

SIMPÓSIO

A arte perdida de cuidar

José Eduardo de Siqueira

Este artigo pretende identificar as causas da deterioração na qualidade do atendimento médico que transparece cotidianamente no que se convencionou chamar de desumanização da assistência à saúde. Aponta, inicialmente, para o modelo cartesiano-flexneriano que privilegia a soberania de disciplinas e subdisciplinas acadêmicas que se multiplicam à medida que ocorre o incontrolável crescimento do conhecimento científico. Mostra quão irrazoável é persistir nesse modelo e propõe a adoção de novas propostas pedagógicas para o ensino médico que melhor atendam as necessidades do ser humano enfermo. Sugere a incorporação de estratégias de ensino que permitam fornecer conhecimentos mais adequados do processo saúde-doença, contemplando o enfoque interdisciplinar. Aponta, como exemplo, o modelo, já implantado em diferentes cursos de Medicina, que promove a integração curricular entre os ciclos básico e clínico e é organizado em módulos de ensino que substituem as tradicionais disciplinas. Finalmente, mostra que a UNESCO, preocupada com o extraordinário avanço do saber científico e a proliferação de disciplinas acadêmicas, criou a Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI, que propõe novo tipo de formação universitária estruturada sobre os eixos: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver junto e aprender a ser.



José Eduardo de Siqueira

Doutor em Medicina; professor de Clínica Médica e Bioética da Universidade Estadual de Londrina; vice-presidente da Sociedade Brasileira de Bioética; coordenador da Câmara Técnica de Bioética do CRM-PR

Bioética 2002 - vol. 10 - n.º 2

Unitermos: bioética, ensino médico, interdisciplinaridade, humanização da medicina, cuidados médicos

INTRODUÇÃO

“(...) busca-se o médico com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas, sem receio de sermos submetidos por causa disso a numerosos procedimentos; o médico para quem o paciente nunca é uma estatística (...) e, acima de tudo, um semelhante, um ser humano cuja preocupação pelo paciente é avivada pela alegria de servir (...)”

Bernard Lown

Bernard Lown, discípulo de Samuel Levine e um dos mais destacados cardiologistas do séc. XX, argumenta, com base em sólida experiência de mais de 40 anos de exercício profissional, que os médicos desaprenderam a arte de curar. Nunca a medicina avançou tanto no diagnóstico e tratamento das mais variadas doenças como no passado século, e nunca o ser humano enfermo foi tão mal cuidado.

Professor emérito de cardiologia da Escola Pública de Harvard, em seu livro *A arte perdida de curar* deplora a exagerada ênfase que as escolas médicas empregam na formação de profissionais que serão “oficiais-maiores da ciência e gerentes de biotecnologias complexas”, desconsiderando a genuína arte de ser médico. Aponta como verdadeira “sabedoria médica” a capacidade de compreender um problema clínico não em um órgão, mas em um ser humano integral. (1)

Persegue-se a idéia de que todo mal que aflixe o paciente pode ser identificado pela tecnologia. Avançamos de maneira extraordinária no conhecimento das doenças, mas esquecemos do ser humano enfermo e, equivocadamente, passamos a tratar doenças de pessoas e não de pessoas que circunstancialmente estão doentes. Os jovens estudantes são educados a operar equipamentos e proceder a leituras de incontáveis variáveis biológicas, mas não são orientados a reconhecer o ser humano como unidade biopsicossocial e espiritual.

As regras do chicote

O modelo vigente de ensino da medicina foi estruturado no início do séc. XX por Abraham Flexner, que propôs a aplicação de regras cartesianas como norteadoras da formação médica. Privilegia-se o conhecimento fragmentado de acordo com percepções específicas de diferentes áreas do saber médico, desconsiderando a óbvia inseparabilidade entre as partes e a totalidade do ser humano. Divide-se a unidade complexa da pessoa em partes cada vez menores do domínio científico. Assim nasceram as disciplinas do curso de medicina que passaram a gozar de total autonomia para construir suas árvores temáticas.

Dividiu-se o território representado pelo corpo humano em inúmeros pequenos lotes de conhecimentos, e seus donos, no dizer de Morin, passaram a ser “como lobos que urinam para marcar seu território e mordem os que nele penetram”. Quaisquer pequenas propostas de mudanças na grade curricular encontram enormes resistências por parte dos donos dos lotes, professores de especialidades que transformaram a educação médica numa complexa empresa de difícil administração e que não mais atende às questões impostas pela acelerada acumulação de conhecimentos científicos.

Em conseqüência desse modelo pedagógico obsoleto, impõem-se aos estudantes cada vez mais conhecimentos técnicos oriundos das disciplinas acadêmicas, onde as informações são expostas sem qualquer preocupação de

SIMPÓSIO

oferecer-lhes a necessária síntese que lhes permita melhor compreender o ser humano biográfico.

Morin explica que, originalmente, a palavra disciplina designava um pequeno chicote que utilizado no autoflagelamento permitia o exercício da autocrítica. Em seu sentido atual e desfigurado, a disciplina torna-se “um meio de flagelar aquele que se aventura no domínio das idéias que o especialista considera de sua propriedade” (2).

A filosofia desse modelo acadêmico acolhe o objeto e não o sujeito, o corpo e não o espírito, a quantidade e não a qualidade, a causalidade e não a finalidade, a razão e não o sentimento, o determinismo e não a liberdade, a essência e não a existência. O predomínio do conhecimento fragmentado gerado pelo clássico modelo das disciplinas inviabiliza a percepção da integralidade do ser humano, que sempre será a um só tempo biológico, psicológico, cultural e social. Esta unidade complexa é desintegrada na formação acadêmica que considera a disciplina como unidade de medida. Dividimos o indivisível.

Como apreender o global, o multidimensional, o complexo e organizar o conhecimento para melhor cuidar do ser humano, protagonista central de qualquer iniciativa da ciência? É a indagação apresentada por Morin no que ele denomina “os princípios do conhecimento pertinente”. Na resposta à questão formulada, o pensador francês resgata ensinamento de Pascal contido em sua conhecida obra *Pensées*:

“Sendo todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas ou ajudantes, mediatas e imediatas e sustentando-se todas por um elo natural que une as mais distantes e as mais diferentes, considero ser impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tampouco conhecer o todo sem conhecer as partes” (3).

A comunidade acadêmica da atualidade é formada por um conjunto de especialistas. As linguagens dos diferentes núcleos de saber são tão herméticas que sequer o exercício interdisciplinar é factível, pois perderam-se os elementos essenciais para o diálogo. A universidade que pretendia a universalidade transformou-se num campo cultivado por incontáveis sementes de pequenos saberes que geram árvores cujas raízes jamais se entrelaçam. Uma enorme Torre de Babel flutuante sobre o tumultuado oceano de sofrimentos da humanidade (4).

Rozeman relata a “via crucis” de um paciente idoso - submetido à cirurgia de revascularização miocárdica - que no pós-operatório tardio passa a apresentar febre e anemia. Internado em renomado hospital norte-americano, é examinado por um elenco de competentes especialistas e submetido a inúmeros procedimentos, entre os quais endoscopia digestiva alta, colonoscopia e tomografia computadorizada da coluna, seguida de biópsia vertebral. As suspeitas diagnósticas variaram de mieloma múltiplo a câncer com metástase na coluna vertebral, até que um adequado exame físico identificou a presença de sopro sistólico mitral e o diagnóstico definitivo de endocardite infecciosa foi comprovado por hemocultura positiva

para *Staphylococcus epidermidis*. O autor chama a atenção para o tortuoso roteiro utilizado até o estabelecimento do diagnóstico definitivo, mostrando que os inúmeros especialistas convocados para opinar sobre a enfermidade do paciente o faziam após longa e minuciosa investigação “dentro de suas áreas de conhecimento”, não considerando a mais elementar lição de fisiologia que ensina ser o corpo humano composto por órgãos e sistemas que se interdependem (5).

Muller, citado por Troncon, avalia que “as escolas médicas estão submergindo os estudantes em pormenores opressores sobre conhecimentos especializados e aplicação sofisticada de tecnologias, restringindo a aprendizagem de habilidades médicas fundamentais, podendo isto levar a uma fascinação pela tecnologia, tornando o artefato mais importante que o paciente” (6). Faz-se imperioso adotar novos modelos pedagógicos que privilegiem o conhecimento e domínio de atitudes que permitam perceber o ser humano em sua integralidade. É urgente unir o que arbitrariamente foi separado.

Como escapar ao jugo do chicote

Antes de mais nada, é imprescindível reconhecer o perverso legado do séc. XX, caracterizado pela extrema racionalização da ciência que apenas considera o quantitativo e ignora o qualitativo, menosprezando o ser humano em seus sentimentos, sofrimentos, alma. Há que libertar-se, sobretudo, da escravidão da máquina, fazendo-a complementar ao raciocínio clí-

nico e não instrumento soberano para determinar tomadas de decisões.

O modelo vigente das subespecialidades, no qual profissionais sabem quase tudo do quase nada, torna vivo e atual o patético personagem criado por Molière na comédia *Le Médecin Malgré*, onde um modesto empregado doméstico, forçado a fingir-se de médico, consegue fazê-lo de maneira convincente. Ante a crescente substituição do raciocínio clínico pelas informações fornecidas por sofisticados equipamentos da hodierna tecnologia biomédica, cabe indagar: não serão os médicos dispensáveis? Se o conhecimento está armazenado nas máquinas, não bastarão simplesmente técnicos bem treinados para operá-las?

A busca da “Grande Saúde” apontada por Sfez na utopia globalizada do séc. XXI parece apontar para uma sociedade imune às “questões do passado” e pautada em regras da mais extrema objetividade científica onde ninguém lamentará a morte do médico, nem a do destino, nem sequer a da alma, outra velharia, substituída por uma entidade coletiva (7).

A obsessão em adotar propostas oriundas do saber das subespecialidades gerou a atual estrutura curricular em que os estudantes são confinados dentro de hospitais terciários, onde aprendem a conhecer à exaustão o incomum, as patologias raras e permanecem ignorantes sobre o corriqueiro, as doenças do cotidiano. Nesse modelo, cabe discutir síndromes raras e dedicar significativa carga horária para especialidades como, por exemplo, neurocirurgia e

SIMPÓSIO

cirurgia cardíaca, onde o futuro graduado toma conhecimento de sofisticados procedimentos cirúrgicos e/ou tratamentos corretivos de cardiopatias congênitas complexas. Compreende-se, assim, a comum e insensata decisão de jovens estudantes que muito precocemente fazem opções por subespecialidades.

Como indignar-se com o interno que ao apresentar um caso não mencione o nome ou sequer a história clínica do paciente, detendo-se em relatar exames subsidiários e a conduta proposta pelo oncohematologista? Ele é apenas vítima do aparelho formador que molda profissionais com ênfase no incomum, no particular, enfim, nas subespecialidades médicas, que são, como bem mencionou Morin, chichotes modernos a flagelá-los.

Quando se discute mudanças curriculares para o curso de medicina, quase que invariavelmente os debatedores do tema ocupam-se em propor unicamente mudanças programáticas. Ampliação ou redução de carga horária de disciplinas já existentes ou a criação de novas, mantendo-se preservada a estrutura acadêmica original. Esquecem-se de que o imprescindível são as transformações paradigmáticas, e não simplesmente remendos ou inserções de temas no programa ora vigente.

A 2ª Conferência Mundial de Educação Médica realizada em Edimburgo, em 1993, acolheu a proposta “Changing medical education and practice: an agenda for action”, da Organização Mundial da Saúde, que aponta para novas práticas educativas que substituam as tradicionais centradas no modelo disciplinar através da incorporação de estratégias que alcancem fornecer conhecimentos mais adequados do processo saúde-doença, sempre privilegiando o enfoque interdisciplinar (8).

Felizmente, assiste-se hoje, no Brasil, a busca de novos caminhos para a transformação do ensino médico.

Tomo como exemplo o novo modelo pedagógico implantado para o curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), reconhecido pela sigla PBL (“problem-based learning”), que, em essência, promove a integração curricular entre os ciclos básico e clínico e é organizado em módulos de ensino que substituem as tradicionais disciplinas.

Está fundamentado em nova filosofia educacional que busca substituir o modelo de transmissão passiva das informações docente-discente calcado na verticalidade, pela adoção de pedagogia da maiêutica socrática (*), horizon-

(*) Sócrates, e mais próximo a nós Krishnamurti, praticava a arte das perguntas como uma maiêutica, que em grego significa “a arte de parir”. Cada pergunta “dá à luz” ou revela uma ou várias outras perguntas implícitas na pergunta original. No célebre texto *A defesa de Sócrates*, Platão assim define a maiêutica socrática: “Minha arte maiêutica tem seguramente o mesmo alcance que o obtido pelas parteiras, com a diferença que é praticada em homens e não em mulheres, buscando provocar o parto nas almas e não nos corpos. O maior significado dessa arte é que permite experimentar, a todo momento, se uma idéia é falsa ou fecunda e verdadeira, o que possibilita o desenvolvimento da inteligência do jovem (...) Ressalta evidente, portanto, que nada aprendem de mim, pelo contrário, encontram a sabedoria e iluminam-se a si mesmos de maravilhosos conhecimentos.”

tal e estruturada na construção crítico-reflexiva do conhecimento científico (9). Muitos docentes da própria UEL ainda manifestam profundas reservas a esse novo projeto de ensino por considerá-lo inadequado e advogam a manutenção do modelo tradicional. Não consideram que a incontida proliferação de novas disciplinas, aliada ao crescimento exponencial do saber, torna impossível acolher todas essas informações nos cursos de graduação. A cada ano, mais de um milhão de comunicações científicas são publicadas apenas em língua inglesa, e isso desde os anos 50. A grande maioria dessas publicações só pode ser compreendida por pequeno grupo de especialistas. Portanto, ninguém mais está em condições de analisar a enorme massa de conhecimentos acumulada pela ciência contemporânea. Atualmente, dois especialistas da mesma disciplina encontram enormes dificuldades para compreender seus próprios resultados recíprocos (10).

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Cardiologia promoveu reunião para elaborar diretrizes consensuais para a área de cardiogeriatría. O seletor colegiado de especialistas, de grande experiência profissional e acadêmica, assistiu perplexo as sugestões apresentadas pelo grupo de estudo de arritmologia. Poucos compreendiam os detalhes das orientações diagnósticas e terapêuticas fornecidas pelos complexos estudos eletrofisiológicos. É óbvio que isso nada tem de inusitado, pois assim evolui a ciência, na construção permanente do saber através de contínuos mergulhos no mar do conhecimento. O que parece pouco razoá-

vel é transformar esse material recolhido de águas tão profundas do saber em temas de aulas para estudantes do curso de graduação.

A Física moderna apresenta novas áreas de pesquisa, como a eletrodinâmica estocástica, onde são propostas interpretações conceituais alternativas para fenômenos tradicionalmente tratados sob a ótica da teoria quântica.

O que dizer, por exemplo, sobre as Teorias de Cordas, área de pesquisa da Física Teórica que trata de fenômenos que ocorreriam em energias da ordem de um quatrilhão a dez quinquilhões de unidades de energia, sabendo-se que os dispositivos para ensaio experimental disponíveis não permitem verificação além de mil unidades da mesma energia? (11)

Preocupada com o extraordinário avanço do saber científico e a proliferação das disciplinas acadêmicas, a UNESCO criou a Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI, que, juntamente com a Comissão Internacional de Pesquisas e Estudos Transdisciplinares, elaborou o Projeto CIRET-UNESCO (12). Nele, pode-se ler que “a pesquisa disciplinar diz respeito, no máximo, a um único nível de realidade (...) a fragmentos de um só nível de realidade (...) a transdisciplinaridade interessa-se pela dinâmica gerada pela ação de diversos níveis de realidade ao mesmo tempo (...) alimenta-se da pesquisa disciplinar (...). Nesse sentido, as pesquisas disciplinares e transdisciplinares não são antagônicas, mas complementares”. O relatório final propõe um novo tipo de educação universitária-

SIMPÓSIO

ria, estruturada sobre os seguintes eixos: aprender a conhecer; aprender a fazer; aprender a viver junto; aprender a ser.

Esses quatro eixos propostos pelo projeto da UNESCO estão contidos na essência do novo projeto pedagógico da aprendizagem baseada em problemas, empregado no curso de Medicina da UEL e que pode ser resumido como: aprender a aprender. Considera-se que o ensino-aprendizagem é um ativo e contínuo processo de duas vias entre professor e estudante. Não há aprendizado finito, estanque, unidisciplinar, mas sim processo de aprendizagem que ocorre ao longo da vida e envolve ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes, voltado à realidade, sendo necessariamente interdisciplinar (13). Em síntese, a educação universitária para o século XXI deverá orientar-se pela célebre frase de Montaigne: *“Mais vale uma cabeça bem-feita do que uma cabeça cheia”*.

Deve-se considerar, entretanto, que ainda estamos longe de nos libertar do jugo do chicote disciplinar. Certa vez, Max Planck, indagado sobre as possibilidades de mudanças de paradigmas em ciência, fez uma sombria apreciação ao dizer que uma nova verdade científica não triunfa por meio do convencimento de seus oponentes, mas sim com a morte dos mesmos e quando uma nova geração de cientistas cresce e assimila o paradigma emergente. Resta esperar que a amarga sentença de Planck não seja aplicável às mudanças paradigmáticas propostas por novos modelos pedagógicos para o ensino médico no Brasil.

O médico para o século XXI

Será que alcançaremos formar o médico pedido por Lown? Aquele profissional “com quem nos sentimos à vontade quando descrevemos nossas queixas (...) o médico para quem o paciente nunca é uma estatística (...)”. Tudo isto parece tão simples e óbvio que, às vezes, nos espantamos por não conseguirmos atingir esse singelo objetivo.

Qualquer médico sabe por experiência própria que uma doença raramente é orgânica ou psíquica, ou social ou familiar. O profissional sabe que ela é orgânica e psíquica, social e familiar. Todos os sintomas formam um complexo conjunto de diferentes instâncias, quer seja orgânica, psicológica, social ou familiar.

Quando um paciente procura atendimento médico, invariavelmente está buscando por cuidados que não se limitam simplesmente a livrar-se de um mal-estar circunstancial. A relação médico-paciente nunca deixará de ser interação intersubjetiva experimentada por duas pessoas e, por mais assimétrica que seja, somente será eficaz se for conduzida com acolhimento, escuta-resposta e esperança de cura para o que sofre.

Os sintomas que trazem o paciente ao médico carregam sempre uma expressiva parcela de opacidade. O que estará por trás da cefaléia persistente ou da dor precordial daquele jovem bancário? Sendo 150 x 100 a pressão arterial observada, será suficiente o diagnóstico de

hipertensão arterial? Prescrever droga hipotensora para corrigir o índice anormal obtido será o bastante para considerarmos realizado o tratamento?

Os sintomas são mensagens que precisam ser decodificadas. As descobertas da psiconeuroendocrinologia testemunham que os seres humanos constituem uma realidade complexa de integração entre sensação, percepção e representação. O modelo reducionista adotado pela medicina cartesiana tornou real a improvável linearidade entre sintoma, índice esfignomanométrico e a doença daquela pessoa. Outrossim, a constatação de índice pressórico anormal desperta no médico dúvidas que o fazem solicitar inúmeros exames, tais como monitorização ambulatorial da pressão arterial, dosagem de catecolaminas séricas e exame ultra-sonográfico do abdome na busca da etiologia da enfermidade. Raramente, porém, são valorizadas variáveis do entorno social e familiar.

Percebido como objeto, o paciente é investigado exaustivamente em busca da identificação do desequilíbrio biológico que justifique a hipertensão arterial. Arte muda consistente em reconhecer uma enfermidade apenas através de variáveis mensuráveis. Esse modelo está muito distante daquele proposto por Gaillard para a consulta médica – o qual aponta seis etapas necessárias para caracterizá-la. A primeira seria o acolhimento, seguida de anamnese e exame físico. As três últimas etapas seriam: o diagnóstico, a prescrição e a separação. O maior obstáculo para o cum-

primento das mencionadas etapas, além da formação cartesiana, transparece claramente na indignada questão apresentada por muitos médicos: “Diante do baixo montante de nossos honorários, considera verdadeiramente que possamos arranjar tempo para todas essas coisas?” (14). Desafortunadamente, a assistência médica hoje praticada aponta para a cruel realidade que pode ser assim resumida: atender o paciente em cinco minutos, prescrever qualquer droga e desfazer-se o mais rápido possível desse incomodo e mal pago compromisso. Médico e paciente fisicamente tão próximos e afetivamente tão distantes sequer se olham ou se tocam. Em verdade, sequer se respeitam.

Pratica-se, desse modo, o mais perverso modelo de medicina cega e surda. Cega, porque limitando-se a compreender a doença apenas como pobres variáveis anatômicas e/ou bioquímicas não enxerga o ser humano como ele verdadeiramente o é. Surda, porque o paciente não sendo acolhido como sujeito é impedido de manifestar-se como pessoa.

“Onde há amor ao enfermo (*philanthrôpîê*) há também amor à arte (*philotekhnîê*)”, proclama um famoso preceito hipocrático. A vinculação entre o profissional de saúde e o paciente, que o ato médico impõe, é resultado de dois movimentos que se completam. O paciente que procura o profissional e o médico que acolhe o enfermo. Ambos são qualitativamente distintos entre si, mas Hipócrates encontrou uma única palavra para descrever este momento: “*philia*”, que pode ser traduzi-

SIMPÓSIO

da como amizade, amor, solidariedade, compaixão. Para Lain Entralgo, este sentimento, necessariamente, deverá estar presente em quaisquer precedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos. Recorda, a propósito, o grande clínico espanhol nas candentes palavras de Marañón:

“Yo no he tenido, en toda su transcendencia, idea del valor del elemento constitucional en medicina, como cuando hube de leer mis primeras historias clínicas: aquellas recogidas con tanta minucia, pero con tan mal 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) y, a veces, las lesiones, es decir, la enfermedad; pero el enfermo no estaba allí. Ni una alusión a cómo era la persona que sustentaba la enfermedad” (15).

O século XX tornou real o mais extraordinário desenvolvimento da tecnologia biomédica, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, fez reduzir a credibilidade devotada aos profissionais de saúde. Os pacientes confiam na medicina tecnológica e desconfiam do médico. Consideram como indiscutíveis as informações fornecidas pelos equipamentos e depreciam as avaliações pessoais do profissional. Na mesma proporção em que a tecnologia cresce em importância, decresce o prestígio do médico enquanto profissional com aptidão para estabelecer juízos diagnósticos e ajudar as pessoas enfermas a tomarem decisões. Médico e paciente pouco se olham, ambos cativos e fascinados pela tecnociência. Junte-se a isso a

presença de empresas de medicina de grupo, ávidas por lucros, profissionais mal preparados, instituições de ensino guiadas exclusivamente por interesses financeiros e teremos, como resultado, o caos que impera na assistência médica do país.

Aparelho formador precário, médicos mal formados, tecnolatria, baixa remuneração profissional e empresas que buscam dividendos econômicos mas não a saúde das pessoas constituem os ingredientes desse indigesto banquete que nos é servido.

Como resgatar a verdadeira *philia* hipocrática numa sociedade que não prima pelo cultivo de valores éticos?

Lain Entralgo propõe três princípios fundamentais para reaproximar médico e paciente numa relação harmoniosa e cooperativa:

Princípio da máxima capacidade técnica - o médico precisa ter esmerada formação profissional que o habilite a utilizar com sensatez todo o instrumental técnico oferecido pela ciência;

Princípio da obra bem feita - o médico deverá utilizar sua capacidade intelectual e conhecimento técnico tendo como único guia moral o bem do paciente;

Princípio da autenticidade do bem - em situações de conflito, deve o médico atender unicamente o autêntico interesse do paciente (16).

O que explica mas não justifica

O Conselho Federal de Medicina (CFM), a Federação Nacional dos Médicos, a Associação Médica Brasileira e a Fundação Oswaldo Cruz publicaram, em 1996, um interessante documento com o título *Perfil dos médicos no Brasil*. O volume IV, relativo aos dados colhidos no estado do Paraná, apresenta os seguintes resultados:

- 68,4% dos médicos têm três empregos, enquanto 31,6% apresentam-se em quatro ou mais atividades;
- 88,1% dependem, para subsistência pessoal e/ou familiar, de rendimentos auferidos de convênios com empresas de saúde, medicina de grupo ou cooperativas médicas;
- 82,8% declaram sofrer acentuado desgaste físico e mental no exercício profissional;
- 65,5% manifestaram-se a favor de greves da categoria, sendo que 5,3% entenderam que nessa circunstância deveria ser suspenso até mesmo o atendimento a casos de emergência.

Estas são as palavras finais do documento: “Neste cenário pouco favorável aos médicos, o futuro da profissão é visto, pela maioria, com um forte sentimento negativo, refletindo o descontentamento e a falta de perspectivas profissionais que ora se apresentam para o médico brasileiro” (17).

No ano seguinte, como decorrência desses preocupantes referenciais o CFM realizou o “Seminário Internacional – Profissão Médica”. Por ocasião desse evento, assim se expressou o presidente da Associação Médica Brasileira: “(...) Qualidade no atendimento também foi um outro assunto importante ressaltado. O que está acontecendo com os médicos em todo o Brasil, há dois ou três anos? Na medida em que ele atendia a dez consultas pelo valor que, teoricamente, naquela época, ainda era bom e que agora está absolutamente deflacionado, o médico escolheu uma alternativa muito mais cômoda para si: ele não reage, não diz que não vai atender, então, preferiu dobrar o número de atendimento em seu consultório, dos convênios, para ter um resultado financeiro adequado. Com isso a qualidade cai. Não há possibilidade de o médico, que normalmente atendia dez pacientes, num horário, passar a atender vinte pacientes. Isso reflete diretamente na qualidade” (18).

Em 1998, o CFM publica a obra *Os médicos e a Saúde no Brasil*, onde pode-se ler a seguinte informação:

“Se apenas caudatário ou fator gerador da crise, não importa, o fato é que o processo de formação dos médicos na sociedade contemporânea se vê acuado por desafios imensos. As bases tecnológicas da prática, verdadeiro pilar da formação médica atual, enfrentam o dilema de produzirem pouco benefício para a maioria da sociedade, alijada que está do acesso aos mesmos ou os recebendo apenas marginalmente. O apelo individualista, calcado na rela-

SIMPÓSIO

ção médico-paciente inspirada no juramento hipocrático e gerador de um modelo artesanal de prestação de serviços de indiscutível eficácia em épocas passadas, transformou-se em verdadeiro anacronismo. A medicina contemporânea é fortemente intermediada em termos institucionais, burocráticos e econômicos e as escolas médicas parecem não se dar conta de tal fato, realizando suas atividades docentes e assistenciais como se os tempos ainda fossem outro” (19).

Esses dados, extraídos de pesquisas realizadas pelo CFM em três anos consecutivos (1996 a 1998), falam por si mesmos. Desconsiderá-los, quando se discute humanização no atendimento médico, seria tentar tapar o sol com a peneira, o que em nada contribui para encontrar soluções satisfatórias para o problema.

Fundamental, porém, é ter muito claro a consciência de que a atual desvalorização da profissão médica quiçá seja argumento para explicar, sem contudo justificar, atitudes de desrespeito a pessoas humildes - essas, sim, as vítimas maiores das injustiças sociais desse insensível modelo de sociedade.

Se o processo de globalização parece inevitável e caminhamos rapidamente para a cínica realidade do Estado Mínimo, onde prevalece a lei do livre mercado e a regra do “salve-se quem puder”, é dever das pessoas responsáveis preservar uma moralidade mínima.

Se o governo, a pretexto de ganhar maior agilidade em suas ações, pretende eximir-se de

responsabilidades fundamentais como segurança, educação e saúde, não podem os profissionais universitários, mormente os médicos, deixar de identificar com clareza quem são os algozes e as vítimas dessa sociedade que globaliza prejuízos e privatiza lucros.

É claro que seria suprema ingenuidade exigir do médico, hoje, a postura quase sacerdotal que marcou indelevelmente a profissão em épocas passadas. Parece óbvio, porém, que nenhum profissional tem o direito de olhar somente para o seu próprio umbigo, esquecendo-se do mundo ao redor, onde grassa a injustiça e a falta de solidariedade aos mais fracos.

Em suma, se o médico considera que não está sendo adequadamente reconhecido em seu exercício profissional, que a remuneração percebida por seus procedimentos é vil, tem todo o direito de buscar soluções para estas injustiças. O que parece incorreto é destratar pessoas fragilizadas por doenças e culpabilizá-las por seus pesares e frustrações profissionais.

Os Conselhos de Medicina dedicam demasiado tempo em atividades judicantes relativas à insatisfatória relação médico-paciente. Quase que invariavelmente a causa central das sindicâncias e processos éticos repousa no comportamento inadequado de profissionais que tratam pessoas enfermas de maneira desrespeitosa.

Schraiber apresenta uma sensível apreciação de Peguinot sobre o ato médico, que é descrito como “colóquio singular”, uma espécie de duo

que não comporta no silêncio do consultório senão dois personagens: o médico e o paciente. Trata-se, diz o autor, de encontro contido no espaço e no tempo, que se inicia por um relato de sofrimento, continua com o exame físico e termina em esperança de cura. Percebe-se uma unidade de tempo, lugar e ação. Esse encontro, bem o sabemos, diz Peguinot: “É aquele de uma técnica científica e de um corpo, mas prefere-se acreditar que seja essencialmente de duas almas” (20).

Poucas profissões gozam do privilégio de poder compartilhar e mitigar a dor e o sofrimento humano, como a medicina. O ato médico não pode jamais ser animado por atitude de desrespeito ou desamor a alguém, pois o protagonista do mesmo é um ser humano que não pode ser tratado como objeto, pois é um fim em si mesmo e dotado de dignidade, como nos ensinou Kant. Esse ser que Boff descreve como sagrado, sujeito de história pessoal e elemento essencial na construção de uma sociedade mais humana, que é capaz de conviver e dialogar com os mistérios do mundo, que pergunta por um último sentido da vida e comunga com o outro vendo nele a imagem do Criador. A essência do ser humano, portanto, repousará sempre no cuidado (21).

O resgate da arte de bem cuidar

Frente às dificuldades apontadas fica evidente a descaracterização da arte de bem cuidar, o que nos impõe a tarefa de resgatá-la, já que sem ela a medicina perde o sentido.

Por outro lado, é indispensável reconhecer que o individual e o coletivo fazem parte do mesmo organismo, são membros articulados do mesmo corpo. Homem e sociedade são entidades inseparáveis. Ambos respondem aos mesmos estímulos e, simultaneamente, padecem dos mesmos sofrimentos.

Há que se ter presente, ainda, que a sociedade tardocapitalista não privilegia o cuidado com a vida, o bem comum e a solidariedade. Somos guiados pelas regras do livre mercado, na busca incessante da obtenção de vantagens pessoais. Prevalece a lógica da acumulação de bens e o desprezo pelo outro. Assim, pessoa humana, fauna, flora e todas as riquezas que nos cercam perdem seus valores intrínsecos e transformam-se em produtos a serem comercializados no grande balcão de negócios em que se transformou a sociedade do século XX.

Torna-se dispensável elencar os prejuízos irreversíveis que esse modelo impôs à vida no planeta, basta considerar os dados fornecidos pela Comissão Mundial do Meio Ambiente da ONU, em 1992. Na ocasião, estimava-se que a cada ano 6 milhões de hectares de terras produtivas convertiam-se em deserto, o que significava perder, a cada 30 anos, uma área equivalente ao território da Arábia Saudita. Anualmente, eram destruídos mais de 11 milhões de hectares de matas, o que equivaleria perder, a cada 30 anos, uma superfície igual a da Índia (22).

O cientista norte-americano Kennet Baoulding descreve como “cowboy” o modelo capitalista de economia baseado na abundân-

SIMPÓSIO

cia aparentemente ilimitada de recursos e territórios para serem desfrutados e invadidos conforme a regra baconiana de escravizar a natureza, colocando-a a serviço do homem. É o antropocentrismo irrefletivo, irresponsável e predatório (23).

A lógica de mercado orienta-se pela competição, e não pela cooperação. O mercado é tudo e nele deve-se buscar a solução para os problemas da sociedade. Esse fundamentalismo confere centralidade ao capital financeiro oportunista e especulador que arruina economias de países emergentes e inviabiliza a vida autenticamente humana.

Nesse realismo perverso, os mais ingênuos poderiam indagar: o que isso tem a ver com os cuidados à saúde do ser humano? Obviamente, tudo. As 500 empresas transnacionais reconhecidas pela revista *Fortune* como as mais importantes em 1998 controlavam 2/3 do produto interno bruto dos EUA e grande parte da economia mundial. Isso significa que 20% da humanidade detinha 84% de toda a riqueza existente no planeta, enquanto que para os 20% mais pobres cabia apenas 1,4% da mesma.

O que isso tem a ver com a saúde humana? Dados de 1998, da Organização Mundial da Infância, mostram que aproximadamente 250 milhões de crianças trabalham em condições insalubres, muitas delas com idade inferior a cinco anos. Na América Latina, três entre cinco crianças trabalham; na África, uma em cada três; na Ásia, uma em cada duas (24).

Considerando o microcosmo representado pelo ser humano, percebemos que o longo império do cartesianismo na ciência banuiu da vida o qualitativo e impôs o quantitativo. O último estágio de aperfeiçoamento desse modelo, segundo Max Weber, é representado pelos “especialistas sem espírito, sensualistas sem coração, e essa nulidade imagina ter alcançado um nível de civilização nunca atingido” (25).

Todos os médicos reconhecem não haver enfermidade que se manifeste fora de um temperamento pessoal, de vivências e experiências já vividas, e mesmo que ela se apresente com fisionomia semelhante no conjunto, seus traços sempre mostram, nos detalhes, colorações singulares do ser humano biográfico. O doente é a doença que adquiriu traços singulares, dada com sombra e relevo, modulações, matices e profundidade - e a tarefa do médico, ao descrever a enfermidade, será a de reconhecer esta realidade viva (26).

Cada pessoa adoce de maneira particular, não importando como os profissionais de saúde a classifiquem em tal ou qual categoria nosológica. Cada consulta médica é única na construção interpessoal médico-paciente. Para um paciente individual, não há “o melhor” tratamento a ser prescrito pois, sempre, a melhor escolha dependerá de seus próprios juízos e valores e da interação com seu médico. Encontrar “a melhor escolha” é o ponto central de rico exercício clínico que obriga o médico a dominar conhecimentos e habilidades que reconhecidamente não são oferecidas pelo modelo de ensino vigente. Não basta conhecer

as últimas informações da medicina baseada em evidências para proporcionar o melhor cuidado ao paciente. Um grande oncologista norte-americano da atualidade salienta que quando médicos ou estatísticos adoecem, não perguntam qual o grande estudo multicêntrico aplicável às suas enfermidades. A questão que apresentam é: “Who is the best doctor for this problem?” (27)

Lain Entralgo assim descreve o sentimento do paciente com relação à sua identidade como pessoa humana integral: “É meu corpo vivo que pensa, quer e sente”. Aos médicos, como agentes no binômio profissional de saúde-enfermo, sugere que em suas ações profissionais considerem o ensinamento de Sartre: “A palavra é sagrada para quem a pronuncia e mágica para quem a ouve” (28).

Algumas diretrizes sobre parâmetros imprescindíveis na formação dos estudantes de medicina são apontadas pela Comissão Institucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM):

- adquirir habilidades e conhecimentos que lhes permita identificar os problemas básicos de saúde do indivíduo e da sociedade;
- ter flexibilidade profissional que lhes permita ser eficientes e considerar os valores, direitos e a realidade socioeconômica de seus pacientes;
- aprender métodos científicos e postura ética que lhes permita tomar decisões adequadas

que, expressas no trabalho clínico, sejam eficientes e respeitadas ao ser humano e seu ambiente;

- ter formação que lhes possibilite aprender fazendo e aprender a aprender, procurando ativamente construir seus próprios conhecimentos (29).

Para os especialistas que percebem apenas suas áreas de conhecimento, ou seja, o pequeno compartimento de suas disciplinas, resta o alerta de Marcuse, que descreve o homem unidimensional como aquele que se especializou numa única linguagem e vê o mundo somente por meio dela. Para ele (especialista) o mundo é só aquilo que os jogos de sua linguagem registram como verdade. O resto é irreal.

Ocorre que, no mundo real, as pessoas praticam simultaneamente muitos jogos de linguagem: jogos de amor, jogos de poder, jogos de saber, jogos de prazer, jogos de fazer, jogos de brincar, jogos de sedução e, até mesmo, jogos de adoecer. Assim é a vida, uma interminável seqüência de jogos, todos ocorrendo ao mesmo tempo. Percebê-la diferentemente é desconhecer sua essência, e afinal o que é a medicina senão uma tentativa de compreender e auxiliar as pessoas a prevenirem-se de enfermidades, sofrimentos e bem viverem suas próprias vidas (30).

Em conclusão, somente alcançaremos formar o médico pedido por Lown e resgatar a arte perdida de cuidar quando estivermos preparados para compreender o ensinamento de

SIMPÓSIO

Maimônides, célebre médico do século XII, assim expresso: “Possa eu jamais esquecer que o paciente é meu semelhante, transido de dor e que jamais o considere mero receptáculo de doença.” Acima de tudo, teremos de conside-

rar a contundente questão apresentada por Lèvinas: “Como podem esses sujeitos almejar um estatuto de humanidade e pertença se não se olham no rosto ou se olham com tanta brevidade?” (31)

RESUMEN

El perdido arte de cuidar

Este artículo pretende identificar las causas del deterioro en la calidad de atendimento médico que se transparenta cotidianamente en lo que convencionalmente se llama de deshumanización de la asistencia a la salud.

Apunta, inicialmente, para el modelo cartesiano-flexneriano que privilegia la soberanía de disciplinas y subdisciplinas académicas que se multiplican en la medida que ocurre el incontrolable crecimiento del conocimiento científico.

Muestra lo irrazonable que es persistir en ese modelo y plantea la adopción de nuevas propuestas pedagógicas para la enseñanza médica que mejor atiendan a las necesidades del ser humano enfermo.

Sugiere la incorporación de estrategias de enseñanza que permitan proporcionar conocimientos más adecuados del proceso salud-enfermedad, contemplando el enfoque interdisciplinario. Indica, como ejemplo, el modelo, ya implantado en diferentes cursos de Medicina, que promueve la integración curricular entre los ciclos básico y clínico y es organizado en módulos de enseñanza que substituyen las tradicionales disciplinas.

Finalmente, muestra que la UNESCO, preocupada con el extraordinario avance del saber científico y la proliferación de disciplinas académicas, creó la Comisión Internacional sobre Educación para el siglo XXI, que propone un nuevo tipo de formación universitaria estructurada sobre los ejes: aprender a conocer, aprender a hacer, aprender a convivir y aprender a ser.

Unitermos: bioética, enseñanza médica, interdisciplinarietà, humanización de la medicina, cuidados médicos

ABSTRACT

The lost art of caring

This paper aims to identify the causes of healthcare quality deterioration, as evidenced in the commonplace dis-humanization of medical care.

It starts by pointing to the Cartesian-flexnerian model that privileges the dominance of academic subjects and their subdivisions, multiplied at the unstoppable expansion of scientific knowledge. It shows how unreasonable it is to insist on this model, and suggests that new teaching methodologies need to be adopted by the medical schools if they are to meet the needs of the ill any better.

It advocates the incorporation of teaching strategies leading to better approaches of the health-illness process, in favor of an interdisciplinary focus. It presents the model adopted by several medical schools where the basic syllabus fits into the clinical phase of studies, with teaching modules replacing the traditional subject-oriented structure.

Finally, it shows how the International Commission for Education in the 21st Century came to be, out of UNESCO's concern with the extraordinary advance of science and the proliferation of academic subjects. The commission proposes a new type of college education on the basis of four major pillars: learn to know; learn to do; learn to live together; learn to be.

Uniterms: bioethics, medical education, interdisciplinarity, humanization of medicine, medical care

SIMPÓSIO

BIBLIOGRAFIA

1. Lown B. *A arte perdida de curar*. São Paulo: JSN, 1997.
2. Morin E. *A cabeça bem feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
3. Morin E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. São Paulo: Cortez, 2000.
4. Siqueira JE. *Universidade: uma ponte para o futuro*. In: Almeida M, organizador. *A universidade possível*. São Paulo: Cultura, 2001.
5. Rozenman Y. *Where did good clinical diagnosis go?* *N Engl J Med* 1997;336:1435-8.
6. Troncon LE, Cianflone AR, Martin CC. *Conteúdos humanísticos na formação geral do médico*. In: Marcondes E, Gonçalves EL, organizadores. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
7. Sfez L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Loyola, 1996.
8. Boelen C. *Interlinking medical practice and medical education: prospects for international action*. *Med Educ* 1994;28(suppl 1):82-5.
9. Almeida MA. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Editora UEL-ABEM, 1999.
10. Ramdom M. *O pensamento transdisciplinar e o real*. São Paulo: Triom, 2000.
11. Fiedler-Ferrara N. *Ciência, ética e solidariedade*. In: Carvalho EA, Almeida MC, Coelho NM, Fiedler-Ferrara N, Morim E. *Ética, solidariedade e complexidade*. São Paulo: Palas Athena, 1998.p.31-47.
12. *Le project Ciret-UNESCO: evaluation transdisciplinaire de l'université*. *Bulletin* 1997;(9-10). Disponível em: <http://www.perso.club-internet.fr/nicol/ciret/bulletin/b9set10.htm>
13. Komatsu RS, Zanolli MB, Lima VL. *Aprendizagem baseada em problemas*. In: Marcondes E, Gonçalves EL, organizadores. *Op.cit.* 1998: 223-35.
14. Gillard JP. *O médico do futuro: para uma nova lógica médica*. Lisboa: Instituto Piaget, 1995.
15. Entralgo PL. *Ciência, técnica y medicina*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
16. Entralgo PL. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Alianza Editorial, 1983.
17. Machado MH. *Perfil dos médicos no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/CFM-MS/PNUD, 1996. v.4.
18. *Seminário Internacional Profissão Médica, 1; 1997, 7-8 de outubro*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1997.
19. Goulart FAA, organizador. *Os médicos e a saúde no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

20. Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: HUCITEC, 1993.
21. Boff L. *Saber cuidar*. Petrópolis: Vozes, 1999.
22. Siqueira JE. *Ética e tecnociência: uma abordagem segundo o princípio da responsabilidade de Hans Jonas*. Londrina: Editora UEL, 1998.
23. Boff L. *Ética da vida*. Brasília: Letraviva, 1999.
24. Boff L. *Princípio de compaixão e cuidado*. Petrópolis: Vozes, 2001.
25. Rieff P. *O triunfo da terapêutica*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
26. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
27. Little M. *Humane medicine*. New York: Cambridge University Press, 1995.
28. Entralgo L. *Ser y conducta del hombre*. Madrid: Espasa, 1996.
29. Batista HA, Silva SHS. *O professor de medicina*. São Paulo: Loyola, 1998.
30. Alves R. *Entre a ciência e a sapiência: o dilema da educação*. São Paulo: Loyola, 2001.
31. Lévinas E. *Humanismo do outro homem*. Petrópolis: Vozes, 1993.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

*Rua Souza Naves, 1456
CEP: 86010-170
Londrina - PR - Brasil
E-mail: jtsique@sercomtel.com.br*