

ÉLIO LUIZ MAUER



A FORMAÇÃO TEÓRICO PRÁTICA DO MÉDICO DO FUTURO
— As faces da crise conceitual da medicina contemporânea

Dissertação apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação, sob a orientação do Prof. Dr. Almeri Paulo Finger, Ph.D.

CURITIBA
2000



**ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE EXAME DE DISSERTAÇÃO DO PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, NÍVEL DE MESTRADO, DA PONTIFÍCIA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ.**

Exame de Dissertação n.º 206

Aos onze dias do mês de outubro de dois mil, realizou-se a sessão pública de defesa de dissertação "A FORMAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA DO MÉDICO DO FUTURO - AS FACES DA CRISE CONCEITUAL DA MEDICINA CONTEMPORÂNEA", apresentada por **Élio Luiz Mauer**, ano de ingresso 1996 para obtenção do título de Mestre. A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes professores:

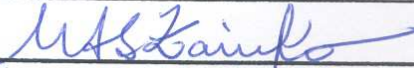
MEMBROS DA BANCA	ASSINATURA
Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	
Prof. Dr. Éllis Alindo D'Árrigo Busnello	
Prof. Dr. Deoclécio Antônio Scherer	

De acordo com as normas regimentais a Banca Examinadora deliberou sobre os conceitos a serem atribuídos e que foram os seguintes:

Prof. Dr. Almeri Paulo Finger	Conceito	H
Prof. Dr. Éllis Alindo D'Árrigo Busnello	Conceito	A
Prof. Dr. Deoclécio Antônio Scherer	Conceito	A
	Conceito Final	A

Observações da Banca Examinadora:

A banca reconhece a qualidade
e a importância do trabalho apresentado
e atribui o conceito A


Prof.ª Dr.ª Maria Amélia Sabbag Zainko
Diretora da Área de Educação
Coordenadora do Curso de Mestrado em Educação

DEDICATÓRIA

*Ao meu pai, Chiel (Henrique) Mauer z”l.
Tivesse podido, certamente faria
muito melhor, e ao Leonardo,
que, em querendó, o fará.*

*À Agnes, que agüentou tudo isto e
muito mais.*

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de agradecer aos professores, colegas e funcionários do Mestrado em Educação da PUC-Pr, pela oportunidade de passar com eles momentos intelectualmente tão ricos e pessoalmente tão prazerosos, apesar de todas as dificuldades. Acima de tudo, por me terem permitido e propiciado a oportunidade de colocar no papel algumas idéias e opiniões que hoje tomam forma. Para mim esta experiência tem um extraordinário significado, independentemente do valor intrínseco que possa ter.

Um agradecimento especial ao meu Orientador, Professor Doutor Almeri Paulo Finger, desejando que tenha muitos outros orientandos. Porém... menos complicados...

- O que os senhores precisam — disse — é de alguma coisa com lágrimas, para variar. Nada custa bastante caro aqui.
 (“Doze milhões e quinhentos mil dólares”, tinha protestado Henry Foster, quando o Selvagem lhe dissera isso.
 “Doze milhões e quinhentos mil dólares — foi o que custou o novo Centro de Condicionamento. Nem um centavo menos.”)
- Expor o que é mortal e inseguro, por uma casca de ovo embora, ao acaso, ao perigo, à morte. Isso não é alguma coisa? — perguntou ele, erguendo os olhos para Mustafá Mond. — Mesmo abstraindo de Deus, embora Deus, por certo, possa ser uma razão. Não é alguma coisa viver perigosamente?
- Sem dúvida nenhuma — respondeu o Administrador. — Os homens e as mulheres necessitam que se lhes estimulem de tempos em tempos as cápsulas supra- renais .
- O quê? — perguntou o Selvagem, que não compreendera.
- É uma das condições da saúde perfeita. Foi por esse motivo que tornamos obrigatórios os tratamentos de S. P.V.
 — S. P. V.?
- Sucedâneo de Paixão Violenta. Regularmente, uma vez por mês, inundamos todo o organismo com adrenalina. É o equivalente fisiológico completo do medo e da cólera. Todos os efeitos tônicos de assassinar Desdêmona e de ser assassinada por Otelo, sem nenhum dos inconvenientes.
- Mas eu gosto dos inconvenientes.
- Nós não. Preferimos fazer as coisas confortavelmente.
- Mas eu não quero conforto. Quero Deus, quero a poesia, quero o perigo autêntico, quero a liberdade, quero a bondade. Quero o pecado.
- Em suma — disse Mustafá Mond — o senhor reclama o direito de ser infeliz.
- Pois bem, seja — retrucou o Selvagem em tom de desafio.
- Eu reclamo o direito de ser infeliz.
- Sem falar no direito de ficar velho, feio e impotente; no direito de ter sífilis e câncer; no direito de não ter quase nada que comer; no direito de ter piolhos; no direito de viver com a apreensão constante do que poderá acontecer amanhã; no direito de contrair a febre tifóide; no direito de ser torturado por dores indizíveis de toda espécie.
- Houve um longo silêncio.
- Eu os reclamo todos — disse finalmente o Selvagem.
- Mustafá Mond encolheu os ombros.
- À vontade — respondeu.

***“O wonder!
How many goodly creatures are there here!
How beauteous mankind is! O brave new
world,
That has such people in’t.”***

(“Oh! Maravilha! Quantas criaturas belas estão aqui! Como é bela a humanidade! Oh! Admirável mundo novo em que vivem tais pessoas.)

W. Shakespeare. *A Tempestade*. Ato V, Cena Primeira.

*Não é possível fazer uma reflexão sobre a educação sem refletir sobre o próprio homem.
(...) Começemos por pensar sobre nós mesmos e tratemos de encontrar, na natureza do homem, algo que possa constituir o núcleo fundamental onde se sustente o processo de educação. Qual seria este núcleo captável a partir de nossa própria experiência existencial?
(...) Jaspers disse: “Eu sou na medida em que os outros são”.*

Paulo Freire. *Educação e Mudança*, p. 27.

RESUMO

O presente trabalho procura, por meio de uma metodologia bibliográfico-descritiva, mostrar que, apesar dos inquestionáveis sucessos tecnológicos da medicina moderna, persistem, subjacentes a esta eufórica e aparente calma, intensos conflitos conceituais, que se manifestam de formas distintas: a deterioração da relação médico-paciente, as dificuldades com as quais se defrontam todos os personagens envolvidos neste contexto (estudantes de medicina, médicos, professores, pacientes) e através das próprias concepções contraditórias expressas pelos personagens. Utilizando-se de uma revisão histórica pertinente tanto aos conceitos que no tempo fundamentaram a prática médica, como das características que manifesta esta mesma *praxis*, assim como das particularidades que assume o processo de formação do médico, procura este estudo demonstrar que, a partir dos mestres gregos da *arte de curar*, existe uma linha mestra que caracteriza epistemologicamente a conduta dos responsáveis pelo bem-estar e pelo aplacamento do sofrimento do Homem. Outrossim, procura-se demonstrar que esta atividade, apesar de sempre refletir as conceituações científicas características de cada época, subordina-as aos aspectos práticos e não o contrário. Enfim, que, em medicina, o constructo teórico, historicamente, submete-se, sempre, ao império do senso comum e do conhecimento oriundo da prática. O trabalho também defende o conceito de que a visão de *homem* manifestada durante a absoluta maior parte do tempo, pela medicina, foi uma visão hipocrática, *unicista* e *integradora*, e que a visão cartesiana que separa certos processos do Homem, que chama de *corpo*, de outros, que chama de *mente*, representou uma problematização estéril para o avanço da ciência hipocrática durante os últimos séculos. De tal divisão, conhecida como *dicotomia mente-corpo*, a própria ciência moderna vem se encarregando de livrar-se, com base em suas descobertas, as quais tendem a confirmar a integração, e não a divisão, no que diz respeito ao funcionamento do ser humano. Com isto, o *soma* (medicina física) precisa obrigatoriamente se reaproximar da *psique* (psiquiatria). Como se evidencia pelo conteúdo mesmo do estudo, essas antigas-modernas conceituações demonstram não só a falência da dicotomia, como a necessidade da integração das duas partes em nível de atuação, assim como de ensino, criando um médico, em primeiro lugar, *do Homem*, ou seja *humanístico*.

RESUMO

O presente trabalho procura, por meio de uma metodologia bibliográfico-descritiva, mostrar que, apesar dos inquestionáveis sucessos tecnológicos da medicina moderna, persistem, subjacentes a esta eufórica e aparente calma, intensos conflitos conceituais, que se manifestam de formas distintas: a deterioração da relação médico-paciente, as dificuldades com as quais se defrontam todos os personagens envolvidos neste contexto (estudantes de medicina, médicos, professores, pacientes) e através das próprias concepções contraditórias expressas pelos personagens. Utilizando-se de uma revisão histórica pertinente tanto aos conceitos que no tempo fundamentaram a prática médica, como das características que manifesta esta mesma *praxis*, assim como das particularidades que assume o processo de formação do médico, procura este estudo demonstrar que, a partir dos mestres gregos da *arte de curar*, existe uma linha mestra que caracteriza epistemologicamente a conduta dos responsáveis pelo bem-estar e pelo aplacamento do sofrimento do Homem. Outrossim, procura-se demonstrar que esta atividade, apesar de sempre refletir as conceituações científicas características de cada época, subordina-as aos aspectos práticos e não o contrário. Enfim, que, em medicina, o constructo teórico, historicamente, submete-se, sempre, ao império do senso comum e do conhecimento oriundo da prática. O trabalho também defende o conceito de que a visão de *homem* manifestada durante a absoluta maior parte do tempo, pela medicina, foi uma visão hipocrática, *unicista* e *integradora*, e que a visão cartesiana que separa certos processos do Homem, que chama de *corpo*, de outros, que chama de *mente*, representou uma problematização estéril para o avanço da ciência hipocrática durante os últimos séculos. De tal divisão, conhecida como *dicotomia mente-corpo*, a própria ciência moderna vem se encarregando de livrar-se, com base em suas descobertas, as quais tendem a confirmar a integração, e não a divisão, no que diz respeito ao funcionamento do ser humano. Com isto, o *soma* (medicina física) precisa obrigatoriamente se reaproximar da *psique* (psiquiatria). Como se evidencia pelo conteúdo mesmo do estudo, essas antigas-modernas conceituações demonstram não só a falência da dicotomia, como a necessidade da integração das duas partes em nível de atuação, assim como de ensino, criando um médico, em primeiro lugar, *do Homem*, ou seja *humanístico*.

ABSTRACT

This paper tries, by using a bibliographic and descriptive methodology, to indicate that, despite the unquestionable technological successes of modern medicine, there are and continue existing, behind this somehow euphoric quietness, strong conceptual conflicts, that manifest themselves in different forms: the deterioration of the physician-patient relationship, the hardness with which all the characters present in the context (medical students, physicians, teachers and patients) must confront themselves and the conceptual contradictions expressed by the characters mentioned previously. By means of a historical review relevant to the concepts that historically based medical practice and to the distinctive features of that same *praxis*, as well as to the particularities of the formation of doctors, this study tries to prove that, since the times of the Greek masters in the *healing art*, there is a master line that epistemologically defines the behavior of people responsible for Man's search of well-being and suffering mitigation. Otherwise, it tries to prove that this human activity, although attached to distinctive scientific particularities of each era, is subordinate to practical aspects and not the other way. In short, the common sense and practical knowledge as seen in history define in medical realm, the theoretical construct. Defense is clear of the concept that man's view of medicine as it appears most of the time in history is, basically, Hippocratic, *unicist* and *integrative*, and that the Cartesian view that split some Man's processes, called *body* by others, named *mind* represent, in the last centuries, an useless problematic making for the advance of Hippocratic science. From these division, known as the *mind-body dichotomy*, science itself has been attempting to get rid of, based on its surprising findings that tends to warrant more an integrative view in what the functioning of man is concerned. Being so, *soma* (internal medicine) is supposed to necessarily rapport to the *psyche* (psychiatry). As shown in the study's contents, these old-modern concepts appoint not only to the collapse of dichotomy, to the needed integration of the two parts in practical and teaching aspects and in the making of a, in first place, physician of Man or, in other words, a humanistic physician.

ABSTRACT

This paper tries, by using a bibliographic and descriptive methodology, to indicate that, despite the unquestionable technological successes of modern medicine, there are and continue existing, behind this somehow euphoric quietness, strong conceptual conflicts, that manifest themselves in different forms: the deterioration of the physician-patient relationship, the hardness with which all the characters present in the context (medical students, physicians, teachers and patients) must confront themselves and the conceptual contradictions expressed by the characters mentioned previously. By means of a historical review relevant to the concepts that historically based medical practice and to the distinctive features of that same *praxis*, as well as to the particularities of the formation of doctors, this study tries to prove that, since the times of the Greek masters in the *healing art*, there is a master line that epistemologically defines the behavior of people responsible for Man's search of well-being and suffering mitigation. Otherwise, it tries to prove that this human activity, although attached to distinctive scientific particularities of each era, is subordinate to practical aspects and not the other way. In short, the common sense and practical knowledge as seen in history define in medical realm, the theoretical construct. Defense is clear of the concept that man's view of medicine as it appears most of the time in history is, basically, Hippocratic, *unicist* and *integrative*, and that the Cartesian view that split some Man's processes, called *body* by others, named *mind* represent, in the last centuries, an useless problematic making for the advance of Hippocratic science. From these division, known as the *mind-body dichotomy*, science itself has been attempting to get rid of, based on its surprising findings that tends to warrant more an integrative view in what the functioning of man is concerned. Being so, *soma* (internal medicine) is supposed to necessarily rapport to the *psyche* (psychiatry). As shown in the study's contents, these old-modern concepts appoint not only to the collapse of dichotomy, to the needed integration of the two parts in practical and teaching aspects and in the making of a, in first place, physician of Man or, in other words, a humanistic physician.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTOS.....	II
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
SUMÁRIO.....	VII
1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	9
1.2 JUSTIFICATIVA DO TRABALHO.....	10
1.3 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	14
1.4 OBJETO DE ESTUDO.....	15
1.5 PROBLEMA.....	15
1.6 PERGUNTAS DE PESQUISA.....	15
1.7 HIPÓTESES DE PESQUISA.....	17
1.8 OBJETIVOS DO TRABALHO.....	18
1.8.1 <i>Objetivo Geral</i>	18
1.8.2 <i>Objetivos Específicos</i>	18
1.9 METODOLOGIA DE PESQUISA.....	20
2. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DA QUESTÃO.....	21
2.1 ORIGENS E CAUSAS DA CRISE.....	21
2.2 O CONCEITO DE MEDICINA NA HISTÓRIA.....	23
2.2.1 <i>As origens da dicotomia</i>	24
2.2.2 <i>Um resgate histórico do papel do médico e sua formação</i>	26
2.2.3 <i>As origens da prática médica</i>	29
2.3 HIPÓCRATES.....	34
2.4 A MEDICINA MEDIEVAL.....	39
2.4.1 <i>A transição – da Grécia à Idade Média</i>	39
2.4.2 <i>A idade das trevas</i>	41
2.5 DAS TREVAS À RAZÃO: A RENASCENÇA.....	49
3. A DICOTOMIA MENTE-CORPO E SUAS VICISSITUDES.....	53
3.1 O SÉCULO XVII — A IDADE DA RAZÃO: DESCARTES E SPINOZA.....	53
3.2. O SÉCULO XVIII: OS FUNDAMENTOS DA MEDICINA — O ILUMINISMO.....	61
3.3 OS SÉCULOS XIX E XX: A MEDICINA CIENTÍFICA.....	67
3.3.1 <i>A Teoria</i>	67
3.3.2 <i>A prática</i>	72
3.3.3 <i>O ensino e a profissão</i>	73
3.4 AS ORIGENS DA PSIQUIATRIA — SUA HISTÓRIA E SUAS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS.....	76
CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DO MÉDICO E SUAS DISTORÇÕES.....	89
4.1. AS CARACTERÍSTICAS DO ENSINO MÉDICO ATUAL.....	89
4.1.1 <i>Flexner</i>	89
4.1.2 <i>As distorções — as crises</i>	103
4.1.2.1 <i>O estudante de medicina: a síndrome da criança espancada</i>	112
4.1.2.2 <i>O médico e seu desgaste</i>	122
4.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE — A SUBJETIVIDADE E O IMPONDERÁVEL NA PRÁTICA MÉDICA.....	133

5. PSIQUIATRIA E ENSINO MÉDICO.....	143
5.1 PSIQUIATRAS REFLETEM SOBRE MÉDICOS E SUA FORMAÇÃO	152
5.2 PSIQUIATRIA E CURRÍCULO MÉDICO.....	157
6. EM BUSCA DAS NECESSÁRIAS MUDANÇAS.....	163
7. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS.....	171
7.1 À GUIA DE CONCLUSÃO	171
7.2 AINDA UM OLHAR À FRENTE.....	177
BIBLIOGRAFIA.....	181
ANEXO 1: EDUCAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA EM PSIQUIATRIA (COLÉGIO DE MÉDICOS E CIRURGIÕES – UNIVERSIDADE DE COLUMBIA).....	188
ANEXO 2: RESUMO DO RELATÓRIO “GPEP” (EDUCAÇÃO GERAL DO PROFISSIONAL MÉDICO).....	192
<i>Primeira conclusão: Objetivos de uma Educação Profissional Geral (EPG)</i>	<i>192</i>
<i>Segunda conclusão: Educação de Bacharelado.....</i>	<i>193</i>
<i>Terceira conclusão: Adquirindo Habilidades de Estudo.....</i>	<i>194</i>
<i>Quarta Conclusão: Educação Clínica.....</i>	<i>196</i>
<i>Quinta Conclusão: Estimulando o Envolvimento do Corpo Docente.....</i>	<i>197</i>
<i>Outras Importantes Considerações.....</i>	<i>199</i>

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações gerais

Na atualidade, a medicina vive um de seus momentos mais promissores, uma vez que dispõe de imenso apoio científico, fundamentado, por um lado, nos enormes avanços das ciências básicas como a bioquímica, a fisiologia, a farmacologia, enfim, das ciências biológicas em geral, e por outro lado nos avanços da tecnologia aplicada, que se materializa nos aparatos tecnológicos para o diagnóstico, procedimentos e intervenção terapêutica no equacionamento dos problemas representados pelas patologias (“cura”). Curiosamente, ao lado dos imensos avanços registrados na área instrumental da medicina e suas auxiliares, ela também vive um momento de crise, de desconfiança e de descaracterização. Muito disso se atribui à formação dos profissionais da área pelas respectivas escolas, já que a utilização das enormes possibilidades do aparato tecnológico pode se tornar um fim em si mesmo, em vez de redundar em uma melhora da relação médico-paciente, como seria de se esperar sempre que se considere esta relação o fundamento essencial da prática médica. A crise do setor é baseada em fortes indicativos contemplados por uma vasta literatura da área que trata do problema, tanto do ponto de vista médico quanto humano, econômico, social e de políticas governamentais. Até que ponto, questiona-se, as universidades ou escolas de medicina podem se responsabilizar por uma formação de médicos que se comprometam mais com o doente como um todo, numa visão hipocrática, do que com a doença apenas, ou seja, atuem em um quadro de referência em que a pessoa seja o centro das preocupações e não a doença em si, pois esta é a

indicação que se necessita para um programa de formação médica comprometida com o futuro. É inegável que as instituições universitárias, através de uma gestão comprometida com a qualidade da saúde, são responsáveis pela formação dos médicos e têm um enorme compromisso com o tipo de profissional que será entregue à sociedade após anos de permanência nos bancos acadêmicos

1.2 Justificativa do trabalho

Uma simples observação dos títulos da literatura pertinentes à prática da medicina e à formação do médico nos mostra que ambas enfrentam uma crise silenciosa que, em essência, é de natureza conceitual.

Este estudo se justifica a partir da consideração dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos na prática médica, bem como da evidência de que a maximização equilibrada da participação de cada um destes aspectos no processo de formação do médico redundará na melhor atuação do profissional da área, com conseqüente aumento da satisfação do usuário, da comunidade como um todo e do próprio médico, o qual, como uma ampla literatura demonstra, é ao mesmo tempo vítima e algoz de uma situação que tem sido denominada por ambos os lados envolvidos como “desumanização”. Cabe aqui que se levante a questão das possíveis implicações e relações entre essas posições e os fenômenos a ela pertinentes ou dela decorrentes.

O estudo também se justifica como instrumento de esclarecimento. A conscientização de que “algo está podre no reino da Dinamarca” não é fenômeno novo, o que, aliás, se comprova na tendência, nos últimos anos, a uma reformulação do ensino médico, com distanciamento do modelo flexneriano.

Entretanto, observa-se que não existe, ainda, suficiente debate e conseqüente ação com base numa visão ampla como a exposta acima.

Conseqüentemente, no momento em que as sociedades se mobilizam e utilizam esforços e recursos no sentido de equacionar as questões da formação médica, é importante questionar os rumos escolhidos, colaborando para aumentar, tanto quanto possível, as chances de acerto. Um dos instrumentos para isso é a ampliação dos fatores envolvidos na atual crise, vista como uma situação multifatorial. Falar-se-á, portanto, conceitualmente, mais de *crises* do que de *crise*.

Finalmente, o estudo se justifica num momento em que, em nosso meio, nota-se a mobilização de responsáveis pelo gerenciamento dos cursos médicos com o fim de alterar os currículos e, espera-se, criar estruturas que não só se preocupem com informação, mas também com formação. No extremo oposto, há o risco de se cair no *plus se change, plus c'est la même chose*, situação que, sabe-se agora, em parte ocorreu durante a revolução flexneriana.

Igualmente, existe outro aspecto da justificativa. Após anos de vida profissional dentro do campo da Psiquiatria, porém em nenhum momento dissociando-se da realidade médica geral, o Autor, também professor universitário, desenvolveu natural interesse pela questão da formação médica, do ponto de vista educacional-sistemático. No momento em que abraçou a ampliação dos horizontes de qualificação docente por meio do Curso de Mestrado, desde logo vislumbrou, como tema do trabalho científico que resultaria na Dissertação de Mestrado, um elo entre vários aspectos problemáticos da formação e da vivência do médico: a forma específica que assume a formação do médico; a questão da especialização precoce; a evidente persistência na ideologia médica básica (mesmo quando não

verbalizada) da velha e surrada dicotomia mente-corpo cartesiana; a vivência despreparada e conflitante da prática médica. Enfim, moveu e move o Autor a clara consciência de que também na formação do médico não há lugar para certezas definitivas e imobilismo. Não obstante, essa formação se mostra estática há quase um século. Um processo de tamanho dinamismo exige reavaliações constantes, para benefício do formando e de toda a comunidade. Quando estudante de medicina, o Autor lembra de ter ouvido em uma só frase toda a crítica de colegas em relação ao curso: *“quando terminar este curso, vou fazer medicina”*. Não é possível que o curso de graduação não prepare o formando, da mesma maneira que não é possível que este não perceba a importância cognitiva e afetiva do curso de graduação. Atingir este objetivo passa pelo entendimento das múltiplas facetas da(s) crise(s) por que passa a formação e a profissão médica na atualidade.

A simples observação da frequência com que em nossos tempos se vem repetindo a pergunta “o que é afinal medicina?” bastaria para constatar que essa atividade humana enfrenta hoje uma urgente necessidade de reformulação de seus conceitos básicos. Por si só este fato justifica um estudo que responda por que, na presente fase de seu desenvolvimento, a medicina depara com essa necessidade.

A partir desta constatação, há uma clara necessidade de, buscando-se uma perspectiva histórica, estabelecer fundamentos para uma reflexão sobre as causas que levaram a este estado de coisas, que não se hesita em denominar de *crise*.

Considerando-se que são médicos que comumente exercem a função de professores e formadores, é necessário alcançar as causas das distorções apontadas e delimitar as implicações destas causas na formação dos profissionais da área, com vistas a sugerir possíveis caminhos que levem a ultrapassar o

perceptível estado de confusão e descontentamento atual. É preciso apontar mudanças, necessárias e exeqüíveis, no conjunto conceitual da medicina, da teoria e da prática médica, assim como sua inevitável extensão para o ensino médico.

A literatura pertinente nos mostra que a medicina contemporânea se fundamenta em um modelo unicista, conhecido como *modelo biomédico*, que, como o próprio nome revela, insere a teoria e a prática médica no campo exclusivo da biologia, e vê o homem não diferente de outros organismos vivos e percebe e analisa o corpo humano por meio de conceitos estabelecidos no século XVII, ou seja, como definia Descartes, uma *máquina*.

Na teoria, e ainda mais na prática, este modelo vem se mostrando como tendo chegado a seu esgotamento, sua falência.

O que se começa a perceber é que, nos últimos cem anos, sob o império da razão, evoluiu-se de forma impressionante em termos de “ciência”. Porém será a medicina ciência, ou mais especificamente, *apenas* ciência? Ou seria possível afirmar que a hipertrofia dos aspectos puramente fisiológicos representou uma descompensação no equilíbrio conceitual sobre o qual historicamente se fundamentam a teoria e a prática médica?

Seja qual for a causa da crise atual, o estudo também se justifica no sentido de trazer à luz as questões envolvidas e propiciar a discussão em torno da questão, principalmente no meio universitário, hoje mobilizado no sentido da modificação dos currículos de ensino médico. Estarão essas mobilizações instrumentalizadas para uma mudança em profundidade, que não seja apenas “cosmética”? O estudo, neste

particular, justifica-se por fazer um trabalho de síntese das propostas de mudanças curriculares conhecidas e levantar o questionamento de sua eficiência e eficácia.

1.3 Delimitação do tema

A medicina, campo de atividade cuja importância não pode ser diminuída no atual contexto da evolução do Homem, vive hoje uma situação paradoxal: por um lado, atingiu uma capacitação técnica inimaginável, há apenas algumas décadas, no que diz respeito ao diagnóstico e à terapêutica das principais patologias responsáveis pelo sofrimento humano, desenvolvimento este que se fez, basicamente em consequência do progresso tecnológico no pós-guerra. Por outro lado, contrariando todas as expectativas, nunca esteve ela, a medicina, tão distante do seu verdadeiro alvo final, o *paciente*; este que, por sua vez (e isto se demonstra por uma série de fatos e dados) nunca se mostrou tão descontente.

Esse quadro permite (e, pode-se dizer, exige) que se questione qual a razão (ou quais as razões) e as origens desse paradoxo, assim como que se interroge, considerando-se as inevitáveis consequências da situação, que medidas podem e devem ser tomadas no sentido de reaproximar, para benefício de todos os envolvidos, o médico de seu paciente.

Considerando-se que o médico é um profissional formado pelas universidades (ou instituições de ensino superior, em sentido mais amplo), é necessário responder à questão de qual é o papel dessas organizações educacionais na solução do problema, e especificamente, que mudanças devem ocorrer no processo de formação médico-acadêmica. Nessa linha, é fundamental

definir quais, dentre os agentes responsáveis pelo curso de medicina, devem participar deste processo de mudança, fazendo o que e como.

1.4 Objeto de estudo

Dentro da linha abordada na justificativa do presente estudo, pode-se estabelecer o objeto de pesquisa como sendo ***a crise conceitual pela qual passa a medicina contemporânea, com suas conseqüências na prática profissional e no ensino formal da medicina.***

1.5 Problema

A explicitação do problema de pesquisa pode ser assim formulada: ***não obstante o grande crescimento atual, a práxis da medicina em geral, e da formação médica em particular, consegue dar conta das demandas terapêuticas que consideram o paciente em sua totalidade humana, na necessária amplitude do conceito de saúde e tratamento de doenças?***

1.6 Perguntas de pesquisa

Algumas perguntas centrais, explicitadas a seguir, esclarecem, dividem e direcionam a abordagem do objeto e o enfrentamento do problema.

- 1. O que é medicina ou o que a medicina é?***
- 2. Qual é a missão básica da medicina?***
- 3. Quando e como, historicamente, a medicina abandonou sua missão básica, alterando o curso natural de sua evolução histórica?***

4. *Como se situa historicamente o conceito da relação médico-paciente, qual a sua relação com o conceito de medicina e qual a sua real importância na prática profissional da medicina?*
5. *Como se situa historicamente o estabelecimento das bases para os currículos dos cursos de medicina no mundo e quais as consequências produzidas?*
6. *Quais são as mudanças, em curso ou em tentativas de implantação, atualmente, no Brasil e em outros países, que podem ser percebidas tanto na formação médica quanto na prática profissional da medicina?*
7. *Há outra(s) mudança(s) e, se houver, qual (ais) é (são) ela(s), em nível de gestão das IES (instituições de ensino superior) e de análise de currículos e programas, que possam ser propostas e implementadas para a melhoria na formação médica bem como na prática médica?*
8. *Qual a contribuição que uma disciplina médica de características holísticas como a Psiquiatria pode dar ao processo de solução para crise médica?*
9. *Qual é ou será o perfil socioprofissiográfico do profissional médico do futuro?*

1.7 Hipóteses de pesquisa

1. A crise da medicina moderna é uma crise de identidade, de natureza conceitual, ou seja, reside no entendimento e na resposta básica sobre *o que é medicina* ou *o que a medicina é*, suscitando os correspondentes antípodas lógico-formais: *o que não é medicina* ou *o que a medicina não é*.

2. A situação de crise percebida na teoria e na prática da medicina moderna certamente tem uma origem no tempo: em algum (ou em mais de um) momento histórico, a medicina se afastou de sua missão básica, determinando modificações nos objetivos e formas do ensino médico e, portanto, da formação do médico.

3. É fundamental o resgate científico da relação médico-paciente, aspecto primacial na prática da medicina que vem sendo amplamente desconsiderado, gerando uma desumanização no exercício da profissão médica.

4. A formação médica necessita de mudanças estruturais, a começar nas bases dos currículos dos cursos médicos, a fim de fornecer ao aluno, futuro médico, instrumentos mais adequados para uma prática profissional “humanizada”, competente, consistente e ética, exigência esta que não admite mais adiamentos.

5. A formação médica, na especialidade da Psiquiatria, merece reflexão e atenção quanto às suas peculiaridades, igualmente apontando para mudanças conceituais no enfoque teórico tanto quanto no prático, seja no ensino dessa especialidade médica, seja no seu exercício profissional.

1.8 Objetivos do trabalho

1.8.1 Objetivo Geral

O presente estudo tem como objetivo geral demonstrar que se pode entender a atual crise conceitual da medicina como sendo o ápice de um processo que, tendo sido iniciado na Antiguidade, assume contornos nítidos com o surgimento, nos últimos trezentos anos, da assim chamada “medicina científica” e, partindo desse diagnóstico histórico da situação atual, fazer a avaliação do seu prognóstico e a fundamentação teórica da propostas terapêuticas.

1.8.2 Objetivos Específicos

1. Contribuir para o estudo das causas da crise de identidade que acomete a teoria, a prática e, por extensão, o ensino da medicina, suscitando o interesse dos profissionais envolvidos.
2. Estudar especificamente, no aspecto educacional, a crise do currículo dos cursos de medicina, do ponto de vista de uma perspectiva histórica, técnica e cultural.
3. Situar em que momento(s) e com base em que fundamento(s) epistemológico(s) se desvia a medicina do seu curso natural, e qual o papel desempenhado pelo ensino da medicina neste contexto.
4. Determinar as possíveis falhas conceituais e desvios históricos presentes nas origens desta crise.

5. Contribuir, através de reflexões comparativas entre a realidade médica em geral e a psiquiátrica em particular, para a busca de possíveis fundamentos teóricos que levem a soluções para a crise.
6. Estudar especificamente a *crise da socialização da medicina* e a *crise provocada pela explosão do conhecimento* na área médica, correlacionando-as com a crise global de identidade da medicina atual.
7. Estudar criticamente as mudanças curriculares referentes às graduações em medicina em curso no Brasil e em outros países, definindo elementos operacionais para a otimização de seus resultados práticos.
8. Despertar o interesse dos profissionais da área médica e, em especial, aqueles envolvidos no ensino, para os aspectos problemáticos da formação do médico e suas implicações no ensino da medicina.
9. Questionar historicamente a formação do médico ontem, hoje e no futuro próximo, definindo os elementos da crise estabelecida e o papel da educação médica na solução e superação da crise.
10. Estudar e determinar a realidade peculiar da Psiquiatria, freqüentemente considerada, por médicos, estudantes de medicina e mesmo leigos, como “não-médica”, “excessivamente subjetiva” e “baseada em conceitos não-científicos”, explicitando até que ponto essas idéias são preconceituosas ou representam realmente um “diferencial” e que tipo de aporte, positivo ou negativo, poderão trazer à fundamentação teórica da atividade médica e do seu ensino.
11. Estudar o distanciamento entre o profissional médico e o paciente, na atual prática médica, com o intuito de definir se é este um processo natural e

inexorável ou se, na realidade, a própria conceituação de o que é medicina (ou o que a medicina é), nos seus aspectos teóricos e práticos deve ser reavaliada ou retomada.

1.9 Metodologia de pesquisa

Este estudo assume a forma de uma pesquisa bibliográfico-descritiva, estruturada com base nas seguintes ações metodológicas:

1. Revisão de literatura pertinente.
2. Levantamento e abordagem de currículos do ensino médico tal qual existem em operação.
3. Tratamento dos dados conceituais, técnicos ou metodológicos encontrados, do ponto de vista de uma análise fundamentada nos métodos histórico, dedutivo, indutivo e comparativo.
4. Inserção comparativo-analítica da experiência do Autor, como médico e como professor de medicina, frente ao conjunto conceitual levantado e estudado.
5. Construção de uma síntese crítica final do Autor sobre todos os dados tomados para estudo, com vistas à elaboração de respostas às perguntas de pesquisa.
6. Elaboração de um Relatório Final de Pesquisa, consolidando os achados teórico-práticos e explicitando as sínteses construídas a partir deles, em forma técnica de Dissertação de Mestrado.

2. FUNDAMENTOS HISTÓRICOS DA QUESTÃO

2.1 Origens e causas da crise

O que é medicina? A frequência com que, nas últimas duas décadas, se tem formulado esta pergunta, aparentemente sem razão de ser, numa época em que o conhecimento médico parece tão claramente fazer parte do cotidiano do homem moderno, deveria ser vista como sintoma da própria essência da crise em que se vê inserida essa atividade humana.

Se, por um lado, não há como duvidar — não cabe questionar o impressionante progresso conseguido neste último século pela prática médica — por outro, não se pode negar o profundo descontentamento que paralelamente mostra um importante número de representantes dos vários grupos envolvidos: pacientes, educadores, profissionais e a sociedade como um todo.

Posto o problema na sua forma mais simples, cabe permitir que perguntas pertinentes surjam: essa realidade sempre existiu? Se sim, por quê? Se não — hipótese que mesmo a história recente parece justificar — o que aconteceu, qual a origem dessa mudança, em que momento histórico ela se dá, enfim que diagnóstico pode-se fazer do problema, antes de se poder sugerir soluções?

Cabe, portanto, a pergunta: o que é medicina? Não apenas hoje, mas certamente, como um campo de conhecimentos que acompanha o homem desde sempre, o que é, o que foi historicamente a medicina. O que terá acontecido para que, nas últimas décadas, até onde e quando nos é permitido saber, pela primeira vez se vêem, freqüentemente, conhecedores e usuários desse conhecimento em lados opostos?

Quando se enfoca a história da medicina, desde a pré-história até os nossos dias, alguns aspectos chamam a atenção. A atividade a que os gregos deram o nome de medicina, como os fatos parecem demonstrar, teve início com o propósito de minorar e, tanto quanto possível, impedir o sofrimento humano. Trata-se, antes, da solução aos problemas que acarretam dor e perda de qualidade de vida e, só depois, passa a constituir uma teoria desse sofrimento, dessa qualidade de vida alterada e do racional por trás das medidas utilizadas para minorar os efeitos indesejáveis envolvidos. Conforme demonstram os fatos históricos, a medicina surge da disposição do homem em interferir na natureza do seu corpo e de seu espírito. É neste sentido que se verá, nos anais a medicina, essa “ciência” tão freqüentemente associada à mitologia e à religião. O médico, tão freqüentemente acumulando suas funções com a de sacerdote. Terá persistido na mente do homem comum essa associação, que o faz esperar do médico a postura humanística que ele exige e se espera do religioso?

Essa situação persiste historicamente, e a veremos ainda de maneira clara na medicina medieval, fortemente influenciada pelas tradições muçulmanas e judaicas, quando, como em épocas anteriores, assumem a função de médico figuras que passam à história como teólogos, filósofos, matemáticos e sacerdotes.

Até esse ponto e mesmo bem mais recentemente, a medicina é empírica e envolta em conceituações e práticas que, muitas vezes, não se justificam senão pelo bom senso e que, amiúde, o progresso acaba por mostrar sem qualquer utilidade terapêutica. Mesmo assim, em nenhum momento se pode falar de uma autêntica crise do saber ou da prática médica. Esta, de forma evidente, se baseia na

confiança, na figura às vezes quase idolatrada do médico-filósofo, do médico-sacerdote.

Se por *crise*, como define o Dicionário Webster¹, entendemos “um ponto no tempo quando se decide se um assunto ou curso de uma ação prosseguirá, será modificado ou terminará”, ou “um estado de coisas no qual é iminente uma mudança decisiva”, é evidente que no estado atual da arte médica se pode detectar um *estado de crise* ou, se se considerarem seus múltiplos aspectos, poder-se-ia falar em *crises*.

2.2 O conceito de medicina na história

Como é sabido, todo conhecimento se faz no início da história em resposta a necessidades e como solução de problemas e dificuldades. Num contexto dominado pelas idéias míticas e místicas, o sofrimento e a doença são vistos como castigo de forças sobrenaturais e o aplacar das dores e sofrimentos é função de autoridades religiosas. O que entendemos hoje como medicina nasce no início dos tempos estreitamente ligada à atividade religiosa e ao que denominamos hoje como pensamento pré-filosófico. O problema que desencadeia a atividade de pensamento não se diferencia, em essência, do processo de solução. É um todo indivisível, a doença e sua cura convivem com o epistemológico místico e mítico. Nas sociedades primitivas e persistindo por muito tempo depois do desaparecimento destas, as atividades ligadas ao adoecer e ao “curar” são exercidas por instituições afins e até, como ocorre na Idade Média, pelos mesmos indivíduos. Dezenas de séculos se

¹ WEBSTER'S THIRD NEW INTERNATIONAL DICTIONARY. V. 1, p. 538.

passarão, até que se separe a mente do corpo. A medicina hipocrática tem fundamentalmente um caráter unicista.

2.2.1 As origens da dicotomia

Coube a Descartes (segundo alguns por pressão religiosa) estabelecer conceitos com os quais se debate a epistemologia até os dias de hoje. Ele estabelece a diferenciação e a separação (conforme foi interpretado por alguns) entre o corpo e a mente. Textualmente:

A separação cartesiana pode também estar subjacente ao modo de pensar de neurocientistas que insistem em que a mente pode ser perfeitamente explicada em termos de fenômenos cerebrais, deixando de lado o resto do organismo e o meio ambiente físico e social.²

Desde então, a história da medicina se modifica. À “ciência”, cabe entender e conhecer o corpo. À mente continuarão se dedicando a religião e sua afilhada filosofia. A mente terá que esperar três séculos para ser aceita como objeto de estudo do racionalismo que caracterizará o Iluminismo. Apesar das opiniões de que o próprio Descartes (um colega mais esperto de Galileu e de Vico) não acreditava realmente nesta separação (glândula pineal), é certo que essa visão impregna a ciência daí em diante. O corpo se estuda com os instrumentos epistemológicos típicos do iluminismo., Visto como máquina, o corpo é enfocado pelo mesmos instrumentos racionais utilizados para a compreensão e criação de máquinas.

2 DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, p. 281.

A dicotomia cartesiana, o paradigma científico do século XVII, estabeleceu a prioridade científica da objetividade. Estaremos testemunhando hoje os estertores, o esgotamento do paradigma científico daquele século?

Não há por que repetir os pressupostos do racionalismo iluminista na tentativa de responder a essas perguntas, nem adotar posicionamento intelectual maniqueísta: o iluminismo e seu racionalismo nos fizeram herdeiros sem dúvida de um fantástico progresso no conhecimento tecnológico. Ninguém ousaria nem sequer levantar a possibilidade de prescindir dele, ou questionar sua importância.

Há, no entanto, que se distinguir avanço tecnológico, científico (seja qual for o significado que se venha a dar a esta palavra) nos fundamentos da medicina, dela mesma.

Da mesma forma que pressupostos epistemológicos oriundos da revolução científica do iluminismo se mostraram errôneos, assim também se pode entender que a dicotomia cartesiana preparou o palco para o cientificismo médico do século XX, que aparentemente se esgota em nosso tempo.

Assim também se pode ver aí, se bem que de forma menos evidente, a opção “científica” da medicina em detrimento da arte, que, em nosso tempo determina uma reação contrária curiosamente tanto em profissionais da área como em pacientes.

Em outras palavras, em nossos dias pode-se perceber que o paradigma iluminista conduz, a partir da dicotomia cartesiana, de um lado, ao surgimento de uma crise (a explosão do conhecimento e o problema de colocá-lo a serviço do médico), e, por outro, ao adiamento de outra crise: o distanciamento dos aspectos emocionais da prática médica (a desconsideração pela relação médico-paciente, a

não consideração dos aspectos emocionais como causadores e complicadores das enfermidades, o desprezo conceitual pelos aspectos emocionais da prática e da formação do médico, a “loucura” como explicação das doenças mentais — conceito mítico, religioso, preconceituoso, pejorativo mesmo).

No momento, parece que se vivencia o esgotamento dessa visão unicista, que fracassa na tentativa de entender a medicina dentro de uma conceituação estreita e unilateral. Estaria aí a explicação para a grande crise em que o progresso científico-tecnológico não encontra a repercussão e a satisfação que seria supostamente de se esperar?

Donos de tão sofisticados e avançados conhecimentos, o que faz dos médicos seres freqüentemente tão distantes, temidos e até mesmo desprezados e agredidos (observe-se o número de processos judiciais movidos contra médicos)?, Enfim, seres tão distantes de Asclépio³ e dos fundamentos religiosos e filosóficos da medicina da Idade Média.

2.2.2 Um resgate histórico do papel do médico e sua formação

Uma das queixas freqüentes entre pacientes poderia ser traduzida por uma frase do tipo “já não se fazem médicos como antigamente...”. Não é difícil perceber nessas queixas a constatação de que, no curso da história, mais exatamente no curso das últimas décadas, algo se perdeu.

Esta sensação ou constatação de perda não é, como se poderia imaginar, percebida apenas pela parte que se utiliza da medicina, o paciente. Como se poderá ver, uma ampla literatura de autoria de médicos especialmente sensíveis à

questão e oriundos das mais diversas especialidades médicas, muitos deles psiquiatras, não só autoriza a percepção dos que dependem da prática médica, como expressam seu desagrado e preocupação com a descaracterização dessa prática.

Torna-se, portanto, imperativo que, neste momento, retorne-se a uma pergunta simples porém de profundas implicações, e que se situe e se entenda essa pergunta no contexto da atual crise, de um lado, e nos seus aspectos históricos e filosóficos de outro: *qual é a função do médico?*

Esta pergunta essencial pode ser desdobrada em várias outras: se resume esta função ao processo de diagnóstico e tratamento? Pode o médico se abstrair de toda uma gama de reconhecidos subprocessos pertinentes à atividade profissional? Pode ou deve o médico ver sua prática como voltada apenas para as questões da patologia? É esta a tradição histórica da medicina? Se sim, qual a razão de tamanho descontentamento de ambos os lados da mesa de entrevista?

Torna-se importante que se retorne a aspectos importantes da história da medicina e se tente estabelecer quais as características que assume a figura do médico.

A história da medicina nos mostra que, desde a pré-história, ela não é apenas um “tratado de doenças”. A medicina, área do conhecimento e da prática humana que trata da vida e da morte, confunde-se inteiramente com a essência do pensar em cada época da evolução do homem. Na pré-história, é exercida pelos curandeiros, que são também líderes religiosos, aqueles que intermediam as relações entre os homens e os deuses. Não é diferente o que ocorre nos tempos da

3 Asclépio, ou Esculápio na sua versão latina, é o deus da medicina.

história antiga, principalmente a grega, quando, sempre ao lado da mística religiosa, o pensamento especulativo e o amor a ele acaba por instituir de forma paralela (porém não independente) o campo da filosofia. E onde fica a arte de entender o sofrimento humano, a arte de minorá-lo sempre que possível? A medicina está exatamente ali, em meio à religião (Asclépio) à filosofia e ao papel de minorar a dor. Quem são, naquela época, os médicos? São simultaneamente os que convivem com os deuses, exercem a filosofia e em nome dela procuram minorar o sofrimento. Não por acaso, Hipócrates é citado por Platão e visto como tendo um enfoque filosófico na sua prática médica. Mais ainda, Hipócrates é reconhecido como tendo uma visão do organismo como uno, o que fica evidente tanto no famoso juramento hipocrático quanto no fato de ter discutido de forma clínica quadros clínicos tão distintos como a epilepsia e os quadros que a psiquiatria moderna denomina como depressão (melancolia para Hipócrates) e mania como foi denominado pelo próprio.

Com o surgimento do Cristianismo como força predominante, com suas conhecidas restrições ao estudo que não de natureza religiosa, entra a medicina ocidental-européia também num período caracterizado pelo obscurantismo. Somente com o surgimento dos Islamismo e suas conquistas, séculos antes que a Idade Média desemboque no Renascimento, é que se vê um importante movimento de avaliação no pensamento médico. E quem são os médicos naquele período? Ivan Ilitch nos mostra que, no mundo islâmico, "o título *Há-kim* significa simultaneamente o cientista, o filósofo, e o curandeiro"⁴. Nunca antes se deu a fragmentação que começa nesse período a se evidenciar no pensamento médico

4 ILICH, Ivan. **Medicina desumanizada – A obsessão da saúde perfeita**. Le Monde Diplomatique — edição brasileira. Ano 1, no. Zero, p. 1 - <http://www.diplo.com.br/9912/obsessão.htm> [18.03.00].

ocidental, e que irá se materializar na dicotomia explícita no pensamento de Descartes.

Como nos mostra o mesmo autor, é nesse período, especificamente em “Borgonha, na Itália”, que “a *ars mediendi et curandis* se separou, enquanto disciplina, da teologia, da filosofia e do direito”⁵.

É interessante notar que um dos aspectos que mais sofreram em consequência desta separação foi também a separação, na prática médica, do “viver” e do “morrer”, que tem sido objeto de toda uma literatura moderna: o médico desaparece no momento dos sinais iminentes de morte, a “face hipocrática” libera o médico de suas obrigações frente ao paciente. “Antes mesmo da fundação da Universidade de Bolonha, em 1119, médicos judeus da África do Norte contestavam o distanciamento dos médicos árabes na hora fatal”⁶.

2.2.3 As origens da prática médica

Segundo nos dizem LYONS e PETRUCELLI, “antes que existissem homens sobre a terra, já existiam doenças”⁷. Os historiadores são unânimes em apontar que as tentativas pré-históricas de tratar e curar as doenças não diferem, essencialmente, do que é feito até hoje pelos animais: lambem ferimentos, banhar-se para diminuir a febre, limpar feridas com a mão ou sugando, etc.

É evidente que essas atitudes nos animais, como no homem primitivo, até onde podemos entender, assumiam a forma de comportamentos “instintivos” que se perpetuavam pela experiência e pela repetição, objetivando diminuir a dor e o

5 ILICH, I. *Op. cit.*, p. 1.

6 Idem, *ibidem*.

sofrimento. Não temos dados que permitam afirmar que tais atitudes se fundamentavam, mesmo que de forma embrionária, numa teoria da doença, numa estrutura de idéias que merecessem o nome de “paradigma”.

O homem primitivo, assim como provavelmente não se perguntava (muito menos respondia) sobre as questões do dia-a-dia, também não deixou documentação que nos permita imaginar que estabelecesse a respeito delas uma relação de causa e efeito. De fato é muito possível que exatamente as tentativas de resolver esses e outros problemas o tenham levado a iniciar um processo intelectual que persiste até nossos dias.

Assim pode-se dizer que a medicina se inicia mesmo antes que o homem assuma características humanas, ou que evolua para a fase de *homo sapiens*. Esse início se confunde mesmo com esse processo transformador, e é independente das teorias que tentam explicá-lo, pois já se encontra mesmo entre animais.

As primeiras tentativas de sistematização da medicina incipiente só ocorrem quando o homem, em sua fase mais primitiva, começa a se relacionar com o mundo externo e a dominá-lo.

Nessa primeira forma primitiva de estruturação, como não deixará de acontecer durante toda sua história, o paradigma médico surge intimamente ligado à essência do pensamento, da visão de mundo abraçada pelo homem primitivo, que é fundamentalmente de caráter mágico. “A julgar pelo que conhecemos hoje das culturas primitivas, religião, mágica e tratamento médico eram vistos na pré-história

7 LYONS, Albert; PETRUCELLI, R. Joseph. **Medicine: An Illustrated History**. New York, Harry N. Abrams, Inc. Publishers, 1987, p. 19.

como inseparáveis uns dos outros”⁸. A medicina nasce, portanto, ampla e indivisível. Nasce com o próprio pensamento, não diferenciando em absoluto o que é físico, somático, do que é emocional, psíquico. O que nasce com o despertar do inquirir no homem primitivo não é religião, não é filosofia, não é medicina, não é psicologia ou psiquiatria. O que se inicia no início mesmo da história, na sua fase adocumetal, não é nada disto e ao mesmo tempo engloba todas estas atividades que só serão definidas e diferenciadas muito depois.

Em certo sentido, como nos dizem ALEXANDER e SELESNICK, a medicina nasce como psiquiatria. “A medicina primitiva pode ser considerada principalmente psiquiatria primitiva”⁹. Mesmo se desculpando o compreensível exagero dos autores de uma conhecida história da psiquiatria, o certo é que considerando-se o modelo mágico e místico que, com a evolução, acaba por dominar a prática médica, e que, inerente a este modelo, está a idéia da culpa, da ação/reação dos deuses, torna-se evidente a importante relação entre o adoecer, a conduta humana e a etiologia divina da doença.

Primitivo? Talvez, mas quem garante que este paradigma está de todo ausente no presente?

Não deixa de ser curioso que este modelo, de uma ou de outra forma, não desaparece da realidade médica tão logo: “até as descobertas revolucionárias dos séculos XIX e XX, a prática médica se restringia em geral à medicina folclórica e a conceitos e perspectivas religiosas e culturais, limitada por um conhecimento

8 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 31.

9 ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria**. São Paulo, IBRASA, 1980, p. 29.

desigual e crenças religiosas”¹⁰. Como é possível perceber, então, a Medicina, ao nascer, confunde-se em primeiro lugar com a própria história do homem, tendo como objetivo fundamental ajudar, minorar a dor, o sofrimento, seja este de que natureza for — físico, mental, social ou religioso.

O que hoje chamamos de médico, era representado pelo curandeiro, *xamã* ou feiticeiro, freqüentemente um indivíduo com graves distúrbios psíquicos o que o fazia especialmente respeitado e dono de grande carisma.

O que fazia uma pessoa entrar para essa profissão que lhe dava prestígio social e até político? “A resposta a este chamamento podia seguir-se a um sonho repetitivo, um forte sentimento de missão ou uma demonstração clara de poder psíquico especial”¹¹.

O aprendizado se fazia exclusivamente acompanhando um médico mais experiente, costume que iria perdurar praticamente até os nossos dias e que está ainda representado nas aulas práticas e visitas orientadas pelo chefe da disciplina a enfermarias.

“Não sabemos em que remoto período o homem primitivo pela primeira vez resolveu transferir as artes da cura a um especialista, mas quando a humanidade alcança o estágio de ‘civilização’, o médico já está em ação¹²”. A passagem desse modelo, ou paradigma, mágico para outro que se possa chamar de “ciência”, faz-se de forma lenta e progressiva na história antiga, sendo evidentemente ilusório pressupor que essa evolução se fez em um momento, através de um corte drástico: nem na história antiga, nem nos primeiros vinte séculos de nossa era, a medicina

10 GUTHRIE, Douglas J. **Medicine, History of**. In: Encyclopaedia Britannica. 15. Ed., p. 823.

11 LYONS & PETRUCCELLI. *Op cit.*, p. 33.

(ou pelo menos os seus usuários) descarta totalmente o método mágico, primitivo. O que ocorre é uma evolução global do homem e de sua visão de mundo, que determina também uma teoria compatível da medicina, na sua teoria e, por consequência, na sua prática. Magia e ciência convivem na arte de curar até os dias de hoje, para perplexidade e indignação dos médicos “cientistas”. Em pelo menos um aspecto este é o tema mesmo deste trabalho: *por que esses médicos têm resistido a se perguntar, cientistas que são, qual a causa desta persistência, deste paradoxo?*

Essa ligação entre magia e ciência em momento algum da história fica mais clara do que na medicina da Grécia mitológica, materializada nos templos de Asclépio, o deus da medicina, mistos de santuário e estação de águas, nos quais tratamentos somáticos primitivos eram utilizados após um preparo mental, baseados essencialmente na fé.

Na própria Grécia, faz-se a evolução epistemológica que determina uma passagem de uma medicina folclórica oficializada nos templos e fundamentada na idéia do sofrimento ou doença como ação malévola de homens ou deuses (Asclépio é, na história grega, descendente dos deuses e homem ao mesmo tempo) para uma medicina praticada e estudada pelos médicos-filósofos, que abandonam a idéia mítica da doença e buscam causas naturais para esses males.

A medicina, portanto, nos seus primórdios, é basicamente magia e religião, conhecida como folclórica ou caseira.

“Os primeiros médicos ou curandeiros eram feiticeiros ou bruxos. (...) Com exceção do tratamento de feridas e ossos

quebrados, a medicina folclórica é provavelmente a mais antiga forma da arte de curar, pois os médicos primitivos mostraram sua sabedoria ao tratar o homem por inteiro, a alma como o corpo".¹³

2.3 Hipócrates

Hipócrates de Cós , ou pelo menos os escritos que a ele são atribuídos (já que existem motivos para se pensar que vários médicos-filósofos são os verdadeiros autores), não nasceu pronto.

É sabido que bastante antes de Hipócrates, no vácuo que se dá na história da Grécia entre os séculos VI e VIII AC, de forma progressiva, ocorre a separação entre a medicina baseada em um paradigma mágico, popular, folclórico, que atribui as causas do sofrimento humano e das doenças a atitudes dos deuses e uma medicina leiga que vê em causas naturais a origem desses males.

Então, como até hoje, essa divisão não representa um corte definitivo, e o surgimento de uma, o automático e necessário desaparecimento da outra. Na verdade passam ambos os conceitos a conviver lado a lado, inclusive geograficamente, já que os médicos-filósofos exerciam suas atividades nas proximidades dos templos de Asclépio .

O novo paradigma é, de forma evidente, produto das idéias filosóficas da época, ou seja, dos filósofos pré-socráticos. Assim seu aspecto teórico se baseia no conceito de que tudo se constitui de quatro elementos básicos (ar, fogo, água e terra) que, no homem, segundo a teoria médica que então se desenvolve, correspondem aos quatro humores básicos: *sangue, fleugma, bile amarela* (cólera)

13 GUTHRIE, D. J. *Op. cit.*, p. 823.

e *bile negra* (melancolia). A saúde é vista como o equilíbrio entre esses quatro elementos. Se considerarmos que, ao último desses elementos, a *bile negra* (melancolia), Hipócrates viria a responsabilizar pelas doenças emocionais que hoje conhecemos como *depressão*, fica evidente a visão integrada do homem que fundamentava a prática dos primeiros profissionais da nova medicina grega. E, se considerarmos a questão do equilíbrio entre forças contrárias, não podemos deixar de questionar alguma influência ou contato com a visão da medicina chinesa, com o seu *yin* e *yang*. Ou, conforme CAPRA:

“A sabedoria e o refinamento dessas tradições (grega e chinesa) estão ilustradas em dois antigos sistemas médicos — um ocidental e outro oriental — cujos conceitos de saúde e doença são extremamente pertinentes ao nosso tempo e se assemelham mutuamente em vários aspectos”¹⁴.

Em outras palavras, para a incipiente medicina grega não existe senão um homem, constituído por quatro elementos, dos quais o aspecto *mente* é representado pela *bile negra*.

Basicamente, o papel de Hipócrates representa a unificação e a sistematização dos conhecimentos médicos que foram se acumulando na história anterior, porém ele não se contenta com esse aspecto. Reflete sobre muitas questões hoje atuais e lega ao futuro os enunciados de uma metodologia médica válida até hoje ou, melhor dito, para a qual, na atualidade, diante das dificuldades, diante da crise conceitual da medicina, se voltam os estudiosos, já que esses

14 CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix s/d., p. 303.

enunciados ou *aforismas*, não dizem respeito apenas à teoria, mas também aos aspectos filosóficos da prática médica.

Hipócrates, na realidade, dedicou-se a todos os aspectos da medicina que reconhecemos e, como médico e filósofo, nos deixou o que talvez represente o primeiro esforço, na medicina ocidental, de sistematização, o primeiro *paradigma médico* digno deste nome. O método hipocrático, como é conhecido, baseava-se em quatro princípios fundamentais.

1) *Observar tudo*: implícita neste preceito está a importância fundamental da operacionalização do conhecimento, a utilização de todos os cinco sentidos no diagnóstico (estaria aí, embrionariamente, um chamamento a ver como secundários quaisquer outros elementos, como exames laboratoriais?). E sublinhe-se o termo “tudo”, pois, para Hipócrates, esse “tudo” representa realmente a raiz do que hoje integra o sentido da palavra *holístico*. Não separa o físico do mental, o individual do social, o atual do passado e nem mesmo o diagnóstico do prognóstico, até priorizando este, visto como fundamental na prática médica. Ao paciente cabe, não *saber* o que tem, mas qual a *implicação* deste “o que”. Não é difícil perceber nessa *praxis* fundamentos do que, na modernidade, virá a ser chamado de “enfoque fenomenológico”, em oposição ao racionalismo imperante. Para Hipócrates, essa observação se faz com o auxílio dos citados cinco sentidos, e sem preconceito, ou seja, sem idéias prévias (poder-se-ia descrever de melhor forma, hoje, o enfoque ideal na relação médico-paciente no decorrer de uma entrevista médica?).

2) *Estudar o paciente mais que a doença*: acima de tudo, é este um princípio contrário à especialização. A questão não está em se o médico pode saber tudo de medicina; a questão está em se existem princípios e conhecimentos gerais que todo

médico deveria dominar e se constituir numa “segunda natureza”. Está em se determinar se a especialização está na prática ou na teoria. Serão grandes especialistas aqueles que dominam técnicas específicas ou aqueles que, estreitando sua área de atuação, são capazes de fazê-lo de forma integrada a uma teoria geral da medicina? Ou seja, aquele que, como nos diz Hipócrates, “estuda o homem e não apenas a doença”. Francis Adams, médico e tradutor de Hipócrates do século XIX, nos explica: “A grande superioridade dos antigos sábios [os Hipocráticos] sobre os modernos era que aqueles possuíam um maior talento em apreender a verdade ampla do que estes que limitam sua atenção a fatos particulares, e negligenciam em excesso as observações das aparências gerais”¹⁵. (Hoje diríamos, de tanto se concentrar nas árvores, não vêem a floresta).

3) *Avaliar honestamente*: para Hipócrates, como para o médico moderno, não é esta uma questão secundária. A grande mudança que os séculos trouxeram foi a possibilidade maior de intervenção, baseada numa teoria evidentemente mais sofisticada. No período hipocrático, a escassez de instrumentos terapêuticos acaba por determinar que o prognóstico assuma uma importância senão maior, igual à do diagnóstico. Hipócrates exercia este lado da medicina com especial empenho. “Sustento que é importante para o médico praticar a previsão, pois se conhece previamente e declara perante seus paciente o presente, passado e futuro de seus males; e se lhes fala detalhadamente de tudo quanto estes tenham omitido, ele será mais acreditado em entender os casos, de tal forma que os homens se entregarão com confiança a ele para tratamento”¹⁶. Hipócrates nos mostra que o papel do médico, ao contrário do que muitos tendem a acreditar nos dias de hoje, não é

15 LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 216.

apenas eliminar as doenças, combater a morte, mas, acima de tudo, *cuidar* (terapêutica). Nos tempos hipocráticos, como hoje, a resposta prognóstica tem grande importância para pacientes e médicos, e livra este do sentimento de onipotência.

4) *Ajudar a natureza*: é talvez o aspecto do método hipocrático mais questionado e criticado, sendo freqüentemente entendido como passividade frente ao sofrimento e a doença. De fato, Hipócrates se refere a dois aspectos fundamentais da prática médica: 1. *Os limites do conhecimentos*: o ato médico deve sempre ser produto da experiência — na dúvida, não intervir. 2. *A função primordial do médico, para, muitas vezes, sua decepção, não é agir, e sim criar as condições propícias para que a própria “natureza”, forças homeostáticas do próprio organismo atuem de maneira ótima*. O médico deve fazer o que pode baseado em sua experiência, deixando de fazer quando não pode ajudar (“Quanto às doenças, transforme em hábito duas coisas: ajudar ou ao menos não *prejudicar primum non nocere*”¹⁶). O que diria Hipócrates de modernas constatações, como o complexo conceito de *stress*, a reformulação da teoria do germe, na qual o organismo não é “invadido” por microorganismos, mas estes, presentes no corpo se tornam patogênicos (como?, por quê?) ou mesmo a revisão dos mecanismos de ação dos antibióticos não como “matadores” de germes e sim fatores auxiliares. O que diria da tendência tão freqüente de intervir? Talvez diagnosticasse aqui as origens da deterioração da realidade médica, da crise que não teria dificuldade em perceber.

16 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 216-7.

17 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 217.

2.4 A medicina medieval

Em qualquer ciência, devemos ser capazes de acreditar na constância de causas e efeitos que não estejam sujeitos aos caprichos de forças sobrenaturais. Exatamente esta crença rareava no período medieval, e sua falta foi essencial para determinar o caráter estático- às vezes retrógrado mesmo – das ciências e para um crescente interesse na magia e outros fenômenos claramente sobrenaturais.¹⁸

2.4.1. A transição – da Grécia à Idade Média

Após o período hipocrático, e sob a influência de pensadores como Platão e Aristóteles, cessa a dominância, a uniformidade de pensamento que se vê com Hipócrates. Platão se interessa pelo corpo humano, mas não se baseia no estudo prático deste. Talvez neste sentido seja mais um precursor de Descartes do que um continuador do mestre de Cós, já que fundamentalmente se interessava pela natureza da alma e da matéria. Aristóteles, por sua vez, é basicamente um experimentalista. Se bem o período pós-hipocrático testemunha o surgimento de várias correntes de pensamento médico (dogmatismo, empirismo, metodismo, pneumatismo e ecleticismo) a prática médica e seu ensino permanecem, com a ascensão do império romano, basicamente inalteradas. A medicina continua um todo integrado, independente do tipo de doença abordado.

O que unia os fundadores dessas várias correntes do pensamento médico era o fato de que quase todos se originavam do grande centro de estudos do período que decorre entre o ocaso grego, a ascensão do poder romano e a difusão do cristianismo: Alexandria, para onde se transfere o centro da cultura grega.

Fundada em 331AC, a cidade se torna o grande centro do pensamento em todas as áreas, e principalmente na medicina. A ela recorrem estudiosos de todos os cantos do mundo conhecido, em busca do prestígio implícito no fato de haver estudado em centros de estudo de Alexandria, que continuará um centro de ensino médico mesmo depois da ascensão do Império Romano sobre o mundo grego, determinando o caráter fundamentalmente grego do conhecimento médico. No que diz respeito à teoria médica, diferenciam-se pelo menos duas correntes em Alexandria: os que adotavam a *teoria dos quatro humores* de Hipócrates e os que se ligavam à *teoria atômica*.

... em retrospecto, podemos ver que muitas destas controvérsias se baseavam principalmente em conceitos teóricos. (...) Os professores propunham, os seguidores discutiam, os praticantes questionavam e ao doente restava a esperança. Na medida em que o tratamento médico se baseava na observação sem preconceitos das condições do paciente, a avaliação honesta de resultados anteriores e uma preocupação sincera com o bem-estar do doente, o paciente se beneficiava independentemente da teoria, seita ou doutrina adotada.¹⁹

Mas é entre os hipocráticos que surge o grande nome da medicina desse período que incorpora importantes momentos históricos como o ocaso grego, o surgimento do Império Romano, a difusão do cristianismo e a irrupção histórica do Islamismo: Galeno, um romano que, como tantos outros, tem sua formação em Alexandria. Como se sabe, os romanos não conheciam nem a profissão médica nem escolas de medicina. Apesar de ser visto como um nome à altura de Hipócrates (apenas sem a modéstia deste), a obra de Galeno, que irá influenciar a teoria e a

18 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 279.

prática da medicina nos próximos quinze séculos, interessa por alguns aspectos: partidário da teoria dos quatro humores e, por extensão, do necessário equilíbrio deles, Galeno, caracteristicamente um generalista, estuda e descreve quatro tipos de personalidades: *fleumático*, *sangüíneo*, *colérico* e *melancólico*, baseado em cada um dos humores. E não foi esta sua única contribuição para uma medicina integradora: descreveu as incertezas e medos do paciente assim como as inter-relações das emoções com sintomas físicos. (Não deixa de ser curioso o fato de este ser o que se considera hoje um campo novo e uma subespecialidade psiquiátrica – a *psiquiatria do paciente clínico e das reações ao adoecer*, tão importantes para a determinação de uma “nova” conceituação da prática médica).

Pelo estudo da história da medicina torna-se evidente que, por muito tempo, ela continuará essencialmente a mesma na sua prática primitiva. O que realmente evolui são os conhecimentos teóricos sobre a anatomia e o funcionamento do corpo; a transferência destes conhecimentos à prática, conforme nos mostra a história, freqüentemente precisa esperar décadas ou mesmo séculos para alcançar a atividade terapêutica. Mais comum é ver que conhecimentos são colocados de lado em função de novas teorias ou preceitos filosóficos que passam momentaneamente a prevalecer.

2.4.2 A idade das trevas

A medicina romana é basicamente grega, a começar, como visto, pelo único grande nome que lega à história da medicina. A história da medicina romana, em teoria e em prática, é o resultado da verdadeira invasão de profissionais gregos que

19 LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 229.

ocorre com as conquistas romanas. Um único aspecto médico é obra desenvolvida pelos romanos: *os princípios da saúde pública*, no que diz respeito a *saneamento, higiene e universalização do atendimento*.²⁰

Com a queda do império romano e sua divisão em duas partes, a ocidental e a oriental, e a ascensão do cristianismo, ocorre uma reviravolta paradigmática: o período que se seguirá, por cerca de dez séculos, deixará a Europa ocidental voltada para os aspectos da vida no além, em detrimento da realidade terrena. O cristianismo absorve, de suas origens judaicas, conceitos como a sacralidade do corpo humano (e a conseqüente proibição da dissecação humana), assim como o conceito de doença como castigo divino pelos pecados cometidos, sendo a cura atingida através do próprio sofrimento (como ocorre com Jó na Bíblia), pela oração, pelo arrependimento e pela intervenção da Graça Divina. As decorrências são claras: o conhecimento não é considerado ou valorizado, a experimentação é desestimulada e a originalidade assume mesmo um caráter perigoso. No entanto, em decorrência mesmo da difusão do cristianismo e da idéia (proveniente das descrições de curas e milagres dos evangelhos) da missão curativa de Cristo, se desenvolve a mais evidente e importante contribuição cristã para o desenvolvimento da prática médica: a função caritativa dos monastérios, que se tornam quase precursores dos futuros hospitais, absorvendo mesmo o trabalho de médicos (se se pode assim chamá-los) que, no entanto, se restringem aos tratamentos de natureza religiosa: “a maior parte do seu trabalho era devotada a técnicas não científicas como oração, colocar as mãos, exorcismo, uso de amuletos com gravações sagradas, óleo sagrado, relíquias de santos, e outros elementos sobrenaturais e

20 GUTHRIE, D. J. *Op. cit.*, p. 827.

supersticiosos”²¹. Paradigmático do estado de coisas que caracteriza o período, no ocidente, é a fundação, por S. Bento (Benedito) de Núrsia, do monastério de Monte Cassino, que, entre suas funções, inclui o cuidado com os doentes físicos ou mentais, porém igualmente proíbe o estudo da medicina, pois esse conhecimento evolui para uma ortodoxia que assume um caráter anti-racional e segundo a qual apenas Deus cura; enquanto isso, paradoxalmente, os monges se tornam os depositários do conhecimento médico acumulado, encarregando-se da tradução dos textos da literatura antiga, o que, no devido tempo, terá grande importância no desenvolvimento da medicina.

Se na porção ocidental, pelas razões apontadas, a evolução dos conhecimentos entra num período estático, com o ensino proibido e a experimentação rejeitada, um quadro totalmente diferente se desenrola na porção oriental do que formava o derrotado império romano. Enquanto a idade das trevas domina o ocidente, o centro civilizatório se desloca para Bizâncio, onde permanece até o século quinze. Se bem o progresso da medicina é emperrado por uma ligação dogmática a Galeno, a chamada “medicina árabe ou muçulmana” será a responsável pelo progresso de algumas áreas médicas.

Apesar do nome, essa medicina estava longe de ser exclusivamente “árabe” ou mesmo “muçulmana”.

No ano de 489, Cristãos Nestorianos (...) fundaram outro hospital em Gondishapur, na Pérsia. Lá encontraram também médicos gregos cujos antepassados estiveram no Leste desde os tempos do império de Alexandre no quarto século AC. Filósofos gregos também se deslocaram para Gondishapur quando Justiniano

21 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 286.

*fechou a Academia em Atenas no quinto século AD. Mesmo antes, quando da destruição de Jerusalém pelos romanos, no ano 76 AD, judeus fugiram para a Arábia trazendo consigo muito do conhecimento Greco-Romano.*²²

Assim as origens da medicina árabe representam, de fato, um entroncamento, no conhecimento médico e filosófico, de tudo que antes e então se realizava no mundo, não só greco-romano, árabe e judaico, como também nestoriano, bizantino, e mesmo hindu. Passam à história como “arabistas” por se manifestarem basicamente em língua árabe.

É nesse ambiente de extrema tolerância que a medicina árabe criará um corpo de princípios médicos que, com a expansão das conquistas árabes, disseminará por boa parte do mundo civilizado de então.

Que princípios e conhecimentos são estes, pertinentes ao presente estudo?

Apesar de absorver, como o mundo cristão, o conceito judaico da “sacralidade do corpo humano”, o Islamismo, mesmo acreditando na intervenção divina e esperando por ela, não vê nisso contradição com a prática médica. Vê mesmo a atividade dos profissionais como de inspiração divina. E, apesar de compartilharem a idéia de doença como castigo, associam, aos deveres de ajuda e socorro, o conceito de compaixão. O resultado é um enorme respeito pelo conhecimento e pela atuação dos médicos que, independentemente de suas origens ou crenças, são chamados a cuidar dos poderosos.

Através do seu respeito pelo aprender, acabam por ser os maiores responsáveis pela preservação e compilação dos conhecimentos médicos

²² LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 298.

acumulados na história . Como se verá, serão, em parte, os grandes responsáveis pelo interesse renovado no Ocidente pela cultura grega, que se fará no Renascimento.

Por onde passa, o Islamismo medieval cria hospitais eficientes e escolas de medicina . Mesmo a escola de Gondishapur, que precede o período islâmico, atinge o seu ápice nesse período.

Um segundo aspecto fundamental da medicina árabe é a ênfase dada ao ensino clínico, produzindo descrições de doenças até então não estudadas.

Finalmente, é aos árabes que se deve o estabelecimento da farmácia e da química como ciências.

É dentro desse contexto que surge a figura do terceiro nome do trio unanimemente considerado como os fundadores da medicina, junto com Hipócrates e Galeno: Avicena (980-1037), cujos escritos permanecerão básicos para os estudantes de medicina até o século XVII.

O diagnóstico médico da época, fundamentado nos métodos greco-romanos, baseia-se em seis critérios que por si sós demonstram a visão integral do homem. Devem ser observados: 1) *o comportamento do paciente*; 2) *as excretas*; 3) *outras emanações do corpo*; 4) *inchaços*; 5) *o caráter da dor* e 6) *a localização da dor*.

Quanto ao ensino, ao contrário do que ocorre na Europa, o mundo árabe, em especial na universidade de Gondishapur, restabelece o princípio hipocrático de estudo junto ao leito do paciente, nos hospitais. Os médicos adquiriam treinamento em centros de ensino ou hospitais e recebiam sua certificação dos próprios professores. Em Bagdá, na mesma época e pela primeira vez na história, cria-se

uma comissão encarregada de examinar e autorizar os pretendentes à profissão médica (931 EC). Os estudos, porém, não se restringiam apenas à medicina, sendo associados à filosofia e outras ciências.

Característicos dos conceitos filosóficos subjacentes à prática médica dessa medicina, são os seguintes aforismas:

A maioria das doenças curam-se sem a participação do médico, através da ajuda da natureza.

Se podes curar o paciente com medidas dietéticas, não uses drogas.

Não confie em panacéias, pois se baseiam em ignorância e superstição.

*Sempre faz o paciente sentir que será curado, mesmo quando não estás convencido disto, pois isto ajuda os efeitos curativos da natureza.*²³

Como não diferenciavam entre os tipos de males que acometem os homens, os médicos do Islã, como os gregos, não discriminavam as enfermidades, fossem de natureza física ou emocional. Assim, Rhazes, “o Galeno Persa”, que exerceu sua arte no hospital de Bagdá, um dos primeiros centros médicos a dispor de uma enfermaria dedicada exclusivamente a doentes mentais, “combinava métodos psicológicos e explicações fisiológicas de uma maneira que fazia lembrar os hipocráticos e empregava psicoterapia de modo primitivo, mas dinâmico rejeitando qualquer explicação demonológica para as doenças”²⁴. Avicena foi um continuador

23 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 313.

24 ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria**. São Paulo, IBRASA, 1980, p. 98.

de Rhazes, interessando-se pelos delírios psicóticos e seu tratamento. Outro centro médico-filosófico do império islâmico foi Córdoba, onde se destacaram Avenzoar e seus discípulos Maimônides e Averróis. Este, sustentava

*que existe uma 'dupla verdade', uma produzida pela fé e a outra pela 'filosofia racional'. Essa conciliação era importante para a psicologia médica; firmava a tradição de um médico manter suas convicções religiosas e, apesar de disso, acreditar em descobertas científicas!*²⁵

Suas idéias, vistas como panteístas, acabaram extrapolando a tolerância reinante, obrigando-o a ocultar-se.

Ao contrário do que ocorria no ocidente, onde em muitos momentos imperava a caça às bruxas que, sob a idéia da origem demoníaca dos transtornos mentais, levou muitos dissidentes, cismáticos e doentes mentais à fogueira, os árabes não só não viam os distúrbios mentais como demoníacos, como acreditavam que os doentes mentais eram divinamente inspirados e, conseqüentemente, o tratamento hospitalar que recebiam era bondoso e compassivo.

Com a aproximação do novo milênio, surgem, no ocidente, os primeiros sinais de esclarecimento. Um sinal precoce dessa distensão se deu quando da criação da escola de medicina da Universidade de Salerno. Fundada no século IX, essa universidade, situada numa cidade portuária, assume um caráter especial para a época: tendo como pano de fundo o contato com o que ocorre em outras partes do mundo conhecido, defende uma prática caracterizada pelo empirismo, afastando-se do misticismo reinante, até mesmo no que diz respeito a doenças como a epilepsia

25 Idem, Ibidem.

e as doenças mentais, vistas aqui como tendo origem somática e recebendo tratamentos de acordo com este conceito etiológico.

Salerno não produziu conhecimento original e talvez sua maior importância tenha sido exatamente iniciar o movimento das universidades européias no fim da Idade Média e início da Renascença. Salerno chega a seu apogeu quando, em 1240, Frederico II decreta que só ela, no Santo Império Romano, tinha o direito de conferir diploma oficial de médico. Mas se não produziu nada de essencialmente novo ou original para as ciências da medicina, Salerno contribuiu de forma essencial para o seu ensino. “Foi a primeira escola a instituir um currículo organizado — três anos de preparação e cinco anos de estudos médicos, seguidos de um exame público e um ano de estágio”²⁶.

A partir de Salerno, se difundem as escolas médicas pela Europa. Na França inicialmente, com Montpellier e Paris, e depois na Alemanha e outros locais da Itália. O movimento que iria desembocar na Renascença estava em curso e, antes de se deter nesse importante capítulo, é preciso que se demore em dois aspectos bastante importantes da realidade médica na Europa dos séculos finais da Idade Média: em primeiro lugar, é necessário frisar que o ressurgimento de uma medicina independente dos valores obscurantistas e religiosos não se faz em corte. Não obstante a medicina medieval parecer aos olhos modernos um misto de ciência e misticismo, para os seus contemporâneos isto era considerado natural.

Em segundo lugar é sempre necessário lembrar que na Europa ocidental a medicina oriunda das escolas assumia um caráter elitista. O povo em geral não

26 REDLICH, Fredrick C.; LEVITIN, H. **Trends in medical education**. In: ARIETI, Silvano (ed) *American Handbook of Psychiatry* 2. Ed. Vol. VI, Cap. 38. New York: Basic Books Inc., 1975. p. 878-879.

tinha acesso a ela e continuava dependendo de uma medicina popular, basicamente exercida por práticos, quando não por barbeiros-cirurgiões sem maior qualificação ou mesmo por charlatões. Enfim, no que dizia respeito aos cuidados de doentes, a mudança de lugar, mais de mil anos depois, não significava, de fato, mudar de sorte.

2.5 Das trevas à razão: a Renascença

Uma palavra, sobre todas as outras, mais se aproxima de sintetizar os mais básicos e comuns ideais intelectuais da Renascença, e essa palavra é “humanismo”. O termo tem dois significados diferentes, um técnico e um geral (...). Em seu sentido técnico, o humanismo era um programa de estudos que visava a substituir a ênfase da escolástica medieval na lógica e na metafísica pelo estudo da linguagem, da literatura, da história e da ética. Preferia-se sempre a literatura clássica (...). Na acepção mais lata do termo “humanismo”, há uma ênfase na “dignidade do homem”, considerado a mais excelente de todas as criaturas de Deus, abaixo dos anjos. (...) De um ou outro modos, os humanistas da Renascença nutriam a firme convicção na nobreza e nas possibilidades da raça humana.²⁷

Esse renascimento do interesse pelo homem, que surge na história freqüentemente descrito com características de “milagre”, na realidade é a consequência natural de uma série de fatos: a invenção da imprensa, com consequente democratização do conhecimento, o desenvolvimento do comércio, com a sua privatização e a descoberta das vias marítimas, levando ao contato com outras culturas.

27 BURNS, Edward M. **História da Civilização Ocidental**. 29ª Ed Vol 1. Rio de Janeiro: Editora Globo, 1986. p. 345.

Elementos iniciais desse movimento já são evidentes no século XIII, em nomes como Johannes Eckhart e Roger Bacon, e mesmo no movimento que institui as universidades, principalmente naquelas que assumem características mais laicas, como a de Montpellier.

Assim, na segunda metade do século XV, esta constelação de fatores sociais, econômicos e políticos na Itália setentrional encorajou uma verdadeira explosão de atividade intelectual e criativa que foi ainda acentuada pelo surgimento de muitos indivíduos de excelente e até superlativo talento, [pois] o mundo acadêmico do norte da Itália não só era tolerante com novas idéias, mas também extremamente cosmopolita.²⁸

A importância que assumem as Universidades de Pádua e de Veneza, entre outras, no período, é apenas um sintoma da nova situação.

Apesar disto, como já visto, o século XV não é um “milagre”; apesar de patrocinar uma verdadeira mudança de visão do mundo, uma ânsia de descoberta, um desejo de fuga das limitações da tradição e de explorar novos conhecimentos e ações, durante muito tempo convivem, na Renascença, o Velho e o Novo. O mesmo período que glorifica o Homem, sua individualidade e a liberdade de pensamento, presencia o ápice do obscurantismo, simbolizado pela caça às feiticeiras e pela publicação do monumento de magia e bruxaria que é o livro “Malleus Maleficarum” (“O Martelo das Feiticeiras”) misto de “manual de pornografia e de psicopatologia”, Como “feiticeiros” se descrevem dissidentes, cismáticos e doentes mentais. O que não responde às medicações da época passa a ser entendido como ação do demônio, e a solução — a fogueira. Conseqüentemente nada há de milagroso no surgimento desse renascimento: ele se faz através do processo natural de

progresso da civilização, acentuado por quase mil anos de contenção. Não é pois surpreendente nem o fato de se dar por erupção, nem o fato de que a velha ordem não só não desaparece milagrosamente, como, em alguns aspectos, até continua a crescer no período inicial da Renascença.

Quando o novo espírito chega à medicina, manifesta-se pela abolição de algumas das amarras que paralisaram o progresso da medicina ocidental durante todos os séculos anteriores: progressivamente retorna-se à técnica de dissecação, impulsionando o descritivo da medicina, a anatomia, (com a grande assistência dos artistas plásticos que abandonam a idéia do pecaminoso no pintar o corpo nu). E, com o surgimento do método experimental, é o dinâmico, o funcional, a fisiologia que tem seu conhecimento impulsionado. “A confiança na observação mais que na teoria refletiu-se também no fato de terem os médicos do século começado a olhar seus pacientes de perto e a registrar o que viam”²⁹. No entanto, grosseiramente, a medicina ainda continua sendo uma disciplina mais teórica do que prática. Os grandes nomes, os que se dedicam ao seu estudo, não são os que realmente tratam dos pacientes. Essa ligação óbvia deverá ainda esperar para se realizar.

Não por acaso fica o campo das doenças mentais, e mesmo da psicologia em geral, relegado a um segundo plano, à espera do futuro: enquanto o corpo passa a ser preocupação das ciências, a alma continua assunto restrito à religião e principalmente à parte desta que se dedica à demonologia. Mesmo esta área retrógrada do conhecimento humano não deixa de ser frutífera dentro do espírito reinante em outros campos: ente outros, Johann Weyr, um médico holandês se dedicou a provar

28 LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 369.

*que as feiticeiras eram doentes mentais e deviam ser tratadas por médicos. (...) Observara que as feiticeiras manifestavam muitos dos mesmos sintomas de seus parentes [do duque William de Clèves]. O duque sofria de depressão crônica e tinha muitos parentes que haviam ficado insanos. Observara que as feiticeiras manifestavam muitos dos mesmos sintomas de seus parentes e simpatizava com a idéia de Weyer de que essas mulheres eram realmente vítimas de doença mental.*³⁰

O conhecimento apenas incipiente da psiquiatria, que na verdade não surge senão séculos depois, não impede Weyer, como se sabe hoje, de descrever muitos dos aspectos semiológicos para os quais só em nossa época começa-se a ter explicação melhor.

O ensino da medicina atinge seu ponto mais alto no período da Renascença, na Escola de Medicina da Universidade de Pádua, que “institui um currículo de 4 anos que leva ao grau de bacharel-em-medicina, seguido de um doutorado após alguns anos de prática. Embora a experiência empírica estivesse disponível apenas fora da universidade, no século dezesseis se vê um renovado interesse pelo ensino junto ao leito”³¹.

Ao final do século XVI, tudo parecia preparado para que o Homem tomasse em suas mãos o direcionamento de seu destino e, sob a égide da razão, não mais dos pensamentos mágicos, abrisse as portas que o levariam à modernidade. É a Idade da Razão.

29 ALEXANDER, & SELESNICK. *Op. cit.*, p 113.

30 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 128.

31 REDLICH & LEVITIN. *Op. cit.*, p. 879.

3. A DICOTOMIA MENTE-CORPO E SUAS VICISSITUDES

3.1 O século XVII — A idade da razão: Descartes e Spinoza

Se o século dezesseis representou, através do Renascimento, uma revolucionária guinada do homem, das trevas do paradigma mágico-religioso como fundamento da atividade intelectual, para a clareza do pensamento racional voltado para a natureza do mundo e para a valorização do indivíduo como ser pensante, os efeitos dessa revolução só atingem sua plenitude nos séculos seguintes. O século dezessete, como seria de se esperar, vive o êxtase da redescoberta da razão.

Chamado de "A idade da revolução científica", o século 17 representou um momento decisivo na história da ciência. Ao invés de perguntar por que as coisas acontecem, os cientistas se voltaram para o como as coisas acontecem — uma mudança de ênfase da especulação para a experimentação. As interpretações se tornaram mecanicistas, e a linguagem da ciência, matemática.³²

Na medicina, esse fato se traduz na passagem do interesse pela anatomia para a ênfase na fisiologia.

O motivo primeiro pelo qual os setecentos passarão à história como a origem da ciência moderna foi o desenvolvimento nessa época dos dois métodos de investigação (entenda-se aqui método como processos estruturados que garantem o caráter "científico" do conhecimento) que por algum tempo se contrapõem, mas que aparecem integrados no maior nome da ciência do período, Galileu Galilei: o *método dedutivo*, que se baseia em intuições genéricas e pela análise leva a conhecimentos particulares, é desenvolvido por Renée Descartes, enquanto o *método indutivo* ou

³² LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 427.

empírico estimula a observação da realidade com seus aspectos particulares para chegar a verdades gerais. Esta descrição sucinta já permite estabelecer que o primeiro prioriza a razão e a elaboração matemática, enquanto que o segundo dá ênfase à observação e experimentação.

Fácil é entender que no contexto de um processo reativo aos aspectos subjetivos, mágicos e religiosos, no embate entre os dois métodos, o indutivo é inicialmente relegado a segundo plano (para, nas décadas seguintes, quando Bacon é redescoberto, ter sua importância novamente reconhecida), e inicialmente é o método dedutivo, com seu apelo às verdades absolutas e matemáticas que passa a ser considerado a fórmula que garante o progresso seguro do conhecimento e representa o império da razão. Essa certeza desperta nos intelectuais da época a esperança de que, através da ciência, nome que recebe essa nova e toda promissora face do saber, a natureza seja reduzida a explicações simples que permitam seu uso e manipulação em benefício do Homem.

Essa esperança se manifesta de maneira muito clara nos conceitos que Descartes elabora a respeito do corpo humano, no qual atinge o extremo do racionalismo, que é a essência do seu método dedutivo. Para Descartes o corpo humano funciona como uma máquina. Ele exclui do "corpo humano" a mente, vista como uma realidade "não-científica" e, portanto, monopólio da religião. Para ele, a mente equivale à alma. Esta divisão se torna a premissa do que passou a ser chamado de "cartesianismo" — muito mais uma interpretação dos seguidores e sucessores de Descartes do que o que ele mesmo defendeu, já que estabelecia que ambos, corpo e alma se encontravam numa área cerebral, a glândula pineal. "Assim Descartes mostrou-se muito menos 'cartesiano' do que a maioria dos

médicos atuais"³³. No entanto, conceitualmente, a dicotomia estava subentendida na obra cartesiana e se tornou até o dia de hoje tema ("o problema mente-corpo") de que se ocupam filósofos e cientistas e, como se verá, influenciou e direcionou durante séculos o desenvolvimento médico. Aspecto de nenhuma forma secundário, semeou de maneira decisiva a crise conceitual com a qual depara a medicina nos dias de hoje.

As idéias de Descartes parecem sempre ter tido esta capacidade — na ânsia de elaborar um sistema epistemológico capaz de explicar o todo de forma integrada, acaba por dividir e não integrar.

Essas mesmas idéias racionalistas, quando chegam à medicina, despertam também a esperança de que se pudesse, finalmente, chegar a uma explicação simples e generalizada do funcionamento do corpo humano e das causas das doenças. De imediato, dois campos se estabelecem: os *iatroquímicos*, que, em oposição à visão cartesiana, defendem a idéia de que o funcionamento do organismo humano pode ser entendido como um laboratório de reações químicas, e os *iatrofísicos*, que, adotando a visão mecanicista de Descartes, pretendem explicar o funcionamento integral do corpo humano pelos princípios da mecânica. "Ficou logo evidente que não se encontraria, por estes canais, nenhum caminho simples que levasse ao conhecimento médico e que o melhor método ainda era o velho sistema de observação direta iniciado originalmente por Hipócrates"³⁴.

Considerando-se esta afirmativa, é interessante constatar o fato de que sempre que os conceitos subjacentes à prática médica se tornam nebulosos, sempre que a dúvida se sobrepõe à certeza, sempre que o descontentamento se

33 CAPRA, F. *Op. cit.*, p. 120.

34 GUTHRIE, D. *Op. cit.*, p. 830.

generaliza, recorre-se aos ensinamentos do mestre de Cós, da mesma maneira que sempre que o trabalho médico não parece responder ao esperado, recorre-se à mais tradicional e "menos sofisticada tecnologia médica": a anamnese. Parece estar justificada a idéia de que a genialidade do "pai da medicina" consistiu em , mesmo fundamentado em conceitos hoje ultrapassados, captar de maneira excepcional a *essência da atividade médica*. A verdade é que, independentemente de altos e baixos, o caráter hipocrático da prática médica deve ser visto como o aspecto mais constante da história da medicina, hoje, como durante o decorrer de sua evolução mais do que duas vezes milenar.

Como mostram ALEXANDER e SELESNICK,

*... apesar da autoridade de Descartes, a influência dos observacionistas gradualmente suplantou a dos racionalistas. Durante muito tempo o empirismo de Bacon e Locke contribuiu para o desenvolvimento das ciências naturais experimentais mais que a tendência racionalística, que apesar disto ganhou impulso no século XVIII, particularmente na França. **A tendência ao racionalismo só atingiu plena concretização nos últimos anos do século XIX (...)** O século XVII, no qual o conhecimento avançou mais rapidamente que em qualquer outra era anterior, também foi **cheio de contradições** (grifo nosso). A crescente aptidão do homem para descobrir os segredos da natureza através da observação e da razão resultou em um novo mundo de autoconfiança no qual, contudo, ninguém se sentia confortável. Como reação, reforçaram-se o anelo de dependência infantil e o desejo de ser governado por líderes autocráticos e dogmas. Nada revela mais claramente as profundas contradições da época que a disseminação da caça a feiticeiras nesse século de crescente conhecimento naturalístico. As*

*forças da superstição e do dogma revoltaram-se contra a razão esclarecida, que tentava libertar o homem da cega subordinação.*³⁵

Deixaremos, portanto, para analisar a influência do cartesianismo no campo da medicina mais adiante, quando, conforme afirmam ALEXANDER e SELESNICK, sua autoridade se estabelece de forma transparente.

Considerando-se o exposto, como se apresenta a medicina do século XVII no contexto da prática e do ensino? Quem são os expoentes dessa medicina e quais as crenças conceituais em que se baseiam no seu trabalho prático e teórico?

Dois grandes nomes despontam na medicina setecentista. O primeiro, o inglês William Harvey, um experimentalista que após cursar medicina em Cambridge passa vários anos em Pádua. Ocupa seu lugar na história ao descrever essencialmente tudo o que se sabe hoje sobre a circulação sangüínea. Harvey chega a suas conclusões, esclarecendo questões que intrigaram estudiosos durante séculos, através da experiência prática e não pela autoridade teórica. Neste sentido foi um adepto de Bacon. Apesar de Harvey ter sido também um clínico, nesta área quem se destaca é Thomas Sydenham. Como Harvey, Sydenham gradua-se numa escola inglesa, no caso Oxford, mas faz seus estudos de pós-graduação em Montpellier.

A visão que a história transmite destes dois personagens é, no entanto, extremamente simplista: apesar de representarem exemplarmente o avanço que as novas metodologias carregaram para a medicina, são homens de seu tempo, não apenas no que este traz de esclarecimento, mas também no que ele tem de contraditório. No que diz respeito à circulação, o único desdobramento prático foi,

35 ALEXANDER e SELESNICK. *Op. cit.*, p. 134.

décadas depois, o início da utilização endovenosa de medicamentos. Como é possível imaginar, a tentativa de transfundir sangue resultou em freqüentes insucessos ou mesmo enormes fracassos. Harvey adotou mesmo o conceito galênico de que o coração produzia "espíritos vitais" (enquanto o fígado gerava os "espíritos animais").

Na verdade, para os setecentistas, poucas descobertas na área da anatomia e fisiologia pareciam ter utilidade prática, e estas, pouca ou nenhuma mudança trouxeram no cotidiano médico. O próprio Sydenham, provavelmente o mais renomado clínico do século, apesar de certamente ter conhecido as hipóteses sobre a circulação, de Harvey, não só não lhe deu maior consideração como teve a mesma conduta em relação à anatomia microscópica. Não foi sem motivo que passou à história com o apelido de "o Hipócrates inglês": numa época em que o ensino permanecia basicamente teórico, Sydenham preconizava o método clínico e ao livro preferia o estudo do paciente à cabeceira do leito.

Ensinava que cada paciente era uma entidade dinâmica única na qual a doença variava de pessoa para pessoa (...) Como um seguidor de Bacon, colecionava observações científicas casuais até que conseguia induzir uma generalização. (...) Fundamentalmente, para ele, saúde ou doença dependiam da adequação ou poluição do ar, suficiência e natureza dos alimentos, quantidade de exercícios, descanso, sono, vigília, retenção ou eliminação dos fluidos corpóreos e tranqüilidade ou perturbações da mente.³⁶

Imaginar, no entanto, que os fatos relatados representam a realidade médica do século XVII, certamente representaria uma falácia indutiva. Estes dados representam de forma absoluta a exceção — na grande maioria marcaram intuições

geniais de indivíduos intelectualmente privilegiados. A medicina e os médicos em geral não apresentavam o grau de desenvolvimento que as descobertas excepcionais do século poderiam fazer crer que as instituições citadas possuíam.

O século em questão não se preocupou de forma especial com a educação médica, que se diferenciava enormemente de universidade para universidade. "Um diploma de Leiden, que custava apenas algumas semanas de estudo para ser recebido, era, no entanto, aceito em Cambridge"³⁷. Até então, o currículo era em grande parte determinado pelos próprios estudantes, freqüentemente descritos como autênticos arruaceiros. Na França, se reconheciam três níveis de formação — o bacharelato, a licenciatura e o doutorado, correspondendo, a cada um deles, privilégios crescentes. Considerando-se a desorganização do ensino, não é de admirar que o desenvolvimento do saber praticamente não se faz nas universidades — é em essência um empreendimento individual.

Um dado pode dar idéia da realidade médica da época: no início do século XVII, na Rússia, existiam cerca de vinte médicos, todos treinados no ocidente, já que nenhuma escola de medicina existia no país. Não é difícil de imaginar que esses médicos não estavam a serviço da população e sim das elites ou membros da realeza. A grande medicina continuava sendo exercida por pessoas sem formação como charlatões, barbeiros, boticários (que acabariam sendo reconhecidos com "clínicos gerais").

Como se viu, os progressos teóricos demoram para dar frutos práticos. Apesar dos importantes avanços nesse "século da revolução científica", a sua

36 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 444.

37 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p 445.

terapêutica não passa de uma continuação do passado. Restringe-se a sangrias, purgação, restrições alimentares, exercícios, e o uso de drogas vegetais, minerais e animais.

O século também não representou um avanço na terapêutica dos problemas mentais. A pena de morte pelo exercício da bruxaria, apesar do declínio da crença nas bruxas, só é abolida em 1680. "À medida que as causas sobrenaturais foram progressivamente abandonadas, o doente mental acabou por ser considerado 'a-social'. No entanto, um efeito negativo deste conceito foi seu encarceramento junto com criminosos e mendigos"³⁸. No campo teórico, entretanto, alguns conceitos se estabelecem numa medicina que ainda é integrada, e merecem nota: Harvey não deixou, nos seus estudos sobre a circulação, de perceber a relação entre emoções e reações fisiológicas, antecipando importantes estudos que só seriam realizados no século XX, deixando mesmo registrado em seus escritos que "poderia ter-se aprofundado mais na relação entre mente e corpo"³⁹.

Na Alemanha, Georg Ernest Stahl, um seguidor de Sydenham, acreditava numa "força vital" (daí a denominação de "vitalismo"), que chamou de "alma". Para ele, esta força "não é distinta do corpo, nem é algo separado ou exterior"⁴⁰. Neste sentido, Stahl se mostra filosoficamente próximo da voz dissonante, no que diz respeito à visão do homem: um herdeiro de Descartes que, no entanto, rejeita a divisão entre corpo e mente: Baruch Spinoza, "talvez o maior dos psicólogos pré-freudianos"⁴¹, segundo Alexander e Selesnick. Ao contrário do que defendia Descartes, para Spinoza a psicologia e a fisiologia são dois aspectos da mesma

38 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 456.

39 ALEXANDER & SELESNICK, *Op. cit.*, p 140.

40 ALEXANDER & SELESNICK, *Op. cit.*, p 141.

coisa: o organismo humano. Não são muitos os médicos de nossa era tecnológica que mesmo hoje se comprometeriam com essas declarações. O que teria acontecido se, nos setecentos, a teoria de Spinoza se sobrepusesse ao cartesianismo? "Spinoza ainda assim foi capaz de esmigalhar o princípio cartesiano da dicotomia mente-corpo estabelecendo a validade do conceito integral do organismo"⁴²

*Nos séculos XVII e XVIII, o pensamento e a prática da medicina não têm a unidade ou pelo menos a coerência que nela agora conhecemos. O mundo da cura se organiza segundo princípios que são, numa certa medida, particulares, e que a teoria médica, a análise fisiológica e a própria observação dos sintomas nem sempre controlam com exatidão (...) teoria e terapêutica só se comunicam numa imperfeita reciprocidade.*⁴³

3.2. O Século XVIII: Os Fundamentos da Medicina — O Iluminismo

O que o Iluminismo inventou foi o ideal do intelecto crítico generalizado. Um criticismo autônomo, racional, contínuo e universal se institucionalizou como nunca antes...⁴⁴

A respeito do século XVIII já se disse de tudo: que significou a consolidação da razão; que tanto quanto o século anterior, foi um período de grandes progressos acompanhados de intensas contradições; que representou entre o século XVII e o XIX, um período de êxtase e de declínio. O que o século representou foi cada um destes aspectos e ao mesmo tempo todos em conjunto.

41 Idem, ibidem.

42 ALEXANDER & SELESNICK, *Op. cit.*, p 151.

43 FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo, Perspectiva, 1978, p. 297.

44 ROBERTS, J. M. **History of the world**. New York, Oxford University Press, 1993, p. 548.

O que todas estas afirmativas têm como denominador comum talvez permita dizer que este momento da história representou a confrontação entre opostos de maneira radical. O século talvez se distinga do passado recente mais pela quantidade do que pela qualidade. "A característica saliente do século XVIII (...) é que a crença na razão substituiu a tradição e a fé em todos os aspectos da sociedade"⁴⁵. O movimento intelectual dominante no período, o Iluminismo, representa o domínio absoluto da razão, o fim de áreas obscuras da realidade (iluminadas pela razão), fossem estas quais fossem e em que campo do conhecimento e da atividade humana se encontrassem. Praticamente todos os reconhecidos e grandes nomes das ciências, das artes e da política se alinhavam ao Iluminismo, que acabou por desembocar no grande momento iluminista: a Revolução Francesa, e suas pretensiosas palavras de ordem — liberdade, igualdade e fraternidade. O homem toma o destino em suas mãos.

*É simplesmente por uma questão de conveniência que se rotula o século XVIII como a época do Iluminismo e o leitor deve ter em mente que a herança empírica, racional e observacional do século XVII continuou a florescer durante todo o século XVIII e constituiu muito do impulso para os progressos feitos durante o Século Iluminado.*⁴⁶

No que diz respeito à medicina, continua a quimérica busca, que o racionalismo mecanicista parece justificar, de uma explicação simples para todos os males do corpo e da alma. Exemplo disto é a teoria de John Brown, em Edinburg, que defende a tese da existência de apenas duas doenças: a *estênica*, caracterizada por força e atividade, e a *astênica*, caracterizada por um estado de

45 LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 468.

46 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 152.

fraqueza e inatividade. Tão simples quanto a classificação das doenças, é a proposta terapêutica de Brown: sedativos para o primeiro caso, estimulantes para o segundo.

No entanto, a grande discussão se fazia em torno do conceito mecanicista herdado de Descartes, ao qual, além de Spinoza, opôs-se o filósofo Gottfried Leibnitz, que defendia a tese de que o corpo é dotado de uma força vital que o governa. Esse *vitalismo* influenciou de forma especial a teoria da medicina, e a primeira metade do século ainda é dominada pelo debate entre *vitalistas*, representados por George Ernest Stahl, que

*... postulava a existência da 'anima' ou alma sensível que regulava a saúde física", e mecanicistas, como o aluno de Stahl, Friedrich Hoffmann, que defendia a idéia de que "as fibras, das quais todo o corpo era constituído eram capazes de se dilatar e contrair em resposta a uma propriedade chamada tonus, que por sua vez era controlada por um éter nervoso proveniente do cérebro. A saúde dependeria da adequada regulação do tonus.*⁴⁷

Se no campo teórico-filosófico continuavam os grandes debates de fundo, a realidade é que com a difusão das metodologias científicas, o conhecimento passou a crescer de forma geométrica, dependente única e exclusivamente de esforços de indivíduos de capacidade privilegiada.

É possível ter-se uma idéia do que representou o "Século das Luzes" para o progresso da medicina, considerando-se os desdobramentos e novos conhecimentos que nele se desenvolvem, na química, na física e na própria medicina: começa-se a entender a eletricidade, surge a teoria atômica, descobre-se

47 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p 467.

o oxigênio, o nitrogênio e o hidrogênio — a fisiologia, principalmente a da respiração, progride em função mesmo dessas descobertas fora da medicina.

No século XVIII, se desenvolvem novos capítulos de relevância para a medicina, como a eletrofisiologia e a patologia, a obstetrícia deixa de ser uma prática leiga e adentra a medicina e se inicia a vacinação. Surgem técnicas e instrumentos básicos para a prática médica: entre aquelas, desenvolve-se a percussão, e entre estes, o termômetro, o estetoscópio e métodos incipientes de medição da pressão arterial. Caem por terra conceitos como o da "geração espontânea" e se desenvolve a idéia da classificação das doenças.

Enfim, "o conhecimento científico tinha um progresso constante, e avanços na física, na química e nas ciências biológicas convergiam para constituir uma base científica e racional para todos os campos da medicina clínica"⁴⁸. Fácil perceber que a medicina entrava no seu período científico. No entanto, ela não era, como não é, nem física, nem química e nem biologia. Se, de um lado, o século iluminado convive com tantos progressos, a medicina não deixa de conviver com "magias e erros": a iluminação não chega a todos os pontos. Pelo menos duas teorias extremamente populares na época se mostram errôneas e sem base científica real. A *frenologia* ou *cranioscopia*, e o *mesmerismo*. A primeira, sob a influência do processo classificatório, pretendia que se pode localizar funções cerebrais pela conformação do crânio. Seu criador, Franz Joseph Gall, acreditava que a forma e as irregularidades do crânio eram projeções do cérebro subjacente e conseqüentemente indicações das características mentais do indivíduo. O segundo, que está na base do hipnotismo, pretendia não menos que ser um instrumento

48 GUTHRIE, D. J. Op. cit., 1994, p. 15.

diagnóstico infalível e uma panacéia. Como dizem LYONS e PETRUCELLI, "apesar do significativo progresso da ciência médica que marcou o século XVIII, este período pode também ser considerado a Idade de Ouro da má fé e do charlatanismo"⁴⁹.

Um aspecto em especial chama a atenção no contraditório do período: enquanto a teoria progride junto com todas as ciências, pouco deste progresso é integrado à prática, à terapêutica: "apesar do impressionante progresso na química, a terapêutica teve poucos progressos no século dezoito. As antigas práticas como ventosas, sangrias e purgação, continuaram as bases da prática"⁵⁰.

No que diz respeito ao tratamento do doente mental, menos ainda se beneficiou ele do progresso das ciências. A psiquiatria, como ciência, tardaria a surgir, o atendimento aos doentes continuava ou inexistente (considerando-se que dentro de uma visão atual apenas os casos mais graves eram identificados) ou caracterizado por idéias preconcebidas e freqüentemente acompanhado por traços de pura maldade e mesmo brutalidade. "Os pacientes mentais pouco se beneficiaram da 'idade do iluminismo'. Os insanos ou erravam pelas zonas rurais, expostos ao ridículo e aos açoitamentos, ou eram presos em instituições onde a tortura se disfarçava em tratamento"⁵¹. E foi este o quadro que Philippe Pinel encontrou quando, no curso da Revolução Francesa, com seu comprometimento com as massas e já sob a influência do movimento classificatório, diferencia entre o criminoso e o doente na população dos presídios e asilos da França. Pinel, um *vitalista*, interessava-se pela evolução dos pacientes e, por alguns, é considerado o

49 LYONS e PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 485.

50 LYONS e PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 482.

fundador da moderna psiquiatria, que no entanto teria que esperar progressos outros para se instituir.

*A riqueza dos dados médicos e científicos estabelecidos durante os séculos XVII e XVIII foi tão grande que se tornaram necessárias síntese e sistematização. A ciência precisa dar sentido aos fatos coligidos fazendo generalizações e inventando um sistema de ordem. (...) A sistematização não explica os fenômenos que classifica. Quando a classificação se estende demais, há tendência a ignorar dados fatuais que não se ajustam e o sistema fica repleto de erros. Os métodos de tratamento psiquiátrico foram muito pouco afetados por todos esses classificadores e em geral continuaram sendo baseados em uma combinação de especulações psicológicas e fisiológicas primitivas.*⁵²

Se o século dezessete é marcado pelas figuras de Sydenham e Harvey, ambos de forma extremamente esquemática, já que, como se sabe, representavam figuras humanas complexas e completas que passaram à história por um ou outro aspecto apenas de suas respectivas contribuições a uma visão ampla da prática médica, o século dezoito é, muitas vezes, representado pela figura do educador holandês Herman Boerhaave de Leiden. Um personagem mais nos moldes renascentistas do que da época da razão,

... este indivíduo carismático conseguiu transformar Leiden no centro médico temporário de toda a Europa. Um verdadeiro humanista (...) os interesses de Boerhaave se estendiam muito além da medicina, abrangendo todas as artes, compreendendo tanto a música como a literatura. Um eclético por opção, não era um pensador excepcionalmente original nem um notável contribuinte para a terapêutica, mas como observador e instrutor era imbatível.

51 ROMM, Sharon. **A sketch of man's efforts to mend his troubled mind.** Psychiatric Clinics of North America. Vol. 17, nº 3, 1994, p. 453.

52 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 155.

*Como Sydenham, a quem ardorosamente admirava, Boerhaave enfatizou enormemente o ensino à cabeceira do doente, revivendo este importante aspecto do método hipocrático.*⁵³

No início do século em questão, as antigas universidades do norte da Itália tinham perdido sua importância e entre suas sucessoras estava a Universidade de Leiden, rivalizando mesmo com a de Pádua. E foi lá que o próprio Boerhaave delineou e difundiu "o moderno currículo médico: ... a propedêutica das matemáticas e ciências naturais, o estudo da anatomia e fisiologia normais, e finalmente o estudo da patologia e terapia"⁵⁴ A ênfase de Boerhaave nas bases científicas da medicina e o ensino junto à cabeceira do doente atraíram estudantes de todos os cantos do mundo, e estes, por sua vez, difundiram o método em seus lugares de origem. Entre outros, Alexander Monro o fez em Edimburgo (origem dos fundadores da incipiente medicina norte-americana) enquanto van Swieten e de Haen reorganizaram o curso de medicina de Viena segundo os ensinamentos do mestre.

Como se torna evidente, o palco estava pronto para a definitiva entrada, nos próximos dois séculos, da medicina científica. Ou dever-se-ia dizer para a entrada da ciência e a progressiva agonia da medicina?...

3.3 Os séculos XIX e XX: A medicina científica

3.3.1 A Teoria

Os séculos XIX e XX, no que diz respeito à medicina, representam a continuidade das tendências estabelecidas no século anterior: à medida que as ciências básicas da física e da química se desenvolvem, impulsionam o

⁵³ LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 474.

⁵⁴ FIELD, J. *Apud* REDLICH & LEVITIN. *Op. cit.*, p. 879.

desenvolvimento das disciplinas fundamentais para o conhecimento dos processos de funcionamento do organismo humano e suas alterações (leia-se doenças), seja através dos conhecimentos que aportam, seja através do instrumental colocado a serviço da pesquisa médica. Neste sentido, não existe diferença fundamental entre os dois séculos. A diferenciação se faz pelos fatos que o processo acarreta na sua continuidade, ou seja, a velocidade do progresso que determina.

Do ponto de vista epistemológico, um fato marcante é o surgimento do positivismo de Comte, desdobramento lógico do empirismo, em suas formas mais radicais⁵⁵. resume as características básicas do positivismo: a ênfase da observação em oposição ao metafísico; a visão do mundo como um conjunto de partes isoladas, atomizadas, fixas; a importância dada aos fatos observáveis em detrimento à explicação causal, e o conseqüente interesse pela relação entre os fatos — o positivismo (como o empirismo) se interessa menos pelo “porquê” do que pelo “como”, e neste aspecto a medicina, a partir do século XVII, é um desdobramento típico da filosofia “da razão”. O positivismo rejeita a subjetividade e conseqüentemente a existência dos fatos mentais, reduzindo-os ao “comportamental” — a psicologia, que deriva do positivismo, não por acaso desemboca no “behaviorismo”; além disso, o positivismo favorece a especialização, mesmo considerando-se que o próprio Comte a teme, vendo-a como um risco para a unidade do conhecimento.

Ainda nessa linha de considerações⁵⁶, Comte dá à palavra positivo cinco acepções que, no conjunto, dão uma boa idéia das bases da filosofia positivista.

55 TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo. Atlas. 1987, p. 30-40.

56 TRIVIÑOS, A. N. S. *Op. cit.*, p. 35.

Para Comte, *positivo*, da forma como o via, é sinônimo de *real*, em oposição a quimérico, *útil* em contrapartida a *ocioso* (só o que leva ao aperfeiçoamento individual ou coletivo interessa), *certeza* — com rejeição da indecisão; *preciso* e não *vago*, e finalmente, oposto a *negativo* — a filosofia tem como objetivo não destruir, mas organizar.

Um aspecto pelo menos curioso da evolução do positivismo é que através de um dos conceitos que os seus continuadores desenvolvem, o princípio da verificação ou demonstração da verdade, chega-se à crise do positivismo, levantada por um dos mais respeitados positivistas contemporâneos — Karl Popper — que opõe à *verificabilidade*, a *falseabilidade*. Veremos que, no que diz respeito à prática da medicina, leva a uma situação também curiosa: o progresso é indiscutível, mas, em vista do estado-da-arte atual, algo se perdeu no caminho e, como tem acontecido historicamente em situações semelhantes, a tendência é uma volta, uma busca e retomada a partir do ponto de quebra.

Dentre as muitas conquistas médicas que o século XIX aportou, duas foram fundamentais: a *anestesia* e a descoberta dos *microorganismos* como causa de doenças. A primeira se constitui num importante fator no desenvolvimento da cirurgia, esta atividade que até o século anterior era exercida por barbeiros e não reconhecida como parte do exercício da medicina. Por outro lado, a descoberta de que organismos microscópicos eram as causas de doenças que, muitas vezes, se manifestavam sob a forma de epidemias, abriu o caminho para as grandes descobertas de um dos personagens maiores do século, Louis Pasteur, que pode ser considerado, para além de suas descobertas de importância inegável, o introdutor não-consciente do modelo médico em vigor, com tudo de positivo e

também com seus aspectos negativos. A partir de Pasteur, o ideal médico se identificou com o diagnóstico e tratamento das infecções.

Mas as conquistas da medicina dos novecentos não se resumiu aos fatos descritos. “Durante a primeira metade do século dezenove, Paris era o centro inquestionável da medicina mundial”⁵⁷, como demonstrado pelo trabalho de Pasteur, e é ali também que se desenvolvem outros grandes progressos tanto na anatomia como na fisiologia, patrocinados por figuras excepcionais mais do que por verdadeiras escolas. Um desses personagens, o fundador da fisiologia experimental, Claude Bernard, desenvolve o conceito de *homeostasia*, cujas complexas implicações ainda se está por determinar e se encontram subjacente mesmo aos questionamentos atuais de uma medicina do Homem. Segundo Bernard, “o ‘meio interno’ é constante em animais de sangue quente e mecanismos fisiológicos resistem a qualquer fator externo que tenda a alterar esse estado”⁵⁸. Evidentemente Bernard não incluiu neste conceito as emoções como “fator externo”; mas o terreno parece preparado para que num futuro se estabeleça o conceito de *stress*, que tem tudo a ver com a preservação do meio interno.

Em meados do século, a hegemonia se transfere para os países de língua alemã, principalmente as cidades de Berlim e Viena, onde se desenvolvem grandes avanços, principalmente nas áreas dependentes de conhecimentos da química: exames laboratoriais de auxílio ao diagnóstico e o surgimento da farmacologia.

“Assim como correlações eram feitas entre os achados encontrados junto ao leito do paciente e alterações nos órgãos, também a química laboratorial foi utilizada

57 REDLICH & LEVITIN. *Op. cit.*, p. 879.

58 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 503.

para entender as alterações funcionais causadas pelas doenças. Em meados do século dezenove, exames de sangue e urina eram rotineiros”⁵⁹.

O grande fato químico da época foi a síntese da uréia, “um produto natural do organismo, a partir de um composto inorgânico, o carbonato de amônia. Após isto, a separação entre o orgânico e o inorgânico deixou de ser clara”⁶⁰.

Os avanços químicos permitiram isolar substâncias naturais e estudar seus efeitos e, a partir disso, mesmo manipular moléculas e sintetizar novas substâncias, assim como correlacionar a estrutura química da substância com sua ação. Entre as substâncias naturais ou não que foram descobertas estão: a *hemoglobina*, *morfina*, *estricnina*, *quinina*, e alcalóides vegetais como a *atropina*, a *colquicina* e a *cocaína*.

É ainda na Alemanha que se estabelece a teoria celular que afirma ser o corpo constituído de tecidos formados por conjuntos de células iguais e que estabelece nestas as unidades básicas da vida, o que levou Rudolf Virchow, uma das grandes personalidades médicas da segunda metade do século, (“o Papa da medicina européia”) a declarar que “todas as células se originam de outras células” e que o cenário das doenças estava nas alterações da estrutura ou função destas e, conseqüentemente, o tratamento se dava neste nível. Virchow era um homem de múltiplos interesses, mesmo fora da medicina, interessando-se por antropologia, arqueologia, história, política, saúde pública e sociologia e, a partir desta última, não deixou de ver em condições sociais um dos fatores primários das epidemias, defendendo mesmo a necessidade de reorganizar a educação médica e o licenciamento de profissionais. “Se a medicina consiste essencialmente em esforços

59 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 504.

60 Idem, *ibidem*.

relacionados a conceitos de enfermidades, métodos de tratamentos, educação e organização dos profissionais encarregados de curar, as medidas direcionadas à prevenção de doenças e manutenção da saúde, Virchow com certeza foi o médico completo”⁶¹.

O progresso é tanto que, já no século XIX, torna-se quase impossível resumilo. Cada uma das “escolas” geograficamente localizadas aportou um sem-número de contribuições. Na Paris pós-revolucionária, com a associação da clínica à cirurgia e o crescimento cumulativo dos conhecimentos, pela primeira vez surge a tendência a delimitar áreas de atuação — a especialização. Com seu interesse na classificação e evolução terapêutica dos doentes mentais, Pinel é considerado um dos primeiros especialistas. O espírito de investigação clínica não fica restrito, na época, a Paris; através da escola de Edimburgo, toda a Grã-Bretanha é contagiada pelo espírito de descobertas clínicas. Em Londres, no famoso hospital Guy, onde nomes como Addison e Hodgkin trabalhavam, a especialização chega ao hospital, com a criação de enfermarias dedicadas a um grupo de doenças, numa antecipação do que se tornaria padrão durante o século XX.

3.3.2 A prática

Enquanto no campo da ciência e da experimentação se davam todos os avanços descritos, o já apontado conservadorismo médico mantinha a prática atrasada em relação à teoria disponível. Nos anos iniciais do século, pouco se diferenciava a atuação dos profissionais em relação ao século ou mesmo séculos anteriores. As prescrições incluíam dietas, exercícios, descanso, banhos e massagens, sangria, escarificações, uso de purgativos, enemas, etc. Medicamentos se

⁶¹ LYONS & PETRUCELLI. *Op. cit.*, p. 510.

restringiam a plantas e minerais sem muita base empírica ou fisiológica. O princípio era basicamente deixar a doença ter seu curso natural.

Apesar do dito de Bernard de que “sistemas não existem na natureza, mas somente na mente do Homem”⁶², a busca de sistemas abrangentes continuou durante o século. Entre eles, a *homeopatia* (que chegou a se espalhar pelo mundo, mas perdeu muito de sua atração com os avanços da fisiologia, farmacologia, bacteriologia e patologia), a *hidroterapia* (que se baseava ainda na teoria dos humores, procurando expelir os excessos), a *cranioscopia* ou *frenologia*, a *osteopatia* e a *quiropática*; muitas delas sobrevivem, principalmente nos Estados Unidos, até hoje.

3.3.3 O ensino e a profissão

Enquanto os avanços descritos não se integravam à prática médica (o que só aconteceria na segunda metade do século) e persistia uma tendência naturalista de permitir o curso da doença, o conceito dos profissionais médicos era baixo em consequência mesmo dos baixos índices de sucessos terapêuticos, vistos como “inúteis ou prejudiciais”⁶³ pela população que amiúde se deixava convencer pelas promessas de charlatões.

Como já se teve a oportunidade de ver, no início do século, Paris reinava de forma absoluta como o centro médico mundial (Pasteur), sendo substituída posteriormente por Berlim e Viena.

Um fator para o declínio do sistema francês foi o uso de exames altamente competitivos para a indicação à universidade. Se inicialmente este fato representava um progresso, no final se transformou num sufocante obstáculo. Outra razão foi que na

62 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 524.

*Alemanha e na Áustria, assim como na Holanda, Suíça e nos países escandinavos, a educação médica como a pesquisa se tornaram parte do sistema de educação superior sob a proteção das universidades (...) Jovens médicos americanos tinham especial interesse em estudar as especialidades nas universidades de fala alemã, que se tornaram o modelo das escolas médicas americanas do século vinte.*⁶⁴

Enquanto isto, em nosso meio latino-americano, os cursos de medicina continuavam basicamente ligados ao modelo francês que, como se viu, se encontrava em claro processo de decadência, e assim permaneceram até meados do século XX, quando o currículo estabelecido por Abraham Flexner, a partir do modelo da Escola de Medicina John Hopkins, difundiu-se pelo continente.

A dificuldade encontrada pelo ensino da medicina na França, que levou a medicina francesa a perder a hegemonia no mundo, não foi um fenômeno restrito àquele país: enquanto os conhecimentos se acumulavam, as tentativas de organizar os cursos de medicina e a formação dos médicos encontravam enormes resistências. A universidade, que aumentava o grau de exigências tanto para a entrada dos estudantes como no próprio currículo, tendia a ser boicotada pelos pretendentes — foi o que aconteceu em Harvard, em 1871, quando o curso passou a ter três anos (com nove meses de duração cada) e exames orais e escritos: quarenta por cento dos alunos desistiram. Importante é não esquecer que em muitos dos “cursos” então existentes, o currículo não passava de alguns meses de aulas expositivas complementadas pelo acompanhamento de visitas a enfermarias orientadas pelo médico de renome. “Especialmente na Inglaterra, uma dicotomia

63 Idem, *ibidem*.

64 REDLICH & LEVITIN. *Op. cit.*, p. 879-880.

existia, entre os que favoreciam uma obrigatória licenciatura para o controle dos que se ocupavam de curar, incluídos os médicos, e aqueles que fervorosamente advogavam permitir a qualquer um exercer a medicina, deixando aos pacientes a escolha entre os praticantes ou pretendentes⁶⁵.

Além da institucionalização das metodologias e dos progressos científicos, o século XIX, até mesmo em decorrência do crescimento exponencial dos conhecimentos e da conseqüente importância que paulatinamente se passa a reconhecer na teoria e na prática médica, vivencia o aparecimento de fenômenos novos como um sério processo de **estruturação dos cursos de medicina**, a necessidade da **especialização** como forma de permitir o domínio de áreas restritas frente à impossibilidade de domínio do todo, e, de forma consciente ou não, o estabelecimento da visão do homem como *máquina*. Este processo de especialização, que não deixa de ser influenciado pelo princípio industrial da divisão de trabalho, expressa-se tanto no enfoque concentrado de uma doença, de uma técnica diagnóstica ou mesmo do estudo limitado de um órgão.

Esses movimentos, no século XX — o qual é mera continuação e aprofundamento dos processos presentes no anterior — desempenham função primordial nas duas características básicas do panorama médico atual: o crescimento do conhecimento, de um lado, e as crises de conceitos e da *praxis*, através de um **reducionismo** conceitual que não esconde o ideal dos séculos anteriores de uma teoria simplificada e abrangente da realidade médica.

65 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 533.

3.4 As origens da psiquiatria — sua história e suas características específicas

A psiquiatria, um vasto corpo de doutrina e prática, concernente a um amplo número de pacientes, foi a última especialidade a ser incorporada ao campo global da medicina, há cerca de século e meio. Antes disso, as doenças mentais eram consideradas assunto da filosofia; ainda antes, do início dos tempos até a Idade Média, os doentes mentais, quando não ignorados, eram cuidados — isto é protegidos, punidos ou exorcizados — por curandeiros ou sacerdotes. É fácil compreender essa história, já que as doenças da mente — independentemente de se aderir a uma teoria da mente diferenciada do corpo ou a uma teoria da mente integrada ao corpo — sempre pareceram bastante intrigantes e de difícil tratamento.⁶⁶

Se nos abstraíssemos do campo dos fatos históricos, e nos restringíssemos ao campo das idéias, a pergunta “quem criou a Psiquiatria?” provavelmente não admitiria senão uma resposta: René Descartes, pois como diz CAPRA, “a divisão cartesiana influenciou a prática da assistência à saúde em vários e importantes aspectos. Em primeiro lugar, dividiu a profissão em dois campos distintos com muito pouca comunicação entre si. Os médicos ocupam-se do tratamento do corpo, os psiquiatras e psicólogos, da cura da mente”⁶⁷.

Impossível imaginar frase mais cartesiana — e em mais de um aspecto. Se de um lado aponta para o que DAMÁSIO denomina “o erro de Descartes”⁶⁸, por outro, sintetiza de forma cristalina a origem de alguns dos problemas e deficiências fundamentais com os quais se debate a medicina nos nossos dias: o *anti-subjetivismo* — com conseqüente distanciamento, desumanização da relação

66 MORA, George. **Historical and theoretical trends in psychiatry**. In: KAPLAN, Harold I., p. 4.

67 CAPRA, F. *Op. cit.*, p. 134.

68 DAMÁSIO, A. R. *Op. cit.*, p. 280.

médico-paciente — e a *atomização* do conhecimento através da *especialização* e mesmo *subespecialização*.

E quando esse Autor fala em falta de comunicação entre as duas “partes”, aponta de forma extremamente pertinente para o fato de que a medicina moderna chegou perto de se tornar, de fato, uma medicina do corpo (se é que nesta versão poderia continuar fazendo jus ao nome), não fossem as surpresas que a própria ciência reservava aos adeptos extremados de tal visão, tão distante e mesmo oposta aos ensinamentos hipocráticos; como é sabido. Só muito recentemente os “médicos” (em se aceitando a visão de CAPRA) se deram conta do atalho esburacado que tomaram, atordoados pelo canto-da-sereia do que parecia ser “ciência” — já que, como se verá adiante, a própria ciência médica é que terá que se defrontar com o imponderável, com as descobertas de fenômenos não previsíveis pela vã fisiologia.

Mas nem sempre foi assim. Quando ALEXANDER e SELESNICK afirmam, como visto, que a medicina começa como psiquiatria, não estão, certamente, apenas se referindo ao fato de que ela se inicia sob a égide do paradigma mágico e religioso, mas também ao fato de que a arte de curar, de diminuir e aplacar as dores, certamente nos seus primórdios não diferenciava entre a dor física e a dor emocional, não deixando mesmo de constatar a íntima relação existente entre as duas, como admitem os hodiernos e científicos estudiosos da dor.

Considerando-se, portanto, a existência desse estado de indiferenciação entre o corpo e a mente nos primórdios da civilização e da medicina, não existe, de fato, uma história da Psiquiatria a não ser no período moderno, ou, como nos diz MORA, nos últimos cento e cinquenta anos. O que temos é, *dentro da história da*

medicina, os fatos concernentes à doença mental e sua vicissitudes — ou, leia-se, as teorias sobre a origem da doença mental e as atitudes terapêuticas logicamente decorrentes.

Ao assim entendermos a questão, torna-se evidente que a divisão apontada por CAPRA não existe a não ser como exceção na história da medicina e até aponta para uma definição em essência desta atividade essencialmente humana que é o ato de aplacar o sofrimento, a dor, conhecida como medicina:

Quando nasceu a Psiquiatria? Talvez o nascimento tenha ocorrido no momento em que uma criatura primitiva grunhiu, de forma simpática, para outra porque os alimentos eram insuficientes ou porque um parceiro tivesse ido embora. Mas as misérias que se abateram sobre o homem primitivo ficarão em segredo, não reveladas nem pelo carbono radioativo, nem pela imaginação. Só podemos especular que antes dos registros escritos, as pessoas tinham problemas e ansiavam pela sua cura. Quando a causa e a cura são desconhecidos, a magia e a religião suprem uma bem-vinda esperança. (...) os pré históricos enfrentavam suas desgraças com tratamentos que iam da sugestão à psicocirurgia.⁶⁹

A história da relação do homem com sua mente, e principalmente com sua mente doente, é tão ou mais complexa do que a história da própria medicina, e é parte integrante da história da humanidade, no que se refere às atitudes do homem para com o seu semelhante.

O “louco”, essa figura indefinível (quem o é, e quem não o é?) e ao mesmo tempo à mercê da definição feita por outros (quem decide, e baseado em quê?), representa também a essência das relações entre o indivíduo e a sociedade. De forma intermitente se vê na história o tratamento ao “louco” variar de um extremo a

outro: da compaixão à absoluta ausência dela; dos banhos ao som de música ataráxica, dos templos gregos às fogueiras da caça às bruxas da Idade Média. A história da Psiquiatria é o relato da busca da diferenciação não entre quem é louco e quem não é, mas entre quem sofre existencialmente por efeito de suas alterações mentais e quem não. Entre quem pensa e age de forma diferente por autodeterminação — ativamente — e quem o faz independentemente de sua vontade — passivamente. Em função destes últimos é que a medicina, e mais recentemente a psiquiatria, sai inicialmente em busca de entendimento e posteriormente de ajuda especializada, sempre que possível, e, quando não, pelo menos de consolo.

É nessa busca que a psiquiatria, como estudo da mente e suas alterações, insere-se no contexto da história da medicina.

Os primórdios da história da medicina não conhecem divisões, e a obra de Hipócrates é sintomática deste fato: ele estuda os fenômenos comportamentais, as doenças da mente exatamente da mesma forma que estuda as doenças que afetam outros órgãos — ou seja, pela observação minuciosa, feita ao lado do leito, e preconiza para eles tratamentos parcimoniosos como para todas as outras doenças. E, a partir dessas observações, chega a uma conclusão:

Os homens deviam saber que do cérebro e só do cérebro vêm nossos prazeres, alegrias, risos e gracejos, assim como nossas tristezas, dores, pesares e lágrimas. E assim de uma maneira especial, adquirimos visão e conhecimento, vemos e escutamos. E através do mesmo órgão nos tornamos loucos e delirantes, e medos e pavores nos assaltam – alguns de noite e outros de dia.... Todas

estas coisas suportamos vindas do cérebro, quando não está saudável".⁷⁰

Esta citação resume de forma extraordinária conceitos que são revividos na atualidade. Ela não diferencia entre emoções e outras funções do corpo humano, e estabelece uma relação entre o que se entende por *mente* e por *corpo*. Não por acaso os atuais neurocientistas, que vêem a mente como o resultado do funcionamento de certas áreas cerebrais, tão freqüentemente a referem.

Se, até Hipócrates, as explicações tendiam ao sobrenatural e ao mágico, ele se baseia fundamentalmente no racional, rejeitando a teoria pela qual as doenças teriam origem na ação dos deuses. Esse posicionamento servia tanto para as doenças médicas, em geral, como para as doenças mentais. Se, para o homem primitivo, "a explicação para o comportamento anormal era que alguma potência de fora, um espírito mau devia ter tomado posse do sofredor"⁷¹, para os hipocráticos, toda doença se explicaria pelo desequilíbrio entre os quatro humores fundamentais, que, como visto, equivaliam aos quatro elementos básicos que originariam a natureza. É interessante que o conceito de equilíbrio não abandonaria a medicina até os nossos dias (o que é o dito "mente sã em corpo sã", tão popular mesmo em nossos dias, senão uma receita fundamentada neste conceito?).

A história da psiquiatria é, também, a história da conceituação da mente, e, com base nessas conceituações, a história dos métodos de tratamento que elas determinaram. Quanto mais próxima de conceituações mágicas, religiosas ou mesmo demonológicas, os métodos tendiam a ser os mesmos que se utilizavam para influenciar os responsáveis pelas catástrofes naturais determinadas pelos

⁷⁰ MORA, G. *Op. cit.*, p. 23-24.

⁷¹ ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 34.

mesmos responsáveis (“seres sobre-humanos invisíveis”⁷²): encantamento, oração, ameaça, submissão, suborno, punição e expiação.

Se Hipócrates representa o abandono de explicações mágicas, substituídas pela racional, e por isso muitas vezes é considerado o pai da assim chamada psiquiatria “organicista”, na prática utilizava tanto intervenções que agiriam sobre o corpo quanto outras de natureza puramente “psicológicas”.

Do ponto de vista epistemológico, a história da psiquiatria também tem sua dicotomia, entre os que advogaram a *psique* como entidade separada, à parte do organismo ou integrada a ele, determinando terapêuticas utilizadas no tratamento das doenças mentais de acordo com a crença adotada. Esta é a origem das discussões que existem até os dias de hoje entre a “cura pela palavra” e a intervenção em nível da fisiologia corporal. No entanto, desde sempre, existiram médicos (o termo *psiquiatra* é uma invenção muito mais recente) que não tomavam partido nessa disputa dicotômica, defendendo uma visão interacionista ou eclética. Exemplo disso encontra-se em Paracelso, uma curiosa personalidade da Renascença.

Embora Paracelso fosse astrólogo, não pensava que a doença fosse causada pelas estrelas ou por demônios. Pelo contrário, acreditava em um “espírito natural” que se utilizava das substâncias alquímicas básicas — sais, enxofre e mercúrio — para formar o complexo corpo humano. Imaginava a personalidade humana como um todo, constituído de partes espiritual e corporal intimamente ligadas à alma. A doença mental era uma perturbação dentro da substância interna do corpo e não podia ser considerada como resultado de efeitos externos. Acreditava que toda doença, mental ou física, podia ser curada pelo medicamento adequado, mas fazia objeção à polifarmácia da época e receitava drogas simples em

72 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 31.

*dosagens precisas. Seu rancor e seu desprezo eram aparentemente reservados à autoridade e nunca se dirigiam contra os pacientes, pelos quais sempre demonstrava apenas simpatia. Vangloriava-se de que, embora tivesse sido expulso de vários países, em todos os lugares seus pacientes o amavam.*⁷³

Conforme nos diz MORA, “praticava um método de psicoterapia baseado no aconselhamento, sugestão, raciocínio e no encorajamento do paciente”⁷⁴.

Neste sentido, é Paracelso um importante precursor da *psicanálise freudiana*, que, na primeira metade do século XX, em grande parte em resposta ao racionalismo e materialismo vigente, haveria de dominar a psiquiatria, até que o surgimento da moderna psicofarmacologia — produto aparentemente não menos positivista do que a grande maioria dos desenvolvimentos médicos dos últimos duzentos anos — viesse a se constituir num fator de equilíbrio em oposição à visão “psicológica”, não ligada à corporalidade do sistema nervoso (visão curiosamente desenvolvida por um neurologista: Sigmund Freud).

Em outro sentido, Paracelso é também um digno representante da visão atual e futura da psiquiatria, e espera-se (este é em essência o objetivo deste trabalho) da própria medicina, que se mostra um tanto desiludida de seu absoluto compromisso com o “corpo” e com a “doença física”, entidades que, como para Paracelso, parecem, quando isoladas do contexto global do ser humano — o que inclui o “mental” e o “emocional” — cada vez mais esdrúxulas abstrações.

Paracelso morre em 1541. Descartes nasce em 1596. Em termos históricos, tão pouco tempo — apenas algumas décadas; em termos filosóficos uma distância abissal. Um se baseia na observação, no contato com o objeto de seu estudo, o

⁷³ ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 127.

homem, o paciente. Outro, na intuição, “tentava resolver o enigma do mundo por raciocínio dedutivo silogístico, partindo de abstrações intuitivas que tinham pouca relação com o mundo dos sentidos e terminando com um universo mecanístico no qual os organismos vivos são complexas peças de maquinaria”⁷⁵. Nesta concepção, é claro, não havia lugar para variáveis como sentimentos, sofrimentos e outros predicados que não são característicos da máquina, esta maravilhosa invenção renascentista que ofuscava a visão do homem na Idade da Razão, acenando com o conhecimento absoluto inclusive da *máquina-homem*. Tudo o que não podia ser descrito com a linguagem matemática da ciência pertencia à filosofia ou mesmo à religião. Descartes “dotou o homem de uma ‘substância pensante’, a *alma*, que, disso estava certo, não interagira com o corpo. Separou, assim, completamente o corpo da mente, numa enganadora dicotomia que ainda obceca o estudo do homem”⁷⁶.

Se bem seja verdadeiro que esta foi a idéia cartesiana que se impôs, não seria a única vez na história do pensamento filosófico em que a parte se impõe ao todo, e não são poucos os estudiosos que pretendem fazer justiça a Descartes, lembrando que o mesmo complementou sua divisão entre corpo e mente com a observação de que ambos se ligavam através da glândula pineal, onde se localizaria a mente, o que deve ser “visto como um conceito dinâmico e não estático”⁷⁷. O mesmo autor nos lembra que o Descartes jovem e racionalista extremado não deixa de, no fim da vida, escrever um “Tratado das paixões da alma”, constituído por cartas trocadas com sua discípula, a princesa Elizabeth da Boêmia, nas quais

74 MORA, G. *Op. cit.*, p. 45.

75 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 134.

76 Idem, *ibidem*.

77 MORA, G. *Op. cit.*, p. 48.

Descartes adota mesmo um posicionamento psicoterapêutico, dando grande significado aos fatores emocionais. Ou, como o descreve CAPRA (p. 119-20),

O próprio Descartes, embora introduzisse a separação de corpo e mente, considerou, não obstante, a interação entre ambos um aspecto essencial da natureza humana, e estava perfeitamente ciente de suas implicações em medicina. A união de corpo e alma foi o principal tema de sua correspondência com um de seus mais brilhantes discípulos, a princesa Elizabeth, da Boêmia. Descartes considerava-se professor e amigo íntimo da princesa, além de seu médico; e quando Elizabeth não estava bem de saúde e descrevia seus sintomas físicos a Descartes, este não hesitava em diagnosticar que seu mal era devido, predominantemente, à tensão emocional (...); receitava-lhe, então, relaxamento e meditação, além dos tratamentos físicos. Assim, Descartes mostrou-se muito menos “cartesiano” do que a maioria dos médicos atuais.”⁷⁸

No entanto, o que ficou de maneira indelével ligado ao pensamento de Descartes foi o conceito da dicotomia mente-corpo, perdurando até os nossos dias. Mas, como já se viu, a dicotomia cartesiana não convenceu a todos e mesmo um dileto discípulo de Descartes como Spinoza se opôs à visão dicotômica:

*O objetivo de Spinoza era criar uma visão unificada do mundo; sentia-se ao mesmo tempo frustrado e desafiado pela radical separação de mente e corpo por parte de Descartes e substituiu esse dualismo por um conceito de **paralelismo psicofisiológico**. Seu princípio básico é que mente e corpo **são inseparáveis** porque são idênticos; o organismo vivo experimenta seus processos corporais psicologicamente, como afetos, pensamentos e desejos. A psicologia e a fisiologia são dois aspectos da mesma coisa: o organismo vivo.”⁷⁹*

78 CAPRA, F. *Op. cit.*, p. 119-20.

79 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 141-2.

Se nos perguntarmos, como o faz CAPRA, quantos médicos e cientistas estariam hoje dispostos a subscrever tais idéias, pode-se bem imaginar as repercussões que tiveram quando foram publicadas. Spinoza pagou caro por sua “coerência e intransigente busca da verdade”⁸⁰; foi excomungado e considerado herético por judeus e cristãos, principalmente por suas idéias panteístas. Se na teoria o estudo das doenças mentais dos próximos séculos encampa a visão cartesiana, a prática se mostra muito mais próxima da integração de Spinoza do que do divisionismo cartesiano.

Que rumo assumem os estudos que em um futuro próximo seriam chamados psiquiátricos, quais os grandes temas abordados e quem seriam seus expoentes?

Quando se inicia o que se convencionou chamar a Idade da Razão, que atinge sua culminância no Iluminismo, a medicina, como já visto, ao mesmo tempo em que se dedica a conhecer a “estrutura” e o “funcionamento” do corpo humano, empenha-se na descrição clínica dos males que afligem o homem. No século XVII esta corrente é representada pela figura onipresente de Thomas Sydenham,

... que é geralmente considerado o iniciador do enfoque clínico da moderna medicina. Embora Sydenham não se interessasse especialmente pelas doenças da mente, ele tinha, no curso de sua experiência clínica, se conscientizado da importância dos sintomas neuróticos e histéricos e da freqüência com que estes ocorriam em seus pacientes. Descreveu estes sintomas em detalhes. (...) ... sua grande importância deriva do fato de, enquanto a psiquiatria tinha focalizado exclusivamente fenômenos psicóticos, agora, pela primeira vez, a atenção se voltava para sintomas neuróticos”⁸¹.

80 Idem, ibidem.

81 MORA, G. *Op. cit.*, p. 49.

Mais ainda, Sydenham “reconheceu pela primeira vez que sintomas histéricos podem simular quase todas as formas de doenças orgânicas”⁸². Com isto, pode-se dizer que, neste final de século XX e início de século XXI, Sydenham não só antecipou muito do que se denominou *psicossomático*, mas também estabeleceu os fundamentos de áreas da psiquiatria que só agora começam a ser devidamente valorizadas, como o que se denomina “psiquiatria do doente clínico”. Denominações grandiloqüentes para, de fato, caracterizar o que se sabe desde os tempos hipocráticos: a *indivisibilidade do ser humano*. Enfim, variações sobre um mesmo tema que não pode mais ser negado. A razão, inevitavelmente, nos levava de volta à emoção.

Esta mudança de enfoque, que se inicia com Sydenham e que continuaria com tantos outros, implicou importantes e necessárias mudanças conceituais: os sintomas da “loucura” deixaram de ser monopólio de “seres bizarros” ou “loucos”, para se constituir em manifestações próprias de qualquer indivíduo ou qualquer paciente; ou, como diz MORA, “isto significou uma mudança da ‘irracionalidade’ como objeto de confinamento exterior para a ‘irracionalidade’ originária no interior de uma pessoa”⁸³.

Por outro lado, o Iluminismo e seu “ideal do intelecto crítico generalizado” não poderia evitar o questionamento do tratamento que se deu em muitas épocas ao doente mental, e ressuscita a bandeira de um tratamento mais humano a este paciente.

82 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 139.

83 MORA, G. *Op. cit.*, p. 53.

O termo neurose, significando doença que não é acompanhada de febre ou patologia localizada, é introduzido na medicina em 1777, por William Cullen, um aluno escocês de Boerhaave, e, mais ou menos na mesma época, Johann Christian Reil, um professor de medicina em Halle e Berlim particularmente interessado na relação entre mente e corpo, utiliza pela primeira vez a palavra *psiquiatria*.

O período se caracteriza também, na nova especialidade, por uma busca de classificação, descrição e tratamento de doenças do ponto de vista essencialmente físico. Enfim, os séculos XVIII e XIX, na medicina como na psiquiatria, representaram tempos de um posicionamento do pêndulo no extremo somático dos conhecimentos. Só no início do século XX esse posicionamento enfrenta a contestação, representada pelo surgimento da psicanálise freudiana, que pretendeu um entendimento em profundidade do comportamento humano. Uma reação ao materialismo vigente no estudo da mente humana, baseado fundamentalmente nas ciências médicas como a fisiologia e a nosologia. Freud, um neurologista, aluno e continuador da obra de Charcot, representou uma reação a essa visão predominante.

Coube ao século XX, principalmente na sua segunda metade, com o surgimento da psicofarmacologia científica, procurar a integração, que como se viu sempre se mostrou um perseguido ideal.

Como tão pertinentemente antevia ALEXANDER, um psicanalista especialmente interessado na interação entre corpo e mente, "a integração da

química cerebral com a psicologia é a principal tarefa com que se defronta a psiquiatria em nossa era presente”⁸⁴.

84 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 37.

CAPÍTULO 4: A FORMAÇÃO DO MÉDICO E SUAS DISTORÇÕES

4.1. As características do ensino médico atual

4.1.1 Flexner

Considere-se o quadro histórico-descritivo que segue, nas palavras de LYONS E PETRUCCELLI:

*No início do século XIX, os Estados Unidos da América contavam com apenas quatro pequenas escolas de medicina para suprir médicos para uma população em crescimento, levando-os a receber treinamento pelo sistema de aprendizado. Em 1807 a Escola de Medicina da Universidade de Maryland foi organizada por um pequeno grupo de médicos de Baltimore como uma iniciativa privada, e nos anos seguintes surgiram dezenas destas escolas particulares de medicina. (...) O ano escolar durava de oito a catorze semanas e consistia exclusivamente em ouvir palestras. Muitas escolas particulares diplomavam após um único ano acadêmico apesar de exigirem que o aluno tivesse estagiado anteriormente durante um ou dois anos. Como estas escolas dependiam financeiramente do pagamento de anuidades, poucos pretendentes eram recusados e menos ainda eram reprovados.*⁸⁵

Tendo essa realidade como pano de fundo, em 1906, a Associação Médica Americana transforma uma comissão permanente de educação em Conselho De Educação Médica, e esta tomou a si a função de avaliar os cursos de medicina em termos da habilidade de seus graduados, em exames finais elaborados pelo conselho. “O Conselho, no entanto, estava intimamente identificado com a medicina, e seus membros reconheceram a necessidade de uma avaliação mais objetiva. Isto se operacionalizou convencendo a Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino a

assumir a tarefa”⁸⁶, que por sua vez nomeou Abraham Flexner, um educador que já tinha realizado trabalho semelhante em relação ao ensino superior em geral, para estudar o assunto e apresentar um relatório. Este relatório, que passou à história com o nome de seu autor (“Relatório Flexner”), foi apresentado dois anos depois da nomeação de Flexner, em 1908, e durante pelo menos sete décadas inspirou a estrutura dos cursos de medicina dos Estados Unidos, determinando, entre outros fatores, e este fato é inegável, o progresso da ciência médica americana, que, por sua vez, nas décadas de trinta e quarenta do século, mas especialmente após a Segunda Guerra Mundial, assume a hegemonia da educação médica mundial. Assim, o produto determinado pelo Relatório Flexner se universaliza, inclusive em nosso meio.

*Considera-se que após a Segunda Guerra Mundial, o número de professores latino-americanos formados nos Estados Unidos aumentou consideravelmente e, gradualmente, a influência do modelo Flexneriano foi se fazendo sentir mais e mais nas melhores escolas médicas da América Latina, é lícito, portanto, falar em paradigma flexneriano para referência ao modelo dominante.*⁸⁷

Estamos agora em condição de entender o processo que até hoje determinou a formação dos médicos na maior parte do mundo ocidental, mas também em condições de entender porque há pelo menos duas ou três décadas este modelo entrou em crise, exigindo que o curso médico padrão extrapole em muitos sentidos a estrutura que durante esse tempo o tem caracterizado. Antes, porém, torna-se necessário conhecer melhor os fatos.

85 LYONS & PETRUCCELLI. *Op. cit.*, p. 534.

86 *Idem*, *ibidem*.

87 CHAVES, Mário M. **Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI**. R. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, 20(1), jan./abr. 1996, p 25.

Em primeiro lugar, cabe que se pergunte: quem foi o homem que, pelo menos em parte, é tido como responsável tanto pelo progresso do ensino médico neste século, como pelas deficiências que este ensino vem demonstrando?

LUDMERER resume a vida de Flexner da seguinte maneira:

*... nascido em 1866 (...) Flexner sobrepujou suas origens humildes e privações econômicas para se tornar um dos mais entendidos críticos de todos os tempos do sistema educativo americano. (...) Em 1907, viajou à Europa, onde observou de perto os vários sistemas educacionais. Voltando aos Estados Unidos, serviu como membro da equipe da Fundação Carnegie (1908-12) e como sub-secretário e posteriormente secretário do Conselho de Educação Geral (1913-28). Com sua "aposentadoria", organizou o Instituto de Estudos Avançados em Princeton, foi seu primeiro diretor e trouxe Albert Einstein para os Estados Unidos. Nos assuntos pessoais era um homem leal e afetivo, mas no trabalho podia ser cáustico, arrogante e descompromissado.*⁸⁸

Flexner era, também, ou pelo menos assim é visto, um homem do seu tempo, um típico representante do pensamento positivista. Suas observações durante a estada na Europa, sua convicção dos aspectos racionais, o ambiente filosófico reinante, a admiração pelo trabalho que já vinha sendo feito na Escola de Medicina John Hopkins e sua extraordinária capacidade de planejamento e execução — todos esses elementos se evidenciam no produto maior de seu trabalho: o Relatório Flexner — “um tom de positivismo médico impregnou o livro; a medicina é vista como uma disciplina experimental governada pelas leis da biologia geral. (...) O corpo humano pertence ao mundo animal”⁸⁹. Não só positivista (nenhum lugar para

88 LUDMERER, Keneth M. **Learning to Heal – The development of American Medical Education.** Baltimore. The John Hopkins University Press. 1985, p.171.

89 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 174.

nada que não seja pertinente à ciência biológica), como evidentemente reducionista: o homem é regido pelas mesmas leis dos animais, e implícito, seu funcionamento é idêntico ao destes que Descartes não hesitara, sob a influência dos métodos experimentais matemáticos, em comparar com o funcionamento de uma máquina.

É provável que ninguém se tenha surpreendido mais do que ele quando do convite a realizar obra de tamanha envergadura: como educador, Flexner não conhecia nada sobre medicina (na sua autobiografia, segundo LUDMERER⁹⁰, diz que chegou a pensar que o tinham confundido com seu irmão, Simon, um médico, então diretor do Instituto Rockefeller de Pesquisas Médicas) e muito pouco mesmo das características específicas do ensino médico.

A literatura não nos permite (apesar de que esta tem sido a tônica manifestada ao se estudar a obra de Flexner) adotar o mesmo tom maniqueísta: não cabe negar o valor desse empreendimento. O que Flexner fez pode ser visto sob dois aspectos: o prático, que foi acabar com a mediocridade (à qual reservava uma verdadeira ojeriza) da maior parte dos cursos de medicina americanos na época. E ele os conheceu bem, pois sua primeira atividade no preparo do relatório foi exatamente visitar todos os cento e cinquenta e cinco cursos em funcionamento nos Estados Unidos e Canadá. Como já vimos, e como LUDMERER reafirma em sua descrição:

Os períodos duravam apenas dezesseis semanas e depois do segundo período o título de Doutor em Medicina era automaticamente concedido, independente do aproveitamento acadêmico do estudante. O ensino era realizado apenas por meio de aulas teóricas. (...) ... o corpo docente era constituído por apenas

90 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 172.

*sete ou oito professores. A escola era propriedade destes, cujo interesse era apenas lucrativo. (...) Como estruturas de laboratório ou hospitalares não eram utilizadas na educação médica, recursos apenas modestos eram necessários para dirigir uma escola médica. O segundo andar acima da farmácia da esquina era suficiente... .*⁹¹

A intolerância de Flexner com a mediocridade, sua visão educacional — que não admitia senão um nível de excelência seja de professores, seja de alunos — e sua intolerância conceitual, segundo a qual a Medicina “não tem analogia alguma com negócios. Como o exército, a polícia, ou a assistência social, a profissão médica é mantida para um propósito benigno, não-egoísta; protetor e não-explorador”, não poderia redundar em algo menos que sua ousada proposta no relatório: o fechamento da grande maioria dos cursos de medicina existentes. Flexner propunha que, dos cento e cinquenta, apenas trinta e um continuassem em funcionamento. E “todas as sobreviventes deveriam ser de um mesmo tipo: escolas universitárias comprometidas com pesquisa e excelência acadêmica. (...) O país precisava de ‘menos e melhores doutores’”.⁹² O sistema não poderia se dar ao luxo senão de formar da melhor e mais completa forma, cada um de seus médicos. Como se vê, no aspecto prático, Flexner era um duro e honesto perfeccionista — constrangido com a dura, às vezes até grotesca, realidade que encontrou em suas visitas às escolas médicas não admitia senão a evolução para o melhor, bem de acordo com a visão e crença racionalista e positivista na capacidade do homem. “Foi o senso de propósito social de Flexner — sua indignação, sua ofensa moral e preocupação com o bem estar público — assim como seu sensacional estilo

91 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 3.

92 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 178.

jornalístico que fizeram do Relatório um tão elegante exemplo de literatura de denúncia”⁹³.

Se no aspecto prático o Relatório despertou reações extremas (até ameaça de morte existiu), porém acabando por se constituir em um fator importante de transformação da medicina americana no que hoje é, não menos que a mais respeitada escola do mundo, as grandes críticas que se fazem ao modelo flexneriano se concentram, hoje como ontem, em seus aspectos teóricos e filosóficos, assim como nas óbvias distorções que estes determinaram.

Tanto LUDMERER como ODEGAARD⁹⁴, em suas obras citadas, concordam, cada um à sua maneira, que as críticas são freqüentemente dirigidas de forma errônea. Ambos defendem o homem, mesmo reconhecendo que sua obra, representando o pensamento da época, facilitou e mesmo determinou um curso de medicina cujo paradigma mostra há já algum tempo “sinais de exaustão”.

Torna-se imprescindível então que se defina o que passou a se denominar de *paradigma flexneriano* do ensino médico, mesmo se considerando que não só não era este o objetivo de Flexner, como, conforme se verá adiante, ele chegou a expressar críticas transparentes ao resultado final da reforma que seu trabalho patrocinou.

Quais então as características embutidas no Relatório Flexner que, justificadamente ou não, foram absorvidas na estrutura curricular do curso médico padrão do século XX?

93 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 180.

94 ODEGAARD, Charles E. **Dear Doctor – A personal letter to a Physician**. Menlo Park, CA. Henry J. Kaiser Family Foundation. 1986.

Em tudo e para tudo Flexner se mostrou um digno representante do seu tempo, caracterizado pelo pensamento *positivista*: o currículo padrão americano do curso médico propriamente dito, de quatro anos, que, conforme LUDMERER, já estava representado na educação médica desde a última década do século XIX, mais como exceção do que como regra, foi generalizado, porém o conteúdo sofreu um inchaço extraordinário na busca frenética de *fatos e dados*, principalmente a partir daqueles produzidos por pesquisas científicas realizadas num ambiente hospitalar — a sede soberana da medicina flexneriana; o caráter atomizado do conhecimento positivista se traduziu no currículo flexneriano caracterizado pela divisão estanque dos conteúdos em disciplinas autônomas e, com o passar dos anos, em departamentos isolados que comumente brigavam, e até hoje brigam, entre si. Essa estrutura, é evidente, propiciava, patrocina a *especialização*. Bem de acordo com a aversão ao subjetivo, a função, o objetivo final do curso médico que Flexner favorece não é o Homem Integrado, mas seu corpo, sua fisiologia. Qualquer fenômeno que não seja “observável”, que não se traduza matematicamente, é rejeitado: como vimos, não por acaso a psicologia da época é fundamentalmente comportamental (*behaviorism*) — sendo o comportamento o único elemento psicológico que, supostamente, no estudo dessa disciplina, independe da participação, da interação entre estudado e estudioso. Eliminado o subjetivo, o que permanece é a *máquina cartesiana*, e, até bem pouco tempo, essa era uma medicina essencialmente *mecanicista*. No curso que se estabelece, a prioridade continua sendo os fundamentos da ciência iluminista: as ciências se resumem à física, química e biologia; a medicina se torna fundamentalmente *biologicista*. (Curiosamente, quinze anos após a publicação de seu relatório, Flexner

era um agudo crítico do currículo que ajudara a criar. Numa obra sua menos conhecida, *Medical Education: A Comparative Study*, ele declara: “A medicina científica americana — jovem, vigorosa e positivista — é hoje tristemente deficiente, na sua formação, do cultural e filosófico”⁹⁵. À medida que o tempo passava, o autor passaria a se mostrar, intelectualmente, muito além de sua obra). Se a mente não está representada, muito menos isto ocorre com os aspectos sociais da realidade humana — o objeto da medicina é o homem isolado do seu meio, do seu contexto; a medicina se caracteriza por ser *individualista*.

Podemos então resumir a crítica de que, nas últimas décadas, se faz às características básicas do modelo flexneriano de educação médica: esta se distingue essencialmente por promover um conhecimento atomizado (as brigas entre disciplinas ou departamentos têm origem no mesmo individualismo que impede a comunicação horizontal), mecanicista (o interesse está no *como* as coisas do corpo humano ocorrem ou funcionam e se rejeita o *porquê*), inserido no contexto biológico (sendo a biologia a única ciência que, fundamentada na química e na física, e estas passíveis de redução à linguagem matemática, pode servir de referência ao estudo da *máquina*) e, desinteressado do contexto social e da realidade emocional, individualista; a consequência é evidente: o ato médico se torna fundamentalmente o ato de um técnico, a medicina uma atividade de cunho tecnicista.

Mas, cabe perguntar, é isto medicina? Se voltassem à vida, que diriam Hipócrates e os sábios árabes do que seus pares hodiernos estão a dizer? Seriam capazes de se reconhecer? Se não, é evidente que algo saiu errado e certamente

95 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 182.

podemos falar de uma situação de crise ou mais corretamente de *crises*. Podemos com razoável margem de certeza dizer que não se reconheceriam, e que o que o médico flexneriano oficial passou a entender como medicina (na teoria como na prática), se distanciou extraordinariamente das idéias daqueles mestres.

E, realmente, o paradigma flexneriano, a medicina moderna, enfim, alimentou várias potenciais crises, provenientes todas de suas características básicas, e, à guisa de introdução, ouça-se o que tem a dizer a respeito um médico flexneriano, ou, como ele mesmo se apresenta, um médico hoje *pós-flexneriano*, STEPHENS, num artigo que faz parte do livro de ODEGAARD. Nele, o autor inicia dissociando-se da linha básica da formação médica, para depois nos explicar o porquê:

Terão que me perdoar a presunção de me referir a mim mesmo como “pós flexneriano”. Quando terminar, vocês poderão querer me classificar como “pré-flexneriano” ou, o que é pior, simplesmente obsoleto. No entanto, afirmo ter tido um ensino flexneriano – não havia nenhum outro tipo quando estudei - 1947-1952. Aproveitei imensamente a escola médica e me lembro de mim mesmo como um estudante dedicado e basicamente acrítico faminto por realizar qualquer coisa que meus professores assegurassem faria de mim um melhor médico. (...) ⁹⁶

Deixando bem claro o espírito desarmado e receptivo com o qual ingressou no curso de medicina, e mesmo tendo sido um dedicado aluno, Stephens, escrevendo muito tempo depois de ter concluído seus estudos, não consegue evitar um sentimento de desapontamento:

No entanto, de muitas maneiras sou um desencantado, talvez até apóstata da medicina flexneriana com seu feroz, coerente

*compromisso com as mais infinitesimais dimensões da biologia molecular. As ciências médicas básicas, que Flexner tanto amava e confiava, me parecem em grande parte marginais em relação a muito do que me surpreendo fazendo como médico.(...) ... tive que aprender muitas coisas não flexnerianas para poder exercer a medicina. Consequentemente, não sou mais um adorador completamente convicto no templo de Apolo; às vezes me curvo frente outros altares e ofereço sacrifícios a outros deuses. (...) no entanto, pretendo ser um médico de bem com sua profissão. Nunca tive meu diploma cassado e vejo pacientes todos os dias. Sinceramente espero não ser um impostor, uma fraude ou um anacronismo sem esperança. (...)*⁹⁷

É evidente, nestas frases, que o autor aponta muito mais para aspectos falhos do currículo que o formou médico do que para uma negação destrutiva dele. Em essência, nos diz onde esse currículo exagera e onde peca por falta, na vivência de um profissional que sai do “templo de Apolo-Flexner” para a realidade cotidiana do trabalho médico, apontando para algumas características desta:

A palavra falada é o atalho para a compreensão humana em medicina. É a diferença entre o “saber que” ou “saber como” ou entre o “saber a quem ” e o “saber se”. É a diferença entre medicina como veterinário sofisticado e uma ciência e arte inconfundivelmente humana. É a diferença entre significado e sentido, observação e compreensão; entre uma aparelhagem de TV bem funcionante e seu programa, um processador de texto e um romance. (...) Sem pretender exagerar, romancear ou sentimentalizar o meu trabalho com pacientes, deve estar claro, a estas alturas que fundamentalmente, as minhas fontes de conhecimento sobre os pacientes são a palavra falada e a relação

96 STEPHENS, G. Gayle. **Reflections of a Post-Flexnerian Physician**. In: WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg**. Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998, p. 172-189.

97 *Idem, Ibidem.*

*médico-paciente. Tento em todos os casos estabelecer uma aliança terapêutica, embora nem sempre tenha sucesso. (...)*⁹⁸

Enfim, chama a atenção para o fato de que, lado ao lado com os saberes que o médico recebe em um currículo flexneriano (o *hardware*), os responsáveis pela aplicação deste modelo de ensino médico esqueceram de fornecer o livreto de instruções (o *software*), que indicasse “em que casos” se aplica e se realmente se aplica.

*Tenho um repertório pequeno de habilidades técnicas e procedimentais e uso uma pequena farmacopéia de drogas. Não confio em uma terapêutica puramente objetiva que “funciona” independentemente de quem a institui ou em que contexto o faz. (...) Na maior parte das vezes procuro não provocar dor em meus pacientes. (...) Acima de tudo procuro diminuir o risco de causar doenças iatrogênicas. (...) Sou cuidadoso ao recomendar procedimentos diagnósticos invasivos tão acessíveis hoje em dia. (...) O poder de invadir o corpo do paciente é limitado apenas pela consciência e julgamento do médico. O antigo adágio, “Em primeiro lugar, não prejudique” nunca foi tão importante. E por outro lado, anseio por aliviar sintomas, dor e sofrimento.”*⁹⁹

Ou seja, STEPHENS alerta para o fato de que o que Flexner representou não foi, necessariamente, uma revolução, e sim que, como a moderna filosofia da ciência mostra, uma mudança paradigmática não representa uma substituição, e sim um acréscimo. O currículo flexneriano não representa a revogação do saber hipocrático, e sim se soma a ele.

(...) Meus erros tendem à omissão, não à ação, ao fazer pouco antes de muito. Eu espero, eu dou tempo. Sei que a “mãe natureza” está do lado dos que tratam e que muitas enfermidades

⁹⁸ *Idem, Ibidem.*

*melhoram com o tempo. Não me vejo basicamente como um “guerreiro contra a doença” ou um “desafiador da morte”. Não creio que a morte é o pior inimigo.(...) Simplesmente abandonei o ideal Flexneriano da objetividade absoluta, que sempre foi um delírio idólatra revestido por camadas de negação, escondendo a distancia entre médicos e pacientes. (...)*¹⁰⁰

E, mostrando não ser um contestador cego, e sim portador de um senso de análise objetivo e realista, reconhece:

*A medicina Flexneriana está viva e bem em 1987, alimentada pela energia das especialidades cirúrgicas, pela tecnologia de transplante, pela imunogenética, e pelos avanços espetaculares da imagem do corpo. Não há qualquer sinal de que uma “mudança kuhniana de paradigma” esteja à vista nas ciências básicas da medicina, apesar desta ser uma fantasia existente em alguns meios durante mais de vinte anos. A metáfora do “corpo como máquina” parece ainda ter um bocado de poder explanatório, e a pesquisa médica ainda se encontra comprometida com ela. Porém, na onda do notável sucesso da medicina, existem problemas reais com sua ciência que prometem tornar-se ainda mais significativos nas próximas décadas, problemas para os quais nenhuma solução tecnológica pronta parece possível.(...)*¹⁰¹

Então, onde se encontra o tendão de Aquiles do modelo flexneriano, produto mesmo de suas características fundamentais?

Uma das ironias das reformas Flexnerianas é o relacionamento ambíguo entre a escola médica e as universidades. De um lado as universidades se tornaram os novos donos a medida que as escolas particulares e lucrativas desapareceram; mas o sonho das ciências básicas integradas e do ensino interdisciplinar jamais se realizou. (...) De onde estou, as crenças e atitudes dos

99 *Idem, Ibidem.*

100 *Idem, Ibidem.*

*educadores médicos, os problemas da prática clínica e a organização e estrutura da atenção médica têm defeitos comuns enraizados, que estavam contidos no famoso relatório Flexner. São a preocupação com o corpo humano como único objeto apropriado do conhecimento médico e a fé na biologia experimental como solução para todos os problemas da saúde e da enfermidade.*¹⁰²

Difícil não reconhecer, no que se segue, um caráter atávico, hipocrático e, ao mesmo tempo, uma tentativa de solução voltada para o futuro do médico e de sua profissão:

*Enquanto não tomarmos o ser humano como um todo, nas suas dimensões sociais e culturais como objeto adequado do conhecimento, enquanto não ampliarmos a noção de ciência para incluir outras formas de racionalidade além da lógica, continuaremos despersonalizando e fragmentando os cuidados médicos, aumentando seus custos além do dimensionável, e fracassando em levar seus benefícios a toda a população. Não espero que a medicina flexneriana chegue a um doloroso fim; talvez uma minoria de médicos e outros profissionais devam ser basicamente comprometidos com ela, mas não deveria ser permitido que exclua outras formas de saber e não deveria dominar a profissão médica como um todo e as escolas que produzem os profissionais.*¹⁰³

Não ignorando qual o problema que Flexner procurou resolver (o estado de calamidade em que se encontrava a maior parte dos “cursos” médicos no início do século XX — verdadeiras e fracas “introduções” à medicina) que aspectos seus seguidores, mais do que ele mesmo, deixaram de desenvolver?

Flexner gostava da idéia do médico como um engenheiro, apenas mais decidido em questões individuais de vida ou morte.

101 *Idem, Ibidem.*

102 *Idem, Ibidem.*

103 *Idem, Ibidem.*

*Prefiro acreditar que um médico necessita também a criatividade e a intuição do romancista, mas seja como for, as relações entre a física e a engenharia podem ser um modelo para o desenvolvimento futuro da ciências médicas. Necessitamos de físicos teóricos, e não me importaria que se transformassem numa elite em “status” ou ganhos, mas não gostaria que desenhassem todas nossas estradas e pontes ou supervisionassem a manufatura de todos nossos produtos industriais. Da mesma forma, precisamos de estudiosos da Biologia Humana comprometidos com os cânones da ciência positivista, mas as ciências médicas aplicadas não podem ser baseadas apenas nisto.*¹⁰⁴

Talvez esteja nestas duas palavras: “**apenas nisto**”, a essência da mensagem do autor, que conclui explicitando seus temores e, a partir destes, advertindo:

*A Física teve que se defrontar com suas limitações morais no Projeto Manhattan, e nunca mais foi a mesma. A Medicina Científica está sendo levada ao mesmo impasse. Esperemos que seja capaz de se ver de forma transparente antes que sejamos todos conduzidos a um “admirável mundo novo” que nenhum de nós realmente deseja.*¹⁰⁵

Permitimo-nos tão longa elaboração, não porque necessariamente concordemos com o texto de Stephens em todos os seus detalhes, mas porque nos pareceu englobar tanto as críticas que se fizeram ao paradigma flexneriano, como idéias fundamentais que estiveram e estão subjacentes às experiências atuais de reformas do ensino médico.

104 *Idem, Ibidem.*

105 *Idem, Ibidem.*

Mas voltemos a Flexner, a essência filosófica de seu Relatório e, em especial, os desdobramentos conflituosos que redundaram no que hoje se denomina a(s) crise(s) da medicina e de seu ensino.

4.1.2 As distorções — as crises

Cada um dos aspectos acima descritos como característicos do currículo que se originou a partir do relatório Flexner parece hoje responsável por pelo menos parte das crises conceituais que afligem o ensino e a prática médica. No entanto, existem razões para se questionar um posicionamento que parece imputar ao homem, mais do que à obra, a responsabilidade sobre o desenrolar dos fatos; e há que se considerar, como fazem alguns estudiosos, que a implementação das recomendações do Relatório já se fez de forma parcial e tendenciosa. PELLEGRINO, citado em CHAVES, expressa bem esta realidade:

Setenta e cinco anos depois de Flexner seus escritos são ainda vibrantes, vitais e certos na direção do alvo. Ele não é o profeta que nos conduziu ao deserto que é o currículo médico de hoje, bitolado, cheio de fatos, anti-humanista. Se chegamos a este ponto é porque tomamos a peito somente a metade de seu legado educacional. A tarefa flexneriana por excelência, que temos em mãos, é a de reconciliar a tecnologia e o humanismo.¹⁰⁶

Fica evidente que quando falamos em paradigma flexneriano é preciso ter cuidados na “caça às bruxas”: o Relatório tem que ser visto no contexto em que foi realizado, os objetivos (ou “alvos” como os denomina PELLEGRINO) e principalmente a forma como foi implementado e o que, de dentro dele, foi

¹⁰⁶ CHAVES, Mário M. **Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI**. R. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, 20(1), jan./abr. 1996, p. 25.

privilegiado, representando ou não as idéias exatas do autor e sua concordância com a seleção feita. LUDMERER aponta para estes aspectos:

O Relatório Flexner foi freqüentemente mal entendido. Por causa da sua forte ênfase na medicina científica, foi amiúde acusado de ignorar a relação médico-paciente, diminuir a importância da medicina preventiva e favorecer um currículo superlotado e inflexível. Muito pelo contrário. A ciência, escreveu Flexner, é “inadequada” para se constituir a base da prática profissional. O profissional também precisa de “insight e simpatia” e neste caso o preparo específico é “muito mais difícil”.¹⁰⁷

O grande objetivo de Flexner era garantir excelência na formação de médicos, e o instrumento necessário para isto seria o fim de escolas ineficazes e ineficientes. Foi com este objetivo em mente que elaborou seu Relatório, e ele mesmo sabia que sua obra não tinha validade eterna. E disse no corpo do citado relatório: “esta solução trata apenas do presente e do futuro imediato — no máximo uma geração. No curso dos próximos trinta anos se desenvolverão necessidades das quais não trataremos aqui”¹⁰⁸.

As necessidades que Flexner previu não demoraram muito a aparecer e, quando isto aconteceu, como se verá, encontraram, entre tantos outros, um crítico alerta e descompromissado: o próprio Flexner: “em torno de 1925, Flexner estava estarecido com o que acontecera após seu Relatório. Trabalhos prescritos consumiam o dia inteiro, não deixando tempo para ler, trabalhar, ou pensar. Apesar

107 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 182.

108 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 184.

de seu criticismo e de seus apelos, nem Flexner podia reverter um processo que ele, mais do que ninguém, tinha posto em movimento”¹⁰⁹.

Mas qual a origem das dificuldades, ou crises, que a medicina enfrenta nas últimas décadas e que relação têm com o conteúdo essencial que já se conhece do relatório?

O que, neste ponto do desenvolvimento do presente trabalho, parece evidente, é que, desde o início da implantação do moderno currículo médico, se estabeleceu, intencionalmente ou não, uma primeira grande divisão: entre a teoria e a prática. O currículo em vigor é certamente rico na capacidade de formar médicos dedicados à pesquisa e ao atendimento hospitalar (e o ensino, como vimos, se tornou *hospitalocêntrico*). O hospital, por sua vez, é, tradicionalmente e cada vez mais, o ambiente destinado ao tratamento de patologias graves, de um lado, e ao emprego de terapêuticas especiais, de outro. Não é o meio onde se tratam as doenças ou problemas médicos do dia-a-dia, ou seja, a avassaladora maioria das questões de que trata o médico na sua prática, o que explica a decepção de um médico de família, como fica evidente na citação de STEPHENS, anteriormente feita.

Talvez a mais conspícua das queixas que se faz à medicina nas últimas décadas seja que ela se tornou extremamente técnica e, o que é mais grave, que o *médico* se tornou extremamente técnico e distante.

Não é difícil perceber que este é um natural desdobramento de um currículo que tem embutida em sua filosofia a incapacidade de se confrontar com o (ou

109 WALLACE, Andrew G. **Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care**. Academic Medicine. V. 72 (4), April 1997, p. 255.

mesmo a rejeição do) subjetivo, e cujo valor maior é a obtenção e criação de dados pelo estudante e pelo médico. É evidente: dialeticamente, o currículo que se propôs a eliminar um “ensino” prático, elimina a *praxis* como objetivo educacional. O artigo de STEPHENS, cuja citação é apenas um apanhado das frases que pareceram mais significativas, é um verdadeiro desabafo de uma “vítima” (como ele mesmo se vê). Um daqueles seres, que o currículo flexneriano transformou em dinossauro: o estudante (e depois o profissional) que busca o curso de medicina simplesmente para saber ajudar o seu paciente — e quer ser preparado para este fim — não rejeita nem o conhecimento científico nem a pesquisa, mas os vê como meios e não como fins. Neste contexto o currículo que, oficialmente, nasceu do Relatório, mostrou-se um fracasso. E se esta constatação parece exagerada ou radical, nos perguntemos qual o real significado da frase “a medicina americana é hoje a melhor medicina do mundo” — ela só tem peso caso se esteja considerando o aspecto técnico, de pesquisa. Esta afirmação é tão verdadeira como outra, quase tão igualmente difundida: a relação médico-paciente desapareceu do meio médico americano. E esta é a realidade que está por trás da grande preocupação, hoje, dos que se ocupam da educação e do planejamento médico nos Estados Unidos, e conseqüentemente em todo o mundo, inclusive em nosso meio.

O currículo flexneriano dotou o ensino médico de um instrumento que transformou os Estados Unidos no maior centro de pesquisas em ciências médicas do mundo. Mas, e é isto que STEPHENS quer dizer, esqueceu de formar médicos, ou pelo menos esqueceu de incluir este aspecto entre seus objetivos. Ou, como diz MARION, a respeito de muitos médicos formados dentro desta realidade: “Muitos médicos hoje em exercício se importam pouco com qualquer outra coisa que não a

sua renda e seu estilo de vida. Estes médicos são os responsáveis pela imagem de insensível, indiferente e movido pelo dinheiro que está na cabeça da maioria dos americanos”¹¹⁰.

Não foi esta a única consequência deste aspecto da filosofia positivista que fundamentou o Relatório. O conhecimento não nasce com o Positivismo. Este é que é o produto da vontade de saber, característica inata do ser humano e do instrumento racionalista — a metodologia científica — com que o Iluminismo dotou esta característica humana. Em nenhuma época da história da humanidade se avançou tanto e com tal velocidade na quantidade de pesquisa e na renovação (*turnover*) do conhecimento; esta realidade assume em nossos dias características exponenciais (o que se aprendeu na última década sobre o cérebro excede tudo o que antes se sabia), o que um estudante aprende nos primeiros dois anos do curso de medicina, já está ultrapassado quando o termina.

Quando a este aspecto se soma o fato de que, ainda sob a inspiração positivista (atomização do conhecimento), outra característica do currículo flexneriano é sua divisão em ciências básicas e disciplinas clínicas, sem interações didáticas horizontais ou verticais, e cada um dos dois grupos subdividido em disciplinas absolutamente estanques, seja nos conteúdos, seja nas citadas interações, seja na necessidade de justificar suas existências, pode-se entender o grau de exigências impostas aos alunos, nem sempre determinadas pela real necessidade. A esta altura, o objetivo não é mais o médico-filósofo, e sim o médico cientista — freqüentemente, o primeiro, mal visto e mal-definido, absorvido pelo segundo. Podemos então caracterizar o currículo flexneriano, da forma como até

110 MARION, Robert. **Learning to play god. The coming of age of a young doctor.** New York.

agora se apresenta basicamente: teórico, hospitalar, voltado para a pesquisa, absorvendo acriticamente o que cada subdivisão vai acumulando em conhecimento teórico a cada tanto. De lado ficam os saberes baseados nas necessidades práticas, as habilidades, o sofrimento e a capacidade de minorá-lo, o imponderável da relação entre o profissional e o verdadeiro objeto de seus conhecimentos: o paciente. É, propositadamente ou não, a vitória de Apolo sobre todos os outros altares e deuses (STEPHEN). Podemos, também, relacionar as origens da caracterização deste currículo por PELLEGRINO: "bitolado, cheio de fatos, anti-humanista"¹¹¹.

Bitolado ou estreito em seus objetivos, na medida em que, afastado dos ensinamentos da medicina hipocrática, dissocia-se do sofrimento, da prática ao lado do leito, da assistência aos grandes e também pequenos males, na medida em que focaliza as partes em detrimento do todo, o órgão em prejuízo do Ser. Não por acaso, ROSS e FINEBERG, ao historiar os movimentos de reforma desencadeados desde a publicação do Relatório Flexner, dividem os primeiros sessenta anos pós-flexner em "centrados na ciência", e "centrados nos órgãos"¹¹².

Não é por acaso, certamente, também, que vemos, depois de tantos séculos, surgir no texto de STEPHENS¹¹³, retirado de uma obra (WHITE) considerada por um editorial da revista inglesa "Medical Education"¹¹⁴, "um importante livro", conceitos

Fawcett Crest. 1993. p. 268.

111 CHAVES, Mário M. **Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI**. R. Bras. Educ. Med., Rio de Janeiro, jan./abr. 1996, 20(1), p. 25.

112 ROSS, Robert H.; FINEBERG, Harvey V. **Innovators in Physician Education – the process and pattern of reform in North American Medical Schools**. New York, Springer Publishing Company, 1996, p. XII.

113 In: WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg**. Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988, p. 172-189.

114 MEDICAL EDUCATION. **Editorial**. Oxford, V. 28, 1994, p. 1.

como “em primeiro lugar não prejudicar” e “mãe natureza”. Talvez seja o caso de concordar com CAPRA:

A tradição hipocrática, com sua ênfase na inter-relação fundamental de corpo, mente e meio ambiente, representa um ponto alto da filosofia médica ocidental que exerce tanta atração em nosso tempo quanto há 2000 anos. Como escreve Dubos, parafraseando a observação de Whitehead sobre a dívida da filosofia européia para com Platão, “a medicina moderna nada mais é do que uma série de comentários e elaborações sobre os escritos hipocráticos”.¹¹⁵

Não é necessário, a esta altura, sublinhar o acima exposto para entender o que WHITE quer dizer com “cheio de fatos”. STEPHENS nos deixa bem claro: “... tive que aprender muitas coisas não flexnerianas para poder exercer a medicina (...) fundamentalmente, as minhas fontes de conhecimento sobre os pacientes são a palavra falada e a relação médico-paciente”¹¹⁶. Ao que parece a questão é clara: muito do que é ensinado não é fundamental e muito do que é fundamental não é ensinado.

A grande questão, a que mais se vê citada, no entanto, ainda é a última, a que caracteriza a medicina moderna como “anti-humanista” ou, poder-se-ia dizer, desumanizada. COUSINS relata o seguinte exemplo sobre onde foi parar a relação médico-paciente:

Um paciente de 82 anos de idade sentiu dores no peito após uma cirurgia de implante de ponte de safena. Disseram-lhe que não deveria se preocupar, pois as dores pós-operatórias eram normais. Como as dores persistiram e recrudescentes, ele voltou ao consultório médico e lhe informaram que essas dores poderiam

115 CAPRA, F. Op. cit., p.305-306.

continuar de maneira intermitente pelo período de dois anos. “Depois desse tempo”, afirmaram-lhe, “o senhor não estará mais aqui para se preocupar”.¹¹⁷

Se aspectos subjetivos não são importantes para o estudante, e são mesmo motivo de chacota, temas *light*, “não-científicos”, da medicina, como se verá, por que esperar que fatos como o relatado por COUSINS (apenas um de tantos por ele descritos) não sejam paradigmáticos da prática médica? Será esta a medicina que queremos? Será mesmo isto medicina? Será isto parte da terapêutica, conceito que se estabeleceu na Grécia antiga, cujo significado etimológico, sempre é bom recordar é “dar assistência”, “cuidar de”?

Certamente questões fundamentais, e não só para a medicina. A nós, no entanto, cabem outras questões não menos importantes: como explicar um comportamento destes em um graduado da “melhor escola médica do mundo”? Onde encontrar a origem de um comportamento destes em pessoas que, como os estudos mostram, buscam, ao escolher a carreira médica, exatamente responder aos mais idealistas e humanistas propósitos?

Antes de ampliarmos as respostas a estas e outras questões, escutemos a LUDMERER, um autor que, como já deve ter ficado claro, está longe de adotar uma posição maniqueisticamente simplista frente a Flexner e o desenrolar de suas propostas. Após resumir os benefícios advindos da modernização da medicina americana — a medicina americana se tornou a melhor do mundo; se tornou mais eficiente, aumentou os níveis de exigência de candidatos, sua pesquisa atingiu altos

116 STEPHENS, G. Gayle. **Reflections of a Post-Flexnerian Physician**. In: WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg**. Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998, p. 172-189.

níveis de excelência, ampliou as oportunidades de carreira, os professores são hoje tão respeitados quanto os professores alemães do século XIX e finalmente a profissão médica conseguiu o prestígio, poder e ganhos que não tinha conseguido durante o século XIX — o autor aponta:

Para todos os envolvidos, no entanto, os benefícios da moderna educação médica veio apenas através de um alto custo. (...) A escola médica moderna foi criada por um grande número de pessoas inovadoras, empreendedoras — decanos, chefes de departamentos e pesquisadores — que se tornaram escravos da burocracia que erigiram. (...) Os clínicos práticos também pagaram um alto preço pelo moderno sistema de treinamento. Conquistaram o monopólio da prática médica, mas perderam o controle da educação médica. (...) Os estudantes, também, pagaram um duro preço pelos privilégios do treinamento médico moderno. Muito longe de ser a experiência estimulante que tencionava ser, a educação médica se tornou brutal nas exigências intelectuais e físicas que impõe aos estudantes. Quantidades enormes de matéria para dominar; noites sem dormir destinadas ao estudo ou a plantões no hospital; tratamento humilhante por parte de instrutores que freqüentemente deixam claro que prefeririam não estar com os estudantes — tudo isto colaborou para uma experiência exigente e às vezes aviltante que deixaria até o mais resistente estudante exausto e descrente. (...) A população pagou o maior de todos preços pela moderna educação médica. Rapidamente descobriu que este é um empreendimento extremamente caro e que as despesas nunca param de crescer. (...) As preocupações da população com os custos financeiros médicos ainda se acentuaram porque os retornos hoje parecem menores do que há uma geração (...) Além disto, a moderna tecnologia médica criou incômodos dilemas éticos que a atual geração tem que enfrentar pela primeira vez na história. Não é de se admirar que

117 COUSINS, Norman. **Cura-te pela cabeça – A biologia da esperança**. São Paulo, Saraiva. 1992. p. 60.

*exista muito mais hostilidade pública em relação à medicina na década de 80 do que na de 50.*¹¹⁸

Se é verdade o que o autor diz, e não há qualquer motivo para se duvidar, então parece que estes são os paradoxos, que, por sua vez, estabelecem crises, com as quais se defronta a moderna medicina. Nas últimas décadas, estes aspectos têm chamado a atenção de pensadores preocupados com o futuro conceitual da educação médica em pelo menos três aspectos: a realidade do estudante de medicina, a realidade do médico e sua prática e a realidade das expectativas do paciente no contexto da relação médico-paciente.

4.1.2.1 O estudante de medicina: a síndrome da criança espancada

*“Aquele que ensina uma criança,
é como se a tivesse criado.”
TALMUDE.*

Comentando o livro “Learning to play god” de Robert MARION, o jornal *The Boston Sunday Globe* assim se manifesta:

*Milagrosamente, Robert Marion sobreviveu ao seu treinamento médico para se tornar um pediatra dedicado e compassivo... [No livro] ele se afasta e deixa seus personagens se apresentar por si mesmos: médicos monstruosos sem talento para o ensino; jovens pacientes que apresentam comoventes recuperações milagrosas e outros que, tragicamente, não as apresentam. Olhando para trás, ele faz recomendações de como melhorar o sistema de tal forma a produzir o melhor médico e não maratonistas endurecidos. Até que o sistema dê a devida atenção a este aspecto, faríamos bem todos em permanecer saudáveis.*¹¹⁹

118 LUDMERER, K. M. *Op. cit.*, p. 265-73.

119 *The Boston Sunday Globe*. In: MARION, R. *Op. cit.*, p. i.

O texto acima, originário de uma literatura leiga, parece significativo em pelo menos dois aspectos: em primeiro lugar, põe no papel o pensamento, o sentimento de muitos em relação ao tipo de médico que, freqüentemente, é colocado a serviço da sociedade por um ensino com as características que vimos acima — um ensino voltado basicamente para a *informação*, sem maiores preocupações com a *formação* daquele que “entrará nas casas” (Juramento de Hipócrates) e, como veremos, sem nenhuma reflexão quanto ao bem-estar do próprio estudante. Um ensino que vem se perpetuando de geração em geração, baseado principalmente nas frustrações e sofrimentos mais ou menos conscientes de cada um dos personagens e, em especial, daqueles que também optam por ensinar.

A visão do próprio autor do livro analisado pelo acima mencionado jornal não é muito diferente. O Dr. Marion, diretor do Centro de Desordens Congênitas do Centro Médico Montefiore do Bronx, Nova Iorque, descreve no seu livro situações que viveu durante os anos de sua formação médica, antes de concluir:

Entramos na escola médica cheios de idealismo e compaixão. Nós, médicos, chegamos ao campo da medicina porque desejamos fazer algo de nossas vidas que ajude aos outros. E o que acontece conosco? Passamos dois anos sentados em salas de conferências, ouvindo cientistas que na maior parte das vezes prefeririam estar nos seus laboratórios realizando suas pesquisas do que dando aulas a um grupo de futuros médicos. Estudamos bioquímica, histologia, anatomia, biologia celular, fisiologia e patologia – frias e inflexíveis ciências relacionadas com o funcionamento do corpo humano e com a etiologia das doenças humanas, mas carentes daquele elemento-chave por que cada um de nós anseia: o contato com pacientes vivos, respirantes. E quando estes dois primeiros anos da escola médica terminam e finalmente somos apresentados a pacientes de verdade, acabamos, na maior parte do tempo, aprendendo as

*técnicas de exame do paciente, os macetes da prática médica, de internos e residentes. Muitos destes, que apenas alguns anos antes estiveram na mesma situação, se tonaram, por uma combinação de exaustão, conseqüência de noites de plantão sem dormir, depressão, resultado cumulativo das misérias com as quais têm que conviver diariamente, exaustos, amargos e raivosos – com raiva do hospital pela exigência de um trabalho tão árduo, com raiva dos pacientes, a quem passam a ver como seus inimigos naturais privando-os da chance de levar algo que se assemelhe a um vida normal. (...) As coisas só pioram durante a residência quando, pelo acúmulo de todos estes fatores, nos surpreendemos tornando-nos insensíveis, trabalhando como autômatos, realizando o que tem que ser feito com um mínimo de envolvimento emocional. Ao final do treinamento, não só não queremos mais ajudar outros, não queremos ser importunados por ninguém.*¹²⁰

Ambos os textos citados poderiam parecer retirados de obras de ficção, enfim, textos cujos autores estivessem, mesmo enquanto médicos, muito mais perto da fantasia do que da realidade concreta. Vários fatos nos proibem assumir um posicionamento tão reducionista: Marion não fez mais do que exteriorizar o que, “intramuros”, já era fonte de preocupações há muito tempo — como visto, o próprio Flexner manifestara sua apreensão com os rumos da educação médica (mais adiante teremos oportunidade de conhecer mais a respeito); no início da década de setenta e daí até nossos dias, uma ampla literatura se preocupa com o que o curso de medicina faz com seus alunos em decorrência ou não das características do currículo; o próprio documento da Associação Americana de Escolas Médicas¹²¹ que, publicado em 1984, desencadeou a presente onda de reformas do curso

120 MARION, R. *Op. cit.*, p. 266-7.

121 MULLER, Steven (presidente). **Physicians for the twenty-first century**: Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for

médico, mesmo que não a tenha absorvido em sua totalidade, baseou-se em grande parte nessa literatura, na preocupação com a superespecialização e com as qualidades humanas que se espera do médico. Marion não faz mais do que exemplificar com sua própria experiência as conclusões a que vários autores chegaram com seus trabalhos.

Em 1974, REZLER publica uma revisão da literatura com o objetivo de responder às seguintes perguntas: 1. As atitudes dos estudantes se modificam do primeiro ao último ano da escola médica? 2. Programas especiais de ensino são capazes de mudar os estudantes numa direção específica? e 3. Que implicações têm estudos de psicologia social em relação a mudanças de atitudes na escola médica?. Num trabalho que teve grande repercussão, a autora conclui que “os dados sugerem que o ambiente da escola médica tende a fomentar o cinismo/ceticismo nos estudantes de medicina e que a mudança de atitudes induzida pela participação em programas especiais é, na melhor das hipóteses, temporária, se não reforçada e apoiada pela totalidade do ambiente da escola médica”¹²². A autora vai ainda mais adiante nas suas conclusões, baseadas em estudos de psicologia social, ao concluir que só se poderia esperar por mudanças nesse quadro, se a seleção tanto de professores como de alunos se fizesse baseada em suas atitudes e qualificações acadêmicas, de tal forma que aqueles pudessem servir de modelos para o papel de médico.

Se o que até agora foi dito parece exagerado, o fato é que o trabalho de REZLER não se esgotou em si mesmo, tendo despertado o interesse nas

medicine. Journal of Medical Education (atualmente Academic Medicine). 1984, Nov. 59(11) 2ª parte.

“circunstâncias” (ao sabor da conceituação de Ortega Y Gasset) do estudante de medicina, já descrito no citado livro de MARION. Representativo da inquietação despertada por esta literatura, é um comentário de SILVER, em 1982, publicado no *Journal of the American Medical Association*. Usando a terceira pessoa do singular, ele descreve suas reações e pensamentos durante uma cerimônia de recepção a novos alunos em uma escola médica. Enquanto observava as reações dos calouros às palavras do decano, perguntava-se como era possível que daqueles jovens entusiasmados “muitos se tornariam céticos, alguns perderiam o ânimo, outros se converteriam em pessoas assustadas e deprimidas, e alguns ainda se encheriam de frustrações”¹²³. O autor, um pediatra, havia participado junto com Henry Kempe em estudos que levaram ao conceito, hoje universal, da *síndrome da criança espancada*, uma forma de abuso que era particularmente comum, mas não exclusiva, em crianças de creches e orfanatos e cujas conseqüências não deixavam margem a dúvida de que “algo terrível deve ter sido feito para elas”. As perguntas que vinham à mente do autor eram: algo semelhante ocorria com os estudantes de medicina? Era isto que justificaria as mudanças percebidas? O que fazer com esta percepção? Neste caso também se depararia com as racionalizações que tinham tentado negar a síndrome antes estudada e que se manifestavam desde a pura negação até a aceitação como “processo natural”. Podia imaginar alguns professores dizendo: “Sempre foi assim, é inevitável e adequado que se sintam assim. Não há razão para mudar. Todos devem ter esta experiência. É bom para eles. Ajudará a serem melhores médicos”. Reconhecida a semelhança entre as duas situações, a questão era o que fazer.

122 REZLER, Agnes G. **Attitude changes during Medical school: a review of the literature.** J.

Definindo *abuso ou mau trato* como atos e palavras de natureza negativa, desnecessários ou evitáveis, impostos por uma pessoa sobre outra ou outras, ou, numa definição operacional, “abusar é tratar de forma prejudicial, injuriosa ou ofensiva; atacar com palavras; falar de forma insultosa, dura e injusta com ou sobre uma pessoa”, o mesmo autor, entre outros, em resposta àquele “o que fazer”, publica, nos anos seguintes, uma série de trabalhos sobre vários aspectos do abuso em estudantes de medicina, que basicamente “confirmam as impressões anteriores de que o abuso, como percebido pelos estudantes, é uma ocorrência freqüente na escola médica” e que “a prevenção e o manejo do abuso deveria ser uma preocupação fundamental daqueles envolvidos com a educação de estudantes de medicina”¹²⁴. O trabalho de SHEEHAN *et al.*, num estudo com s do curso de medicina, conclui:

*Os resultados indicam que os estudantes vêem maus tratos (principalmente abuso verbal e táticas maldosas) como algo difundido e a má conduta profissional como algo bastante comum. Três quartos dos estudantes relatam ter-se tornado mais cínicos sobre a vida acadêmica e a profissão médica em função destes episódios [de abuso]. Dois terços sentem que estão em pior situação que seus colegas em outras profissões. Mais de um terço pensou em deixar a escola médica e um quarto relatam que teriam optado por outra profissão se soubessem o grau de maus tratos que vivenciariam. Ao invés de descartar estes problemas como ocorrências isoladas, devemos examinar a questão mais de perto.*¹²⁵

Med. Educ., Nov. 1974, 49:1023-1030.

123 SILVER, Henry K. **Medical students and medical school**. JAMA 247 (3), Jan 1982, p. 309-10.

124 e GLICKEN, Anita Duhl. **Medical student abuse: incidence, severity and significance**. JAMA. 263 (4) p. 527-532, Jan 26, 1990. p.530.

125 SHEEHAN, K. Harnett et al. **A pilot study of medical student “abuse” - student perception of mistreatment and misconduct in medical school**. JAMA. 263 (4), Jan 26, 1990, p. 533-7.

Este é o momento de se explicitar uma questão que muitos certamente devem ter-se feito: será realmente esta a situação? Não haverá um certo exagero nestas colocações?

O fato é que seria “cientificamente” impossível que toda esta literatura, partindo de enfoques distintos e com propósitos diferentes, chegasse ao mesmo erro. Talvez se sinta como exageradas as conclusões, principalmente quando são apresentadas de forma isolada, sem que se considere a finalidade para a qual vieram. Em nenhum momento toda esta literatura vem no sentido de destruir ou mesmo elaborar a crítica pela crítica. A finalidade é apontar aspectos negativos importantes que, sanados, redundarão não apenas num curso médico mais eficiente, mas principalmente num médico de *formação mais adequada* — enfim, um médico mais preparado para o que o espera depois da conclusão de seus estudos. O que estes trabalhos apontam é para uma situação de uma retroalimentação negativa, em que médicos formados dentro de uma dura realidade perpetuam esta mesma realidade não só nos hospitais, como também em consultórios e, o que é mais grave, quando se tornam professores, nas salas de aula.

A situação apontada ainda se agrava mais quando se constata que o que foi dito por PELLEGRINO (“currículo bitolado, cheio de fatos, anti-humanista”), por STEPHEN (“de muitas maneiras sou um desencantado”), e por MARION (“nos surpreendemos tornando-nos insensíveis”), ou seja, a natureza do currículo e o que ele determina, a experiencição do crescimento do ceticismo e o freqüente desembocar do entusiasmo inicial num grande desencanto (“a síndrome da criança espancada”) não constitui os únicos aspectos questionáveis desta formação, em clara oposição ao que nos diz ainda MARION, na introdução do seu citado livro: “os

educadores médicos deveriam, em primeiro lugar, alimentar o idealismo que traz candidatos à escola médica, permitindo que este cresça e finalmente floresça como um verdadeiro humanismo”¹²⁶.

O que a literatura e a experiência nos mostra é algo diferente. O editorial de um número da revista inglesa “Medical Education”, dedicado ao tema “O bem-estar do estudante de medicina”, resume muito do que já se viu e acrescenta alguns dados altamente pertinentes e não menos preocupantes:

Um componente fundamental da educação provém não só da instrução proporcionada mas muito significativamente da maneira como os professores incorporam a sua vocação profissional (o modelo de papel que fornecem). (...) O ambiente educacional [das escolas médicas], conforme os autores [deste número] demonstram, está muito longe de ser saudável ou mesmo seguro. O tema escolhido pela Associação Americana de Estudantes de Medicina no seu congresso de 1992 foi Treinamento Médico: Uma Questão de Sobrevivência?. (...) Ingestão perigosa de álcool, uso de drogas e comportamento suicida em estudantes de medicina não pode mais ser visto como responsabilidade deles mesmos apenas. (...) Quando se trata de prevenção, a manutenção de estilos de vida saudáveis está tão afastada da responsabilidade institucional que a simples menção do controle do stress é capaz de causar embaraço tanto às equipes quanto aos estudantes. O abuso ou maus tratos de estudantes de medicina é intolerável, seja quando justificado por professores como “formação do caráter”, seja quando disfarçando um masoquismo nostálgico de professores que lembram suas próprias dificuldades passadas. (...) Em educação médica aprendemos que reformular o currículo não é suficiente: as

126 MARION, R. Op. cit., p. xii.

*estruturas administrativas têm também que ser adequadamente modificadas.*¹²⁷

O texto acima não deixa de ser curioso. Em primeiro lugar, não é esta a primeira vez que se vê a palavra “sobrevivência” sendo empregada em relação ao estudante de medicina e à realidade do curso de medicina.

Em segundo lugar, por que, partindo de outro ponto, ao falar das conseqüências que o curso traz em muitos casos para o estudante, mesmo sem mencionar o conceito, chega a conclusões semelhantes às de SILVER?.

O mesmo acontece com WOLF que, numa ampla revisão de literatura sobre o assunto, denominando de “percepção de maus tratos” a síndrome acima citada, acrescenta a esta realidade dois outros componentes que vê como potencialmente capazes de interferir na qualidade de vida do estudante de medicina: o *stress* e os sacrifícios que ocorrem no estilo de vida do aluno, principalmente naquele que, sendo mais sensível, é também o que, potencialmente, melhor se dará nos aspectos mais subjetivos da atividade médica, como a atuação dentro de uma relação médico-paciente com as características desejáveis. O autor, após revisar a literatura não só pertinente a estes aspectos como também ao mecanismos de enfrentamento adotados pelos estudantes, resume:

Uma série de assuntos e de linhas básicas de atuação podem ser depreendidas desta revisão (...) que têm importantes implicações para o requinte e desenvolvimento de programas de prevenção primária e secundária. (1) os estudantes experienciam estressores intensos e maus tratos difusos em relação à sua educação médica, que podem, potencialmente, interferir com a resolução bem sucedida das crises normais de desenvolvimento

127 EDITORIAL. **Medical Education**. Oxford, v. 28. Medical students well-being. 1994, p. 1.

*psicossocial de identidade e intimidade. Sacrifícios psicossociais e de estilo de vida são feitos durante a educação médica. (2) Existe uma mudança geralmente no sentido de uma orientação mais céptica e hedonista na escola de medicina, assim como um significativo aumento e acentuação de depressão e ansiedade. (3) Os estudantes de medicina usam uma variedade de estratégias de confrontação, algumas nem sempre eficientes em tratar de estressores ambientais e podendo potencialmente comprometer o funcionamento psicossocial. (4) estresse, percepção de mau-trato e confrontação estão relacionados com efeitos sobre a saúde. (...) Parece que o estudante de medicina, na formatura, está pior psicossocialmente do que quando entrou no primeiro ano. O estresse da educação médica é provavelmente um importante determinante desta mudança. É importante revisar o sistema atual de educação profissional geral para o estudante de medicina.*¹²⁸

COLES aponta para quatro elementos com os quais “os responsáveis por cursos em nível de graduação e pós-graduação deveriam urgentemente se ocupar”:

PRIMEIRO, o próprio currículo é uma fonte importante de estresse. Sobrecarregado de informação, boa parte dela de duvidosa relevância, é apresentado ao estudante num contexto muito distante daquele no qual será eventualmente usado. (...) SEGUNDO, muitos professores de medicina nunca foram ensinados a ensinar. (...) Frente à frustração com alunos que não sabem o que supostamente deveriam saber, alguns clínicos mesmo hoje usam um estilo de ensino por humilhação. TERCEIRO, o clima da educação médica é, muitas vezes, ameaçador e não-suportivo onde deveria ser colaborativo. Conquistas inexpressivas são muitas vezes recompensadas, e uma competitividade doentia freqüentemente reforçada. A educação médica pode ser razoavelmente bem-sucedida em ensinar conhecimentos e perícia tecnológica (...) mas freqüentemente fracassa em produzir estudantes bem-adaptados, e

128 WOLF, T. M. **Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school.** Medical Education 28, 1994, p. 8-17.

*dotados para as habilidades de comunicação, que se cuidam adequadamente e dotados de compaixão. QUARTO, muitas escolas ainda não fornecem adequados serviços de apoio ao estudante.*¹²⁹

Tais serviços WOLFF¹³⁰ vê como constituídos por serviços de aconselhamento médico, psiquiátrico e acadêmico, acessível a todos os alunos do curso médico.

Se esta é a realidade detectada por uma literatura de primeiro mundo, não há motivo para imaginar que a realidade seja diferente no nosso meio, até pelo contrário: HAHN *et alii*¹³¹ mostram que mesmo sendo a literatura sobre a saúde mental do estudante universitário no Brasil recente, a grande maioria dos estudos e da preocupação se refere ao estudante de medicina.

4.1.2.2 O médico e seu desgaste

Introduzindo um número especial da revista inglesa “Medical Education”, dedicada ao assunto “O bem-estar do estudante de medicina”, um autor assim se expressa:

*A medicina certamente é uma carreira estressante. Muitas horas cuidando de pessoas doentes, algumas das quais nunca melhorarão ou inevitavelmente poderão vir a morrer, exige tanto força de caráter como vigor físico.*¹³²

As palavras de Coles certamente apontam para algumas das características do trabalho do médico que inicia sua carreira, porém as dificuldades que este encontrará não se esgotam nesses aspectos — independentemente do tipo de

129 COLES, Colin. **Introduction. Medicine and stress.** Oxford, v. 24, , 1994, p. 3-4.

130 WOLF, T. M. *Op. cit.*, p. 8-17.

131 HAHN, Michelle Selma *et alii*. **A Saúde Mental do Estudante Universitário: sua história ao longo do século XX.** R. Bras. Educ. Méd. v. 23, n. 2/3, maio/dezembro 1999. p. 81-89.

132 COLES, C. *Op. cit.*, p. 3.

carreira que o recém-formado seguirá, defrontar-se-á com algumas das questões já abordadas: colocará à prova a pertinência de muito do que aprendeu e também a carência do que não aprendeu. Para muitos será uma enorme frustração tanto descobrir que a relação entre o estudado na faculdade e a prática do dia-a-dia não é direta, como descobrir que lhe faltam tanto conhecimentos como habilidades para as realidades da prática médica. Quando o Autor era estudante do curso de medicina, era comum ouvir de colegas que “quando terminar este curso, aí sim, vou estudar medicina”. Esta frase certamente tinha vários significados: representava a percepção da distância entre a teoria e o exercício da medicina, a insuficiência do preparo para os aspectos práticos do trabalho médico e a consciência da diferença que existe entre atender num ambiente diferenciado como o hospital e o ambulatório universitários, e atender o paciente com seus problemas no seu meio.

É, portanto, pertinente que se indague: que tipo de realidade este estudante encontra ao deixar a escola médica? Está ele realmente preparado, como médico e como pessoa, para ela?

A experiência mostra que o que espera o médico recém-formado dentro da realidade brasileira é muito diferente da expectativa que desenvolveu durante seu curso médico. E isto, independentemente do caminho trilhado após sua graduação.

COLES continua da seguinte maneira a citação acima:

O quadro é o mesmo em todo o mundo. Nos países desenvolvidos, onde os recursos são relativamente abundantes, os custos da atenção à saúde estão explodindo, e os governos vêm necessidade de limitar os serviços ou realizar cortes extensos. Nos

*países em desenvolvimento, os dilemas de prover atenção à saúde, principalmente nas comunidades rurais, parecem esmagadoras.*¹³³

Em que condições, então, têm que “prover atenção à saúde”, os médicos que deixam os nossos cursos de medicina?

MACHADO *et alii* têm realizado um extenso e importante trabalho de estudo sociológico das realidades do exercício da medicina e das profissões da saúde no Brasil. Na obra específica em questão, a autora e seu grupo se dispõem a descrever as características da profissão médica e da formação do médico em nosso meio, sua inserção no mercado de trabalho, as características desta inserção e deste mercado, os conflitos decorrentes do choque que se estabelece entre a realidade deste mercado e as expectativas profissionais do médico, e o desgaste sofrido por este médico frente à realidade na qual exerce suas funções. A autora não deixa de detectar, na fundamentação de seu trabalho, aspectos que já tivemos oportunidade de apontar. No tocante à imagem do médico, diz a autora:

*Recentes pesquisas de opinião realizadas no País, atestam o crescente descontentamento da população com os serviços de saúde e apontam a prática médica como objeto central de suas críticas. Os médicos são, assim, alvo de queixas, críticas, acusações e, por vezes, de processos éticos nos Conselhos Profissionais.*¹³⁴

Assim, o médico, cuja formação em essência segue o curso que anteriormente vimos, mesmo considerando diferenças culturais e geográficas, chega nestas circunstâncias ao início de sua vida como profissional independente e até, em alguns casos, autônomo, ávido por dar, como se viu, significado aos esforços

¹³³ Idem, *ibidem*.

¹³⁴ MACHADO, Maria Helena (Coord.) **Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999, p. 16-17.

empreendidos, através de sua atuação como médico, ajudando seus pacientes e na expectativa de que sua profissão lhe dará, certamente, uma vida plena de sentido e uma remuneração compatível com o nível de esforços e sacrifícios que exige.

A medicina como ofício de curar é uma atividade que não somente requer o apelo de lidar com pessoas, como evoca uma grande capacidade de persistência ao longo da formação do profissional. Tornar-se um médico significa estar em processo de formação (nível formal e obrigatório) por cerca de vinte anos. Em boa parte, o sucesso do projeto profissional pode ser explicado por essa adesão dos membros à vida profissional. Poucas são as profissões em que o mundo do trabalho se funde e, por vezes, se confunde com o mundo da vida.¹³⁵

Não é esta, no entanto, a realidade que o médico, especificamente o médico brasileiro médio, encontra ao sair do período de formação. O que ele vislumbra nesse momento de sua vida, são, novamente e com freqüência crescente, os aspectos desgastantes da prática de uma profissão tão idealizada, num contexto que a torna tristemente realista e, na sua concepção, claramente distorcida e até mesmo destituída de suas características essenciais.

Como definir e quais as características e origens desse desgaste? No seu amplo estudo sobre a realidade das condições de trabalho do médico, MACHADO, baseada numa ampla literatura, reporta-se às questões acima, adotando uma definição oriunda das relações entre processo de produção e saúde, que conceitua “desgaste” como

“perda da capacidade efetiva e ou potencial, biológica e psíquica” do indivíduo, visto como mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de

*grupos de trabalhadores. Esta formulação teórica propõe que, no processo de trabalho, esses grupos são submetidos a cargas físicas, químicas, biológicas, fisiológicas e psíquicas que “interatuam dinamicamente entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se traduzem em desgaste”.*¹³⁶

Ao conceito destes autores, MACHADO acrescenta os de Seligmann Silva e de Palácios. A primeira autora aporta o conceito de que “no trabalho alienado há uma utilização deformada e deformante das potencialidades psíquicas, assim como do próprio corpo. Como a idéia de desgaste está fortemente associada a máquinas e elementos físicos, Seligmann Silva justifica seu uso em relação aos aspectos mentais (...)”¹³⁷. Por sua vez, Palácios, também citado por MACHADO, “demonstra que determinada estrutura da organização do trabalho em dada situação concreta pode levar certo segmento de trabalhadores a experimentar sentimentos negativos, como de *impotência, falta de sentido, isolamento social e auto-estranhamento* (grifos nossos)”¹³⁸. Baseada nestes pressupostos, MACHADO estuda a questão do desgaste entre os médicos brasileiros:

Assumindo uma perspectiva sociológica, é correto afirmar que os médicos, desde sua formação, são socializados para se sentir responsáveis pela vida das pessoas que os procuram em busca de assistência médica. Treinados e acostumados a salvar vidas a qualquer custo (...) os médicos acabam se tornando, na prática, “guardiões da vida”. Estas são premissas sociológicas importantes para compreender o que se passa no cotidiano desse profissional, compreender seus dilemas, suas angústias e um certo “sentimento de incapacidade” frente às adversidades. Os dados da pesquisa garantem que essas sensações de “mal-estar” fazem parte

135 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 24.

136 Laurel e Noriega, 1989:115. *In*: MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 163-186.

137 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 164.

138 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 165.

*da vida diária dos médicos, já que 80,4% declararam que a atividade médica é desgastante.*¹³⁹

Como se vê, 19.6% dos médicos entrevistados afirmaram não sofrer de desgaste. Entender o porquê e em que condições ocorre este fenômeno minoritário pode ajudar a estabelecer que condições permitem ao profissional que, sentindo-se inteiro, possa exercer sua profissão como a idealizou, ou seja, um profissional que, tanto quanto possível isento de grandes conflitos, possa se dedicar à terapêutica no sentido que os gregos clássicos deram à palavra.

Que condições, então, são apontadas por essa minoria de médicos como determinantes de um exercício profissional sem desgaste?

*As mais freqüentes foram: (a) satisfação profissional e amor à profissão (40%); (b) boas condições de trabalho, com recursos humanos e materiais adequados (15%) e (c) atividade profissional equilibrada (programada), não requerendo múltiplos vínculos empregatícios (9%).*¹⁴⁰

No entanto, a realidade para a esmagadora maioria dos profissionais é diametralmente oposta e generalizada, como nos mostra a autora: “tanto o médico que atua exclusivamente em determinado setor (público ou privado) como aquele que só faz consultório sofrem desgaste. Amor à profissão e satisfação em exercer o ofício da medicina são elementos presentes na quase totalidade dos médicos entrevistados, mas acabam ficando encobertos em razão da realidade adversa a que a maioria está submetida”¹⁴¹. Mas por que tal fenômeno ocorre?

139 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 168.

140 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 171.

141 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 172-173.

A pesquisa mostra que as principais causas de desgaste, em ordem decrescente, são: excesso de trabalho e múltiplos vínculos empregatícios, baixa remuneração, más condições de trabalho e, finalmente, a responsabilidade com a vida.

Fácil é de se constatar que do “idealismo” em função do qual este profissional escolheu sua profissão, aparentemente só restou, e a muito custo, o “amor à profissão”. Afetiva e emocionalmente este médico se encontra na estaca zero, sem muitas esperanças de realmente atingir seus objetivos e, o que é pior, esta constatação “objetiva” não é estática e tem sérias e graves conseqüências.

O já citado editorial que introduz o número especial da revista “Medical Education” (p 1), aponta algumas conseqüências do *stress* nos estudantes de medicina (citando comparativamente o fato de que uma unidade de exército fora considerada culpada pela morte por embriaguez de um soldado): “uso prejudicial de álcool, uso de drogas e comportamento suicida”, argumentando que estes fatos não podem mais ser considerados como de responsabilidade exclusiva dos estudantes.

Essas realidades, no entanto, mesmo quando podendo se iniciar durante a fase de estudante, não se restringem a ela. Dados existem que apontam para o fato de que o caráter desgastante da profissão acaba por ter sérias conseqüências para o próprio profissional.

Em nosso meio, principalmente nos últimos tempos, a questão da saúde física e mental dos médicos e os cuidados destes com elas vêm sendo objeto de preocupação, particularmente em função de fatos que chegaram às primeiras

páginas dos jornais, ou mesmo dados de pesquisas nacionais e internacionais que apontam para a existência de problemas de natureza emocional no meio médico.

O problema mais comum e mais difundido é o do uso e abuso de drogas. Estudos brasileiros e mundiais apontam para a alta incidência do problema entre médicos, levantando possíveis relações entre o estresse profissional e a incidência deste tipo de dificuldade. No Brasil, no ano de 1999, como aponta uma reportagem do “Jornal da Associação Médica Brasileira”, pelo menos três casos importantes ocorreram envolvendo estudantes de medicina (futuros médicos), drogas, estresse e saúde mental.

Numa festa para os novos alunos da Faculdade de Medicina da USP, em São Paulo, um calouro foi encontrado morto dentro da piscina, em meio à bebedeira generalizada (...) Em Sorocaba (SP), durante uma brincadeira de mau gosto chamada “Maratona” – já tradicional naquele campus – estudantes de Medicina da PUC jogaram álcool e atearam fogo num colega, com a colaboração de um médico. Foi pouco. Uma nova ocorrência chocaria o País e, em maior grau, a população da cidade de São Paulo. Sob o efeito de cocaína, um jovem de classe média alta, aluno da Faculdade de Medicina da Santa Casa, foi ao cinema num shopping center; assistiu os minutos iniciais da fita em que, digamos, predominava a violência; retirou-se ao banheiro, admirou-se no espelho e voltou ao salão para disparar uma submetralhadora contra a platéia, matando três pessoas.¹⁴²

Por mais graves que sejam estes fatos, não esgotam, no entanto, as conseqüências deste estado de coisas. Em 1973, ROSE e ROSOW publicaram na revista *Archives of General Psychiatry* um artigo, no qual, partindo da idéia então prevalecente de que médicos não têm mais tendência ao suicídio do que a

população em geral, e se baseando no fato de que “o suicídio de um médico é uma trágica perda de recurso humano. E, no entanto, é sabedoria comum que os médicos são mais tendentes ao suicídio”¹⁴³, os autores, revendo os atestados de óbito do Estado da Califórnia entre 1959 e 1961, chegam à conclusão de que os médicos têm uma propensão ao suicídio que é pelo menos o dobro da população em geral. Também apontam para o fato de que o meio mais utilizado é o da ingestão de drogas lícitas. Este trabalho e outros que se seguiram acabaram por estabelecer a profissão médica como um fator de risco em suicídio, o que significa que esta representa, no processo, um elemento que, somado a outros, pode determinar a ação suicida.

Bem mais recentemente, MELEIRO, em entrevista ao semanário ISTO É, atualiza este dado: perguntada sobre uma afirmação de que os médicos se matam cinco vezes mais do que a população em geral, e o porquê disto, confirma o dado, prosseguindo:

*Primeiro, pela característica estressante da profissão. Depois a relação aparentemente racional com a morte leva muitos profissionais a tratarem com frieza a possibilidade de perder a vida. O mais importante, no entanto, é a facilidade dos meios – o médico sabe como se matar e quase sempre não erra.*¹⁴⁴

É nesta realidade que o médico, com suas características individuais, exerce suas funções: premido por fatores sociais, por uma realidade que tende ao desprestígio, pela necessidade de sobrevivência, por jornadas de trabalho que

142 JAMB Jan/Fev/Mar 2000, p.8.

143 ROSE, K. Daniel, ROSOW, Irving. **Physicians Who Kill Themselves**. Archives of General Psychiatry., Dec. 1973, 29: 800-805.

144 MELEIRO, Alexandrina. **Médicos rebeldes**. Rio de Janeiro, 17/11/99. Isto É, nº 1572, Entrevista concedida a Eduardo Marini, p. 7-11.

muitas vezes beiram o desumano e, ao mesmo tempo, por uma crescente exigência seja de parte de seus empregadores, seja do alvo primeiro de suas funções e de seus objetivos profissionais, o paciente.

MACHADO, em vários pontos de seu amplo estudo, resume a situação:

*...os médicos não conseguem fazer medicina sem uma constante e rigorosa reciclagem técnico-científica. (...) A mentalidade dos usuários também mudou e tem exigido do médico um rigoroso e atualizado conhecimento de novas técnicas, novos medicamentos, novas habilidades, ou seja, desafios constantes lhes são apresentados diariamente.*¹⁴⁵

No entanto,

*...a revolução tecnológica do final do século XX tem provocado mudanças significativas tanto nos saberes como nas práticas da profissão médica. A autonomia técnica, o poder de decisão, a relação médico-paciente, a tradicional hegemonia médica nas equipes de saúde, o domínio e conhecimento globalizante do corpo humano, bem como o prestígio e statu quo dos médicos sofreram abalos importantes, alterando não só a dinâmica interna da profissão como, e especialmente, a nova visão social que a sociedade passa a produzir sobre os médicos em geral.*¹⁴⁶

Enfim, parece que novamente o que vemos são duas situações, duas “medicinas”; de um lado, uma, que engloba os aspectos técnicos e financeiros — sobre a qual o médico e o paciente pouco contato ou ascendência diretos têm — e uma outra medicina, que se manifesta no contato (muitas vezes, hoje em dia, embate) direto entre quem tem a dar e quem solicita, exige receber.

145 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 202.

146 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 30.

Além de dividida (um efeito tardio da dicotomia cartesiana?) a medicina enfrenta sua descaracterização como ação em essência humanitária na realidade de hoje: "... a perda da autonomia técnica é associada às más condições de trabalho. Aquela por sua vez, atua como determinante de mudanças na relação médico-paciente"¹⁴⁷.

Ou, como bem sintetiza uma pediatra paranaense entrevistada na pesquisa de MACHADO:

Excluindo o cansaço físico por trabalho noturno e finais de semana, o médico tem de "tentar" contornar problemas sociais, condições de trabalho precárias, paciente que não tem condição de adquirir medicação, dificuldade para internar, faltam vagas, dificuldade de investigação com exames complementares, caros e pouco disponíveis quando feitos pelo SUS; e o mais grave atualmente e que causa estresse é o problema que enfrentamos com as queixas e processos judiciais, nos quais, muitas vezes, o que levou à má evolução de algum caso clínico é um conjunto de fatores que foge ao nosso alcance individual de resolução.¹⁴⁸

Esta é então a realidade com a qual se depara o médico brasileiro ao terminar seu curso e iniciar sua prática. Não deixa de ser curioso que, nos relatos de médicos entrevistados na ampla e profunda pesquisa de Machado *et alii.*, o que se percebe da parte dos profissionais é, em primeiro lugar, dissabor, revolta e sentimento de injustiça — não encontramos um depoimento sequer que, pasme-se, apontasse, como faz a autora, uma socióloga, a deterioração da relação médico-paciente como, pelo menos, mais um fator causal fundamental deste estado de coisas.

147 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 178.

148 MACHADO, M. H. *Op. cit.*, p. 177.

4. 2 A relação médico-paciente — a subjetividade e o imponderável na prática médica

Se fosse necessário resumir em apenas dois, os aspectos e os temas que têm ocupado a mente dos que se interessam pela medicina e seus problemas teóricos e práticos, não seria particularmente difícil encontrá-los: esses dois elementos, as duas questões que mais têm sido discutidas em relação à experiência profissional são, de um lado, o inquestionável avanço dos conhecimentos médico-técnicos neste século, mas também, de outro, o alto preço que, inutilmente, segundo muitos, a profissão tem pago: a deterioração da relação médico-paciente, suas causas e conseqüências.

Da longa citação que anteriormente fizemos do artigo de STEPHENS, uma frase parece sintetizar muito do que o autor quer transmitir:

*Sem pretender exagerar, romancear ou sentimentalizar o meu trabalho com pacientes, deve estar claro, a esta altura que, fundamentalmente, as minhas fontes de conhecimento sobre os pacientes são a palavra e a relação médico-paciente.*¹⁴⁹

Mais especificamente, nos detenhemos nas últimas palavras: “conhecimento sobre pacientes”, “palavra” e “relação médico-paciente”. STEPHENS chama a atenção para alguns aspectos vistos por ele e por muitos outros como fundamentais, porém que espaço eles têm na formação do médico? E ainda mais, quanto tempo de seu trabalho é dedicado a pensar estes aspectos? Até que as conseqüências de uma medicina que se diz “científica” tenham explodido frente aos responsáveis pelo seu crescimento e por sua constante atualização, muito pouco, além de uma estéril e verbal afirmação de sua importância. Se a isto se acrescentar

o que, um editorial de uma revista inglesa dedicada à questão da educação médica diz a respeito da prática curativa da medicina, veremos mais uma vez quanto, freqüentemente, o curso de medicina tem suas prioridades invertidas no que diz respeito à distribuição do tempo no preparo do estudante para a realidade que enfrentará ao deixar a escola médica:

A conclusão principal é que é necessário um paradigma mais inclusivo do que o modelo bioquímico para explicar e entender medicina. Uma gama muito mais ampla de ciências do que as que atualmente são ensinadas, é necessária. Provavelmente não mais do que 20% das intervenções terapêuticas se baseiam em evidências objetivas de que fazem mais bem do que mal. Em média, o efeito placebo é responsável por 35% dos benefícios clínicos, o efeito Hawthorne por outros 15%. Aparentemente, um quarto das melhoras representam ainda um mistério.¹⁵⁰

Esta certamente não é a estrutura, o quadro mental, com o qual estão acostumados a conviver os médicos que, se não trilharam pelo menos em parte o caminho de STEPHENS, continuam a acreditar, diferente do que fazia Hipócrates, na onipresença e onisciência dos conhecimentos médicos objetivos e em sua absoluta relação de causa e efeito, assim como na total previsibilidade do ato médico isolado. Os dados acima, antes de mais nada mostram que, por mais impressionantes que sejam os avanços da medicina moderna, esta não só não foi capaz de prover o domínio absoluto sobre os fatos, como, amiúde leva a constatar a presença do imponderável, do impalpável na prática médica. Os elementos impalpáveis citados pelo editorialista — efeitos placebo e Hawthorne — são precisamente descobertas, certamente não as únicas, inesperadas e

149 STEPHENS, G. G. *Op. cit.*, p.17.

surpreendentes, ocorridas no próprio processo determinado pela metodologia científica. Mas, antes que os maniqueístas de plantão se levantem, é importante que escutemos a COUSINS, um jornalista de assuntos médicos que, durante anos, estudou e trabalhou no curso de medicina da UCLA a convite de seus dirigentes:

É claro que o imponderável e o impalpável não podem ter permissão de distorcer o tratamento científico dos pacientes. Seria tanto um erro supor que o imponderável domina a saúde e a doença humana quanto supor que estejam completamente ausentes. A questão essencial é se podemos chegar a um balanço sensível entre os fatores psicológicos e os fatores biológicos no entendimento e manejo da doença. Como impedir a profissão médica de ser esmagada ou solapada por noções místicas ou metafísicas e ao mesmo tempo preservando o necessário respeito pelo impacto das emoções na enfermidade e na saúde? Nada mais fútil do que o debater a importância relativa do conhecimento versus técnica.¹⁵¹

Mas o mais importante dos fatores imponderáveis da medicina é, como nos diz CASSEL, um elemento “misterioso”, intrínseco ao próprio médico no contato com o seu paciente.

Além das bases intelectuais e sociais da medicina e suas exemplificações nos médicos, existe uma terceira dimensão sem a qual qualquer entendimento da medicina e de seu enfoque sobre o sofrimento será incompleto – a relação entre o paciente e seu médico. Esta misteriosa relação através da qual todo e qualquer cuidado médico flui em qualquer situação. A relação é misteriosa senão por outra razão, porque é o fundamento do fenômeno do processo curativo, por si só obscuro. Parece misterioso também porque aponta para aspectos das conexões entre indivíduos que,

150 MEDICAL EDUCATION. **Editorial**. Oxford, v. 24, 1990, p. 317-318.

151 COUSINS, N. **Intangibles in Medicine: an attempt at a balancing perspective**. JAMA, V. 260, n. 11, Sept 16, 1988. 1988, p.1611-2.

*numa cultura racional, essencialmente não-espiritual como a nossa, são pouco conhecidas e ainda menos entendidas. (...) Nossas expectativas em relação aos médicos (...) e as demandas morais destes em relação a si mesmos também se originam da natureza da relação médico-paciente.*¹⁵²

Na mesma medida em que vivemos o desgaste da imagem do médico, vemos ser levantada a questão da deterioração da relação médico-paciente. Para um número significativo de médicos de todas as especialidades, é esta a grande e verdadeira questão por trás das dificuldades experimentadas por médicos de um lado, e pacientes do outro. Na desconsideração deste elemento, estaria a origem da prática cada vez mais comum de acionar na justiça médicos por supostos erros ou negligências. É interessante notar, como o faz MACHADO¹⁵³ em seu livro, citando Díaz-Jouanen, que as chamadas “especialidades cognitivas” como a medicina interna, a psiquiatria, geriatria e homeopatia, que se caracterizam por lidar diretamente com o paciente, implicar uma maior subjetividade e assumir amiúde um papel de aconselhamento e, inevitavelmente, determinar uma relação mais próxima e íntima entre o médico e o paciente, são também as especialidades que com menor freqüência estão envolvidas em processos judiciais, o que é confirmado por COUSINS¹⁵⁴.

Misterioso, no sentido de pouco compreendido ou explicado, este elemento imponderável da prática médica que é o relacionamento entre médico e paciente tem se tornado um foco de preocupação de profissionais apreensivos com a prática médica e suas distorções. Ou, como diz CASSEL, “invocada com tanta freqüência,

152 CASSEL, Eric. J. **The nature of suffering and the goal of medicine**. New York, Oxford University Press, 1991, p. 66.

153 MACHADO, M. H. *Op cit.*, p. 26.

como um totem, a relação médico-paciente se tornou uma irônica onipresença nas discussões sobre medicina; no entanto, como funciona e qual a sua relevância para paciente e médico é algo que permanece obscuro”¹⁵⁵.

Seja como for, como nos diz ainda o mesmo autor:

*O sofrimento é pessoal e a medicina é uma profissão pessoal – um doutor e um paciente, cada um incompleto sem o outro. Toda medicina – toda atenção e todo atendente, toda ciência e toda tecnologia médica – se apoia nesta relação especial (...) . Os médicos não poderiam saber sobre doentes e suas doenças senão por esta relação única porque os pacientes de outra forma não permitiriam a invasão de sua privacidade física e pessoal. Os pacientes não poderiam receber uma margem extra de esforços esperados dos médicos, não fosse por suas relações. A descrição atual do médico e do paciente como adversários lutando por um produto denominado atenção médica não tem nenhuma relação com o verdadeiro cuidado com pessoas doentes em função mesmo desta ligação especial. A natureza da doença e o elo entre paciente e médico também tornam falsas as noções do relacionamento nas quais doentes autônomos são vistos como exercendo seus direitos contra médicos paternalistas.*¹⁵⁶

Em nenhum momento da história da medicina a questão da relação médico-paciente deixou de ser vista como um elemento fundamental e intrínseco da prática médica, como ocorreu nas décadas que se seguiram à Segunda Guerra Mundial, coincidindo com o período de maior avanço tecnológico que a medicina conheceu em todos os tempos. Por outro lado, e até em consequência deste fato, é possível que este aspecto da atividade médica nunca tenha sido tão enfocado como nas últimas duas décadas, o que permite constatar que, inerente à atividade e à

154 COUSINS, N. Op. cit., 1992, p. 43.

formação do médico, existe uma constante esperança de que o conhecimento substitua o “imponderável”. De forma persistente esta esperança tem-se mostrado ilusória, e a relação médico-paciente escapa às tentativas de ser reduzida a um “artifício” da prática médica, configurando-se na essência do que muitos chamam de “arte da medicina”, suscitando de forma aparentemente anacrônica a velha e perene questão de o que é, afinal, realmente, medicina.

Se a resposta a esta questão não é simples, mesmo pessoas leigas, mas que certamente já passaram pelo menos pela experiência de ser pacientes, não têm se furtado a colaborar no equacionamento de algum dos seus múltiplos aspectos. Prefaciando uma recente obra, a ex-primeira dama dos Estados Unidos, a Sra. Rosalynn Carter, assim se manifesta:

*Nos maravilhamos com os avanços clínicos, tecnológicos e de pesquisa que têm o potencial de impactar significativamente a dispensa de cuidados com a saúde (...), e imaginamos que não existirá limites para o progresso científico. No entanto, nenhuma tecnologia, nenhuma descoberta, nenhuma intervenção farmacológica nos levou além da realidade de que na essência dos cuidados à saúde permanece a relação entre um médico e seu paciente; e isto ainda é mais fundamentalmente verdadeiro no entendimento das necessidades emocionais e psicológicas de qualquer paciente.*¹⁵⁷

O testemunho da esposa do presidente Carter, uma americana, certamente é ainda mais importante pois procura traduzir a realidade sentida em uma sociedade que, orgulhosa de possuir a “melhor medicina do mundo”, parece ter sentido, mais

155 CASSEL, E. *Op. cit.*, p.66.

156 Idem, *ibidem*.

157 STOUDEMIRE, Alan. **Human behavior – an introduction for medical students.** 3ª Ed. Philadelphia, Lippincot-Raven, 1998, p. xvii.

do que qualquer outra, o dano causado na relação médico-paciente pelo avanço tecnológico. Este aspecto leva mesmo o próprio autor do livro acima citado a se utilizar de um texto da década de vinte, que nos últimos tempos tem sido freqüentemente citado na literatura americana quando se debate a questão da relação entre tecnologia e a essência da medicina:

... a essência do médico ideal é a capacidade de exercer uma medicina de excelência e ao mesmo tempo atender compassivamente às necessidades psicológicas e emocionais do paciente. Este, certamente não é um conceito novo em medicina, e tem sido o ideal da profissão por séculos. Em lugar algum esta ética foi mais eloqüentemente resumida do que no ensaio clássico do Dr. Francis Peabody denominado "O cuidado do paciente": "A doença no homem nunca é exatamente igual à doença no animal de experimentação, porque no homem a doença ao mesmo tempo afeta e é afetada pelo que chamamos de vida emocional. Assim, o médico que tenta cuidar de pacientes ao mesmo tempo que negligencia este fator é tão acientífico como o pesquisador que negligencia o controle de todos os fatores que podem afetar a experiência. O bom médico conhece seus pacientes por inteiro e este conhecimento é adquirido a muito custo. Tempo, simpatia e compreensão devem ser dispensados generosamente, e a retribuição deverá ser encontrada naquele elo pessoal que materializa a maior satisfação da prática da medicina. Uma das qualidades essenciais do clínico é o interesse na humanidade, porque o segredo do cuidado do paciente está em se importar com o paciente (grifos nossos)".¹⁵⁸

Se esta realidade foi sentida e manifestada no país que tem a melhor e mais rica medicina do mundo, o que esperar em nosso meio, onde, como sintetiza a pediatra depoente da pesquisa de MACHADO, já citada, a todas as dificuldades experimentadas numa sociedade rica e desenvolvida, se somam os importantes

fatores ligados à escassez de recursos, não raramente, básicos? Os fatos comprovam que neste meio a situação não é diferente, e se de alguma forma se diferencia, o faz mais nos detalhes do que no essencial: aqui, como em todo o mundo, não faltam demonstrações de que é necessário resgatar a essência do ato médico, a relação entre médico e paciente, e esta preocupação se manifesta nas publicações das principais instituições médicas do país:

Médico e paciente, muitas vezes, tornavam-se verdadeiros parceiros para combater os sintomas de uma patologia, estabelecendo uma relação de confiança e de respeito mútuos, inimagináveis em outras profissões liberais a não ser na psicologia e na psicanálise. Afinal, o que aconteceu para desgastar esse relacionamento, humanitário e solidário, na sua base atual? O professor Milton Glezer, supervisor do Pronto-Socorro de Clínica Médica do Hospital de Clínicas de São Paulo, observa o quadro de forma contundente. E comenta (...): “ a relação médico-paciente, que é tão falha na nossa formação acadêmica, vai se deteriorando no decorrer do curso de graduação, se acentua no período da residência médica, e piora durante a prática da medicina do dia-a-dia”. O vilão, contudo não é o médico, acentua ele. É o sistema. (...) “A tecnologia tende a avançar. E o médico passa a embrenhar-se muito tempo nos aparelhos, sem tempo para escutar o doente”.¹⁵⁹

Consideremos, então, dentro deste “sistema”, o que ocorre neste encontro que CASSEL considera a terceira e mais importante dimensão da medicina; em que condições se apresenta o nosso médico a este encontro com o objeto primeiro de sua razão de ser — ou seja, o paciente. Já vimos as vicissitudes e as distorções pelas quais, em geral, este profissional passou na fase de sua formação e quais as

158 STOUDEMIRE, A. *Op. cit.*, p. xxiii-xxiv.

159 SIGOLI, Elizabeth. **Médico e paciente devem voltar a ser parceiros**. JAMB, Maio de 1998, p. 6.

conseqüências destas experiências. Em nosso meio, em especial, poderiam ser acrescentados alguns aspectos:

... João Eduardo Charles, 1º secretário da AMB, focaliza a falta de empatia que se verifica hoje na relação, determinada por uma série de fatores. [Entre outros] para Charles, o médico brasileiro recebe nas universidades uma formação liberal, que lhe induz a crer que terá seu consultório e uma clientela que o procurará por suas qualidades profissionais, por sua formação e pelo bom nome que ele vai construir durante a vida profissional. Só que... na realidade, ele trabalhará para uma empresa de seguro-saúde ou de medicina de grupo, por meio de contrato. (SIGOLI)

Em síntese, o curso de medicina que temos, mais freqüentemente do que não, dissociado da realidade que o circunda, não prepara o estudante para os problemas, clínicos ou não, que enfrentará ao iniciar sua prática, e o que é ainda mais grave, isolado desta mesma realidade, cria expectativas que na maioria dos casos estarão mais perto da fantasia do que da objetividade; *last but not least*, dedicará um mínimo de tempo ao preparo para os aspectos subjetivos desta prática, ou seja, os componentes da relação médico-paciente. Nestas circunstâncias, como esperar algo que não a decepção e a frustração dos profissionais da medicina e sua repercussão no contexto do encontro, no sentido buberiano do termo, com o paciente e outros colegas.

Mas, como adverte um médico pneumologista,

... a relação médico-paciente é o princípio e o fim da arte/ofício da medicina no plano do benefício direto ao semelhante. (...) Recursos técnicos, primitivos ou complexos, são na verdade simples instrumentos da vontade humana e da intenção do bem, e nada mais. Acessórios da inteligência e do saber aplicados à prática

*do bem, destinados a aprimorar os sentidos ou instrumentar a inteligência a serviço da saúde, mas não afastar o médico de seu paciente.*¹⁶⁰

Considerando-se as realidades enfrentadas pelo homem-em-formação conforme se viu, fica claro o que se pode esperar no que diz respeito à relação médico-paciente: está certamente mais próximo do “não queremos mais ajudar outros, não queremos ser importunados por ninguém” de MARION, do que das verdadeiras motivações pelas quais se escolheu a profissão. Este é, portanto, o médico que no contexto da consulta e do convívio profissional se defronta com as expectativas do paciente e de seus colegas.

*O que precisamos, acima de tudo agora, é um elo maior de fé e confiança entre paciente e médico, sofredor e curador, que se insira em qualquer arranjo institucional de cuidados médicos que possa surgir em nossa sociedade. Certamente não desejamos fábricas burocráticas e tecnocráticas de saúde carentes de médicos que realmente se importem por seus pacientes e vazias de pacientes que realmente confiam em seus médicos (...) Seja como for, Doutor, o futuro da relação médico-paciente ainda está seriamente nas mãos de seus colegas de profissão e na suas, como está o bem-estar dos pacientes e o futuro da profissão médica. Tem os meus melhores votos de sucesso no examinar de forma aberta e assídua a definição tradicional do negócio da medicina e no atingir um conceito mais amplo do verdadeiro negócio dos médicos. Que o espírito de Abraham Flexner vença sobre os flexnerianos!*¹⁶¹

160 MEIRELLES GOMES, Júlio César. A Bioética e a Relação Médico-Paciente. **MEDICINA – Conselho Federal de Medicina**. Setembro 1999, p.8-9.

161 ODEGAARD, Charles E. **Dear Doctor – A personal letter to a Physician**. Menlo Park, CA. Henry J. Kaiser Family Foundation. 1986, p. 112-3.

5. PSIQUIATRIA E ENSINO MÉDICO

Como já se viu, a Psiquiatria foi a última das especialidades médicas a ser incluída à lista. De fato, só agora começa a ser realmente aceita como tal e, mesmo assim, como uma especialidade “menor” ou “fraca”, que, de acordo com a visão mais ou menos disseminada, não se compara com as especialidades “maiores” ou “fortes”. Segundo pensam alguns, poder-se-ia substituir o primeiro grupo de qualificativos por “científica” e o segundo por “não-científica”; neste caso, e considerando-se o estado atual dos conhecimentos, não seria difícil definir a que conceito ou paradigma de ciência se está referindo. ENGEL¹⁶² chama a atenção para as mudanças paradigmáticas ocorridas no conceito de ciência na segunda metade do século XX: segundo ele, o paradigma do século XVII, representado por Newton e Descartes, vê os objetos de estudo como externos e independentes do cientista; já o paradigma do século XX, representado por Einstein e Heisenberg, vê o ato observacional como um feito do qual a nossa opção é um componente subjetivo ativo.

LOWN, um respeitado cardiologista americano, detentor do Prêmio Nobel da Paz por suas atividades junto à organização “Médicos pela Prevenção da Guerra Nuclear”, expressa bem esta questão em seu livro:

... eu deveria, no entanto, resumir rapidamente como cheguei a crer tão intensamente no que estou dizendo. (...) ... lentamente me dei conta como meu treinamento médico inicial me levou a interessar-me pelo que faz de cada paciente um ser único. Quando entrei para a Escola Médica John Hopkins, em 1942, estava encantado com a psiquiatria como meio de entender o

162 ENGEL, George L. **How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century word view?** Em WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg.** Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998, p. 118-119.

*comportamento de uma pessoa, mas a abandonei pela falta de rigor científico e aparente escolasticismo medieval. Ansiava por ordem e estava sedento pelas finas simetrias e predicabilidades ensejadas pela ciência. Psiquiatria realmente não era para mim. Um romantismo juvenil acentuou a idéia de que a ciência logo desmistificaria o corpo humano e exporia os processos essenciais por trás das doenças (p. xviii) (...) Embora rapidamente abandonasse o meu interesse inicial pela psiquiatria, o meu trabalho de uma vida culminou em uma preocupação com os aspectos psicológicos da doença (p. 31) (...) ... a tradição antimentalista dentro da medicina científica. Com isto, me refiro à absoluta indiferença dos médicos com fatores psicológicos e comportamentais. Médicos tiveram e ainda têm pouco apreço [pela idéia] de que emoções violentas podem desregular o funcionamento de qualquer órgão, seja o coração ou o intestino. Enquanto a anatomia, a fisiologia e a bioquímica foram reverenciadas, a psiquiatria foi marginalizada e meramente tolerada.*¹⁶³

Como se viu, com a separação patrocinada por Descartes ou, conforme alguns, patrocinada pela interpretação tendenciosa, errônea, que se fez de suas idéias (é sempre bom lembrar a idéia que fazia Descartes da glândula pineal), a medicina oficial deixa de lado suas preocupações com a mente. Importante que se leve em conta que tal fato ocorre tendo como cenário histórico o final da Idade das Trevas, com suas idéias maniqueístas sobre o Bem e o Mal, Deus e o Diabo, tendo como arena a alma do pecador Homem. A mente teve que esperar muito para voltar a ser objeto de estudo da medicina, permanecendo no período em questão sob a égide do pensamento mágico e religioso — entre o mito e o sobrenatural.

O período que segue será também testemunha de outra dicotomia: entre os que vêem a mente como parte do corpo e os que a conceituam como algo próximo

¹⁶³ LOWN, Bernard. **The lost art of healing**. New York. Ballantine. 1999, p. 185.

do espiritual imaterial. Em psiquiatria, como se viu, esta dicotomia estabelece uma divisão entre os que acreditam na origem somática das doenças mentais e os que imputam a fatores extrafísicos (cuja natureza não se define de forma cristalina) a origem desses mesmos males. Os adeptos da primeira são apelidados de “organicistas” e os segundos, de “psicológicos”. Evidente é que o que fazia, entre outros fatores, que em determinada época prevalecesse uma ou outra corrente, era a incapacidade de cada uma em explicar e operacionalizar o geral da questão. Seja como for, de uma ou outra maneira, as duas visões jamais se constituíram em campos absolutamente separados, até hoje permanecem presentes e cada uma delas determinou parte importante dos conhecimentos dos quais se nutre a presente prática do tratamento das doenças mentais. Em psiquiatria, portanto, em nenhum momento se estabelece uma real dissociação entre um e outro dos aspectos teóricos. A própria evolução dos conhecimentos acaba por determinar que a **integração**, e não a divisão dos conhecimentos é que representa o futuro. Entre outros, já vimos o que ALEXANDER, médico, psicanalista e um dos criadores da medicina psicossomática — por si só uma teoria integradora, tinha a dizer sobre o assunto. E acrescenta :

Vivemos em uma era de colaboração e integração. O homem solitário do século XIX com seu inexpugnável sistema auto-suficiente de valores está rapidamente cedendo lugar à pessoa dotada de alma, que se diz dirigida para outros, comunal, procurando inutilmente sua própria identidade. O sinal dessa mudança cultural na psiquiatria manifesta-se no crescente interesse pela dinâmica de grupo e seus aspectos sociológicos. Conseqüentemente, os desenvolvimentos futuros consistirão em crescente integração dos métodos biológicos, psicodinâmicos e sociológicos, e no aparecimento de uma psiquiatria compreensiva que não tente mais

*resolver o grande mistério do comportamento humano de um único e restritivo ponto de vista, mas procure por todos os meios enriquecer-se considerando contribuições provenientes das outras vias de acesso.*¹⁶⁴

Verdade seja dita, a psiquiatria torna-se de difícil caracterização como especialidade, pois, neste sentido, como defini-la? Estudo da mente, estudo do comportamento, estudo das funções superiores do cérebro, estudo e tratamento das doenças mentais? A psiquiatria já foi definida de todos estes e outros modos. De fato, todas estas definições descrevem funções estudadas pela psiquiatria, mas a sua prática implica muito mais. Muito antes que se começasse a falar em um modelo biopsicossocial da medicina, todos estes elementos já se constituíam em preocupação dos profissionais da mente; BUSNELLO *et al* vão até mais adiante, vendo a psiquiatria como “um forte elo entre a Medicina, a Filosofia e a Política”¹⁶⁵. Em resumo, mesmo quando, como ocorre atualmente, a psiquiatria tende a enfatizar um destes elementos (no caso, o bioquímico) dificilmente isto se faz, com sucesso, a expensas das outras variáveis. A psiquiatria, na teoria e na prática, convive com um objeto, o Homem, que não admite a divisão. As próprias classificações psiquiátricas recentes, o DSM-IV e a C.I.D -10, oficializam esta realidade ao estabelecerem para as manifestações psicopatológicas origens tanto em doenças médicas em geral, como em patologias psiquiátricas, não tomando partido quanto às origens, psicológicas ou físicas, destas questões. Ou, como é expresso na Introdução do DSM-IV,

164 ALEXANDER & SELESNICK. *Op. cit.*, p. 27.

165 BUSNELLO, Ellis D'Arrigo *et alii*. **Desafio na Psiquiatria: um Ensino Mais Humanístico**. Revista Bras. de Ed. Med. Rio de Janeiro, v. 21 (2/3), maio/dez. 1997, p. 13.

Embora este volume intitule-se Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, a expressão transtorno mental infelizmente implica uma distinção entre transtornos “mentais” e transtornos “físicos”, que é um anacronismo reducionista do dualismo mente/corpo. Uma literatura vigorosa documenta a existência de muito de “físico” nos transtornos “mentais” e muito de “mental” nos transtornos “físicos”. O problema criado pela expressão transtornos “mentais” tem sido muito mais nítido do que sua solução, e, infelizmente, ela persiste no título do DSM-IV, porque ainda não encontramos um substituto adequado.¹⁶⁶

Este texto, incluído na apresentação de uma classificação das doenças psiquiátricas, mesmo sem levantar as questões epistemológicas mais profundas pertinentes à questão da etiologia multifatorial dos transtornos, já esbarra, como fica claro no texto, nas dificuldades e entraves implícitos numa visão dicotômica. O simples fato de que tanto doenças físicas como situações emocionais possam se manifestar por sinais e sintomas semelhantes é um forte indício do artificialismo que a dicotomia imprimiu ao pensamento médico. E, o que não é menos importante, esta não é uma constatação abstrata, etérea ou puramente teórica. É a vivência de qualquer profissional que minimamente extrapole uma prática puramente mecânica de sua atividade profissional.

Se é assim, qual o motivo que levou LOWN a não seguir sua primeira paixão, ou seja, a psiquiatria? Já nos referimos anteriormente à visão comum de que os conteúdos ensinados em medicina são vistos tanto por professores como por alunos como divisíveis entre os “menores ou fracos” (em nosso meio poderíamos acrescentar o termo “frio”) e os “maiores ou fortes” (“quente”, entre nós).

166 DSM-IV — **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** — 4ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. xx.

Quais as características destes grupos de conteúdos?

As referências à necessidade de um relacionamento entre médico e paciente ou à capacidade de comunicação do médico, à ética médica, à filosofia da medicina ou, até mesmo, à história da medicina eram consideradas “fracas” para alguns alunos, portanto, sem valor primordial na formação dos médicos. Em compensação, disciplinas como Física, Bioquímica, Farmacologia, Anatomia etc., eram qualificadas favoravelmente como “fortes”. Os motivos não eram difíceis de entender. As disciplinas “fracas” careciam de respostas precisas. Portanto o aluno que se preocupava com suas notas nunca conseguia saber se suas respostas às perguntas formuladas nas provas correspondiam ao ponto de vista do professor. Já com as matérias “fortes”, o número ou fato correto obteriam uma nota previsível. Por esse motivo, os alunos tendiam a se afastar das disciplinas “fracas” e a se dedicar às “fortes”. (...) No mundo exterior [no entanto], uma parte surpreendentemente grande de fatos básicos da medicina era passível de novas descobertas e teorias. Porém, a necessidade de o médico motivar ou inspirar o paciente continuava constante. Nos anos de prática médica, muito do que havia sido considerado “forte” acabou se tornando frágil ou falho, e muito do que havia sido considerado “fraco”, se tornou permanente e essencial. (...) [Ou seja] as matérias “fracas” talvez fossem mais vitais para o sucesso na carreira médica que aquelas que os levaram à quantificação ou a respostas precisas e, portanto, a boas notas.¹⁶⁷

Com sua tendência à multiplicidade de fatores envolvidos, a propensão a não ter respostas prontas e definitivas, e mesmo a inclinação a abordar não só a doença — quando ela existe — mas também o homem no seu todo, a psiquiatria certamente não é uma disciplina “forte”, “maior” ou “quente”. Mas, como aponta COUSINS, e considerando a alta prevalência na população de sintomas ou doenças

167 COUSINS, N. *Op. cit.*, 1992 p. 39-43.

psiquiátricas e mesmo de dificuldades não classificáveis de natureza emocional — das quais a psiquiatria, por seu passado e queda naturais — tende a não fugir, é forte candidata ao grupo dos conteúdos que, considerados “frios” durante o curso, “se tornaram permanentes e essenciais” na prática do dia-a-dia. Em nossa prática de ensino costumamos dizer que a psiquiatria é mais importante no sétimo ano do curso de medicina do que nos primeiros seis; em encontros fortuitos com ex-alunos percebemos que após graduados alguns deles não deixam de se convencer desta realidade.

Por que então, e apesar de tudo, é a Psiquiatria ainda um conteúdo menos valorizado na formação do médico? Na essência já tivemos oportunidade de tentar uma resposta: esta situação objetiva é consequência cristalina da dicotomia mente/corpo como anteriormente vimos, mas os desdobramentos deste fato assumem amiúde contornos bem mais concretos. Vejamos como WHITE vê e sintetiza a questão:

Comparados aos fatores biológicos, cuja intensa investigação produziu tais e extraordinários benefícios à humanidade, os parâmetros psicológicos e sociais são vistos freqüentemente por muitos jovens acadêmicos como improdutivos tanto em termos de pesquisa como no trato de pacientes. Com o modelo biomédico bem amparado pelo dualismo de Descartes, o reducionismo de Newton e a cultura automotiva da General Motors, a mudança é tida como desnecessária pela maioria e impossível por alguns. Como George Engel o coloca, estamos frente com “a noção do corpo como máquina, da doença como uma consequência do estrago na máquina e a função do médico como a de consertar a máquina” (Engel, 1977). Alan Gregg teria dito que os dois piores erros cometidos pela Fundação Rockefeller teriam sido apoiar Departamentos de Psiquiatria nas escolas médicas americanas, nos quais a psicanálise era a única ciência “básica”, e criar escolas de

saúde pública separadas das escolas médicas. (....) A primeira decisão pretendeu trazer as visões de Freud para dentro das fortificações da medicina acadêmica (...) ... o advento do ensino psicanalítico pode ter feito, mais do que qualquer outro fato, muito para desenvolver e aprimorar as habilidades de entrevista médica, especialmente as necessárias para ouvir e observar. (...) Mas tão útil quanto possa ter sido a introdução do pensamento de Freud, a dependência apenas na psicanálise para escorar a prática psiquiátrica e na compreensão das complexidades psicológicas da medicina tiveram o efeito infeliz de , até recentemente, privar a psiquiatria, e tudo pelo que luta, de uma ciência básica substancial e experimental. De novo a questão não é somente de quantificação, mas existem questões de validade, confiabilidade, generalidade e previsão que não eram abordadas pela psicanálise — para insatisfação até mesmo de muitos de seus adeptos. A iniciativa Rockefeller dos anos 50 tirou a psiquiatria do curso central da versão americana de pensamento científico. (...) Hoje as neurociências estão preenchendo parte do vazio. Alguns diriam, no entanto, que a sua equivalente clínica, a psiquiatria biológica, poderia estar abraçando com força excessiva o modelo biomédico às custas da ignorância de fatores não-biológicos na gênese de distúrbios psicológicos e mentais — mais uma situação de um modelo estreito, ao invés de mais amplo e balanceado guiando as metas da medicina. (...) Nos foi dito (...) que uma pesquisa feita com 1000 residentes de medicina interna mostrou que a extensão durante a qual foram expostos a qualquer ensino sobre “saúde mental” (não sendo muito claro qual o significado disto) foi de 45 minutos! (....) Estes dois “erros” da Fundação Rockefeller relegaram os fatores sociais e psicológicos assim como seus fundamentos científicos e suas influências humanizadoras a departamentos de psiquiatria e saúde pública cada vez mais isolados e, freqüentemente, desprestigiados.¹⁶⁸

168 WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg.** Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1988,. p.49-51.

Existe pelo menos uma dupla relação entre a psiquiatria e a medicina. De um lado, no processo dicotômico que estivemos examinando, à psiquiatria coube encarregar-se dos aspectos que a visão “científica” dos últimos séculos julgou excessivamente subjetivos ou inabordáveis: a mente e tudo que ligado a ela se pudesse imaginar envolvido no processo terapêutico, de um lado, e os fatores que, em síntese, se considerassem não-quantificáveis. Evidentemente, neste último aspecto se incluíam importantes elementos presentes naquela atividade humana que, definida por Hipócrates e por seus seguidores durante séculos, se viu dissociada pelas idéias cartesianas. Se o corpo do homem é uma máquina, se depreende que o enfoque deve ser o seu mecanismo e tudo que não diz respeito a ele não é importante. É assim que aspectos basilares da medicina antiga deixam de ser considerados: seu caráter integrado, seus princípios holísticos (e entenda-se aqui a máxima humanista do “nada do que é humano me é indiferente”) e sua fundamentação, como vimos, do “estudo junto ao leito”, ou seja, a relação médico-paciente e todas as suas implicações.

A psiquiatria, historicamente, mesmo ansiando ser uma das áreas médicas que se desenvolviam sob a égide do estudo científico, jamais rejeitou outros fundamentos epistemológicos. Nem poderia fazê-lo, já que, como se viu, os aspectos religiosos, místicos, sociais e políticos sempre estiveram envolvendo a questão da mente e da doença mental, impedindo que os interessados no assunto ingenuamente os negassem.

Por outro lado, a psicopatologia, ou o estudo das funções mentais e suas alterações, como ciência básica da Psiquiatria, estimula obrigatoriamente o interesse pela “normalidade” e pelos limites desta em todos os aspectos; entre

estes, as questões da higiene mental, das condições ótimas de funcionamento do Homem, da maximização dos potenciais no trabalho e no estudo. Natural, pois, que o psiquiatra se visse envolvido na questão da formação do médico e das circunstâncias nas quais se dá este processo.

Com os avanços dos estudos psicopatológicos nas últimas décadas, ainda mais se evidencia a íntima relação entre as patologias ou doenças médicas em geral e aquelas estudadas pela psiquiatria — as reações emocionais que acompanham as primeiras e a participação das segundas na gênese daquelas.

Em suma, é o próprio avanço da ciência que, no campo da medicina, impõe a impossibilidade reducionista. Esta máquina, ao contrário das outras, é capaz de surpreender.

5.1 Psiquiatras refletem sobre médicos e sua formação

Se estudantes e médicos de outras especialidades têm tendido a ver a psiquiatria como uma especialidade “menor”, o que equivale amiúde a “menos científica” e portanto menos eficiente, o mesmo não ocorre no sentido inverso. Psiquiatras das mais variadas orientações têm se interessado de maneira espontânea ou em função de estímulos de outros, tanto por aspectos emocionais da prática médica — no que diz respeito ao médico assim como no que envolve a realidade do paciente — como, conforme já se viu, na formação do médico e no processo de ensino. Se, para alguns, a afirmação parecesse pecar por certo exagero, não seria necessário mais do que uma análise, mesmo que superficial, da bibliografia sobre a qual, em grande parte, se fundamentam frações consideráveis do presente trabalho, para se constatar a veracidade dela.

Que aspectos da realidade médica têm sido objeto de preocupação dos psiquiatras, quais as fontes que os autorizam a tal atividade, e que contribuição se sentem em condições de dar à prática médica?

Antes de mais nada seria bom não esquecer o que lembrava CAPRA sobre os psiquiatras: “embora sejam médicos com treinamento formal, saídos das mesmas escolas de medicina, existe pouca comunicação entre eles e seus colegas de outras áreas, ou seja, entre os profissionais da saúde mental e os profissionais da saúde física”¹⁶⁹. Este fato, que nas últimas duas ou três décadas vem, felizmente para todos os envolvidos, lentamente se tornando menos freqüente, tendia a perpetuar artificialmente uma situação anacrônica e insustentável: a dicotomia mente-corpo.

Anacrônica, pois a relação entre medicina em geral e psiquiatria tem sido afetada pelos dados que estudos em ambos os extremos da dicotomia têm acrescentado aos fundamentos teóricos e práticos do campo de conhecimento envolvido. Assim, na mesma medida em que o próprio avanço das ciências médicas físicas desemboca na imprescindível absorção de fatores emocionais e ambientais do adoecer, a psiquiatria das últimas décadas, sem abrir mão dos amplos conhecimentos de várias naturezas que absorveu durante sua multifacética história, também abandona um “psicologismo” puramente reducionista e, como área de formação médica, se vê em condição não só de absorver conhecimentos originados na neurofisiologia e neurociências em geral, como de participar de uma necessária ampliação dos fundamentos que dão sustentação à prática da medicina *sensu lato*. Em síntese, os avanços tanto das ciências básicas da medicina física, como os avanços dos conhecimentos psiquiátricos têm promovido esta aproximação — ou

169 CAPRA, F. *Op. cit.*, p. 135.

para maior precisão conceitual, esta (re)aproximação que profissionais, pacientes e teóricos têm, cada um a sua maneira, exigido.

Vejamos o que WEINER e HART, dois psiquiatras profundamente enraizados numa visão “biológica”, têm a dizer baseados em suas pesquisas:

... no caso das doenças infecciosas para as quais temos o mais completo modelo conceitual de patogenia, raramente é levantada a pergunta por que um e não outro pneumococo “causou” a pneumonia, ou por que a pneumonia ocorreu num particular momento da vida do paciente. A ênfase tende a ser posta nos papéis relativos da patogenicidade do germe, e dos fatores que governam a resistência do hospedeiro a ele, assim como nas alterações patológicas desencadeadas no pulmão. Além do mais, o fato de que antibióticos rapidamente detêm o processo da doença e o conhecimento de que a penicilina interfere na formação da parede celular da bactéria por inibir os mucopeptídeos, satisfaz o médico, convencendo-o que é dono de um retrato completo da doença e de sua cura. Mas e quando o paciente se recusa a deixar o leito quando todos os sinais e sintomas da pneumonia desapareceram? A compreensão da patofisiologia e patologia da pneumonia não lhe fornece uma compreensão do comportamento do paciente. Um acontecimento como este, banal, mas relativamente comum na prática médica, põe em foco os atuais sistemas de crença, e as questões conceituais que costumam permear a prática da medicina.¹⁷⁰

Contribuição não menos pertinente e importante, se bem que partindo de uma perspectiva diametralmente oposta, é feita por KLEINMAN, um psiquiatra e antropólogo da Universidade de Harvard. Pai do conceito operacional e diferencial que se faz atualmente em medicina entre **doença** e **enfermidade**, conceito este que

170 WEINER, Herbert and HART, Sidney: “Promising interactions between psychiatry and medicine” em: ARIETI, Silvano (ed) . **American Handbook of Psychiatry** 2.^a Ed. Vol. VI, Cap. 37. New York: Basic Books Inc. 1975, p.840-874.

CASSEL, um clínico e ativista da saúde pública, absorve nos seus respeitados estudos sobre “a natureza do sofrimento e os objetivos da medicina”, KLEINMAN, além de estudar antropológicamente os conceitos médicos de culturas distintas (americana e chinesa, por exemplo), exemplifica, em seu livro, casos, principalmente de doenças crônicas, em que conceitos diferenciados como fisiopatologia, psicofarmacologia e psicoterapia se mostram, isoladamente, inúteis e, em associação, capazes de determinar a melhora ou mesmo cura do paciente. KLEINMAN relata o caso de um advogado, Mr. Steele, de 42 anos de idade, com uma história de dois anos de asma que se agrava progressivamente. Seu médico, “um experiente e respeitado clínico”, o encaminha para um especialista em doenças torácicas e para um psiquiatra. Este diagnostica uma depressão secundária à asma e ao uso de prednisolona, recomendando o uso de um antidepressivo e psicoterapia. O clínico se opõe à psicoterapia argumentando que “o paciente é uma Caixa de Pandora; quem sabe o que ocorrerá uma vez se levante a tampa?”. O antidepressivo (Tofranil) teve que ser descontinuado por causa de efeitos colaterais. Com a piora do quadro, o clínico o enviou a um segundo psiquiatra que realizou uma exaustiva anamnese que apontou para importantes aspectos da vida profissional e pessoal do paciente até então desconsideradas.

Após seis meses de psicoterapia, aconselhamento conjugal e uso de antidepressivos, Mr. Steele apresentou uma significativa mudança nos seus sintomas de asma e no estado psicológico. (...) Durante os anos seguintes seu relacionamento marital melhorou e ele definiu uma importante mudança de carreira. Abandonou sua prática legal e se juntou a seu pai e seu irmão num negócio de venda em atacado de peixes. Quatro anos depois do início desta história, Mr. Steele estava sem medicação para asma e livre de sintomas. (...) “Sabe, acho que eu estava certo. Não eram alergias; era minha vida.

Estava sob tal estresse (...). Sabia que não chegaria a lugar nenhum no Direito". A senhora Steele concordava com ele, mas o clínico não. (...) Para ele, tratamento médico é prescrição de medicamentos. (...) Não sabendo das preocupações de seu paciente, ele inadvertidamente se tornou conivente num círculo vicioso de não-aderência e tensão psicossocial que intensificou a asma e transformou o tratamento médico em parte do problema ao invés de solução. Vemos aqui exposta a nociva dicotomia mente-corpo da profissão médica, que assume que apenas os aspectos biológicos da medicina são "reais" e apenas tratamentos biológicos são suficientemente "de peso" para determinar mudanças biológicas. Apesar de que o resultado extraordinário do caso é incomum, a contribuição da ortodoxia profissional em inadvertidamente reforçar a passividade e a desmoralização de paciente e suas famílias é muito comum no tratamento de pacientes crônicos.¹⁷¹

Estes dois exemplos, tão distintos entre si, acabam por redundar numa mesma mensagem, num mesmo elemento conceitual que parece, após mais de um século de visão puramente mecanicista, lutar para emergir; ou seja, que a essência da medicina não pode ser encontrada a não ser numa perspectiva multifatorial — tão variada quanto a própria realidade do ser humano.

Como é possível observar, os psiquiatras têm estudado e se interessado tanto pelos efeitos do curso de medicina sobre estudantes, o aprimoramento da própria conceituação de adoecer — os efeitos psicológicos da doença e a influência de fatores emocionais na sua determinação — e mais recentemente os aspectos do tratamento psiquiátrico do paciente clínico, assim como, e especialmente, pela questão da relação médico-paciente, contexto no qual exerceram suas atividades durante tanto tempo e principalmente na primeira metade do século XX, sob a

171 KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives – suffering, healing & the human condition.** BasicBooks. 1988. p. 122-128.

influência de correntes psicológicas, principalmente as derivadas da psicanálise freudiana.

De posse de fundamentações necessariamente amplas — fisiológicas, psicológicas e sociais — , que papel deve exercer a psiquiatria na formação do médico, ou, *mutatis mutandis*, o que deve o médico em formação saber dos conteúdos que fazem parte do arsenal psiquiátrico?

5.2 Psiquiatria e currículo médico

Aqueles que têm estudado o papel da psiquiatria no currículo médico, seja este o que tem vigorado desde o Relatório de Flexner seja qualquer das versões propostas para substituí-lo, defendem a tese , de forma mais ou menos explícita, que à Psiquiatria deva caber, devido a razões que a esta altura deveriam estar claras, um papel importante e decisivo neste processo de modificação conceitual. Além de participar no ensino em função de seus conteúdos clínicos (ou seja, Psiquiatria Clínica) espera-se que o psiquiatra tenha a contribuir na valorização de aspectos psicológicos da atividade médica, tais como técnicas de entrevista, aspectos práticos da relação médico-paciente, interação entre profissionais de equipes, trabalho com doentes terminais e mesmo intervenção em situações clínicas que se encontram nos limites entre a Psiquiatria e a Medicina em geral, o que, nos últimos tempos, se costumou designar como Psiquiatria do Doente Clínico.

KLAMEN e SANDLOW, respectivamente professores de psiquiatria e medicina, e ambos envolvidos na questão da educação médica, assim se manifestam:

Os centros médicos acadêmicos tiveram que aumentar sua ênfase na produção de médicos generalistas para cuidar de um maior número de pacientes de forma eficiente e eficaz. A educação

médica tem que ir ao encontro destas necessidades transmitindo a esses médicos os conhecimentos, as habilidades e as atitudes que precisam ter como generalistas. (...) Estes princípios [do generalismo] são a integração da promoção de saúde, prevenção de doenças e continuidade de cuidados; um respeito fundamental pelo paciente explicitado por uma interação médico-paciente receptiva; e um compromisso de toda a vida com o estudo. (...) Estima-se que 30-40% dos pacientes que procuram médicos de atenção primária terão uma doença mental primária ou secundária, e no entanto estes médicos subdiagnosticam e subtratam os portadores de distúrbios psiquiátricos identificáveis. Qualquer médico (...) deve ser capaz de diagnosticar, tratar, manejar e encaminhar pacientes com distúrbios psiquiátricos; se médicos estão subdiagnosticando enormemente os distúrbios psiquiátricos, o currículo para o médico deve ser melhorado. Além disto, a ênfase num enfoque fortemente biopsicossocial ao paciente que é exigido pelo generalismo requer a expansão do envolvimento da psiquiatria nos anos pré-clínicos.¹⁷²

Concluem os autores, em nosso entender de forma sucinta e objetiva, apontando os caminhos e os conteúdos que se esperam sejam contribuições da Psiquiatria para um novo ensino médico:

Sugerimos que existem amplas modificações na educação pré-clínica e clínica que os educadores em psiquiatria devem executar para preparar os médicos para a prática. (...) Devemos modificar o que ensinamos e quem ensinamos se vamos contribuir apropriadamente na educação de médicos generalistas.

- *Estudantes pré-clínicos devem ser ensinados os determinantes sociais e psicológicos do comportamento. (...)*
- *Um entendimento básico de manutenção da saúde e prevenção é essencial. (...)*

¹⁷² KLAMEN, Debra L.; SANDLOW, Leslie. **Restructuring the role of Psychiatry in Medical Education.** Academic Medicine, V. 71, n. 10, October 1996, p. 1030-1.

- *A natureza do processo-enfermidade no que se refere aos distúrbios mentais deve ser enfatizado através do estudo da psicopatologia, com especial atenção aos distúrbios que o médico generalista terá que, com maior probabilidade, diagnosticar, consultar e, muitos casos, tratar e manejar, como demência, distúrbios afetivos, ansiedade, psicoses e distúrbios ligados ao uso de álcool e outras substâncias.*
- *Os alunos necessitam tornar-se proficientes em sentar e escutar pacientes problemáticos (...)*
- *manejo de adição e abuso de drogas como doenças deve ser ensinado por todo o currículo da escola médica.” (...)*

Acrescentam, ainda:

... devemos focalizar as nossas estratégias educacionais no ambiente clínico naquele tipo de paciente com o qual o futuro generalista mais provavelmente se defrontará: (...) situações abusivas e como intervir (...) sintomas somáticos como possivelmente refletindo distúrbios psiquiátricos (...) pensar sobre interações mente-corpo (...).

Se nos dermos ao trabalho de examinar, item por item, os aspectos psiquiátricos que os autores consideram importantes para o ensino do estudante de medicina, não deverá nos surpreender que estes se caracterizam exatamente por serem relacionados a elementos subjetivos e emocionais da prática médica; em outras palavras, precisamente aqueles que foram excluídos do estudo da “ciência”, numa visão dicotômica cartesiana e, como vimos, colocados em segundo plano pelos responsáveis pela operacionalização de currículos médicos de natureza flexneriana.

Não menos interessante é o fato de que no momento em que a preocupação dos responsáveis pelo caráter que deve tomar a educação médica se volta para a questão da desumanização da medicina e do médico, nas últimas décadas, a

questão da relação médico-paciente, o único contexto no qual, durante boa parte de sua história, a Psiquiatria exerceu suas funções, é elevado a prioridade absoluta dentro dos objetivos de reforma do ensino médico. O tema, na realidade, assume características mesmo de símbolo desta nova forma de ensinar e emblemático do novo médico que se quer criar, diametralmente oposto ao que a escola médica, sob a influência do currículo flexneriano, tem produzido.

Quem poderia imaginar, há apenas poucas décadas, que uma equipe de professores de medicina interna defenderia objetivos e usaria uma terminologia como a que vemos utilizada por BRANCH *et alii.*, da cidade de Boston e ligados à Universidade de Harvard,

*Procuramos estimular as qualidades humanísticas e as habilidades interpessoais dos futuros médicos começando a educação médica com um curso obrigatório que enfoca a relação médico-paciente. (...) Acreditamos que isto fortalece a capacidade do aluno de empatia e seus conhecimentos tanto de si mesmo como de seus pacientes. (...) Muitos médicos participantes comentam que o curso revitalizou seus compromissos com a medicina e com o ensino – um fantástico “efeito colateral” do projeto. (...) No momento, concluímos que nossos estudantes estão aprendendo importantes novos tópicos de forma inovadora e estão assimilando muitas coisas novas; ...).*¹⁷³

Poder-se-ia imaginar texto mais “fraco”, “não-científico”, ou mesmo “frio” na concepção de um currículo com as características, que antes examinamos, daquele que foi responsável pela formação da maioria dos nossos médicos durante a maior parte do século vinte?

173 BRANCH, William T. *et alii.* Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students, **Annals of Internal Medicine**, v. 114, n. 6, 15.03.1991. p. 487.

Tudo indica que, assim como as culturas periféricas à Europa da Idade Média tiveram um importante papel em salvaguardar os valores e os conteúdos filosóficos defendidos pela civilização greco-romana clássica, até a sua redescoberta renascentista, a dicotomia cartesiana foi incapaz de evitar que “o outro lado” preservasse, à espera de uma reunificação, o lado subjetivo e emocional dos conhecimentos do Homem. Na medicina, esta reunificação, em nosso entender, faz-se pela valorização e reabsorção dos conhecimentos de que, *malgre lui*, a Psiquiatria, o campo médico do adoecer psíquico e da subjetividade, viu-se depositária. Este determinismo histórico-filosófico não impede, no entanto, que questionemos se a Psiquiatria tem algo, e o que, a dar no processo de renovação do currículo médico. OKASHA, de forma resumida e objetiva, dá a seguinte resposta:

Existe hoje um consenso de que a psiquiatria deve ocupar um papel importante no currículo médico. Existem três razões para este consenso. Primeiro, o enfoque geral da psiquiatria, que enfatiza a unidade de corpo e mente é algo importante na prática médica em geral. Segundo, habilidades aprendidas em psiquiatria são importantes para todos os médicos – por exemplo, a habilidade de estabelecer uma boa relação com o paciente, avaliar o estado mental do paciente, e de comunicar informações difíceis. Terceiro, problemas psiquiátricos são comuns em pacientes vistos por especialistas de outras áreas médicas.¹⁷⁴

Em uma carta ao periódico “Academic Medicine”, YATES reafirma e amplia as palavras de OKASHA:

Sustento que qualquer mudança que transpire, a psiquiatria precisa continuar exercendo um papel significativo (...) porque os distúrbios psiquiátricos são comuns, contribuem significativamente

*para a morbidade e mortalidade, aumentando os custos médicos e sociais quando não identificados e tratados, (...) contribuem significativamente para 5 das 11 primeiras causas de morte(...)*¹⁷⁵.

Ao que tudo indica, conforme a manifestação de autores anteriormente citados no presente trabalho, não é só o currículo flexneriano que vem se esgotando, a própria conceituação dicotômica do ser humano parece não conseguir manter seu fôlego.

174 OKASHA, Ahmed. The Future of Medical Education and Teaching: A Psychiatric Perspective. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 6, (suppl) June 1997, p. 81.

175 YATES, William R., Role of Psychiatry in the Academic Health Sciences Center, - Letters to the Editor, **Academic Medicine**, v. 69, n 12. p. 977, december 1994.

6. EM BUSCA DAS NECESSÁRIAS MUDANÇAS

No seu minucioso e importante livro “Aprendendo a Curar”, exhaustivamente citado neste trabalho, LUDMERER inclui, num tom negativo, porém realista, o seguinte comentário sobre o estado-da-arte do ensino médico, décadas após o Relatório Flexner:

*Assim, os problemas de produzir bons médicos hoje permanecem os mesmos. As grandes conquistas científicas que revolucionaram a teoria e a prática levaram a um currículo inchado, um excesso de fatos, uma ênfase em memorização, e uma desatenção no paciente como pessoa. Existe tanto material técnico para o estudante dominar imediatamente que sobra pouco tempo para a conceituação e aprendizado sobre os aspectos psicológicos e sociais da enfermidade. No relatório sobre a educação médica recentemente publicado pela Associação Americana de Escolas Médicas, estes foram os temas que receberam a mais detalhada consideração.*¹⁷⁶

Apesar da quase unanimidade com que o Relatório Flexner foi recebido quando de sua publicação, excluindo-se as manifestações dos que preferiam a permanência do “statu quo”, não se passou muito tempo para que se iniciassem reavaliações em função dos resultados, positivos ou negativos, decorrentes da implementação da visão flexneriana de cursos médicos. Assim, em 1918, Richard Cabot falava do que “era normalmente deixado de lado na preparação pelos cursos médicos: o preparo para tratar um ser humano como se este possuísse uma mente, afetos, talentos, vícios e hábitos bons e maus, da mesma forma que órgãos mais ou menos enfermos”¹⁷⁷ (idem).

176 LUDMERER. *Op. cit.*, p. 277.

177 Idem, *ibidem*.

ENARSON e BURG mostram que desde a publicação do Relatório Flexner, e talvez este seja mais um dos aspectos positivos que o mesmo determinou, pelo menos quinze grandes estudos foram realizados nos Estados Unidos, com o objetivo de enfocar aspectos específicos da educação médica e de sua necessária reestruturação; este estudo conclui que nem sempre os projetos que pretendem modificar a estrutura de cursos de medicina realmente atingem seus objetivos, pois, entre outros fatores, “o corpo docente carece de incentivos para participar de programas de reforma da educação médica pois promoções e mandatos são determinados primariamente em função de produção científica e perícia clínica”¹⁷⁸ e não em função da capacidade de ensino.

Os aspectos altamente negativos da formação (ou dever-se-ia hoje dizer deformação), por mais que geralmente envolvidos num mar de silêncio, se constituíram em um dos fundamentos que levaram às várias reformulações do ensino médico, que acabaram culminando no projeto “Médicos para o século XXI”, que foi publicado em 1984 (MULLER) pela Associação Americana de Escolas Médicas. Este projeto de maneira cristalina absorve a constatação de que, por mais importante que seja o progresso tecnológico, este, por si só, não é capaz de dar uma medicina de qualidade. Ou seja, que a medicina é bem mais do que a somatória dos avanços que a ciência vem proporcionando — a vigência destes convive paradoxalmente com uma enorme massa de queixas e processos contra médicos. É impossível não ver a relação entre a deterioração da relação médico-paciente e estes fatos. E em nenhum lugar estes fatos foram mais evidentes do que nos Estados Unidos da América — mais um aspecto que se deve computar em

178 ENARSON, Cam; BURG, Frederic D. Na overview of reform initiatives in medical education – 1906 through 1992. **JAMA**, v. 268 n 9, p 1142.

favor de Flexner: em função do pioneirismo de sua reforma do ensino, os Estados Unidos determinaram o caráter do currículo médico vigente, mas também foram os primeiros a conviver com suas dificuldades e assim sentir a necessidade de novas reformas. (Não por acaso grande parte da literatura sobre a qual se fundamenta este estudo, é originária do citado país).

Publicado em 1984, o documento conhecido como GPEP (abreviatura de General Professional Education of the Physician — educação profissional geral do médico) representou a tomada oficial de consciência de que “algo estava podre no reino da Dinamarca”, e que se não fossem tomadas medidas adequadas este processo só tenderia a se agravar. O presidente do painel que deu origem a este documento, Steven Muller, da Universidade John Hopkins inicia a introdução com as seguintes frases:

*Cada paciente espera que o médico responda aos problemas e às preocupações pessoais do paciente, baseado em conhecimento profissional. (...) No entanto [para isto] (...) e para preparar para uma educação médica especializada é necessária uma educação profissional geral. [O painel] afirma que todos os médicos, independente da especialidade, necessita uma base comum de conhecimento, habilidades, valores e atitudes. (..) Acreditamos que cada médico deve ser atencioso, compassivo, e dedicado aos pacientes — mantendo-os bem e ajudando-os quando estão doentes. Cada um deve ter compromisso com o trabalho, com o estudo, com a racionalidade, com a ciência e com o servir a grande sociedade. (...) O preparo do profissional médico geral deve responder à interdependência do desenvolvimento tanto da pessoa como um todo como da profissão especializada.*¹⁷⁹

179 MULLER, Steven (presidente). **Physicians for the twenty-first century: Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for**

Apesar da evidente mudança de conceitos e do tom que o documento apresenta, não faltaram aqueles que criticaram o documento por ter sido tímido demais. O próprio trabalho de ODEGAARD, editado em 1986, representa uma manifestação de desagrado pelo caráter indefinido do posicionamento em favor de um currículo mais humanista para o curso de medicina. E comenta:

É lamentável que o relatório GPEP não tenha de forma mais explícita e vigorosa convidado para o “debate sobre as qualidades, valores e atitudes” apropriadas para os médicos (...). Como apontado antes, preocupações com pessoas tem sido relegadas no passado à “arte da medicina”, que deveria ser adquirida por intuição e imitação do comportamento de profissionais mais velhos, enquanto o conhecimento racional, sob a forma das biociências como são usadas no tratamento das doenças no corpo se constituíram na “ciência da medicina”.¹⁸⁰

Mesmo considerando-se este e outros senões, é, no entanto, evidente que o chamamento representado pelo *GPEP* desencadeou nos EE. UU., e em outros países uma intensa reflexão e ação no sentido de repensar os fundamentos epistemológicos da formação do médico, e reformular o ensino médico. Nos 16 anos que decorreram desde sua publicação, a maior parte das escolas médicas americanas se empenharam em mudanças maiores ou menores de seus currículos, e um grande número destas escolas, espalhadas pelo mundo, seguiram o mesmo caminho. Ao mesmo tempo, ampliou-se o debate em relação aos fundamentos que devem sustentar tais mudanças e vários modelos de currículos foram apresentados, permitindo que se clareassem os elementos diferenciais dos modelos de educação

medicine. Journal of Medical Education (atualmente Academic Medicine) Nov. 59(11) 2ª parte. 1984, p. 1.

180 ODEGAARD, Charles E. Dear Doctor – **A personal letter to a Physician.** Menlo Park, CA. Henry J. Kaiser Family Foundation. 1986. p. 66.

médica propostos como soluções para os problemas que têm sido apontados. BYRNE e ROZENTAL apresentam como “talvez o que melhor resuma esta terapia para o ensino médico”¹⁸¹, o de BLOOM:

DE: Modelo tradicional	PARA: Modelo proposto
Domínio completo dos conhecimentos básicos como primeiro passo indispensável para o aprendizado da medicina: programa pré-clínico de dois anos	Domínio substancial seletivo dos conhecimentos de base: seis a oito meses.
Objetivo principal da primeira etapa: acervo de conhecimentos memorizados	Compreensão dos princípios biopsicossociais do comportamento humano.
Ensino-aprendizado dirigidos: concentrado no conteúdo, professor com papel dominante de autoridade, estudante passivo e dependente	Concentrado no estudante.
Predomina o método didático: aulas magistrais com programa detalhado dos conhecimentos existentes.	Métodos baseados na resolução de problemas, em pequenos grupos: o objetivo é preparar o auto-aprendizado (base de conhecimentos em constante mudança.
Orientado para a disciplina, ensino em etapas de blocos diferenciados por departamentos autônomos.	Integrado, interdisciplinar: no plano horizontal engloba todas as ciências; no vertical, une as ciências básicas com as clínicas.
As aplicações clínicas se ensinam depois de uma sólida base de conhecimentos.	Aplicação clínica e exposição a casos de forma progressiva desde o primeiro ano.
Biologia humana e habilidades clínicas se ensinam com enfoque no homem adulto.	A referência é o crescimento e desenvolvimento humano, sem distinção de sexo.
Percepção da responsabilidade médica com diagnóstico e cura da doença somática.	A prevenção e manutenção da saúde comunitária recebem ênfase igual ao da doença
O paciente como objeto passivo	O paciente como sócio do processo

Este modelo sintetiza, como se vê, quase todos os fatores que têm sido levantados como passíveis de uma necessária mudança conceitual. Assim, pretende propor soluções para alguns dos mais prementes problemas que ameaçam a educação médica:

181 BYRNE, Niall e ROZENTAL, Manuel. *Tendencias actuales de la educación médica y*

1. À explosão do conhecimento responde com um sistema inerente que estimula o estudo continuado, partindo de conteúdos básicos necessários a qualquer médico, independente de sua especialidade.
2. Aliás, dito de outra maneira, uma das características fundamentais de todos os currículos alternativos é a oposição à especialização precoce.
3. Em oposição a uma visão e modelo biomédicos, que priorizam o conceito de “doença”, adota o modelo biopsicossocial, que traduz uma concepção de doença como “episódio” determinado por uma múltipla causalidade.
4. À compartimentalização dos conteúdos e do ser humano, corresponde com a integração em vários níveis dos conhecimentos, causas e do próprio ser humano como paciente.
5. Também absorve a tendência universal da visão do paciente como elemento ativo no processo curativo.
6. A quase que generalizada utilização de casos para o estudo, como o faz uma técnica difundida nos currículos alternativos – o PBL ou *problem based learning* – propicia o contato precoce com o paciente e com a questão da relação médico-paciente.

Poderia parecer, a partir do que até agora foi dito, que as reformas do currículo, e conseqüentemente dos cursos de medicina em andamento, representariam a redenção destes.

Mesmo considerando a vontade de participar de mudanças, é sempre importante considerar que as pessoas, os profissionais que participam destas mudanças foram educados dentro de outros parâmetros e nem todos se adaptarão

a uma nova realidade. Se no modelo tradicional se poderia dizer, como salienta LUDMERER que “se a maioria dos médicos são tão bons quanto são, isto é um tributo aos próprios homens e mulheres, porque o sistema que os preparou está longe de ser o ideal”¹⁸², os modelos propostos nas reformas, entre outros objetivos, têm um especialmente ambicioso, que é o de independer das características individuais dos estudantes. Em função deste aspecto, tem-se ouvido e proposto tanto uma mudança radical que se iniciasse pela modificação mesmo dos parâmetros de seleção dos estudantes de medicina.

Concluindo, ouçamos o que LUDMERER tem a dizer sobre o processo todo de reforma do ensino médico. Após dizer, como já vimos, que em muitos sentidos estamos frente aos mesmos problemas que passaram a existir desde que o Relatório Flexner impôs a última grande reforma do ensino, tornando-o tecnicamente eficiente e eficaz, ao mesmo tempo que determinava os problemas que viemos descrevendo, nos diz o citado autor:

... uma escola médica pode revisar o currículo tanto quanto queira, mas será em vão se não valorizar e recompensar ensino de qualidade. Para que o ensino floresça, as escolas, estas têm que querer promover e remunerar com altos salários bons professores e não somente bons pesquisadores. (...) a educação médica deve ter uma ênfase processual e não substantiva, assim formando médicos pensadores e não memorizadores. O médico pensador é aquele que na prática da medicina não pergunta “o que há para ser feito?” mas sim “devemos fazê-lo?”. Este tipo de medico percebe que muitas técnicas e procedimentos tem aplicabilidade limitada,

28(1): 53-93 1994 p. 56-57.

182 LUDMERER. *Op. cit.*, p. 278.

*outros não tem nenhuma e que, na maioria dos casos a mais confiável informação ainda é obtida do paciente.*¹⁸³

183 LUDMERER. *Op. cit.*, p. 279-280.

7. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

7.1 À guisa de conclusão

Apresentar conclusões do presente trabalho é tarefa que passa, necessariamente, pela retomada das *perguntas de pesquisa*, as quais representavam, desde o início, as faces indagativas do problema e, portanto, sintetizavam a estratégia de abordagem do tema, do modo como foi delimitado. Assim sendo, sem mais delongas, vamos à retomada, uma a uma, daquelas perguntas, sistematizando e sintetizando as respectivas respostas, a partir de uma visão concentrada e condensada dos conteúdos desenvolvidos ao longo da pesquisa.

1. *O que é medicina ou o que a medicina é?*

Naturalmente, esta resposta prende-se ao âmbito da pesquisa, portanto não se propõe a esgotar um tratado de conceitos e definições da ciência médica. Do ponto de vista do que se chamou aqui de “curso natural” da medicina e sua correspondente “missão”, o trabalho pretendeu mostrar com literatura abundante e mediante conexões históricas, o trajeto da medicina como arte, depois como ciência e como profissão (a ser ensinada, aprendida e exercida). Nessa ótica e dessa perspectiva, a medicina deve ser vista como *a arte, a ciência e a profissão voltada ao cuidar e ao curar*.

Na medida em que o próprio desvio “científico” vem-nos demonstrando a incorreção do atalho dicotômico, não seria exagerado dizer que esta evolução mostra que é possível definir medicina como, em essência, a atividade humanística voltada ao sofrimento da pessoa que herdamos de Hipócrates.

2. Qual é a missão básica da medicina?

Podemos afirmar, conclusivamente, ao emergirmos da reflexão que acaba de ser fundamentada e relatada, que a missão básica da medicina é *tratar de enfermidades e doenças, diminuindo o sofrimento, por meio de ações preventivas, diagnósticas e prognósticas*. Quanto mais fiel a essa missão mais ela realizará o seu fulcro e a sua função social, humana e científica. Sempre que ela se afastar desse mister, estará comprometendo as bases mais sólidas da sua existência como conhecimento e como prática profissional, por desatender ao destino maior e à única justificativa da sua existência: o ser humano.

3. Quando e como, historicamente, a medicina abandonou sua missão básica, alterando o curso natural de sua evolução histórica?

No momento em que, sob a influência do Iluminismo, optou pelo enfoque absolutamente racional cartesiano, a medicina operou o que se denominou, neste estudo, de “desvio do seu curso natural”. Isso deve ser entendido dentro de uma ótica tão abrangente quanto a abertura do ângulo histórico abordado. Ou seja: a medicina parte de um berço hipocrático calcado numa visão holística do ser humano e, conseqüentemente, suas práticas refletem, de início e durante muito tempo, uma abordagem terapêutica global do paciente, sendo a interferência médica orientada para o maior número possível de aspectos do paciente, coerentemente visto enquanto pessoa integral e indivisível, dotado de funcionamento uno e complexo, impossível de sofrer separações sem que isso significasse uma forma de “agressão” invasiva, muito mais do que ajuda curativa.

A ruptura mencionada ocorre sob uma novidade que inclui a medicina, sob a égide do paradigma iluminista-racionalista ou, como bem se pode chamar,

cartesiano, o qual promove na ciência em geral e na medicina em particular um giro de 180°. A visão totalizante, holística, integrativa do ser humano cede espaço para o seu oposto: a proposta de abordar o homem a partir de uma série infinita de fragmentações analítico-independentes, sob a pretensa justificativa de que isso significava o máximo de “ciência” possível. Tal quadro atingiu (não sem críticas contundentes, porém com farta predominância nos campos oficiais da ciência) os nossos dias, sem que a ciência oficial percebesse com suficiente clareza que não se tratava de *o máximo de ciência*, mas de *o máximo de cientificismo*. Interfere favoravelmente ao crescimento e à consolidação dessa visão cientificista, o pleno encanto da sociedade consumista-materialista pelo positivismo, que hoje, apesar de considerado esgotado pelos epistemólogos mais sérios do mundo, ainda predomina, num inexplicável poder de ascendência sobre tudo que pretenda ser chamado de “ciência”. O pináculo dessa ótica reducionista é a dicotomia mente-corpo, que ainda se faz sentir fortemente na prática e na educação médica contemporâneas, apesar de já não mais suportar as baterias de críticas que passou a sofrer.

Aí, então, somos chamados a ver, no presente, a mobilização de uma contracorrente que começa a insinuar-se, e com todo o vigor, desmontando, à luz de dados científicos irrecusáveis, o paradigma, digamos assim, da enésima versão do neopositivismo persistente. Foi o mesmo rigor científico que o cartesianismo-positivismo instalou que, aplicado extensa e intensamente aos dados e achados relativos à saúde e à doença humana, mostraram a insuficiência do modelo “fragmentador” até então vigente. E o que se vive, contemporaneamente, é a exata expansão de um novo paradigma, que, inclusive, vai sendo reconhecido e aceito muito além das fronteiras médicas da questão científica.

4. Como se situa historicamente o conceito da relação médico-paciente, qual a sua relação com o conceito de medicina e qual a sua real importância na prática profissional da medicina?

Já é impossível negar: a relação médico-paciente é o contexto no qual se realiza a missão médica. A resposta dada sumariamente à questão 3 se imbrica no âmago temático desta questão 4, precisamente porque a relação médico-paciente pressupõe conhecimento, confiança, abrangência, profundidade e amplitude de visão, por parte do médico, em relação ao seu paciente. Isso existia naturalmente na perspectiva hipocrática original e foi progressivamente sendo perdida, em relação direta de proporcionalidade com o espírito “especializante” que crescia em prestígio também nos meios médicos. Ora, o espírito fragmentador que orientava o paradigma anterior favorecia muito a ultra-especialização da medicina, mas igualmente (fenômeno nem sempre percebido claramente) afastava, distanciava o médico da pessoa do paciente, na medida em que a análise dicotômica, que passou a separar *mente* de *corpo*, tirava o médico do contato mais direto e freqüente com o ser humano e apontava muito mais para os exercícios laboratoriais de cruzamento de dados “frios”, numéricos e, em enorme número de vezes, incapazes de dar conta de um diagnóstico eficiente e eficaz, muito menos de um prognóstico satisfatório. O clínico, em especial (mas todo médico, certamente), “aprende” a entender o significado de sinais e sintomas no acompanhamento global do comportamento da pessoa doente que, sempre e no mínimo, demonstra forte interdependência entre processos mentais e físicos e vice-versa.

5. Como se situa historicamente o estabelecimento das bases para os currículos dos cursos de medicina no mundo e quais as conseqüências produzidas?

Inicia-se na Idade Média, tendendo a embotar os aspectos mais subjetivos e afetivos, sempre complexos e presentes nas expressões humanas, sejam elas saudáveis ou patológicas. Desde a sua origem, essas sistematizações padeceram da presunção de que sistematizar qualidade significava, necessariamente, privilegiar quantidade de conhecimento. A enorme evolução científica forçou o “encaixotamento” dos temas e dos conceitos, a tal ponto que se atingiu o limite superior da possibilidade humana. Não pode, hoje, currículo algum de medicina, dar conta satisfatoriamente da completude e da complexidade do conhecimento médico, cujas inter-relações complicam infinitamente esse quadro. Resultado: crise na formação médica; crise na prática profissional do médico; crise na vida acadêmica do estudante de medicina; crise na ciência médica, portanto, como um todo.

6. *Quais são as mudanças, em curso ou em tentativas de implantação, atualmente, no Brasil e em outros países, que podem ser percebidas tanto na formação médica quanto na prática profissional da medicina?*

O currículo alternativo descrito basicamente no quadro de Bloom (vê-lo na página 165 retro), que adota termos distintos, em várias tentativas formais de redirecionamento do ensino médico, conforme visto no Capítulo 6 deste trabalho.

7. *Há outra(s) mudança(s) e, se houver, qual (ais) é (são) ela(s), em nível de gestão das IES (instituições de ensino superior) e de análise de currículos e programas, que possam ser propostas e implementadas para a melhoria na formação médica bem como na prática médica?*

Sinteticamente, reportamo-nos a LUDMERER, resumindo o teor do trecho de uma obra sua (citado na página 167 deste trabalho):

a) bons salários, não apenas para bons pesquisadores, mas também para bons professores;

b) ênfase processual e não substantiva, para formar médicos pensadores e não memorizadores.

8. Qual a contribuição que uma disciplina médica de características holísticas como a Psiquiatria pode dar ao processo de solução para crise médica?

As grandes contribuições da Psiquiatria, como disciplina e especialidade médica, estão na área da relação médico-paciente e no processo de superação da dicotomia mente-corpo. Em grande parte, a substância em foco, espera-se, já foi suficientemente desenvolvida nos respectivos capítulo e item pertinentes, assim como sumariamente expressa na resposta à questão 3, retro. Indubitavelmente, sendo esta a área da medicina dedicada expressamente ao estudo e ao tratamento dos distúrbios ou disfunções do comportamento humano, como produto da “mente processante”, ao mesmo tempo em que padeceu a pecha de matéria “fria” nos currículos médicos ortodoxos, assume hoje uma vanguarda, de fato e de direito, posicionada como especialidade que muito a dizer, falando “de cátedra” sobre a integração mente-corpo, embasando suas conclusões em fatos e dados pertinentes ao seu objeto — a mente do ser humano — tão complexa, integral e integrada quanto ele. Veja-se, a título de lembrança e exemplo, o florescimento de atividades médicas envolvendo, interdisciplinarmente, a Psiquiatria, e até o nascimento de uma subespecialidade, a Psiquiatria do Doente Clínico, recentemente admitida em termos oficiais pela ciência médica.

9. Qual é ou será o perfil socioprofissiográfico do profissional médico do futuro?

Deverá ser um profissional aberto à evolução dos conhecimentos e, na melhor tradição hipocrática, *centrado no paciente*, acima de tudo. Por ironia dos

processos humanos gerais, a mais hodierna modernidade consiste, no que respeita à formação do médico, numa “volta às origens”, uma homenagem histórica ao Pai Hipócrates e aos Mestres da primeira hora, cujo paradigma intelectual-científico retorna com força igual ou maior em relação a outras “novidades” deste *finale-du-siècle*.

7.2 Ainda um olhar à frente

Assim como foi necessário apontar-se um ponto de chegada para esta reflexão, afinal, do ponto de vista dos limites metodológicos traçados no plano geral do trabalho, também se mostra interessante (e até inevitável) manter, um pouco mais, o olhar direcionado para frente, em busca de certas linhas na direção das quais aponta o pensamento, a partir do que se acaba de concluir. Pode-se bem chamar o produto dessa busca de “perspectivas”.

Não resta dúvida de que a explosão do conhecimento humano em geral — e médico, em particular —, cujo início deu-se com a Renascença, prosseguiu, assumindo várias formas e ideologias. O corpo conceitual resultante, ramos e sub-ramos, especialidades e subespecialidades, que a ciência médica contemporânea construiu e assume, é de tal ordem e tamanha complexidade, que não se admite mais, em sã consciência, que alguém possa dominar o todo desse saber científico-profissional. Se, por um lado, é certo que a ideologia do positivismo filosófico está na raiz dessa explosão científica, metódica e rigorosamente construída, também é verdade, por outro lado, que o viés positivista, precisamente pela complexa realidade intelectual que produziu, não pode mais fornecer parâmetros para compreensão das relações refinadíssimas que foram e continuam sendo

estabelecidas ou descobertas. Tais relações envolvem os conceitos, em si mesmos, mas igualmente se desenvolvem entre esses conceitos e a realidade prática do exercício da medicina profissional.

Ainda há, nessa linha de percepção, que considerar também a velocidade com que as teorias nascem, crescem e morrem atualmente. Fruto daquela explosão do conhecimento, a maquinaria pensante, hoje, tem o poder de criar, com impressionante prontidão, universos teóricos respeitáveis, os quais, com igual rapidez, são testados e vencidos ante novíssimas evidências que os põem por terra. Não é exagero dizer (como já se fez no corpo deste trabalho) que, atualmente, muito daquilo que um estudante de medicina aprende nos primeiros anos do seu curso não lhe valerá de nada no momento de sua graduação, tamanha é a diferença que fazem cinco ou seis anos, hoje, numa ciência como a medicina.

Tem-se, portanto, uma dupla conclusão em vista:

- a) o conhecimento médico é tão grande e tão variado, tão subespecializado, que não pode ser abrangido no seu todo, devido à magnitude de sua complexidade; ou seja: *o “tamanho” do conhecimento elimina a possibilidade de se saber tudo;*
- b) o conhecimento médico é de tal ordem e de tal porte que contém, hoje, mecanismos sofisticados de auto-revisão, gerando e descartando “ciência” com velocidade impressionante; ou seja: *a superação rotineira do conhecimento elimina a possibilidade de se saber tudo;*

Diante disto, falando de perspectivas, onde fica a velha dicotomia mente-corpo cartesiana? Sem dúvida, ao nascer, ela ajudou muito na construção do

conhecimento médico. Ajudou tanto, que chegou à exaustão: não se sustenta mais, mortalmente atingida pelo próprio “monstro” que criou. O médico de amanhã começa hoje a entender (porque a ciência lhe ensina) que a percepção isolada do corpo e da mente chegou a tal profundidade que atingiu a própria negação desse “isolamento”. Esse médico começa a saber, com suficiente rigor científico, que o “organismo” humano pressupõe os dois lados da antiga dicotomia, e seu “funcionamento” é resultado automático das interações e integrações entre “mente” e “corpo”, das quais a ciência médica apenas se aproxima no momento. O futuro imediato será de mergulho nessa nova maneira de compreender o ser humano — considerando a sua complexidade integrada e integral.

Assim e por isso, se algo há de permanecer, dentre tudo que compõe o universo inicial de um estudante primeiranista de medicina, certamente será a motivação fundamentante que o levou a escolher esse curso e, portanto, a missão dele decorrente: “cuidar” e “curar”, o que vai fazer toda a diferença daqui em diante.

E, para as escolas médicas, por seu lado, as perspectivas são de abraçar o dever de modificar-se no sentido de oferecer um conjunto de estruturas, processos e instrumentos acadêmicos adequados para a formação do futuro médico, de acordo com esse novo paradigma apontado. Isso envolve reestudo, inclusive, dos currículos dos cursos médicos e dos programas das respectivas disciplinas que são a face concreta dos cursos. Também se destaca, nas ações de gestão dessas instituições de ensino médico, a reorientação filosófica, que precede toda e qualquer modificação de “superfície” a ser implementada. Esta consciência é fundamental: a mudança já ocorrida é uma mudança de paradigma, portanto uma mudança filosófica em essência. Se não se aderir filosoficamente ao novo paradigma, corre-

se sério risco de não mudar, pura e simplesmente, apesar da “aparência” de mudança ou da “mudança de aparência”. O estudante de medicina, nessa nova ótica, deverá *viver a sua formação*, e não dolorosamente “*sobreviver*” a ela. Isso prescreve uma postura de parceria, de solidariedade entre a instituição de ensino e o aluno que a procura.

BIBLIOGRAFIA

1. ALEXANDER, Franz G. e SELESNICK, Sheldon T. **História da Psiquiatria**. São Paulo, IBRASA, 1980.
2. ARANTES, Paulo Henrique. **Uso de drogas entre estudantes de medicina**. Jornal da Associação Médica Brasileira. Jan/Fev/Mar 2000 P. 8
3. BRANCH, William T. *et alii*. Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students, **Annals of Internal Medicine**, v. 114, n. 6, 15.03.1991.
4. BRUNINI, Carlos Roberto Dias. **Aforismos de Hipócrates**. São Paulo. Typus. 1998.
5. BURNS, Edward M. **História da Civilização Ocidental**. 29^a Ed Vol 1. Rio de Janeiro, Editora Globo, 1986.
6. BUSNELLO, Ellis D'Arrigo *et alii*. **Desafio na Psiquiatria: um Ensino Mais Humanístico**. Revista Bras. de Ed. Med. Rio de Janeiro, v. 21 (2/3) p. 13-16, maio/dez. 1997.
7. BYRNE, Niall e ROZENTAL, Manuel. Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de orientación para la educación médica em América Latina. **Educ Med Salud**, 28(1): 53-93 1994.
8. CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação – a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix s/d.
9. CARDENAL, L. **Diccionario terminológico de ciencias médicas**. 6. Ed. Barcelona: Salvat Editores, 1958.
10. CASSEL, Eric. J. **The nature of suffering and the goal of medicine**. New York, Oxford University Press, 1991.

11. CHAVES, Mário M. Educação das profissões de saúde: perspectivas para o século XXI. **R. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, 20(1), jan./abr. 1996
12. COLES, Colin. **Introduction. Medicine and stress.** Oxford, v. 24, p. 3-4, 1994.
13. COMTE, Auguste. Curso de filosofia positiva. In: **Os Pensadores.** São Paulo. Abril Cultural, 1978.
14. COUSINS, Norman. **Cura-te pela cabeça – A biologia da esperança.** São Paulo, Saraiva. 1992.
15. _____, Intangibles in Medicine: na attempt at a balancing perspective. **JAMA**, V. 260, n. 11, Sept 16, 1988.
16. DAMÁSIO, Antônio R. **O erro de Descartes – emoção, razão e o cérebro humano.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
17. _____, “Emoções são base para complexidade mental”. São Paulo, 06.08.2000, “O Estado de São Paulo”, p. D12, entrevista concedida a Daniel Piza.
18. DSM-IV – **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4^a Edição.** Porto Alegre. Artes Médicas. 1995.
19. EDITORIAL. The task of Medicine. **Medical education.** Oxford, v. 24, p. 317-318. 1990
20. EDITORIAL. Medical students’ well-being. **Medical Education.** Oxford, v. 28, p. 1. 1994.
21. ENARSON, Cam; BURG, Frederic D. Na overview of reform initiatives in medical education – 1906 trough 1992. **JAMA**, v. 268 n 9, p 1141-1143.
22. ENGEL, George L. **How much longer must medicine’s science be bound by a seventeenth century word view?** Em WHITE, Kerr L. *The task of medicine*

– *dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998.

23. FIELD, J. **Medical education in the United States**. Em C. D. O'Malley, ed. *The History of Medical Education*, p. 501-530. Los Angeles, University of California Press, 1970.
24. FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo, Perspectiva, 1978.
25. FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 6^a ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1983.
26. FRIEDMAN, Charles P. *et al.* Charting the winds of change: evaluating innovative medical curricula. **Academic Medicine**, 65:8-14, January 1990.
27. GUTHRIE, Douglas J. *Medicine, History of*. In: **Encyclopaedia Britannica**. 15. Ed. Vol. 11. Chicago, Encyclopaedia Britannica, Inc. 1976. P. 823-832.
28. _____, *Medicine, History of*. In: **Encyclopaedia Britannica**. Chicago, Encyclopaedia Britannica, Inc. CD-ROM, 1994
29. HAHN, Michelle Selma *et alli*. **A Saúde Mental do Estudante Universitário: sua história ao longo do século XX**. R. Bras. Educ. Méd. v. 23, n. 2/3, maio/dezembro 1999.
30. HUXLEY, Aldous. **Admirável mundo novo**. 25^a ed. São Paulo. Globo. 1999.
31. ILICH, Ivan. *Medicina desumanizada – A obsessão da saúde perfeita*. Le Monde Diplomatique – edição braileira. Ano 1, no. Zero, <http://www.diplo.com.br/9912/obsessão.htm> [18.03.00].
32. JOB, José Roberto Pretel Pereira, e JOB NETO, Francisco. **O clínico como cura d'almas: o despreparo para um papel socialmente outorgado**,

implícito na relação terapêutica médico/paciente. R. Bras. Educ. Méd. Rio de Janeiro, v. 18, no. 2, p. 70-74, mai./ago. 1994.

33. KLAMEN, Debra L.; SANDLOW, Leslie. Restructuring the role of Psychiatry in Medical Education. **Academic Medicine**, v. 71, n. 10, p. 1030-1, October 1996.
34. KLEINMAN, Arthur. **The Illness Narratives – suffering, healing & the human condition.** BasicBooks. 1988.
35. KUHN, Thomas S. **A estrutura das revoluções científicas.** 2 ed. São Paulo. Perspectiva. 1978.
36. LOWN, Bernard. **The lost art of healing.** New York. Ballantine. 1999.
37. LUDMERER, Keneth M. **Learning to Heal – The development of American Medical Education.** Baltimore. The John Hopkins University Press. 1985.
38. LYONS, Albert; PETRUCELLI, R. Joseph. **Medicine: An Illustrated History.** New York, Harry N. Abrams, Inc. Publishers, 1987.
39. MACHADO, Maria Helena (Coord.) **Os Médicos no Brasil – um retrato da realidade.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
40. MARION, Robert. **Learning to play god. The coming of age of a young doctor.** New York. Fawcet Crest. 1993.
41. MEIRELLES GOMES, Júlio César. A Bioética e a Relação Médico-Paciente. **MEDICINA – Conselho Federal de Medicina.** p.8-9 Setembro 1999.
42. MELEIRO, Alexandrina. **Médicos rebeldes.** Rio de Janeiro, 17/11/99. Isto É, nº 1572, p. 7-11. Entrevista concedida a Eduardo Marini.
43. MORA, George. *Historical and theoretical trends in psychiatry.* In: KAPLAN, Harold I., FREEDMAN, Alfred, M., SADOCK, Benjamin J. (eds.)

Comprehensive Textbook of Psychiatry. 3. Ed. Vol. 1, Cap. 1. Baltimore: Williams and Wilkins. 1980. P. 4-98.

44. MULLER, Steven (presidente). Physicians for the twenty-first century: Report of the project panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine. **Journal of Medical Education** (atualmente **Academic Medicine**) Nov. 59(11) 2^a parte. 1984.
45. ODEGAARD, Charles E. **Dear Doctor – A personal letter to a Physician.** Menlo Park, CA. Henry J. Kaiser Family Foundation. 1986.
46. OKASHA, Ahmed. The Future of Medical Education and Teaching: A Psychiatric Perspective. **American Journal of Psychiatry**, v. 154, n. 6, (suppl) June 1997, p. 77-85
47. POLES, Cristina e BOCCIA, Sandra. **Vício de Branco.** Veja, Rio de Janeiro, 23 fev. 2000, p. 77-80.
48. REDLICH, Fredrick C.; LEVITIN, H. *Trends in medical education.* In: ARIETI, Silvano (ed) . **American Handbook of Psychiatry** 2. Ed. Vol. VI, Cap. 38. New York: Basic Books Inc.. 1975. P. 877-892.
49. REZLER, Agnes G. Attitude changes during Medical school: a review of the literature. **J. Med. Educ.** 49:1023-1030, Nov. 1974.
50. ROBERTS, J. M. **History of the world.** New York, Oxford University Press, 1993.
51. ROMM, Sharon. A sketch of man's efforts to mend his troubled mind. **Psychiatric Clinics of North America.** Vol. 17, nº 3, p. 453. 1994
52. ROSE, K. Daniel, ROSOW, Irving. Physicians Who Kill Themselves. **Archives of General Psychiatry.** 29: 800-805, Dec. 1973.

53. ROSS, Robert H.; FINEBERG, Harvey V. **Innovators in Physician Education – the process and pattern of reform in North American Medical Schools.** New York, Springer Publishing Company, 1996.
54. SHAKESPEARE, William. **A tempestade.** Em “*Obra Completa de William Shakespeare*”. Rio de Janeiro. Nova Aguilar. V. II. 1995.
55. SHEEHAN, K. Harnett *et al.* A pilot study of medical student ‘abuse’ - student perception of mistreatment and misconduct in medical school. **JAMA.** 263 (4) p. 533-7, Jan 26, 1990.
56. SIGOLI, Elizabeth. Médico e paciente devem voltar a ser parceiros. **JAMB,** p. 6, Maio de 1998.
57. SILVER, Henry K. Medical students and medical school. **JAMA** 247 (3) p. 309-10, Jan 1982.
58. _____, e GLICKEN, Anita Duhl. Medical student abuse: incidence, severity and significance. **JAMA.** 263 (4) p. 527-532, Jan 26, 1990.
59. SPILKER, Bert. **Guide to Clinical Trials.** New York. Raven Press. 1991.
60. STEPHENS, G. Gayle. **Reflections of a Post-Flexnerian Physician.** Em WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg.** Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998.
61. STOUDEMIRE, Alan. **HUMAN BEHAVIOR – na introduction for medical students.** 3ª Ed. Philadelphia, Lippincot-Raven, 1998.
62. TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo. Atlas. 1987.

63. WALLACE, Andrew G. Educating tomorrow's doctors: the thing that really matters is that we care. **Academic Medicine**. V. 72 (4) p. 253-258, April 1997.
64. WEBSTER'S **Third New International Dictionary**. Chicago. Encyclopaedia Britannica, Inc. 1993.
65. WEINER, Herbert and HART, Sidney: "Promising interactions between psychiatry and medicine" em : ARIETI, Silvano (ed) . **American Handbook of Psychiatry** 2. Ed. Vol. VI, Cap. 37. New York: Basic Books Inc.. 1975. P.840-874.
66. WHITE, Kerr L. **The task of medicine – dialogue at Wickenburg**. Menlo Park, California. The Henry J. Kaiser Family Foundation, 1998.
67. WOLF, T. M. Stress, coping and health: enhancing well-being during medical school. **Medical Education** 28, p. 8-17, 1994.
68. YATES, William R., "Role of Psychiatry in the Academic Health Sciences Center", - Letters to the Editor-, **Academic Medicine**, v. 69, n 12. p. 977, december 1994.

ANEXO 1: EDUCAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA EM PSIQUIATRIA (Colégio de Médicos e Cirurgiões – Universidade de Colúmbia¹⁸⁴)

O departamento de psiquiatria participa na educação dos estudantes de medicina nos quatro anos do currículo, desenvolvendo cursos pré-clínicos nos primeiros dois anos e no estágio em psiquiatria do terceiro ano, assim como oferecendo um número de eletivos em clínica e pesquisa para estudantes do quarto ano. O Dr. Eric Marcus é o diretor da divisão e o Dr. Janis Cutler é vice-diretor.

A **Medicina Psiquiátrica I** é um curso de 25 horas ministrado no segundo semestre do primeiro ano. Consiste em aulas expositivas seguidas de pequenos grupos (cerca de 13 estudantes em cada grupo), com os alunos passando um terço do tempo em palestras e dois terços em grupos. As aulas expositivas e os grupos giram em torno dos conceitos de depressão e psicose e as síndromes que afetam o humor e o pensamento, incluindo esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, demência e *delirium*. Os aspectos clínicos destes transtornos são ilustrados com vídeos e estudos de casos apresentados durante as aulas. Conteúdos neurobiológicos relevantes são discutidos com ênfase em sua aplicação na fenomenologia, etiologia, e evolução da doença.

Os líderes dos grupos são membros da equipe de professores e residentes avançados. Pacientes psiquiátricos são entrevistados e as definições e conceitos do exame do estado mental são discutidos. Os alunos elaboram dois relatórios escritos de exames do estado mental. Suas avaliações se baseiam no seu trabalho em grupo assim como seus desempenhos num exame escrito.

184 [Http://cpmcnet.columbia.edu/dept/pi/med-stud.html](http://cpmcnet.columbia.edu/dept/pi/med-stud.html) (07.07.2000).

A **Medicina Psiquiátrica II** é uma continuação da Medicina Psiquiátrica I em termos de sua forma e objetivos. Começa no primeiro semestre do segundo ano indo até o início do segundo semestre. O curso se estende por cinquenta e duas horas e novamente consiste numa relação de 1:2 entre aulas expositivas e pequenos grupos para discussão e entrevistas de pacientes. Os principais transtornos psiquiátricos discutidos incluem transtornos alimentares, transtornos da personalidade, transtornos da ansiedade, transtornos sexuais, e transtornos somatoformes. O desenvolvimento normal de crianças e adolescentes é apresentado e suplementado por entrevistas com crianças sob a supervisão de professores e especialistas em psiquiatria infantil. São introduzidos fundamentos de tratamento psiquiátrico. Espera-se, ao final do curso, que os alunos sejam capazes de ter uma compreensão básica de como descrever o estado mental do paciente e começar a gerar um diagnóstico diferencial baseado no estado mental e na história.

A última parte da Medicina Psiquiátrica II foi amplamente coordenada com o Exame Físico, ministrado pelo departamento de medicina interna. Cada aluno passa por quatro sessões em um grupo de apenas quatro estudantes com um preceptor em psiquiatria designado em um dos seguintes hospitais: Presbiteriano, Allen, St. Luke's, Roosevelt, Harlem. Pacientes médicos são entrevistados pelos estudantes que são construtivamente criticados em sua capacidade de desenvolver "rapport" e elaborar uma história. É enfatizada a importância dos dados psicossociais para a obtenção de uma história completa e significativa de pacientes clínicos.

Estudantes do **terceiro ano** passam seu **estágio em Psiquiatria**, de cinco semanas distribuídos entre os seguintes hospitais: Presbiteriano/Instituto de Psiquiatria, Credmoor/ Presbiteriano, Harlem ou Roosevelt. Além de suas

atribuições clínicas, os estudantes também participam em seminários durante seis horas semanais que enfocam tópicos fundamentais, incluindo entrevista psiquiátrica, psicodinâmica, transtornos de personalidade e transtornos psiquiátricos infantis, e tratamento. Alguns dos locais propiciam também outras exposições didáticas. O trabalho clínico está localizado principalmente em serviços hospitalares mas também inclui pelo menos duas horas semanais em trabalho ambulatorial. Todos os estudantes participam de rodízio no serviço de emergência psiquiátrica. A maior parte tem algum tipo de exposição clínica em psiquiatria infantil e alguns têm contato com a psiquiatria de consultoria e ligação.

Os estágios do terceiro ano têm os seguintes objetivos:

1. Ser capaz de conduzir uma entrevista para obtenção de uma história psiquiátrica e o exame do estado mental.
2. Organizar e apresentar uma história e um exame do estado mental psiquiátricos, interpretando os achados e estabelecendo um diagnóstico diferencial.
3. Familiarizar-se com as indicações e enfoque geral dos tratamentos psiquiátricos, incluindo medicações e psicoterapia.
4. Ser capaz de realizar uma avaliação inicial de emergências psiquiátricas incluindo risco de suicídio.
5. Familiarizar-se com os mais comuns transtornos psiquiátricos infantis e seus tratamentos.

6. Aperfeiçoar habilidades de entrevista e de estabelecimento e manutenção de uma terapêutica relação médico-paciente, com uma compreensão dos fatores que afetam esta relação.

Os estudantes fazem seguimento de determinados pacientes, participando dos cuidados diários, inclusive das anotações escritas de evolução, sob estrita supervisão do médico atendente e do residente. A avaliação da competência clínica do estudante se baseia em observação, pessoalmente e/ou através de vídeos, de entrevistas de pacientes, apresentação de casos, e pelo menos duas elaborações de casos escritos. As entrevistas, apresentações e trabalhos escritos são avaliados pelos médicos atendentes considerando dados como: dados completos, organização, compreensão dos assuntos clínicos, assim como habilidades interpessoais.

O departamento oferece uma ampla linha de trabalhos eletivos no quarto ano, incluindo subestágios em unidades de internação e experiências em pesquisa clínica e laboratorial.

ANEXO 2: RESUMO DO RELATÓRIO “GPEP” (Educação geral do profissional médico)¹⁸⁵

Primeira conclusão: Objetivos de uma Educação Profissional Geral (EPG)¹⁸⁶

1. *Mudando Ênfase:* na GPE, os professores deverão enfatizar a aquisição e desenvolvimento de habilidades, valores e atitudes pelos alunos, pelo menos na mesma medida que em que é a aquisição de conhecimentos. Para isto, os professores deverão limitar a quantidade de informação fatural que se espera dos alunos, venham a memorizar.

2. *Descrevendo a Preparação para a Residência* o nível de habilidades e conhecimentos que os estudantes devem atingir para ter acesso à educação médica de graduação deve ser descrita de forma mais clara. Isto exigirá uma ligação mais próxima entre os responsáveis pela EPG e os responsáveis pela educação médica de graduação.

3. *Adaptando-se às Mudanças na Saúde e na Atenção à Saúde:* o corpo docente dos cursos de medicina devem adaptar a EPG dos alunos às mudanças demográficas e às modificações ocorridas no sistema de atenção à saúde. A prática do futuro será definida mais por estas alterações e modificações do que pelo sistema tradicional de atenção médica das últimas três décadas.

4. *Dando Ênfase à Promoção da Saúde e Prevenção da Doença:* a EPG médica deverá incluir uma ênfase na responsabilidade do médico em trabalhar com

185 ROSS, Robert H.; FINEBERG, Harvey V. **Innovators in Physician Education – the process and pattern of reform in North American Medical Schools**. New York, Springer Publishing Company, 1996, p. 289-296.

pacientes individuais e comunidades para promover a saúde e prevenir a doença. O objetivo é balancear, na EPG, os cuidados com a doença aguda através de uma ênfase de peso equivalente na promoção da saúde e prevenção de doença em grupos por meio do ensino de conceitos de prevenção por todas as fases da educação médica.

Segunda conclusão: Educação de Bacharelado

1. *Preparo Mais Amplo:* o corpo docente dos “college” e das universidades deveriam exigir de cada estudante, independente dos seus interesses maiores e objetivos na carreira, que alcancem uma educação básica que inclua estudos amplos em ciências naturais e em humanidades.

2. *Mudando as Exigências de Admissão:* ao estabelecer critérios de admissão à escola médica, o corpo docente deverá exigir apenas conteúdos essenciais. Sempre que possível, estes deverão fazer parte dos conteúdos nucleares que todo estudante do “college” têm que adquirir. O costume das comissões de admissão à escola médica de exigir conteúdos adicionais além dos necessários para a admissão deve cessar. Algumas instituições podem querer experimentar não recomendar qualquer exigência de conteúdos específicos.

3. *Exigindo Empenho em Erudição:* o corpo docente do bacharelato deverá ver como elemento integral deste, a busca de um empenho em erudição e o desenvolvimento de efetivas habilidades de escrita.

4. *Tomando Decisões na Seleção:* as comissões de admissão das escolas médicas devem tomar decisões finais de seleção usando critérios que valorizam as

habilidades do estudante para o estudo independente, para a aquisição de habilidades analítico-críticas, para desenvolver os valores e atitudes essenciais para membros de uma profissão caritativa, e para contribuir com a sociedade da qual são parte.(...)

5. *Desenvolvendo Comunicação*: a comunicação entre a escola médica e os professores dos “college” sobre os critérios usados para a seleção de estudantes na admissão deveria ser melhorada. As escolas médicas freqüentemente deixam de informar sobre as qualidades que desejam nos candidatos. Os consultores dos “colleges” muitas vezes não entendem nem confiam nos critérios de seleção enunciados. Comissões de admissão freqüentemente dizem que são favoráveis a uma ampla preparação mas na realidade favorecem apenas candidatos com notas altas em conteúdos científicos.

Terceira conclusão: Adquirindo Habilidades de Estudo

1. *Avaliando a Habilidade de Estudo Independente*: o corpo docente deveria adotar métodos de avaliação para identificar: (a) aqueles alunos que têm habilidades para estudar de forma independente e prover oportunidades para um desenvolvimento ainda maior desta habilidade; e (b) aqueles alunos que carecem da energia intrínseca e da autoconfiança para progredir num ambiente que enfatiza o estudo independente, e desafiá-los a desenvolver esta habilidade.

2. *Reduzindo o Tempo Programado*: o corpo docente deverá encorajar o estudante ao estudo independente, estabelecendo objetivos educacionais

alcançáveis e proporcionando ao aluno suficiente tempo não-programado para a perseguição destes objetivos.

3. *Reduzindo Horas de Aulas Expositivas*: o corpo docente deverá examinar de forma crítica o número de horas de aulas expositivas previstas atualmente e estudar cortes importantes nesta forma passiva de aprendizado. Em muitas escolas, estas aulas poderão ser reduzidas em um terço ou pela metade. O tempo que se torna livre com estas reduções não deverá, necessariamente, ser substituído por outras atividades programadas.

4. *Promovendo Estudo Independente e Solução de Problemas*: o corpo docente médico deverá promover experiências educacionais que exigem do aluno antes ser ativo, estudar de forma independente, solucionador de problemas do que receptor passivo de informação. Algumas escolas médicas têm desenvolvido métodos de ensino voltado à solução de problemas, que enfatizam a busca de informação, a formulação de hipóteses, a avaliação crítica de dados, a integração-aplicação de novos conhecimentos e a solução de problemas.

5. *Usando Métodos Adequados de Avaliação*: nas escolas médicas cujos programas enfatizam o desenvolvimento do estudo independente e as habilidades de solução de problemas, a avaliação da competência acadêmica dos estudantes deverá se basear na maior parte, no julgamento subjetivo dos professores sobre as habilidades analíticas dos alunos, do que na habilidade de evocar informação memorizada.

6. *Incorporando Ciências da Informação*: as escolas médicas deverão designar uma unidade acadêmica para liderança institucional na aplicação das

ciências da informação e tecnologia computacional na EPG do médico e promoção do seu uso efetivo.

Quarta Conclusão: Educação Clínica

1. *Definindo os Propósitos da Educação Clínica:* o corpo docente médico deverá especificar o conhecimento clínico, as habilidades, os valores e as atitudes que os estudantes deverão adquirir e desenvolver durante seu EPG.

2. *Descrevendo o Cenário Clínico:* o corpo docente médico deverá descrever o cenário clínico apropriado para os estágios clínicos exigidos e, conjuntamente com decanos, chefes de departamento e executivos de hospitais-escola, planejar estratégias organizacionais e alocação de recursos para a sua provisão.

3. *Supervisionando o Estágio Clínico:* os responsáveis pela educação clínica de estudantes de medicina devem ter a adequada preparação e o necessário tempo para guiar e supervisionar os alunos de medicina durante seus estágios clínicos.

4. *Avaliando a Competência Clínica:* o corpo docente médico deverá desenvolver procedimentos e adotar critérios explícitos para a avaliação sistemática da competência clínica dos estudantes. Estas avaliações proverão um protocolo cumulativo das conquistas dos estudantes à medida que progridem pelos seus estágios. Os membros do corpo docente deverão compartilhar estas avaliações com os estudantes: deverão reforçar os pontos fortes de suas competências, identificar quaisquer deficiências e planejar estratégias conjuntas para melhorias necessárias.

5. *Planejando Programas Eletivos*: o corpo docente médico deverá estimular seus alunos a concentrar seus programas eletivos no avanço de sua EPG, ao invés da perseguição de uma vaga em residência.

6. *Integrando Programas Educacionais*: quando for adequado, durante toda a EPG dos médicos, a educação das ciências básicas e clínicas deverá ser integrada, para estimular o aprendizado de conceitos e princípios científicos chaves e para promover suas aplicações na solução de problemas clínicos.

Quinta Conclusão: Estimulando o Envolvimento do Corpo Docente

1. *Definindo a Responsabilidade Educacional*: os decanos das escolas médicas deverão identificar e definir uma interdisciplinaridade e interdepartamentalidade organizacional em conjunto com os membros do corpo docente, para formular um programa educacional coerente e compreensivo para os estudantes e selecionar os métodos de instrução e de avaliação a serem utilizados. Valendo-se dos recursos do corpo docente de todos os departamentos, este grupo deverá Ter a responsabilidade e a autoridade de planejar, implementar e supervisionar um programa integrado de EPG. O plano educacional deverá ser sujeito a supervisão e aprovação pelo corpo docente em geral. Comissões curriculares raramente são capazes de atingir tal consenso. O atingimento dos objetivos recomendados por este Relatório exigirá a existência de uma estrutura organizacional que tem responsabilidade acadêmica e orçamentária por todo o programa médico do estudante.

2. *Provendo Orçamento e Recursos*: o programa educacional dos estudantes médicos deverá ter um orçamento definido, a fim de prover os recursos

necessários para sua condução. Gastos deste orçamento deverão ser tão especificamente relacionados com os programas educacionais como o são outros fundos restritos a propósitos específicos como os de pesquisa ou os de treinamento em pesquisa.

3. *Estabelecendo um Relacionamento de Mentor.* Membros do corpo docente deverão ter tempo e oportunidade para estabelecer, individualmente, uma relação de mentor com estudantes. A prática de ter um grande número de membros do corpo docente, cada um dos quais passando um período de tempo relativamente curto com estudantes, deverá ser criticamente examinada e provavelmente abandonada. A EPG requer não uma exposição estreita a interesses especializados, mas uma ampla, geral listagem de conhecimento, habilidades, valores e atitudes; não uma passada de olhos numa área estreita da medicina, mas amplitude e coerência.

4. *Expandindo as Competências Docentes:* as escolas médicas deverão estabelecer programas para ajudar membros do corpo docente a expandir suas competências didáticas para além dos seus campos de especialização, abarcando, tanto quanto possível, as generalizações de uma EPG do estudante. Os membros do corpo docente requererão ajuda no desenvolvimento de habilidades necessárias para se tornar guias e mentores efetivos e estimulantes. Programas de desenvolvimento docente são necessários para isto.

5. *Aconselhando e Apoiando o Estudante:* o corpo docente médico deverá prover apoio e orientação a fim de estimular o desenvolvimento pessoal de cada estudante. Alguns alunos podem achar estressante o desafio de um estudo mais independente e ter necessidade de apoio e orientação, ao tempo em que eles

vivenciam os encontros e pressões padrão próprios do convívio com o sofrimento e a morte que sói acontecer na escola médica.

6. *Provendo Liderança Institucional:* o compromisso de decanos e chefes de departamento com a educação tem uma grande influência no comportamento de membros do corpo docente frente a suas instituições e seus departamentos. Através de suas ações e atitudes, os decanos e chefes de departamento deverão elevar o status da EPG dos estudantes de tal forma a assegurar aos membros docentes que suas contribuições a esta empreitada receberá reconhecimento apropriado. A disposição do corpo docente em devotar tempo e energia a um programa EPG integrado dependerá do fato de ter ou não suas contribuições academicamente reconhecidas.

Outras Importantes Considerações

1. *Eqüidade do Acesso ao Centro Médico:* por uma década a proporção de minorias sub-representadas não mudou significativamente. É necessário um esforço maior. O custo dos cursos médicos duplicou ou triplicou nos últimos anos, criando dificuldades que podem se tornar barreiras reais para os economicamente desprivilegiados, assim como para famílias de classe média.

2. *Recursos Necessários para a EPG:* pesquisa e cuidados com pacientes elevam os rendimentos, mas exigem tempo e esforço dos membros do corpo docente. A preocupação docente com estas funções interfere com seu engajamento na EPG do estudante. Os administradores precisam determinar recursos necessários na EPG de suas instituições e encontrar fundos adequados. A dependência de custos não deveria levar a um envolvimento além das capacidades

de recursos. Quando as receitas são inadequadas às necessidades programáticas as escolas devem reduzir o número de estudantes ou aumentar a dependência de recursos gerados pelos docentes. Esta última diminui a qualidade de ensino. Resolver o problema de um suporte adequado para escolas particulares terá que envolver tanto fundações e outras agências do setor privado como governos estaduais e federal.

3. *Credenciamento de Escolas Médicas:* se [as instituições de credenciamento de escolas médicas] enfatizarem que o propósito da EPG é selecionar e educar o aluno para ser um estudioso ativo e independente e prepará-lo para uma educação médica de graduação especializada, a dominância da memorização poderá ser reduzida e mudanças programáticas de acordo com as conclusões e recomendações deste Relatório poderão ser atingidas.

4. *Licenciamento de Médicos:* o uso pelas escolas dos testes de múltipla escolha do NBME (Comitê Nacional de Exames Médicos) para avaliar as conquistas do estudante e verificar a qualidade de seus programas significa que os docentes abriram mão de sua autoridade avaliativa e que somente uma gama limitada das qualidades que os graduados devem ter é avaliada. (...)

5. *Educação Médica de Graduação:*

6. *Novas Disciplinas e Tópicos:*

187

7. *Avaliação do Programa Educacional e Pesquisa a Longo Prazo:* A efetividade do programa deverá ser medida não somente a curto prazo, como através de exames padronizados e colocação dos estudantes em residências, como

também numa avaliação a longo prazo, como, por exemplo, em quão bem se saem estes estudantes em suas carreiras depois. O seguimento a longo prazo dos graduados, à medida que prosseguem na sua educação médica especializada e em sua prática deverá ser programado na pesquisa educacional de cada instituição. O gerenciamento eletrônico de informações torna isto, hoje, possível.

8. *Educação Médica Continuada*: a educação continuada será ainda mais importante no futuro. Um programa de EPG bem-sucedido produzirá estudantes que necessitarão acesso rápido à educação continuada. Neste aspecto, sistemas de gerenciamento de informação serão de uso mais amplo do que cursos periódicos de curta duração no auxílio da busca pelo profissional de novos conhecimentos. Melhorias na EPG exigirão a ampliação de tais recursos e seu direcionamento para o desenvolvimento de programas e sistemas compatíveis com as necessidades de médicos educados para serem aprendizes independentes por toda a vida.

187 Deixa-se de traduzir o teor dos itens 5 e 6 nomeados, em razão de parecer ao Autor da Dissertação que são tópicos extremamente dirigidos para a realidade medicoeducacional norte-americana.