
DOENÇAS, DOENTES, MÉDICOS: ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS E CULTURAIS

Giovanni Baruffa¹

Resumo: O artigo faz uma análise do termo “Saúde”, mostrando que a definição da mesma nem sempre é objetiva. Também do termo “Doença”. Na realidade o que existe são pessoas sadias ou doentes, inseridas num contexto que pode ser mais ou menos patogênico. A História mostra como a Medicina nasceu como arte antes de ser ciência. E a sua função sempre foi o alívio do sofrimento e, possivelmente, a cura da patologia responsável pelo mesmo. Muitas das patologias na sociedade atual tem a sua origem em desequilíbrios do homem com o meio físico e social.

Na análise da figura do médico são enfatizadas duas qualidades: a probidade e a perícia profissional, imprescindíveis para que o mesmo possa exercer a profissão que resulte sempre no bem dos pacientes, independentemente do fato de curar. Para tanto o A. tece alguns comentários sobre as atuais falhas no ensino médico, no qual a ênfase major é dada à técnica e não à relação humana, e à observação. O A. propõe algumas idéias para a melhora do mesmo.

Palavras-chave: diseases, physicians, anthropology, culture.

Que é Saúde? De acordo com ENTRALGO podemos dizer da saúde o que Santo Agostinho diz do tempo; ”Se não me perguntarem o que é eu sei o que é; porém se me perguntarem o que é, eu não sei o que é”.

A OMS define a saúde como “uma condição de perfeito bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença”.

Para ENTRALGO a definição é em primeiro lugar a formulação de uma falsidade: uma pessoa que se encontre num

¹ Médico, Prof. Emérito da Universidade Católica de Pelotas e da Universidade Federal de Rio Grande -RS-.

ambiente muito frio, muito quente, fedorento, muito ruidoso, sentirá sem dúvida um mal estar físico. Podemos então considerá-la doente?

Em segundo lugar, sempre de acordo com o autor, é utópica: é praticamente impossível encontrar uma pessoa, ou uma sociedade na qual tenha sido completamente eliminado o mal estar físico, mental e social, mesmo que esta eliminação constitua sem dúvida uma finalidade a ser cumprida.

Então como podemos afirmar que uma pessoa goza de boa saúde?

Muito importante é o critério subjetivo “sentir-se bem”, “estar bem” e “estar satisfeito” com seu estilo de vida.

Poder excluir, mesmo com os exames mais sofisticados, alterações orgânicas e/ou funcionais (o critério anátomo-fisiológico) e poder afirmar a ausência de processos infecciosos, nem sempre é suficiente para dar as pessoas a sensação de “sentir-se bem”.

Nesta situação pode a pessoa considerar-se com saúde? A negatividade das pesquisas clínico - instrumentais autoriza esta declaração?

Por outro lado, pequenas alterações bio-humorais, pequeno aumento do colesterol, do ácido úrico, dos triglicerídeos ou discreta osteoporose numa pessoa de meia idade que tem vida normal e sem queixas justificam a conclusão que estamos frente a um doente?

A tendência moderna de “medicalizar” a existência humana do nascimento à morte pode revelar-se “mórbida” e criar situações de mal-estar físico e/ou mental ou até problemas de ordem psicossomática. Isto implica em terapias desnecessárias, que podem somente aumentar a convicção de estar doente. Sem considerar a possibilidade de iatrogenismos.

Baseado nestas considerações, prefiro a definição de saúde que dá IVAN ILLICH: “A saúde é a capacidade de adaptar-se a um ambiente que muda, a capacidade de crescer, de envelhecer, de curar em caso de necessidade, de sofrer e de esperar a morte em paz. A saúde leva em consideração o futuro e, portanto, pressupõe a angústia e ao mesmo tempo os recursos interiores para viver com a angústia e superá-la”.

E o que é a Doença?

Os velhos textos de patologia geral definiam a doença como uma desordem morfológica e funcional do organismo, considerado

“doente”. A doença é vista então como desequilíbrio, comunicação perturbada, conseqüência de uma situação de desarmonia.

A doença não é uma entidade a si mesma; trata-se de uma abstração. O que existe na realidade é o “doente”, com suas idiossincrasias de temperamento, caráter, personalidade, cultura, credo e fé religiosa, visão do mundo, etc. A doença é sempre individual: é a “sua” ou a “minha” doença, realidade vivida e sofrida subjetivamente, freqüentemente reflexa, em nível do indivíduo, dos males que afligem a sociedade.

Parece que nossa sociedade não aprendeu, ainda, a escutar os doentes. Como observa SMUSSI, “a medicina moderna ocidental considera de forma totalmente marginal a dimensão sócio-cultural da saúde: muito mais que se libertar da doença, ela consegue aliviar os sofrimentos do doente”.

Não tendo aprendido a escutar os doentes, a sociedade atual não entendeu que a saúde é, antes de tudo, “harmonia” do indivíduo, corpo e espírito, com o ambiente físico, social e cultural, e a doença é “desarmonia,” “desequilíbrio”, “comunicação perturbada” entre indivíduo/ambiente.

A conseqüência é que a libertação da doença, a saúde, é possível só com a restauração do equilíbrio perturbado, da sintonia da pessoa com ambiente no seu aspecto mais amplo.

O deus grego da medicina, ESCULAPIO, tinha duas filhas HYGEIA e PANACEIA. A primeira ensinava como prevenir as doenças cuidando do ambiente físico: ar, solo, águas, animais, alimentação, limpeza doméstica, em outras palavras, da Higiene. A outra ensinava como curar as doenças: a utilização dos recursos farmacológicos.

De acordo com o fundador da medicina científica HIPOCRATES a saúde era devida a mistura harmônica - CRASE- dos quatro humores: sangue, linfa, bÍlis amarela e bÍlis preta (ou atrabilis), paradigmas dos quatro elementos que compõem a vida do cosmos: terra, água, ar e fogo. A doença então representa a perda da crase – a DISCRASIA.

Da mistura destes humores derivam os quatro temperamentos: SANGÜÍNEO, LINFÁTICO, BILIOSO (ou colérico) e ATRABILIOSO (ou romântico, sonhador), representados numa tela famosa de A. Dürer por quatro Apóstolos: S. Pedro, S. Matheus, S. Paulo, S. João.

Nas sociedades de tradição, a Saúde é considerada um dom de Deus, dos deuses, dos espÍritos bons e a Doença um sinal a ser decifrado:

- agressão por espÍritos maus;

- ação de feiticeiros (sorceres, witchcraft, evil eye etc.);
- falta de respeito aos tabus tribais, cuja função é a identificação social e as tradições;

- -não obediência as obrigações impostas pela comunidade.

A infração pode ser debitada ao indivíduo, à família, ao parentesco.

Um exemplo disso o temos no Evangelho de João, 9, no episódio do cego de nascença:

“Quem pecou: ele, ou seus pais por ter nascido cego?”, perguntam a Cristo os discípulos.

Conforme nos relata o GÊNESE: Doença e Morte são consequência da culpa de Adão. Nem sempre esta culpa foi considerada totalmente maléfica: o Cristianismo e seus teólogos falam em “Felix Culpa” porque pode ferir a carne mas cura a alma. Didático a este respeito é PASCAL: “Senhor, Você me deu a saúde para que eu pudesse servir a Você e eu fiz dela um uso completamente profano. Você agora me envia a doença para corrigir-me; não permitais que eu a use para irritar-Vos pela minha falta de paciência. Usei mal minha saúde e Você justamente me puniu.”

A Doença foi vista também como SABEDORIA DO CORPO, porque sua linguagem nos informa que algo vai mal ao nosso modo de ser, de agir, de nos comportar. Então é preciso e é urgente corrigir nossas maneiras de viver e de agir, nossos exageros qualitativos e quantitativos na alimentação, na atividade física, no lazer.

A Doença é um fato social global: a sociedade é beneficiária da lição representada por ela. Paradigmático a esse respeito é o Mito de Édipo: a presença da função pedagógica, tanto a nível individual como social, da culpa pelo parricídio e incesto, mesmo que ele, Édipo, não tivesse tido conhecimento de tão graves infrações.

O indivíduo e o grupo com suas condutas são responsáveis pelo mal; cultura e sociedade são as vítimas. Para afastar o mal se torna necessário CONFESSAR, tornar pública a infração cometida. A Confissão adquire assim o valor e o significado de PRÁTICA CATÁRTICA, tanto a nível individual como social, permitindo a recuperação do equilíbrio quebrado pelo mal cometido.

E a nossa sociedade como vê hoje a Doença? Como desequilíbrio Homem/Meio, seja físico como social: clima, solo, água, alimentação, germes patogênicos, ar, habitações, trabalho, desequilíbrio relacional, etc. O nosso atual é sem dúvida um contexto ambiental e social patogênico.

Com o desenvolvimento da bacteriologia foi dada importância sobretudo aos fatores EXÓGENOS de patologia: bactérias, água, ar, solo, insetos, alimentos, animais, habitações, etc.

Hoje temos conseguido controlar a maioria dos fatores exógenos através da prevenção e saneamento (vacinações, higiene alimentar, tratamento da água, melhora habitacional, etc.), mas uma sociedade altamente desenvolvida e tecnicista como a atual cria continuamente fatores patogênicos, seja no ar, como nas águas, no solo, nos alimentos, nos abusos alimentares (paradigmática a trilogia: açúcares, sal e gorduras), na inércia e na falta de atividade física.

E os fatores ENDÓGENOS na nossa sociedade? Alguns são inerentes ao indivíduo; biótipo, hereditariedade (DNA), inserção precária no ambiente de trabalho e no meio social, etc. Esta última explica a exclusão que acentua o mal estar do indivíduo num contexto que vai se tornando estranho e de difícil assimilação. A exclusão gera revolta, perturbação, anseio de mudança, agressividade, que pode desembocar em fenômenos de auto ou hetero-lesionismo. Talvez por isso estejamos hoje assistindo a uma regurgitação da Medicina Pré-Científica, cuja vantagem é ver a pessoa na sua unidade de corpo e psique. Pedagógica a esse respeito o conflito social e cultural nas fases, como a atual, de intensa urbanização, com a crise do sistema de valores ancestrais. Conflito que encontra refúgio na RELIGIÃO e nas SEITAS RELIGIOSAS, que, com suas ofertas terapêuticas de medicina pré-científica (Exorcismos, Descarregos, Cultos Carismáticos, etc.) podem oferecer resultados significativos. A Psique não tem como sarar se a cultura é doente. Religião e Seitas são lugares-refúgio na desordem das mudanças sócio-culturais. Paradigmático é a agressividade do mundo islâmico na atualidade, frente à ameaça aos seus valores por parte da cultura ocidental, ou o refúgio no catolicismo da Europa do leste ao tempo do comunismo. O mesmo podemos dizer da Umbanda, do Candomblé, dos Movimentos Messiânicos brasileiros em situações de crises políticas e sociais; também dos messianismos dos índios da América do Norte e hoje dos nativos da África, do Pacífico, etc. Como nos diz LAPLANTINE: a revolta coletiva tem três formas de expressão numa sociedade altamente desigual: Possessão, Messianismos e Utopia. Infelizmente esta expressão no mais das vezes não é compreendida pela ideologia dominante e pelo aparelho estatal, expressão da mesma, que procura contê-la com o emprego da força

bruta, etiquetando a patologia social simploriamente como SUBVERSÃO.

Nosogênese

Os textos de patologia geral, em conformidade com a nosologia galênica, nos ensinaram que a doença é fruto de uma conjugação de fatores externos (germes patogênicos, agentes físicos ou químicos, alimentação, etc.), com fatores internos (constituição física, predisposição, déficit imunológico, etc.).

O conjunto dos fatores externos representa a ETIOLOGIA. A maneira como interagem com os internos é a PATOGÊNESE. O quadro mórbido se exterioriza com uma SINTOMATOLOGIA, que apresenta aspectos subjetivos: os SINTOMAS, e objetivos: os SINAIS. A pesquisa e reconhecimento dos sintomas e sinais é tarefa da perspicácia do médico, assistido pela experiência, pelos conhecimentos teóricos e pelo emprego de técnicas diagnósticas instrumentais adequadas. Dessa forma chegará ao DIAGNÓSTICO que irá orientar e condicionar a TERAPIA. Diagnóstico e terapia adequada permitirão a formulação de um PROGNÓSTICO, quer dizer, de uma previsão evolutiva do quadro que poderá ser a cura com “restitutio ad integrum”, a cura parcial com seqüelas, ou a morte.

Para entender bem a nosogênese temos que considerar quatro variáveis que poderão condicionar a insurgência e influir na evolução do processo mórbido.

- 1.O ambiente físico: temperatura, umidade, exposição solar, radiações, vegetação, contaminação do solo, das águas, do ar, presença de vetores e/ou de reservatórios de germes patogênicos etc.
- 2.O ambiente social: instabilidade, tensões, estrutura familiar, trabalho, alimentação, migrações, pauperismo, alcoolismo, toxicomanias, prostituição, etc.
- 3.A cultura: condicionamentos comportamentais, tanto a nível individual como de grupo, crenças religiosas, tabus, mutilações rituais, relacionamento entre os sexos, relacionamento com o ambiente físico, etc.
- 4.O genótipo e raça, sexo, constituição física, predisposição mórbida, situação imunológica, etc.

A Escola Hipocrática tinha intuído a importância da constituição física na gênese das doenças com a doutrina da “Diátese”, quer dizer, a predisposição constitucional a alterar a “crase” humoral, levando a insurgência das “discrasias”.

Por outro lado a hereditariedade do genótipo explica o comportamento hereditário, familiar, ligado ao sexo, de algumas patologias (anemia falciforme, anemia mediterrânea, hemofilia, Alzheimer, artrite reumatóide etc.).

Características físicas e psicológicas da doença

O idioma inglês distingue três aspectos de apresentação da doença:

- DISEASE: a doença conforme descrita nos textos;
- ILLNESS: a doença vivida pelo paciente; e
- SICKNESS: a doença como é vista pela sociedade.

Deixando de lado a clínica, me limito a lembrar dois aspectos de ordem física que tem enorme importância e repercutem intensamente na psique do doente:

- A. o sofrimento produzido pelo “mal estar” acompanhado de dores e distúrbios de diferentes tipos e intensidade;
- B. a invalidez, a sensação de incapacidade a uma vida normal, a uma atividade, ao cumprimento das necessidades orgânicas. É o “não poder fazer” que transforma o indivíduo em um “in-firmus”, a quem o corpo fala uma linguagem de sofrimento, de disfunção, de incapacidade.

No campo psicológico um dos aspectos mais sentidos é a “angústia” fruto do sofrimento, da invalidez, da solidão às quais se sente condenado o doente. A angústia tem como agravante uma mais ou menos confusa percepção de perigo, de obscura ameaça, de aproximação da morte. É o caso da sensação de morte iminente das crises anginosas e dos infartos do miocárdio, ou da sensação de sufocação, da fome de ar que acompanha o edema de pulmão ou o estado de mal asmático.

Existem, todavia, no sofrimento e na doença, também alguns aspectos positivos de transcendente importância psicológica. Um destes é o aspecto “catártico”, “purificador”. A doença e o sofrimento a ela ligados, podem realizar uma verdadeira libertação do espírito de tudo que é motivo de distração e impedimento à visão do absoluto. Irá se realizar uma reconciliação da pessoa com si mesma, dando um sentido à vida, ao sofrimento, à morte.

Realiza-se uma iluminação do espírito que o faz evadir-se das limitações do corpo, do quotidiano, da banalidade para situar-se no intemporal. Sofrimento e doenças tornam-se benéficas, férteis, criativas, além de purificadoras. As sinfonias de Beethoven talvez

não tivessem sido produzidas sem o isolamento proporcionado pela surdez. O mesmo podemos pensar para os noturnos de Chopin, sem a tuberculose.

Pode, porém, acontecer e acontece, infelizmente, que o doente utilize a doença como instrumento para alcançar uma finalidade como o domínio do ambiente familiar ou social, tornando-se tirano. Trata-se de uma constatação não rara nas doenças de longa duração, acompanhadas de invalidez. O doente pode se transformar num tirano que utiliza alternadamente a piedade inspirada pelo seu estado e a chantagem emotiva para com os familiares e para com aqueles que por razões de humanidade ou profissionais o assistem.

A doença pode também tornar-se um pretexto para a superação de situações de dificuldade ou mal estar, para ignorar problemas existenciais, para fugir das responsabilidades, para procrastinar soluções. É o “refugio na doença”, às vezes inconsciente, porém sempre gratificante e cômodo porque caberá a outros desfazer o enredo.

È bom lembrar outro aspecto ligado à doença: a regressão psicológica do doente. A invalidez, o sofrimento, a impotência, a necessidade de assistência e ajuda nas funções mais banais, fazem regredir o doente a uma situação psicológica de infantilidade, verdadeiro “regressus ad uterum”. As manifestações vão de um excessivo apego ao médico a uma extrema labilidade emocional, à tendência a exagerar sofrimento e invalidez.

Estes aspectos constituem uma verdadeira antítese a “catarse” porque acentuam a presa do doente no ambiente familiar e social e acentuam a dependência física e psíquica em lugar de realizar a libertação.

Existe além disso um aspecto “educativo” da doença. É uma escola que nos torna conscientes de nossa fragilidade, das limitações de ordem físico e psíquica, da necessidade de solidariedade e de amor, do valor e do heroísmo, da caridade pregada no mandamento evangélico “Curaí os enfermos”.

O médico

Lembro uma definição do médico de meus tempos de estudo do latim: “Vir probus sanandi peritus;” homem probo perito na arte de curar. Temos aqui duas qualidades primordiais para um correto exercício da profissão.

1 – Probidade

Podemos configurá-la como integridade moral, honestidade e irrepreensibilidade de comportamento, respeito da personalidade e dos direitos do doente, cuja saúde física e psíquica deve representar a suprema preocupação de todo médico.

Desde os primórdios de nossa civilização a probidade foi considerada uma virtude inerente à figura do médico. O JURAMENTO HIPOCRÁTICO, que expressa a ética médica como era vista pela cultura grega, obriga o médico a ser exemplo de honestidade, irrepreensibilidade de vida, solidariedade humana e sobretudo respeito pela vida do início ao fim da mesma. Testemunho disso são a expressa condenação do aborto e do emprego de fármacos que possam tirar a vida, mesmo que exista um pedido do doente.

Agora, frente a uma específica condenação do aborto por parte de uma ética pagã, condenação tornada mais enérgica pela ética cristã, é difícil imaginar que um médico possa ser instrumento de supressão da vida no seu desembocar. A praxe abortiva entrou hoje no costume social, tanto que foi legalizada. É justificada com os mais fúteis e especiosos pretextos, que, infelizmente, encontram o aval de representantes da classe médica.

Estamos assistindo à tentativa de introduzir uma outra praxe: a EUTANASIA, que permitirá suprimir a existência de uma pessoa tomando a pretexto os interesses superiores da comunidade, ou o sentimento de “piedade”, movido por algumas patologias sem esperança de recuperação. Os exemplos de um passado não muito longínquo fazem prever que também a eutanásia encontrará disponibilidade por parte de médicos.

Assistimos, de fato, a utilização de cobaias humanas para a prática de experiências lesivas da integridade da pessoa. O Dr. MENGELE não foi um caso isolado, nem os nazistas os únicos. Alguns anos atrás chegou ao Tribunal Russel a denúncia de dezenas de milhares de mulheres feitas abortar em diferentes estágios de gravidez, após ter sido submetidas a regimes diferentes de irradiação, para estudar os efeitos das mesmas nos fetos, que eram congelados e enviados aos centros de pesquisa. As cobaias humanas pertenciam, lógico, a países do Terceiro Mundo.

E tivemos o exemplo, triste, de médicos que prestaram serviços e consultoria a regimes liberticidas, tomando parte em torturas físicas e psíquicas, falsificando atestados e protocolos de autópsias, diagnosticando insanidade psíquica onde existia somente oposição política por parte de cidadãos, de forma que, apoiando-se

no diagnóstico médico, o regime totalitário pudesse justificar a internação dos opositoristas em hospitais psiquiátricos.

A ausência de probidade não se exprime só com ações mas também com omissões.

A história recente nos mostrou que mesmo no mundo “livre” a opressão por parte de regimes sanguinários não foi acompanhada por condenação por parte dos médicos, individualmente, o por suas organizações de classe. Louváveis exceções existiram, mas foram vozes isoladas que terminaram por pagar pessoalmente sua “probidade” sem encontrar respaldo nos organismos de classe.

Esta ausência de probidade pode manifestar-se na tendência, diria quase “natural” da classe médica, de unir-se na defesa e na proteção de membros culpados por ações ou omissões que prejudicaram a integridade física de seus pacientes.

É hoje comum entre muitos médicos ver no doente não o ser humano que sofre e ao qual, independentemente das condições econômicas, é um dever da profissão dedicar os recursos da arte e o calor da própria humanidade, mas só uma fonte de lucro. Em outros termos ver no doente não o “paciente” mas o “cliente”. Nesta visão a medicina deixa de ser missão, sacerdócio, para tornar-se simples profissão, uma vulgar tarefa que tem no médico um prestador de serviços, que dedica atenção e competência não a quem mais necessita, mas a quem melhor remunera.

A crescente mercantilização da medicina, a cada vez mais difusa privatização das atividades médico-hospitalares, a “medicalização” intervencionista mesmo de funções normais, como partos, menstruação, menopausa, etc., não expressam a probidade que deveria ser marco da vida e do trabalho do médico.

A probidade comporta dedicação e amor à arte e ao doente. Dedicação que se torna um dever frente a quem coloca nas mãos do médico a própria vida.

Amor, porque na sua ausência, o médico é somente um técnico, que poderá ter habilidade e eficiência, mas que não conseguirá estabelecer aquela corrente de confiança e empatia que pode eliminar as angústias que o sofrimento traz consigo.

Probidade subentende respeito pelo paciente como pessoa, respeito da sua integridade física e moral. Portanto o médico não pode nem deve utilizar o poder de sugestão, que vem do seu prestígio profissional, para induzir o paciente a comportamentos imorais, por intermédio de uma verdadeira violência psicológica. Entram nesta ótica os episódios de sedução, os estupros, as

tentativas, às vezes mascaradas pelo interesse profissional, de violência carnal.

Parece que sua freqüência seja bastante limitada. Pode ser todavia que a raridade seja só relativa e imputável ao mal estar e à vergonha que sua denúncia iria expor as vítimas.

A probidade comporta honestidade no campo da experimentação científica. A biotecnologia hoje permite ao médico de interferir no início da vida. Trata-se de um discurso que nos levaria muito longe. O Terceiro Mundo tornou-se hoje um campo de experimentação de novos fármacos e de novas técnicas. As multinacionais farmacêuticas cooptam com vantagens financeiras os médicos, tornando-os cúmplices de violência, imoralidades, danos, mutilações, problemas psicológicos para os pacientes. A história da pílula anticoncepcional, experimentada inicialmente em mulheres porto-riquenhas ou em mulheres de minorias étnicas é um exemplo. E são incomuns nos países em desenvolvimento intervenções realizadas com ou sem consentimento das pacientes e financiadas por organismos multinacionais. É triste constatar a cumplicidade de médicos e de clínicas em atividades que não promovem o bem do paciente, mas só o lucro derivante deste tipo de “pesquisa científica.”

Há alguns decênios aconteceu na Itália o escandaloso episódio dos “fármacos inexistentes”, aprovados e registrados pelo Ministério da Saúde, com base numa casuística redigida por um grupo de médicos convidados por um laboratório farmacêutico fantasma. Tratava-se na realidade de um grupo de jornalistas cujo propósito foi desmascarar um péssimo costume existente.

A probidade no campo científico impede ao médico de ser um mercenário ao serviço de interesses que não sejam o bem do paciente. Na atividade profissional e em particular no campo da experimentação de novos fármacos, o médico deve obedecer ao princípio hipocrático: “Primum non nocere”.

2 – Perícia Profissional

Resulta de uma preparação acurada, teórica e prática, adquirida com anos de dedicação ao estudo e ao exercício da medicina. Infelizmente a qualidade do ensino das nossas universidades nem sempre prepara o médico a lidar com o universo da patologia de forma coerente, racional, tendo como ponto de partida uma visão totalizante.

O tipo de ensino conferido na atualidade induz o estudante à necessidade de uma especialização, em função da qual

encaminhará o seu estudo e a sua preparação prática. A consequência é um endereço especializado precoce, sem bases sólidas de caráter geral, sem a visão do universo da patologia e de suas implicações orgânicas e psicológicas.

Trata-se de um condicionamento imposto em parte pelos progressos da medicina, mas sobretudo pela necessidade de enfrentar o mercado de trabalho, particularmente no ambiente urbano, mercado que exige prestações cada vez mais técnicas. Bem observa SPINSANTI: “A especialização das funções leva o operador a gravitar cada vez mais periféricamente da pessoa que necessita dos cuidados médicos na sua unicidade”. E continua o Autor, “A cura da saúde nas sociedades desenvolvidas encontra-se diferenciada, fracionando o conjunto das tarefas que nas sociedades mais arcaicas eram pertinentes à função terapêutica”.

Não é de admirar que o médico de hoje, que sem dúvida tem uma bagagem de cultura específica superior a do colega de 50 ou 100 anos atrás, obtenha uma porcentagem de “curas” e uma gratificação inferior àquela dos colegas daqueles tempos.

Acontece que o médico atual, treinado na patologia dos órgãos, torna-se incapaz de escutar e reconhecer a voz do organismo como um todo e de falar uma linguagem que reduza a angústia e a preocupação do doente.

Neste contexto podemos entender a rápida difusão e os resultados às vezes brilhantes das “medicinas alternativas”, com suas terapias heterodoxas, que vão da homeopatia, a acupuntura, a fitoterapia, a pranoterapia, a descarregos e até a autêntica charlataneria.

Responsável é por grande parte a medicina tecnicista, que, se de um lado melhorou o conhecimento da patologia de órgão, do outro fez perder o contato com o doente, visto na sua globalidade de “in-dividuo”, quer dizer “não dividido” constituído de um corpo e de uma psique, que constituem um universo cuja homeostase depende do cumprimento, em perfeita coordenação e em admirável equilíbrio, das funções que encontram na multiplicidade e complexidade das estruturas orgânicas o seu substrato anatômico.

O médico hoje é surdo. Perdeu o hábito de escutar. Falta-lhe tempo. Serve-se cada vez mais de aparelhos, aos quais confia a análise da linguagem dos órgãos, mas que não tem condições de reconhecer a linguagem do conjunto do organismo, a linguagem da dimensão psicofísica.

Além de surdo o médico hoje se tornou mudo. Perdeu o hábito de falar, delegando esta sublime função, que é a palavra, o “VERBO”, à tecnologia. A voz dela, mesmo que objetiva, nunca

será palavra, “Verbo”, porque lhe falta o calor humano e então a capacidade de entrar em sintonia com a psique do doente. Falta então à tecnologia a possibilidade de comunicar e, através da comunicação, produzir uma “catarse” que libere o paciente das angústias da existência que sente ameaçada.

O desenvolvimento tecnológico ameaça transformar o médico num intermediário para a “venda” de serviços diagnósticos e terapêuticos, cada vez mais sofisticados e, frequentemente, longe do que espera o doente. O médico então, consciente ou inconscientemente, torna-se aliado natural e um dos mais validos suporte do “complexo médico - industrial”: um sistema que tem no consumismo, e, então no lucro, sua precípua finalidade. Sistema que desumaniza o universo das relações médico - paciente no qual tinha suas bases, desde suas origem mítica, a arte médica.

Falei de “ARTE” porque a medicina foi arte e curou como arte muito antes de ser ciência. E mesmo depois de ter adquirido dignidade científica, não pode ser dissociada de sua característica originária de arte. Seu objeto é sempre o ser humano, corpo e espírito, “soma e psique”. Não pode então limitar-se a falar com a voz absolutamente impessoal, asséptica, da tecnologia, mas deve continuar a falar com a voz quente e suave da arte que consegue, somente ela, comunicar solidariedade e calor humano que derivam da convicção que quem sofre é parte de nós mesmos enquanto Humanidade.

A Mensagem Evangélica de irmandade, de amar o próximo como a nos mesmos, de ver no doente a imagem do Cristo sofredor, tornou ainda mais nobre, mais profundamente humana a arte médica.

O médico não pode ser insensível a toda uma tradição de humanidade, de solidariedade, de compaixão em sua relação com o doente. Esta tradição afunda suas raízes no começo da civilização e ainda é encontrada nas culturas “primitivas.” Tradição que foi afirmada no mandamento cristão “Curate infirmos”. “Curate” visto como emprego da ciência e da arte, do poder da palavra, da escuta, da observação. Irá realizar-se então a comunicação médico - paciente com todo seu poder de sugestão.

O Ensino Médico

O modelo atual de medicina tornou o ensino médico bastante carente na preparação do futuro profissional para satisfazer as exigências da realidade social.

Justamente neste campo, além daquele já comentado da relação médico - paciente, o ensino de endereço clínico - hospitalar mostra todas suas limitações. De fato não prepara o futuro profissional para reconhecer as situações morbigenas inerentes ao ambiente físico, de trabalho, ao ambiente social com todas suas anomalias e deficiências estruturais.

A adequação do ensino à realidade sócio-ambiental só pode ser obtida pela realização uma estreita integração da Escola Médica com a comunidade. Isto comportaria uma participação das escolas e, então, dos professores e alunos na prestação de serviços na área da saúde em nível periférico, de forma a complementar o modelo de ensino tradicional intra-hospitalar a caráter setorial.

Seria então realizada uma verdadeira revolução no ensino da medicina que eliminaria em parte a lição magistral, eminentemente verbalística, incapaz de desenvolver uma consciência crítica porque baseada, em grande parte, em textos e modelos de importação. A consciência crítica pode ser desenvolvida adotando um modelo de ensino integrado, multidisciplinar e com grande componente de auto apreendimento.

O estudante, receptor passivo de um nocionismo, em boa parte avulso da realidade, seria inserido nesta realidade captando as situações morbigenas que a mesma alimenta. Formado na escola da observação participativa, o futuro médico se tornaria agente de transformação.

A utilidade da observação participativa é bem ilustrada por um exemplo tirado de KERR WHITE. Numa população de 1000 pessoas, num ano adoecem 720. Destas, 100 irão procurar assistência medica e somente 10 serão encaminhada ao hospital. No ensino tradicional o estudante toma contato só com estas 10. Não será informado da patologia apresentada pelos 90 não hospitalizadas e menos ainda sobre as 620, que, mesmo doentes, não procuraram assistência medica. E ao fim não terá a mínima noção das condições de vida, de trabalho, de alimentação, de habitação, do ambiente físico e social das 280 que não adoeceram.

Torna-se evidente no exemplo citado, que um ensino integrado permitiria de analisar o universo sócio-ambiental onde vive e trabalha a comunidade toda de 1000 pessoas e individualizar os componentes morbígenos. Se assim fosse o estudante e, amanhã, o médico, poderia se tornar um agente de promoção de reformas que permitissem as melhores condições de saúde da comunidade inteira.

Uma modificação do ensino tradicional no sentido apresentado seria hoje bastante utópica, mesmo que tal modelo

tenha sido introduzido em alguns países. O modelo tradicional é obsoleto e superado, o que a maioria dos interessados concorda com isso. Os interesses que o estão mantendo vivo, aliados à preocupação que toda novidade traz consigo, tem força suficiente para por um freio as boas intenções.

Consolida-se assim uma situação paradoxal: de um lado estruturas e tecnologias sofisticadas, o mais das vezes a serviço de uma minoria economicamente privilegiada, e do outro, graves e elementares carências nas quais está se debatendo a assistência previdenciária.

Frente a uma situação como a descrita, é natural que a perícia profissional sofra graves limitações seja ao nível da assistência curativa, em vista das deficiências das estruturas hospitalares onde se desenvolve o ensino, seja naquele da medicina preventiva e saúde pública.

A Conferência de Alma Ata de 1978 sancionou a passagem de uma conceituação curativa a uma mais global que enfatiza a prevenção e promoção da saúde. O slogan “saúde para todos no ano 2000” sancionava a nova visão do papel da medicina. Estamos ainda longe de ter realizado o afirmado no slogan.

O novo papel do médico deveria proporcionar:

a – o desenvolvimento de uma profunda sensibilidade social, para poder analisar as necessidades da comunidade onde opera e programar as intervenções;

b – uma formação permanente tanto no campo médico como naquilo da problemática social, de forma a estimular uma visão crítica da realidade, premissa para entender as deficiências;

c – a ruptura do “esplêndido isolamento” do médico nos hospitais e clínicas universitárias e particulares, por intermédio de canais de comunicação com os organismos que operam no campo sócio-sanitário e a prestação de serviços à comunidade enfatizando a promoção da saúde e prevenção da doença;

d – uma aproximação mais global, mais personalizada, mais humana ao doente, visto na sua globalidade corpo e espírito;

e – o mais absoluto respeito para com a vida humana desde o seu começo até a sua conclusão.

A atual estrutura do ensino médico está longe de satisfazer estas exigências. Para providenciar o fechamento desta lacuna a Federação Mundial para a Educação Médica promoveu, junto com a OMS e a UNICEF, uma Conferência Mundial sobre a Educação Médica em Edimburgo, de 7 a 12 de agosto de 1988. A Conferência emitiu a “Declaração de Edimburgo” que exortava as

faculdades de medicina e os jovens a mudar o perfil da educação médica, de forma a poder adequar-se as necessidades da sociedade.

Será que um dia irá se realizar esta adequação? A esperança é a última que morre.

Abstract: The definition of the World Health Organization (WHO) for health “condition of perfect mental and social welfare” does not objectively express what this means. There are situations of not physical, mental and social welfare that cannot be considered diseases. For true, what it actually exists are healthy or ailing people inserted in a context which can be more or less pathogenic. History points out that the practice of medicine started as an art rather than being a science. Since the beginning of culture and civilization, its function was to relieve the suffering and possibly to recover from the pathology which had caused it. Nowadays, society faces a situation of unbalance more and more accentuated with the physical and social environment in which it is inserted. A great part of this pathology, both physical and psychical, comes from this unbalance. The language represented by the pathology advises us that not everything is correct with our way of life and relationship, suggesting changes which are not always made. Considering the physician’s image, two qualities are emphasized: uprightness and skill, absolutely essential to the practice of the profession, having always in his mind the welfare of patients independently they have attained the complete recovery from the presented pathology. The current medical teaching gives a greater emphasis to technique than to human relation and observation. It is desirable a reform which does not lose sight of a physical and psychological unity and the welfare of the ailing person.

Key words: diseases, physicians, anthropology, culture.

Bibliografia

AUGÉ, M., HERZLICH, C.: *Lê Sens du Mal*. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la Maladie. Archives Contemporaines, Bruxelles, 1994.

ENTRALGO, P. L.: *Antropologia Medica*. Ed. Paoline, 1988.

HELMAN, C.G.: *Cultura, Saúde e Doença*. Artes Médicas, Porto Alegre, 1994.

ILLICH, I.: *Nèmesis Medicale, l'expropriation de la santé*. Seul, Paris, 1975.

LAPLANTINE, F.: *Antropologie de la Maladie*. Payot, Paris, 1986.

PASCAL, B.: *Oevres Completes*. Ed. du Seuil, Paris 1963.

SMUSSI, G.: *Multinazionali, Salute e Terzo Mondo*. Dossier, Terzo Mondo Informazioni, 12-8-1988.

SPINSANTI, S.: *Médici, il malato si cura ascoltandolo*. Jesus, Gennaio, 1989.

ZANOBIO, B. ARMOCIDA, G.: *Storia della Medicina*, Masson, Milano, 1997.

Agradecimentos

Ao Dr. Alípio d'Oliveira Coelho, a Sra. Rosani da Costa Gomes e ao prof. Wallney Hammes pela ajuda e assistência na redação.

