

O Resgate do Cuidar na Medicina e o Real Valor do Médico no Brasil

The Redemption of Care In Medicine and The Real Value of The Physician in Brazil

Marco Orsini¹, Acary Bulle Oliveira², Marco Antonio Araújo Leite³, Valéria Camargo Silveira⁴, Carlos Henrique Melo Reis⁵, Jano Alves de Souza⁶, João Santos Pereira⁷, Márzia Puccioni-Sohler⁸, Marcos RG de Freitas⁹, Giseli Quintanilha¹⁰, Mauro Monteiro¹¹, Fábio Henrique Porto¹², Camila Rodrigues de Almeida¹³, Luciane Bizari Coin de Carvalho¹⁴

RESUMO

Introdução. Cuidar é essencial. Da concepção à finitude faz-se necessário cuidar – sempre. O cuidar médico pode ser caracterizado como um mistura de arte e ciência, algo dinâmico, que busca continuamente a tomada de decisões que visam a restauração ou controle do corpo e da mente. **Objetivo.** Promover uma discussão provocativa à respeito da arte de cuidar da medicina no Brasil, exemplificada em relatos históricos e atuais, compreendidos no período de 1976- 2011. **Método.** Atualização da literatura através de artigos das bases de dados Medline, SciELO, Cochrane e Lilacs. **Resultados.** Etimologicamente, arte pode ser definida como o ato de utilizar um conjunto de preceitos para a perfeita execução de algo, execução prática de uma idéia, ou mesmo, perícia na utilização de meios para atingir um resultado. Arte, Medicina, Ciência e Cuidar são indissociáveis. Em vista disso, o médico necessita da ciência para resolver e responder à determinados problemas e da arte para expressar significados e acolher os enfermos. **Conclusão.** O cuidar médico será sempre indispensável, não apenas à vida dos indivíduos, mas à perenidade de todo o grupo social. O prazer em fazer e cuidar não pode ser encarado como algo fantástico e raro, pois é alicerce fundamental na relação médico-paciente.

Unitermos. Cuidados Médicos, Medicina, Medicina Comunitária.

Citação. Orsini M, Oliveira AB, Leite MAA, Silveira VC, Reis CHM, Souza JA, Pereira JS, Puccioni-Sohler M, de Freitas MRG, Quintanilha G, Monteiro M, Porto FH, Almeida CR, Carvalho LBC. O Resgate do Cuidar na Medicina e o Real Valor do Médico no Brasil.

Trabalho realizado no Serviço de Neurologia do Hospital Geral de Nova Iguaçu – UNIG, Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

1.Médico, Doutor, Pesquisador (Secretaria de Saúde) de Nova Iguaçu - Hospital Geral de Nova Iguaçu – UNIG, Rio de Janeiro, Brasil e Pesquisador do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação – UNISAUM, Bonsucesso, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 2.Neurologista, Médico do Serviço de Doenças Neuromusculares, UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil; 3.Neurologista, Professor da Universidade Federal Fluminense – UFF, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 4.Neurologista, Hospital Geral de Nova Iguaçu – UNIG, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 5.Neurologista, Secretário de Saúde de Nova Iguaçu – Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 6.Neurologista, Professor da Universidade Federal Fluminense – UFF, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 7.Neurologista, Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro - RJ, Brasil; 8.Neurologista, Professora da UNIRIO/UFRJ, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 9.Professor Titular e Chefe do Serviço de Neurologia – Universidade Federal Fluminense – UFF, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 10.Neurologista, Doutora, Assistente Voluntária do Serviço de Neurologia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 11.Cirurgião, Instituto Nacional do Câncer, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 12.Neurologista, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo-SP, Brasil; 13.Urologista, Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro-RJ, Brasil; 14.Psicóloga, Professora Afiliada da da – Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, São Paulo-SP, Brasil.

ABSTRACT

Introduction. Caring is essential. From design to finite it is necessary to take care - always. The caring doctor may be characterized as a mixture of art and science, something dynamic, continually strives to make decisions aimed at restoring or control of body and mind. **Objective.** To promote a provocative discussion about the art medical care in Brazil, exemplified in historical accounts and current, within a period from 1976 to 2011. **Method.** Update of literature using articles from Medline, SciELO, Lilacs and Cochrane. **Results.** Etymologically, art can be defined as the act of using a set of precepts for the perfect execution of something practical implementation of an idea, or even expertise in the use of means to achieve a result. Art, Medicine, Science and Care are inseparable. In view of this, the doctor of science needs to address and respond to certain problems and art to express meanings and welcome the sick. **Conclusion.** The medical care will always be essential, not only the lives of individuals, but the longevity of the whole social group. The pleasure of making and caring can not be seen as something fantastic and rare because it is an essential foundation in the doctor-patient relationship.

Keywords. Medical Care, Medicine, Community Medicine.

Citation. Orsini M, Oliveira AB, Leite MAA, Silveira VC, Reis CHM, Souza JA, Pereira JS, Puccioni-Sohler M, de Freitas MRG, Quintanilha G, Monteiro M, Porto FH, Almeida CR, Carvalho LBC. The Redemption of Care In Medicine and The Real Value of The Physician in Brazil.

Endereço para correspondência:

Marco Orsini
Rua Herotides de Oliveira, n2(801)
CEP 24230230, Jardim Icaraí, Niterói-RJ, Brasil.
E-mail: orsinimarco@hotmail.com

Opinião

Recebido em: 05/08/12

Aceito em: 02/01/13

Conflito de interesses: não

INTRODUÇÃO

Nos dias atuais temos consciência que passamos por uma crise na relação médico-paciente. Indubitavelmente, ser um “bom médico” é fazer da medicina algo, no mínimo, belo. É aplicar seus conhecimentos objetivando única e exclusivamente a amenização do sofrimento dos que padecem. Tais atributos certamente perpassam e são independentes da qualidade e quantidade da maquinaria tecnológica, que apesar de contribuir em demasia para a medicina, tornou menos solidificada tal relação^{1,2}. Motivos vários contribuíram, lamentavelmente, para a medicina afastar-se da sua missão fundamental, dentre eles a “fragmentação dos saberes” nas universidades, distribuídos em diferentes núcleos de conhecimento, incapazes de gerar uma visão transdisciplinar do cuidar. Segundo Siqueira (2001)³, a universidade 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. O objetivo do presente trabalho é promover uma discussão provocativa sobre o cuidar médico no Brasil e, principalmente, caracterizar o real valor dessa profissão. Desintoxicar a relação médico-paciente é nosso grande desafio. Entender que o ser humano deve ser cuidado é tarefa fundamental desse caminho.

MÉTODO

Neste estudo de atualização da literatura, foi realizada uma busca nas bases de dados Medline, SciELO, Cochrane e Lilacs com as seguintes palavras-chave: Cuidar Médico, Medicina, Arte de Cuidar, nos idiomas português, inglês e espanhol, compreendidas entre 1976-2011. Livros de Referência na área abordada também foram utilizados como base na fundamentação teórico-conceitual.

Diagnosticar, Cuidar, Conhecer e Amar: Função do Médico

Quando assumimos um caso, mesmo grave ou irreparável, dotado de momentos de dor e sofrimento, os pacientes esperam de nós um tempo de escuta e uma atuação composta não somente de conhecimento médico, mais também de humanidade. Para cuidar é necessário

ser humano. Ser humano é compreendê-los em sua magnitude e criar estratégias para amenização do sofrimento. Ser médico realmente não é fácil, entretanto é realizador. Medicina é arte – para tal é necessário dom e compaixão. Acreditamos que o prazer em ajudar o outro é o que nos acrescenta e fornece sentido ao nosso trabalho e profissão²⁻⁴.

A vocação médica é milenar. Hipócrates, considerado o pai da medicina, há cerca de 2.400 anos já citava os ingredientes mínimos necessários para os que buscavam abraçar a profissão médica. A maioria desses atributos, surpreendentemente, são válidos até os dias atuais. A exemplo, uma assertiva de Hipócrates: “O tratamento das enfermidades implica dois pontos fundamentais: ser útil e não causar nenhum dano. Nossa arte engloba três aspectos: a enfermidade, o enfermo e o médico”¹.

É fato que passamos por um desmoronamento dessa relação, uma profunda crise de compaixão e humanismo. Alguns ambientes embora perfeitos do ponto de vista técnico e científico, são desumanizados, sem alma e ternura humana. É um contraste, que embora chocante, provocador de indignação ética, nos fortalece no ato de reabilitar a medicina. Ainda existem muitos médicos zelosos. Essas considerações são apoiadas pelo trecho abaixo, que embora caracterize a função do cuidador, também remete uma de nossas principais funções, o poder de escuta como atributo primordial para intervenção e estabelecimento de metas¹⁻⁵.

“Talvez o remédio mais eficaz em termos de cura seja a qualidade do relacionamento mantido entre o paciente e seus cuidadores, e entre o paciente e sua família. A qualidade curadora da terapêutica pode facilmente ser enfraquecida quando relações emocionais (negação, raiva, culpa e medo) sentidas pelos pacientes, famílias ou cuidadores não são adequadamente trabalhadas. É claro que está no coração da relação terapêutica entre pacientes e cuidadores o cuidado com as necessidades de relação e sentido, bem como de uma comunicação honesta e verdadeira”⁴.

Antigamente, a Medicina era mais arte do que ciência; o médico tradicional tinha uma sensibilidade aguçada, já que os recursos diagnósticos e o arsenal terapêutico eram pequenos quanto os conhecimentos científicos. Hoje, sendo reconhecida epistemologicamente como ciência, a medicina necessita de conhecimentos técnicos

específicos calcados em metodologia científica e, por ser arte, requer um modo de conduta moral, pautadas em virtudes, ao fazer as intervenções em seu sujeito de trabalho: o ser humano. A medicina, nos dias de hoje, apenas faz sentido se seu entendimento e suas atividades estiverem em um contexto moral⁵⁻⁷.

A solidariedade e a sensibilidade são atributos essenciais para o médico, melhorando as relações com os pacientes, especialmente quando o enfermo compartilha com o seu médico os seus pensamentos, temores e segredos. Daí a importância desses atributos acrescidos de mais um atributo necessário: a compaixão, que deve sempre ser empregada em nossa prática⁷.

Crítica ao Modelo Atual de Ensino Médico

Na atualidade, podemos identificar e caracterizar, pelo menos, três modelos na medicina: a) *o modelo técnico-científico*, alicerçado nos grandes avanços das ciências e tecnologias biomédicas, que levam a pensar que todas as doenças são curáveis, desde que tenham o tratamento adequado; b) *o modelo comercial-empresarial*, atrelado às tecnologias de ponta e aos tratamentos mais modernos, utilizando recursos sofisticados e onerosos; c) *o modelo da benignidade humanitária e solidária*, que privilegia o ser humano como o valor fundamental no cuidado à saúde, embora reconhecendo os benefícios da evolução científica e tecnológica⁴. Nesse último modelo, o cuidado ao paciente privilegia princípios éticos e ações humanitárias. Infelizmente, ainda ocorre um desnivelamento entre os modelos supracitados, prevalecendo o modelo técnico-científico.

Acreditamos que para o fortalecimento do modelo humanitário faz-se necessário uma reestruturação dos projetos políticos pedagógicos das escolas de medicina, buscando a introdução de conteúdos filosóficos e antropológicos nos currículos médicos, assim como disciplinas de comunicação e relacionamento interpessoal. Esse movimento já pode ser percebido em algumas escolas, buscando aproximar a relação médico-paciente.

Infelizmente não existe conhecimento de iniciativas para desenvolver habilidades e competências, como sensibilidade humana, comunicação e relacionamentos interpessoais, e maior espaço teórico e prático para a ética do cuidado. Seria necessário que os alunos se conscientizassem

da natureza do ato médico, que traz embutida a relação humana entre paciente e profissional; incluem-se, nesta relação, os sentimentos, a dificuldade de comunicação, a relação pessoal com a morte e o morrer, pois serão determinantes na hora de cuidar. Pensamos que transformar a realidade deste processo de formação do futuro médico passa por mudanças significativas no cenário socioeconômico e cultural do país; assim como no sistema de saúde, como um todo. Logicamente, tal processo é, de certa forma, individual e interno, entretanto pode ser estimulado durante a formação do médico por educadores com capacitação para tal. A escola de medicina deve ser o local para início das reflexões sobre as diferenças e as particularidades dos processos de diferentes alunos e suas relações com os pacientes, onde em conjunto passam a moldar seus saberes.

O profissional envolvido com a educação médica, ao anunciar que “diagnostica os problemas” dos alunos, não se atenta que ocupa a posição discursiva do médico e automaticamente coloca o aluno na posição discursiva de paciente, responsabilizando-o pelas diferenças que são parte do processo de escolarização, da relação com a linguagem⁵. Como os sentidos trabalhados pela escola são os mesmos sentidos de um saber legitimado pelo livro didático e pela verbalização do educador, extingue-se, a possibilidade da “troca de saberes”, pela inserção do aluno em seu próprio processo, pela autorização da produção de sentidos diferentes dos institucionalizados e previstos.

O sujeito que adentra na escola de medicina já é rotulado como “deficiente” porque não possui os mesmos saberes que circulam nos livros didáticos e que são os saberes de seus professores. Isso não é pouca coisa quando se julga que as relações estabelecidas na escola são construídas a partir dessa ideologia.

A partir dessas considerações, embora os exames sejam “norteadores” de uma boa ou ruim assimilação do conhecimento do livro didático, não deixam de ser consideradas formas de “adestrar” os indivíduos num sistema de funcionamento. Para formar-se um médico, faz-se necessário um remodelamento pedagógico e um maior tempo para a troca de saberes e experiências vivenciadas entre todos os atores envolvidos no processo - discentes, docentes, pacientes. Algumas escolas e projetos políticos pedagógicos são “ignorantes”, pois não enxergam a neces-

cidade de uma reformulação do ensino médico no Brasil, não só da ética médica e da bioética como matéria, proporcionando ao médico uma visão mais contundente do ser humano, esclarecendo assim seu papel no contexto social.

Bioética na Formação Médica

Quando falamos na bioética como instrumento da formação reflexiva de médico, faz-se necessário que os “atores” envolvidos no processo tenham um sólido embasamento teórico, conceitual, filosófico e os conhecimentos específicos da profissão, históricos e atualizados, a fim de propiciar aos alunos momentos de reflexão crítica acerca das problemáticas morais inerentes ao contexto profissional. Um ensino baseado somente em discussões normativas não se mostra suficiente para a formação de profissionais contextualizados com as demandas educacionais e sociais contemporâneas e com o cenário de saúde do nosso país, cujo perfil exigido é dependente de competência política, social e, essencialmente, ética⁶⁻⁸. Não pretendemos com este artigo esgotar o debate referente a este tema, mas contribuir para a emergência de reflexões e a produção de estudos que versem sobre a aproximação da ética e a da bioética com a formação do médico.

A natureza humana é desintegrada na educação que se baseia em disciplinas, tornando-se impossível aprender o que significa ser humano⁹. Assim, faz-se necessário restaurar a unicidade para que cada ser humano tenha consciência de sua identificação complexa e de sua identidade comum aos outros, evocando democracia e a cidadania terrestre. Porquanto, é necessário reconhecer a unicidade e as complexidades humanas, reunindo e organizando conhecimento das Ciências da Natureza, Humanas, Literatura e Filosofia, elo indissociável da unidade e diversidade de tudo que é humano. Atributos primordiais para o fortalecimento da Arte de Cuidar.

Acreditamos que o ensino da bioética não é algo quantitativo, requer uma articulação com a vivência prática, pois quando não existe tal articulação, o ensino desta disciplina se torna para o estudante de medicina uma atividade vazia de significados e desgastante, levando-o a um distanciamento da reflexão crítica. O mais importante para o médico em formação, é uma total compreensão que os percalços, dilemas e/ou questões que emergem na

prática profissional, devem ser analisados criteriosamente, articulados aos fatos do cotidiano e dentro do contexto social, de maneira a provocar discussões epistemológicas e práticas.

Questionamos se realmente existem atributos médicos que possam ser demarcados quantitativamente para uma ótima relação de compaixão médico-paciente na prestação de cuidados. Chegamos à conclusão que tal profissional deve ser aquele despido de vaidades e saber, onde nos sentimos à vontade, quando na posição de pacientes, após descrevermos nossos problemas. Um profissional para quem o paciente jamais é encarado com uma estatística ou objeto de estudo¹⁰.

“(...) 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 (...)”³.

Aprender a Ouvir: Importância da Escuta Médica

As grandes transformações ocorridas, principalmente a partir da segunda metade do século XX, propiciaram mudanças nas relações entre o ser humano com o seu próximo e estes com o meio ambiente, sob uma forma muito rápida e até inimaginável. Estas mudanças têm propiciado uma proliferação de discussões que colocam o ser humano atual como desbravador de novos saberes, com rupturas nas formas e padrões de pensamento, possibilitando uma nova sociedade, em novos jeitos de se viver e mudando a nova concepção de ciência e do existir. O profissional da área da saúde, talvez mais do que outros de outras áreas da ciência, tem sofrido uma verdadeira metamorfose que é a vida, vida está sempre num movimento fluido e heterogêneo, que o angustia com suas verdades e incertezas¹¹.

“O conhecimento científico, como modelo do real, tem a característica de um permanente devir, um vir a ser, que o torna sempre inacabado, incompleto, pois há sempre a possibilidade de uma análise mais recente do mesmo objeto sob um novo e ainda inexplorado ângulo. Não existem questões solucionadas em definitivo ou para sempre”¹².

Atualmente, muitos são os relatos de descontenten-

tamentos em relação às práticas médicas convencionais, mecanicistas, que se têm mostrado extremamente técnicas e de uma enormidade de efeitos colaterais e ausência de resultados efetivos em relação ao conceito pleno de saúde. As práticas de cuidados em saúde devem-se basear em três pilares fundamentais: autoconhecimento, alteridade e transdisciplinaridade¹⁰⁻¹².

A transdisciplinaridade é uma forma de autotransformação orientada para o autoconhecimento, para a unidade do conhecimento e para a criação de uma nova arte de viver em sociedade¹³. “Eliminar a arrogância, a inveja e a prepotência, adotando em primeiro lugar o respeito, a solidariedade, a cooperação, é o objetivo maior da transdisciplinaridade. Nossa missão é nada mais do que propor um pacto moral entre as pessoas interessadas numa nova perspectiva de futuro para a humanidade. A base dessa perspectiva é a identificação do muito que pode ainda ser transformado”¹⁴.

Para que isto aconteça é necessário que se possa identificar suas duas próprias dimensões de realidade: a macrofísica, isto é da realidade que é visível e a quântica, que seria uma realidade não visível, não-material, transcendente. Estas dimensões permitem ao profissional da saúde ver-se tanto como um especialista, com um corpo macrofísico e com um domínio linguístico privilegiado sobre um determinado nível de realidade, dado pela competência de seu universo disciplinar, bem como com uma capacidade cognitiva, espiritual, de acessar as zonas de não resistência comuns a todos os demais profissionais. Em nossas empreitadas cotidianas, ao caminhar pelas ruas da cidade ou quando adentramos os diversos espaços, tanto os privados quanto os públicos, somos colocados em contato com o mundo de maneira sensorial, com seus cheiros, com suas cores, com seus sons, suas temperaturas e com todas as nuances e possibilidades que este mundo nos abre e nos permite experimentar.

Deleuze & Guatarri (1997)¹⁵ nos colocam diante da seguinte questão: Como somos capturados? Afetados? Ao nos remeter a figura do carrapato ele nos mostra a capacidade deste animal ser afetado pelo cheiro, pela luz, pelo sangue do animal à espreita. “Por exemplo, o carrapato, atraído pela luz, ergue-se até a ponta de um galho; sensível ao odor de um mamífero, deixa-se cair quando passa um mamífero sob o galho; esconde-se sob sua pele,

num lugar o menos peludo possível. Três afetos e é tudo; durante o resto do tempo o carrapato dorme, as vezes por anos indiferente a tudo o que se passa na floresta imensa. Seu grau de potência esta efetivamente compreendido entre dois limites, o limite ótimo de seu festim depois do qual ele morre, o limite péssimo de sua espera durante o qual ele jejua”.

A escuta médica, enquanto campo do sutil possibilita uma cartografia sobre as formas de relação entre as pessoas. Uma forma de capturar e ser capturado, uma forma de relacionar-se, de marcar território e de ampliá-lo. Escutar, diferentemente de ouvir, é um ato consciente de absorver informação. O objetivo da escuta é entender, decifrar, catalogar a informação que selecionamos entre todas as sonoridades ouvidas concomitantemente, o que requer atenção e concentração. A escuta clínica exige escutar o dito e o não dito, observar o que há por trás do dito (entonações da voz, tônus, movimentos corporais, expressões faciais).

”O exercício de escutar a paisagem sonora a partir de uma “escuta nômade” possibilita o desenvolvimento de uma escuta que compõe, que inventa: uma escuta que percorre diferentes caminhos, despropositadamente, desvelando a todo momento escutas possíveis que escapam àquelas predeterminadas pelo hábito”¹⁶.

A escuta possibilita a nós médicos, a abertura para o novo, para o diferente, para o surpreendente, para o inovador, proporcionando-nos a autopercepção e sensibilização do ser e existir. Uma escuta que resgata a capacidade de nos afetar, tornando as forças sonoras sensíveis de tornar audíveis forças não audíveis, permite-nos vivenciar o pilar da alteridade, possibilitando ao mesmo tempo se colocar no lugar do outro, entendendo as diferenças de saberes e de visões de mundo, nas constantes tensões que é o viver. Escutemos a nós mesmos, não nos detenhamos nos muros do palácio, muros que podem ser nós mesmos, nossos próprios medos e formas de representações que criamos dentro de nós. Deixemo-nos escapar e componhamos uma linda polifonia de amor e cuidado à vida.

O Médico e a Situação dos Serviços de Saúde no Brasil

Começamos tal trecho com a obra do pintor inglês Sir Samuel Luke Fildes (1843 - 1927), que sempre deixou transparecer sua preocupação com os menos favorecidos.

Fildes compartilhava com outros artistas o poder “impactante” das imagens, buscando sensibilizar a opinião pública sobre temas como a pobreza e a injustiça social. A esperança era que a comoção da sociedade diante das ilustrações resultasse em atos de caridade e ação social coletiva. Sob esta perspectiva, Luke Fildes pintou “Candidatos à internação numa enfermaria casual”, quadro que expressa vividamente o sofrimento dos pobres (Figura 1).



Figura 1. *Candidatos à Internação numa Enfermaria Casual*, Luke Fildes, 1874. (domínio público).

Parece-nos oportuno, na imagem, identificarmos questões que nos remetem alguns dos problemas atuais da saúde pública em nosso país, dentre eles a falta de sensibilidade e a superficialidade na relação entre os seres humanos. Através do “Óleo sobre Tela” de Fildes, percebemos um ambiente frígido, hostil e sombrio, composto por personagens, possivelmente familiares, organizados e apequenados em fila na porta de uma enfermaria qualquer. Através dos “olhos inertes” do pintor, observamos uma mãe (à esquerda) fornecendo suporte a dois filhos, um ébrio na cartola, crianças como farrapos, bêbados e esquecidos.

Ao refletirmos sobre a garantia de serviços de saúde integral, de acesso universal e igualitário, descobrimos o quão devedor e dúbio é nosso serviço de saúde. Aproveitamos para alertar aos médicos, que independente da catastrófica situação, não podemos nos inclinar com discursos fatalistas e aceitar a realidade. Apesar dos avanços científicos e tecnológicos, o homem não mudou, necessitando antes de tudo confiar em quem o trata¹⁷. O sistema único de saúde parece, no mínimo, “duvidoso” quando aponta com veemência para políticas de saúde

que objetivam a humanização dos serviços – tais considerações não se fazem presentes. Felizmente ainda existem médicos que valem muito, aqueles com poder de escuta, compaixão, ternura e dedicação com seus pacientes - que lutam incansavelmente para mudanças no catastrófico panorama da saúde no Brasil. Médicos de vocação, como muitos de nossos amigos, são aqueles que com amor e prazer executam suas atividades.

Aspectos psíquicos/psicossomáticos e sua relação com a prática Médica

A prática clínica da psicologia teve início no Brasil, no século XIX, com a função de unir as áreas de Neurologia e Psiquiatria, pois trazia, por um lado, os conhecimentos sobre a alma humana e por outro toda a organicidade da percepção, sensação e comportamento clássico (estímulo-controle)¹⁸⁻²⁵. O início das instituições psiquiátricas unia o uso das medicações com práticas psicoterapêuticas, ainda que exercidas exclusivamente por médicos. Com as primeiras instituições de ensino superior de medicina no Rio de Janeiro e São Paulo, surgiu a obrigatoriedade de disciplinas de psicologia. Com suas interfaces na filosofia e pedagogia, a atuação psicológica foi mais delimitada. Somente em 1934 é que a Psicologia passou a ser formação superior e em 1962 foi considerada profissão, com código de ética e delimitação das atividades do psicólogo.

A primeira proposta de atuação do psicólogo deixava de lado toda a atividade clínica, psicoterapêutica. Ao psicólogo era permitido atuar em escolas e empresas. A atividade clínica deveria ser totalmente de responsabilidade do médico, sendo o psicólogo um técnico subordinado ao médico. Essa proposta não foi aprovada e a instituição do psicólogo como profissional incluiu a prática clínica psicoterápica como responsabilidade da classe.

Apesar dessa indisposição, a relação entre psicólogos e médicos sempre foi muito próxima. As primeiras atividades psicanalíticas foram trazidas ao Brasil por médicos, que atuavam tanto na área clínica como no ensino.

Essa pequena localização da história da psicologia no Brasil, mostra que médicos e psicólogos sempre estiveram muito sobrepostos tanto nas teorias como nas práticas. Essa dificuldade em se definir os limites de uma e outra profissão é a imagem personificada da união mente

corpo, e a dificuldade que muitas vezes enfrentamos em tentar especificar a causa de uma doença, se física ou psíquica. Essas duas áreas sempre estiveram unidas. O positivismo somente as separou como um método para estudá-las, mas essa separação é impossível. As emoções têm uma influência direta nas condições físicas do indivíduo, predispondo ou precipitando doenças, e as condições físicas delimitam as reações emocionais. Sem entrarmos no mérito da influência do ambiente físico e social que direciona o desenvolvimento do corpo e da mente. Seja o comportamento, a saúde mental ou a aprendizagem, a qualidade de vida é o fator mais considerado para o bem estar geral do indivíduo, em todos os aspectos.

CONCLUSÃO

Ressaltamos que o exercício da medicina é uma arte diária. Arte que, indubitavelmente, na relação médico-paciente, depara-se com situações que extrapolam os conhecimentos científicos. Arte que necessita ser resgatada. Responsabilidade e compromisso com os pacientes são atributos mínimos dessa relação. O médico nunca deve se esquecer de que quem o procura é um paciente e não um doente ou uma enfermidade, porquanto, tão importante quanto diagnosticar é saber tratar. São necessários novos estudos na área.

AGRADECIMENTOS

À professora Ana Maria Pittella Chefe do Serviço de Clínica Médica do Hospital Quinta-Dor, Rio de Janeiro, Brasil, pelas sugestões e críticas ao material.

REFERÊNCIAS

- Lowenkron T. Resenha de Livro: Vocação Médica: Um estudo de gênero. J Bras Psiquiatr 2006;55:155.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852006000400009>
- Bofe L. Princípio de compaixão e cuidado. O mundo da saúde 2000;24:128.
- Siqueira JE. Universidade: uma ponte para o futuro. In: Almeida M (org). A universidade possível. São Paulo: Cultura, 2001, p.111.
- Catholic Health Association of the United States. Care of the dying: a catholic perspective. Saint Louis: Catholic Health Association, 1993, p.47-54.
- Sadala MLA, Silva MP. Cuidar de pacientes em fase terminal: a experiência de alunos de medicina. Interface (Botucatu) 2008;12:7-21.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100002>
- Hashiguti ST. O discurso médico e a patologização da educação. Trab Linguist Apl 2009;48:41-51.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-18132009000100004>
- D'Avila RL. A codificação moral da medicina: avanços e desafios na formação dos médicos. Rev Bras Saude Mater Infant 2010;10:399-408.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600019>
- Gomes AMA, Moura ERF, Amorim RF. O lugar da ética e da bioética nos currículos de formação médica. Rev Bras Educ Méd 2006;30:56-65.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022006000200008>
- Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 8 ed. São Paulo: Cortez; 2003, p.123.
- Orsini M, Oliveira ASB, Melo-Reis CH, De Freitas MRG, Chieia MAT, Airão AR, et al. Princípio de compaixão e cuidado: A arte de tratar pacientes com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Rev Neurocienc 2011;19:382-90.
- Betencourt PR. Escutas desterritorializantes: contribuições singulares para um cuidador integrativo (Monografia). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2011, 42p.
- Einstein A, Infeld L. A evolução da Física. 3 ed. Rio de Janeiro: Jorje Zahar ed, 1976, p.245.
- Nicolescu B. O manifesto da transdisciplinaridade. São Paulo: Triom, 1999, p.24.
- D'Ambrozio V. Transdisciplinaridade. São Paulo: Palas Athena, 1997, p.147.
- Deleuze G, Guatarri F. Mil platôs: Capitalismo e esquizofrenia, vol 4. São Paulo: Editora 34, 1997, p.715.
- Santos FC. Por uma escuta nômade: a música dos sons da rua. São Paulo: EDUC, 2002, p.178.
- Madeiro-Filho AJ, Coelho-Filho JM (org). Você pode me ouvir, Doutor? Campinas: Saberes Editora, 2010, p.312.
- Esch CF, Jacó-Vilela AM. A regulamentação da profissão de psicólogo e os currículos de formação psi. In: Jacó-Vilela AM, Cerezzo AC, Rodrigues HBC (Orgs.) Clio-psyche hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará/FAPERJ, 2001, p.146.
- Massimi M. História da psicologia brasileira: da época colonial até 1934. São Paulo: EPU. 1990, p.82.
- Penna AG. História da psicologia no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Imago, 1992, p.78.
- Pereira Neto AF. Ser médico no Brasil: o presente no passado. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001, p.34.
- Pessotti I. Notas para uma história da psicologia brasileira. In: Conselho Federal de Psicologia. Quem é o psicólogo brasileiro? São Paulo: Edicon, 1988, p.88.
- Pereira FM, Pereira-Neto A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de Profissionalização. Psicol Est 2003;8:19-27.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722003000200003>
- Figueiredo LC. Revisitando as Psicologias. Da Epistemologia à Ética das Práticas e discursos Psicológicos. São Paulo: Educ, 1995, 97p.
- Neves AC. O Emergir do corpo neurológico no corpo paulista: Neurologia, Psiquiatria e Psicologia em São Paulo a partir dos periódicos médicos paulistas (1889-1936) (TESE). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2008, 503p.