão ética, psicológica e humanista na relação médico-paciente.

Educar, no novo modelo adotado pela UFRR, “*Problem-Based Learning*”, é um grande desafio na medida em que seus objetivos aproximam-se do étimo *ex-ducere* – conduzir para fora, trazer à tona, à expressão, o que vive dentro do homem, em uma relação de companhia, diálogo, troca de olhares e de experiências, construção do conhecimento.¹²⁹ Esta pedagogia contraria a sistemática dos adjetivos *educável e educado* ¹³⁰ traçado para o homem, segundo conveniências sociais, voltadas para o caráter instrumental, o adestramento de habilidades, a assimilação da tradição e do conhecimento acumulados e o treinamento técnico, evidenciando cada vez mais as incertezas da modernidade, que resultou entre outras crises, também a do sujeito.

¹²⁸ GAUGUILHEM, George. Escritos sobre a Medicina. RJ: Forense Universitária, 2005.

¹²⁹ YUNES, Eliana. *Função do leitor: a construção da singularidade*. In: *Pensar a Leitura: Complexidade*. Org. Eliana Yunes. Rio de Janeiro. Ed. PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2002.

¹³⁰ Ibid., p. 115.

O aspecto empírico freqüente nos módulos do curso médico (v. anexos 1-5) favorece o fortalecimento da subjetividade dos alunos de medicina, por exigir uma participação contínua de verbalização, como uma maiêutica,¹³¹ em um processo crescente de re (conhecimento) e (re) construção de si, enquanto sujeitos.

Encontro nas palavras de Eliana Yunes, no artigo já citado, a solidariedade tão necessária ao ato de educar: “Educar é educar-se a si enquanto companhia de um outro. Cada diferença a ser trabalhada é uma afirmação e não uma desqualificação do sujeito”.

É preciso agregar os valores humanos aos conhecimentos técnico-científicos que caracterizam o perfil generalista do acadêmico de medicina. Assim, ele poderá compreender o seu papel social enquanto pessoa e cidadão, para saber lidar com a diversidade de comportamentos, crenças e idéias, e alcançar uma melhor compreensão de si e do mundo. Certamente a sociedade sabe o tipo de médico que deseja: conforme já relatou Calman:

O público quer um médico educado – isto é, alguém que não possua apenas os requisitos conhecimento, habilidade clínica e experiência, mas que também seja capaz de avaliar cada paciente como um ser humano, que seja reflexivo, mostre sentimento e que possa entender e ajudar a explicar a doença e o sofrimento.¹³²

Ainda hoje, no imaginário popular, a medicina é uma profissão que possui muitos poderes, provavelmente pelo fato de ser uma ciência presente na chegada do ser humano à vida, auxiliando-o no seu nascimento, e na hora de sua morte, amparando-o e amenizando o seu sofrimento. Esta maneira inusitada de compreender a profissão médica cria uma aura divina, atribuindo ao médico um poder sobrenatural. Os apelos desesperados de familiares nas emergências e nas UTIs dos hospitais comprovam as expectativas depositadas neste *semideus*: “Doutor, só o senhor pode salvá-lo.”, “Faça alguma coisa, pelo amor de Deus.”

¹³¹ Conceito registrado na p. 10.

¹³² CALMAN apud Souza, op. cit. p. 51.

Encontramos entre os deuses exemplos do poder que envolve a Medicina. A mitologia apresenta a ira de Zeus contra Asclépio pela sua habilidade com os medicamentos e a multiplicação das ressurreições. Os índios do Mackenzie afirmavam que não existiam deuses, mas apenas a Medicina. De forma latente, este poder também está contido nos lamentos do povo *Yanomama* da Amazônia, em Roraima, nas palavras de Davi Kopenawa:

Nós não temos, ainda, jovens que saibam bem a língua dos brancos e que saibam escrever, que saibam fazer os exames de malária, que saibam ver a malária com o microscópio. Nós não sabemos, ainda, essas coisas. Mas, nós aprenderemos e saberemos, um dia, nos cuidar de nós mesmos. No futuro, quando eu for velho, os yanomama terão aprendido isso e quando eu tiver morrido, eles continuarão a se tratar sozinhos. É o que eu penso.”¹³³

¹³³ Xamã, liderança do povo Yanomama. Escreveu várias cartas e fez várias gravações foram transformadas em textos por Maria Edna de Brito, no livro *Etno alfabetização Yanomama: da comunicação oral à escrita*: relato de um processo construtivista entre o povo da floresta. 2ª ed. São Paulo: M.E. Brito, 1996.

5.1 - A ESCUTA MÉDICA

Há um lance no exercício da profissão que sempre me apaixonou: a anamnese. O relato dos padecimentos feito pelo doente à cordialidade inquiridora do médico.¹³⁴

A palavra anamnese vem do grego e significa recordação. É o relato dos padecimentos que podem ser aprofundados de acordo com a curiosidade de quem investiga a doença, para produzir um sentido maior da história do paciente no contexto de outras histórias, e organizá-la numa narrativa conclusiva: o diagnóstico.

Geralmente a pessoa visita o médico quando o período pré-patogênico ultrapassa o patogênico e a doença se manifesta. Nesta circunstância, o paciente utiliza um grande número de metáforas para explicar os seus sintomas. De acordo com Knyazeva e Kurdymovi: “A metáfora é um indicador e uma não-linearidade local no texto ou no pensamento, é um indicador de abertura do texto ou do pensamento a diversas interpretações ou reinterpretações, para encontrar ressonância com as idéias pessoais de um leitor ou de um interlocutor.”¹³⁵

Este relato de caso é um verdadeiro gênero narrativo que pode ser padronizado quando se eliminam detalhes desnecessários, predominando somente as informações, nunca as opiniões, tampouco considerações psicológicas, sociológicas ou filosóficas. Usa-se a voz passiva em detrimento do pronome de 1ª pessoa a fim de proteger a singularidade. Deste modo, torna-se melhor a fluência no processo diagnóstico, ao conceituar a história natural da doença. É muito importante estabelecer o prognóstico da enfermidade, reconhecendo, até mesmo na expressão do doente, os sinais premonitórios da morte – o *Facies Hippocratica*.¹³⁶

¹³⁴ TORGA apud SCLIAR, Moacir. op. cit. p. 245.

¹³⁵ Knyazeva e Kurdymovi apud MORIN, Edgar. *A Cabeça bem-feita*. p. 91.

¹³⁶ Aparência que indicava morte iminente. “Nariz afinado, têmporas e olhos fundos, ouvidos frios e contraídos, suor frio e palidez.” MARGOTTA, Roberto. *História Ilustrada da Medicina* 1ª ed. Brasileira. Editora Manole Ltda, 1998. p. 30.

A *anamnese da pessoa* proposta por Danilo Perestello,¹³⁷ assegura que ouvir é o melhor caminho para um diagnóstico de sucesso: ouvir sempre o paciente, a sua história de nascimento, de vida, para compreender o seu *mundo interno* e de como se tornou sujeito da história a ser investigada. O médico, nas anamneses, precisa estar disponível para ouvir. É um sair de si para um retorno em si, com as histórias dos pacientes, suas queixas, suas esperanças, uma volta renovada, diferente do que se era antes, porque *cheio* de novos desafios. Esta circularidade – sair de si para ouvir o outro; voltar para si pleno do outro – gera o movimento de fazer-se, des-fazer-se e re-fazer-se, adquirindo novas experiências. Este desprendimento é um grande passo em direção à liberdade de ouvir e de sentir para o alcance de uma medicina humanista.

Todo este processo relacional – médico-paciente – merece atenção especial à medida que remete à supremacia da escrita sistematizada, ao “retirar da oralidade o registro e a memória do vivido.”¹³⁸ A partir de então, entre a vivência e a verbalização, criou-se a “necessidade” da figura do intérprete, que no jogo das relações, a contemporaneidade tratou de agregar um “primo-irmão”, o ouvidor, com residência fixa: a ouvidoria. A presentificação do vivido que a oralidade trazia à baila, com sua linguagem mágica e mística, ficou à mercê da interpretação, que mais tarde a filosofia lamentaria com Nietzsche:¹³⁹ “as palavras não correspondem às coisas,” e a poesia com Cecília Meireles, em *Canção*:¹⁴⁰

Nunca eu tivera querido
Dizer palavra tão louca:
Bateu-me o vento na boca,
E depois no teu ouvido.
Levou somente a palavra,
Deixou ficar o sentido.

O sentido está guardado
no rosto com que te miro,
neste perdido suspiro
que te segue alucinado,
no meu sorriso suspenso
como um beijo malogrado. (...)

¹³⁷ PERESTRELLO, Danilo. *A Medicina da Pessoa*. Livraria Atheneu Editora. 4ª ed. Rio de Janeiro, 1989.

¹³⁸ YUNES, Eliana. *Leitura, a complexidade do simples: do mundo à letra e de volta ao mundo*. In: *Pensar a Leitura: Complexidade*. Org. Eliana Yunes. Rio de Janeiro. Ed. PUC-RIO; São Paulo: Loyola, 2002.

¹³⁹ NIETZSCHE, Friedrich WILHELM. *A origem da tragédia*. São Paulo: Moraes, (1980?)

¹⁴⁰ MEIRELES, Cecília, 1901-1964. *Viagem e Vaga música*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1982.

Voltando ao re-corte investigativo desta pesquisa, descortinam-se as anamneses técnicas, nos consultórios fechados das instituições públicas, quando o sujeito-doente passa a ser o “paciente,” da mesma linhagem etimológica de paciência. Do lat. *pātientia-ae*: virtude que consiste em suportar os sofrimentos sem queixa. Resignado, manso, que revela paciência, doente, enfermo.¹⁴¹ Nesta condição, o paciente murmura raras palavras diante da onipotência do médico, que na maioria das vezes não o olha, não o toca, sabe-se lá se o escuta.

Em casos de resistência a este tratamento, quando um “solitário” consegue ser ouvido pela mídia, enfrenta a prerrogativa da dúvida: “É preciso investigar se o médico fez ou deixou de fazer isto e/ou aquilo”.

Estes ruídos na comunicação humana levam o paciente a uma peregrinação sem fim em busca de atendimento, enfrentando o deciframento das mensagens escritas nas filas, nos postos de atendimento público, no protocolo de consulta, no diagnóstico, na receita médica, que os psicolinguistas identificam como “dificuldade de compreensão, operação denotativa de leitura”.¹⁴²

Este entremeio vivido pelo médico, onde se desenrola a relação falante > ouvinte > escrita no ato médico, de certa maneira está presente nos tutoriais do curso de medicina da UFRR, na dinâmica de aprendizado, quando o aluno tem diante de si uma narrativa de um sujeito-doente implícito, para ser diagnosticada. Para esta tarefa, naturalmente se manifesta o estado poético, que a literatura desencadeia, na complexidade das relações que surgem das narrativas, famílias inteiras: D. Maria, de 54 anos, casada com o Sr. Manoel, de 62, mãe de Letícia de 30 anos e avó de Marcos de 5 anos, Paula de 3 e Mônica com 11 meses.¹⁴³

¹⁴¹ CUNHA, Antonio Geraldo da. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2ª ed. 2001.

¹⁴² YUNES, Eliana. Op. cit. p. 15.

¹⁴³ Anexo 5, Problema 4 – Mediadores químicos.

É compreensível esta vivência, quando se pode ler em *Amor Poesia Sabedoria*, de Edgar Morin, que a poesia não é apenas um “modo de expressão literária,” mas um “estado segundo do ser que advém da participação, do fervor, da admiração, da comunhão, da embriaguez, da exaltação e obviamente, do amor. (...) o estado poético nos transporta através da loucura e da sabedoria, e para além delas. (...) é necessário aspirarmos a viver o estado poético e assim evitar que o estado prosaico engula nossas vidas.”¹⁴⁴

É na leitura destas narrativas nos módulos didáticos, na dinâmica do aprendizado e retenção de conhecimento, no ensino médico da UFRR, que se estabelece o diferencial com o ensino tradicional, porque naturalmente traz à (con) vivência os dois aspectos que Morin definiu: *sapiens-demens* – ciência e sentido. Neste caso, nos devaneios da leitura, o *demens* se manifesta dando a cada aluno a liberdade de presentificar a seu modo a mãe e o Pedrinho do problema 7, anexo 2, a refletir com sua subjetividade o problema da AIDS, no problema 8, anexo 2, a compreender questões regionais de saúde, quando lê o problema 6, anexo 3, e a distencionar, enquanto possível sujeito-doente, ao conhecer o caso de “Laura, aluna do 3º ano de medicina...”, problema 7, anexo 1.

Esta forma de ler leva o aluno de medicina à comoção e à assumir um novo lugar para perceber o mundo nas suas particularidades, movido pela sensibilidade necessária à compreensão do cognoscível, tanto pela razão quanto pelos sentidos.

É importante registrar que a anamnese é, entre outros espaços, uma oportunidade do indivíduo *tornar-se sujeito*. Quando solicitado a contar a história de sua doença, certamente rememora sua história familiar, lembranças em que se (re)conhece. Nos estudos freudianos está escrito que a memória “*seleciona* o que guarda a partir das emoções e dos afetos,”¹⁴⁵ inscritos no aspecto *demens*, ou seja, dos sentimentos. No universo da doença convive-se com a fluência de sentimentos maniqueístas, que transformam o sujeito-doente num depositário de sensações, manifestas por grandes alegrias ou profundas tristezas.

¹⁴⁴ MORIN, Edgar. *Amor Poesia Sabedoria..* Tradução Edgar de Assis Carvalho. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. P. 9

¹⁴⁵ YUNES, Eliana. op. cit , p. 28.

Esta especial *leitura* do corpo e da mente do Outro circula no espaço da subjetividade, à medida que compõe o repertório de estórias que constitui o sujeito, com suas identificações, interações e afetos. Trazemos, ao nascer, a memória de uma história passada que nos constitui como indivíduos da espécie humana. Como relata diz shakespearaneamente Eliana Yunes: “Somos feitos da matéria de que são feitos os sonhos”.¹⁴⁶ Neste sentido, é oportuna a revelação do escritor Hadj Garm Oren:

Todo indivíduo, mesmo o mais restrito à mais banal das vidas, constitui, em si mesmo, um cosmo. Traz em si suas multiplicidades internas, suas personalidades virtuais, uma infinidade de personagens quiméricos, uma poliexistência no real e no imaginário, o sono e a vigília, a obediência e a transgressão, o ostensivo e o secreto, pululâncias larvares em suas cavernas e grutas insondáveis. Cada um contém em si galáxias de sonhos e de fantasias, de ímpetos insatisfeitos de desejos e de amores, abismos de infelicidade, vastidões de anomalias, relâmpagos de lucidez, tempestades furiosas...¹⁴⁷

A doença, a morte, a certeza da finitude são sofrimentos fatais na contemporaneidade, onde as formas midiáticas de comunicação pregam o valor da vida plena, em detrimento da situação marginal de pessoas doentes, impossibilitadas de seguir o curso da vida produzindo, incapazes de cumprir o padrão estético e social de comportamento. O jovem doutor passa a fazer parte desta realidade que segue paralela ao simulacro de mundo produzido e endeusado pela mídia, com seus valores desumanos. Ele luta por valores vitais, manifestados na compreensão do sofrimento humano, na compaixão, na humildade, na prudência, na disponibilidade e na generosidade:

¹⁴⁶ YUNES, Eliana. Artigo: *Lendo a leitura alheia: modos de ler o clássico na modernidade*. In: *Trança de gente: a obra de Ana Maria Machado*. São JOSÉ DO RIO PRETO: Unesp, 2004.

¹⁴⁷ GARM OREN, Hadj apud Souza, Álvaro N. *As Duas Faces de Apolo: a íntima relação entre a Medicina e as Artes*. Salvador, BA: Casa da Qualidade, 2000.

Tinha 13 anos e estava assustada, encolhida num leito de enfermaria do antigo sanatório publico. Ele percebeu-lhe o medo intenso nos olhos. Um fungo inflamava-lhe profundamente o corpo: o tratamento seria longo... Nunca antes ela tinha saído de sua casa, no interior, de perto de seus ais. Seu terror mudo parecia encher de desespero a tarde que findava. Medo e solidão. Tranqüilizou-a como pode, fez a prescrição que devia e foi atender a outros pacientes... o plantão prosseguia. Quando o manto da noite trouxe consigo a escuridão que aumenta os temores, inquietou-se... Céus! Não podia deixar de pensar nela... saiu do estar medico, dirigiu-se à enfermaria. Postou-se aos pés da cama da menina, sorriu, perguntou-lhe e queria ouvir uma historia. Inibida, ela acenou que sim. Ele então começou: era uma vez, há muitos anos, num reino distante ... e, voz modulada, narrou um conto de fadas, de princesas e príncipes, de florestas de ouro... A Dança das Doze Princesas ... Nos olhos da mocinha, o susto e medo deram ao encantamento e ao sonho... Ela dormiu, sorria em seu sono. Feliz, ele saiu da enfermaria: sentia-se mais médico do que quando ali entrara. Aliás, parecia um anjo...”¹⁴⁸

Conviver com esta realidade é, de fato, uma virtude que muitos não possuem. Circular neste ambiente mórbido é realmente ser virtuoso. Mas a virtude não é sedutora como o pecado. “Virtude é luxo, apesar de sua modéstia, de sua discrição, de seu desejo de passar despercebida”.¹⁴⁹



Brownlow, Emma (1852-1877). A Enfermaria. Margotta, Roberto. História Universal da Medicina. Editora Manole Ltda

Círculo de leitura - Prof: Fátima Sanches Bussad

Quando um médico vos fala de ajudar, de socorrer, de suavizar a natureza, de lhe retirar os excessos e de lhe dar o que falta, de restaurá-la e de colocá-la na plenitude de suas funções, quando ele vos fala de purificar o sangue, de refrescar as entranhas e o cérebro, de descongestionar o baço, de restaurar o peito, de reparar o fígado, de fortificar o coração, de restabelecer e conservar o calor natural, quando ele diz ter segredos para estender a vida por longos anos, ele nada mais faz do que o romance da medicina.

¹⁴⁸ REZENDE, Vera Lúcia. *Reflexões sobre a vida e a morte: abordagem interdisciplinar do paciente termina II* Vera Lúcia Rezende org. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2000.

¹⁴⁹ BINGEMER, Maria Clara L. *Virtudes*. Rio de Janeiro: Ed. PUC; São Paulo: Loyola, 2001.