

Competência e humanismo – uma reflexão crítica

Competence and humanism – a critical reflection

Competencia y humanismo – una reflexión crítica

*Marcelo Rozenfeld Levites**

RESUMO: Qual o caminho que a Medicina de Família deve seguir para conquistar a excelência e contribuir eficazmente para a melhoria da saúde dos indivíduos e das comunidades? A resposta a esta questão geralmente é buscada nas políticas de saúde. Entretanto, este artigo foca sua atenção na pessoa do médico. Como deve ser construído este médico humanista que, ao mesmo tempo, é capaz de demonstrar excelência profissional? É possível formar médicos competentes e humanistas? Algumas publicações recentes, as quais podem ser consideradas como um possível guia de ensino para conquistar esses objetivos, são analisadas. Os itinerários delineados apontam para o aprendizado da empatia, que resulta em competência profissional; a construção sistemática da perspectiva de um generalista de excelência, que implica em modos de ser, de saber, de perceber, decidir e atuar e, finalmente, indicam como um profissional com estes predicados é capaz de transformar o sistema tornando-o eficaz e competente. A questão é: se o itinerário é claro, por que resulta tão difícil na prática formar um médico humanista e competente? A resposta chega em forma de consideração filosófica e vital: a integração desses conhecimentos deve se dar na pessoa do médico, pois somente quando incorpora este modo de ser em sua vida e o faz a própria vida, consegue praticar a vocação médica em plenitude e calçar seu viver em unidade permanente repleta de competência e humanismo.

PALAVRAS-CHAVE: Competência. Humanismo. Medicina de Família.

ABSTRACT: What routes must Family Medicine go through for excelling and contribute efficiently to the improvement of individuals and communities health? The answer generally mentions health policies. In spite of this, this paper focuses the doctor as a person. How must we train a doctor who is both a humanist and a professional who excels? Is it possible to educate people to be competent and humanist doctors? We analyze some recent publications that can be thought as a possible teaching guide for reaching these goals. The outlined itineraries point to apprenticeship of empathy, which translates in professional competence; the systematic construction of the perspective of a generalist that excels, something which implies ways of being, knowing, realizing, deciding and acting and, finally, indicate how a professional with these attributes is able to transform the system so as to make it efficient and competent. The question is: if the itinerary is clear, what is so difficult to put in practice the education of a humanist and competent doctor? The answer comes in the form of a philosophical and vital thought: only doctors are able to integrate knowledge coming from several sources, since only when they incorporate this way of being in their lives and makes it their own life are doctors able to fully practice their medical vocation and guide their lives by means of a constantly replete unity of competence and humanism.

KEYWORDS: Competence. Humanism. Family Medicine.

RESUMEN: ¿Cuál es el camino que la Medicina de Familia debe seguir para conquistar la excelencia y ofrecer un aporte eficaz a la mejoría de la salud de los individuos y de las comunidades? La respuesta a esa cuestión es en general buscada en las políticas de salud. Sin embargo, este artículo centra su atención en la persona del médico. Como debe ser construido ese médico humanista que, a la vez, es capaz de demostrar excelencia profesional? Es posible formar médicos competentes y humanistas? Algunas publicaciones recientes, que pueden ser consideradas como una posible guía de enseñanza para conquistar esos objetivos, son analizadas. Los itinerarios delineados apuntan para el aprendizaje de la empatía, que se muestra como competencia profesional; para la construcción sistemática de la perspectiva de un generalista de excelencia, que implica en modos de ser, saber, percibir, decidir y actuar y que, por fin, indica como un profesional con esas cualidades es capaz de transformar el sistema tornándolo eficaz y competente. La cuestión es: se el itinerario es claro, por qué se muestra tan difícil en la práctica formar un médico humanista y competente? La respuesta llega en forma de consideración filosófica y vital: la integración de esos conocimientos debe ocurrir en la persona del médico, porque tan solo cuando incorpora ese modo de ser en su vida y tórnalo la propia vida, él consigue practicar la vocación médica en plenitud y centrar su vivir en unidad permanente repleta de competencia y humanismo.

PALABRAS-LLAVE: Competencia. Humanismo. Medicina de Familia.

* Médico. Diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (www.sobramfa.com.br). Master em Cuidados Paliativos pela Unidade São Camilo, Tres Cantos, Madri. Médico responsável pelo grupo de Cuidados Paliativos do Hospital 9 de Julho. Professor de Medicina da Faculdade Anhembí Morumbi. E-mail: marcelolevites@sobramfa.com.br

Introdução

Uma reflexão crítica sobre Competência e Humanismo: este foi o pano de fundo do XIII Congresso Acadêmico e Internacional SOBRAMFA, realizado em julho de 2009, em São Paulo, Brasil. A questão é: que forma deve a Medicina de Família assumir para que conquiste a excelência e contribua efetivamente para a melhoria da saúde dos indivíduos e das comunidades? Ou, em outras palavras, por que a Medicina de Família – que desde o encontro histórico de Alma Ata, em 1978, apresenta a tão relevante proposta “Saúde para Todos” – enfrenta tantas dificuldades na execução do seu projeto de assistência e, acima de tudo, na educação?¹

Obviamente, sempre se é possível analisar os sistemas de saúde e o compromisso dos governos e gestores na execução das políticas de saúde, assim como todo o panorama da formação, na sua maioria ruim, dos médicos que estão destinados a liderar as mudanças necessárias para a efetiva implantação da proposta de Alma Ata. Embora estes aspectos sejam essenciais, não representaram o núcleo dos pensamentos que norteavam o XIII Congresso SOBRAMFA. Neste, a figura do médico de família que busca a excelência na vida profissional e pessoal foi o fio condutor de todas as atividades então desenvolvidas.

Técnica e humanismo: um velho dilema, um dualismo filosófico

O humanismo médico tem sido um tema constante nos Congressos da SOBRAMFA. A humanização da Medicina, que está na agenda de qualquer projeto de saúde, não parece ser conquistada através de soluções de gestão estratégica convencional ou formação de recursos

humanos. A experiência mostra que as iniciativas que visam à melhoria de ambientes e processos, mas que não atinjam as pessoas que os protagonizam, estão condenadas ao fracasso^{2,3,4}. Há aqueles que insistem sobre a componente histórica e filosófica desse processo e que, com audácia, a re-batizam como a humanização da Medicina⁵. Mas, você não pode humanizar a Medicina sem humanizar o médico, sem penetrar nos capilares humanísticos da ação médica mediante a utilização de recursos profissionais capazes de promover uma simbiose produtiva entre tecnologia e humanismo.

As reflexões conduzidas no XIII congresso da SOBRAMFA estavam em sintonia com uma visão filosófica e antropológica. Uma rápida revisão de alguns conceitos mostra que estas reflexões são conduzidas por algumas constantes, as quais já representam um bom caminho para se atingir profundamente o ser humano, o que, por outro lado, poderá vir a transformar o núcleo do médico. Deste modo, entende-se a importância da formação de profissionais mediante a aplicação de um modelo que aborda os quatro pilares da Medicina de Família (cuidados primários, educação médica, humanismo e liderança) e que estimula o exercício da reflexão filosófica para a construção do “*reflective practitioner*”⁶, conforme denominação de autores anglo-saxônicos.

Questões como consciência de missão, vocação médica, autocohecimento, pensamento crítico, liderança e comunicação são levantadas quando se olha para a excelência, que tem muito mais a ver com a qualidade dos cuidados de saúde do que com os sistemas e processos. Estamos, portanto, no centro do nosso tema: a busca da excelência é fazer com que o médico, competente e humanista, prota-

gonize o processo de humanização da Medicina.

Sabemos, por experiência, como é difícil essa harmonização de ação que deve reger o conhecimento técnico e humanista. Contemplar o ideal e saber aplicá-lo na prática é um desafio não exclusivo para médicos. A filosofia não é distante do nosso dilema e os dualismos clássicos – entre mente e corpo; idealismo e realismo – ilustram esse diálogo perene acerca da condição humana. O idealismo de Platão e o realismo de Aristóteles continuam na dimensão transcendente de Agostinho e Tomás de Aquino, para chegar à ruptura de Descartes, onde o corpo e a alma nunca poderiam se conhecer. A ideia da glândula pineal como centro de integração do ser humano representou a capitulação cartesiana, a qual, entretanto, não foi suficiente para responder a todas as questões geradas pelo pensamento do filósofo francês. Assim, soluções que são gritos de busca do sentido da vida como uma unidade – idealismo, materialismo, vitalismo, existencialismo, positivismo e fenomenologia – surgem como soluções incompletas do universo filosófico que, queiramos ou não, dá as regras do mundo e da mentalidade dos povos.

O conhecimento do fato de que os pensadores, em suas árduas intenções perenes, têm estado, desde sempre, ocupados com esse dilema, por um lado nos tranquiliza, por outro lado, deixa ainda mais evidente a falta do hábito da reflexão entre os médicos, os quais parecem preferir ignorar essa questão vital argumentando que quem deve buscar as saídas são os primeiros. Você pode encontrar aqui o maior mal dos médicos, que pararam de procurar respostas, estabeleceram um status quo, como se não dependesse também deles a resolução desta questão. Como os homens não admitem facilmente a derro-

ta, o sistema e os processos são os que carregam toda a culpa pela desumanização da Medicina. Assim, para que o nosso fracasso como seres humanos nos incomode menos, transferirmos a responsabilidade para as entidades empresariais. Mas, não podemos nos esquecer que o primeiro passo para a humanização da Medicina é o reconhecimento, pelo médico, de que ele deve ser o primeiro a humanizar-se. E o desafio é não ceder em seus esforços para refletir, para buscar soluções e recursos que permitam a integração da ciência-tecnologia, que cresce a cada segundo, com o humanismo na prática médica.

É novamente um filósofo, para citar um entre muitos, que nos dá uma pista que pode ser um bom ponto de partida para se rever essas questões ligadas ao binômio humanização/tecnologia. Hans Jonas, com sua ética da responsabilidade sugere que o que distingue os humanos dos animais é um tripé composto de ferramenta, imagem e túmulo⁷.

1. A ferramenta é a técnica. Diferenciamos-nos dos animais porque quando nascemos já temos incorporados todos os conhecimentos acumulados na história que nos precede. Os animais carecem de uma riqueza científica e cada um deve ser construído a partir do zero, sem que possa tirar proveito das experiências da sua espécie ancestral. Ortega diz bem que o tigre de hoje é o mesmo daquele de há milhares de anos atrás, enquanto o homem nasce da história que o precede, que reúne toda a história da arte e do progresso⁸.

2. O segundo elemento que nos distingue dos animais é a imagem, que inclui a capacidade que o homem tem de representar a realidade através da arte. Filho das Artes e Humanidades, estes são os instrumentos que permitem ao ser humano melhor conhecer a

realidade em que está imerso e si próprio, em sua dimensão física e espiritual.

3. Finalmente, a terceira perna do tripé é representada pelo túmulo. Somente os seres humanos enterram os seus mortos e têm consciência da transcendência. A representação da morte é o que os coloca em contato com uma dimensão que ultrapassa o seu próprio ser.

Nos dias atuais, considerando-se o desenvolvimento da tecnologia (a ferramenta), fica evidente a distância existente entre homem e animal. Entretanto, os outros dois elementos do tripé, os quais poderiam também enfatizar ainda mais esta diferença, têm sido atrofiados. Consequentemente, nós, seres humanos e médicos, nos tornamos animalizados. Não há dúvida de que o equilíbrio humano é apresentado com uma perigosa instabilidade. O ser humano, incluindo o médico que não frequenta as Artes e Ciências Humanas, está privado de se aprofundar no conhecimento do mundo e das pessoas e, assim, perde a capacidade de admirar e sentir os fenômenos que o cercam. E, não menos importante, a falta de reflexão sobre o sentido do tempo e da transcendência – a dimensão espiritual – pode conduzir as pessoas, especialmente os médicos, a caminhos nefastos. Pensar no túmulo, como um portal para a transcendência, vai transformar o sentido de missão do médico, mostrando-lhe a necessidade de se sentir útil neste mundo, como parte da busca da felicidade.

Caminhos de Integração: a filosofia da Medicina de Família

Quando consideramos o ensino e a prática da Medicina, fica fácil deduzir que a ruptura ou a falta de integração ocorre na pessoa do médico, e não no sistema. É o médico,

portanto, que deverá encontrar os seus próprios caminhos para a necessária integração entre tecnologia e humanismo. Essa tarefa pode ser muito difícil para alguns, enquanto para outros é algo suportável e até mesmo agradável, dependendo de características pessoais.

Esta ruptura, mesmo com consequências catastróficas, não é causada intencionalmente. Talvez, por ser algo que aparentemente não escolheu, o médico não se sente responsável por ela, e sim a considera como algo imposto pelo sistema ou pela evolução natural da prática médica. A responsabilidade consistiria – se queremos realmente mudar de rumo e buscar a excelência, no entendimento de que é a omissão pessoal, o eximir-se de agir sobre a questão, o que cristaliza a ruptura. Viver a responsabilidade significa, então, buscar a formação adequada, individual e coletivamente, para reverter este processo. Um forte desejo, que é o compromisso para construir-se e atuar como um médico competente, é o primeiro e mais importante passo. Onde encontrar essa formação abrangente? Essa é a questão que agora nos ocupa.

Ian McWhinney, um dos fundadores de Medicina de Família como disciplina acadêmica, afirmou, em um de seus escritos históricos⁹, ter encontrado uma solução para a dúvida que aflige muitos médicos quando deparam com um paciente. Isso é algo somático ou predominantemente psíquico? É do corpo ou da alma? Tais perguntas ressoam em consonância com o velho dilema que discutimos acima. A estas questões, McWhinney respondeu da seguinte forma: “*É a mesma coisa. Para mim é algo da pessoa, e isso é o suficiente*”. Essa simplicidade, que se traduz em uma verdadeira sabedoria médica, poderia ser adotada para responder ao dilema que para nós se apresenta: Isto pertence ao

domínio da técnica científica ou refere-se ao humanismo? Que tipo de profissional é mais necessário? Isto é Medicina, devemos responder, isto é ciência e arte, como sempre tem sido, de forma indissociável e integrada. E a alegação de que é imperativo re-humanizar o médico é, em essência, uma contradição. O médico que não é humano, não é realmente um médico, poderia no máximo ser chamado de uma espécie de “mecânico de pessoas”¹⁰.

Mesmo com isso claro, há sempre o receio de que os esforços para humanizar a Medicina e os médicos, ou seja, os recursos que cada um pode buscar para integrar esse modo único de prática médica, sejam incompatíveis com o progresso técnico-científico que, pela sua própria natureza, tende a monopolizar qualquer esforço de crescimento e de melhoria. Em última análise, o que se apresenta, o que se vende, quando se fala de qualidade é o que diz respeito ao impacto científico, às possibilidades que a tecnologia moderna coloca à nossa disposição. Isso é o que está em oferta, mas, como sabemos, não é o que satisfaz o paciente. O que o paciente consegue medir, porque sente “é a forma em que a técnica o afeta na pessoa do médico e dos profissionais de saúde”. E nós sabemos que, hoje, a satisfação do cliente/paciente está longe do ideal.

Não deve haver nenhuma suspeita de que uma medicina humana perca a sua qualidade técnica, que o humanismo desfigure a competência. Vamos citar autores, que mostram que o humanismo é, quando incorporado metodologicamente, competência real e incontestável.

Um passo além: o Humanismo é competência

A busca de recursos para criarmos como humanistas e médicos competentes nos faz levantar uma

questão que está sempre latente. É possível ensinar humanismo ou trata-se de algo típico da personalidade ou, talvez, do temperamento da pessoa? Um artigo interessante, que discute a natureza e a eficácia da empatia, aborda a questão de forma adequada¹¹.

Inicialmente, é reconhecido que a empatia é um elemento central para a obtenção de uma assistência de qualidade ao paciente. E, em seguida, é feita a pergunta: Como conseguir empatia? Como medi-la? Os autores definem empatia como um fenômeno que consiste em “sentir com o outro”, e que começa com estar atento ao outro. Não deve ser confundido com compaixão, ou um estado emocional, pois é possível alcançar a empatia também através de caminhos cognitivos, desde que se contemple a perspectiva do outro. Em outras palavras, pode se chegar à empatia não apenas mediante a sintonia afetiva, mas também mediante a aplicação de recursos racionais bem delineados. O que está claro é que não se é possível alcançar a empatia quando estamos preocupados conosco e não com o outro.

O cuidar do outro, como postura, pode ser ensinado, sugerem os autores. Se não for explicitamente, que seja através de modelos. Os neurônios espelhos aprendem pelo exemplo e são indicadores neurofisiológicos da aprendizagem de empatia. Naturalmente, este processo de aprendizagem inclui vários elementos. Primeiro, deve-se aprender a compreender a situação, colocando-se na perspectiva do paciente para capturar os seus sentimentos e os significados a eles atribuídos. Depois se deve aprender a avaliar a comunicação destes sentimentos. Finalmente, é necessário aprender a intervir, atuar de fato sobre o entendimento do que se captou para poder ajudar realmente ao paciente.

Os autores comentam que o processo que se inicia com a empatia e resulta na ajuda aos outros é interrompido porque não são cumpridos um ou mais dos itens acima citados. Ou não se entende o que o paciente sente, ou não se sabe ponderar e comunicar os resultados junto ao paciente para posteriormente agir. O bem se interrompe por qualquer falta nos elementos deste processo contínuo e complexo.

Quando se incorpora a empatia, os resultados são apresentados na forma de qualidade. A satisfação do cliente, que se sente compreendido e avalia positivamente o processo, é um resultado da competência. Isto implica na necessidade de se incorporar esse aprendizado em Educação Médica, deixando claro que, de acordo com a teoria dos neurônios espelhos, é possível aprender a empatia na vida adulta. As fontes pagadoras da área da saúde também devem estabelecer um modo possível de praticar a empatia e mensurá-la. É aqui onde o médico, incorporando uma abordagem humanista, começa a transformar o sistema de um modo favorável para a prática de uma atitude que não deve ser abandonada porque se mostra eficaz. Eficaz, competente e que se traduz em resultados, os quais, naturalmente, alimentam este modelo.

Outro artigo que aborda com elegância como o Humanismo significa competência vem no editorial do *Annals of Family Medicine*¹². O processo descrito no artigo, através do qual se pode construir a perspectiva de abordagem do médico generalista é um verdadeiro guia educativo para formar um médico humanista. Esta trajetória formativa se traduz em ensinar as maneiras de ser, de saber, perceber e, finalmente, as de pensar e agir. Aqui estão os detalhes de cada um.

Do médico generalista é esperada uma atitude humilde para

mantê-lo aberto a todas as possibilidades e para que entenda que tudo que chega até ele não está fora da sua alçada. É por essa razão que está aberto à complexidade e busca ativamente informações e assistência necessárias para resolver casos que caem em suas mãos. A humildade de saber pedir ajuda gera relações significativas com todos os especialistas, com os quais tem a habilidade de relacionar-se com harmonia para o estabelecimento de um bom trabalho em equipe.

Este médico também apresenta maneiras próprias de conhecer e de adquirir conhecimentos. Sente que, para o seu trabalho, necessita, além de informações, de uma sabedoria mais ampla, uma perspectiva do mundo e dos seres humanos. É importante que os alunos de Medicina estudem as Humanidades se quiserem ser médicos, porque estas são o recurso indispensável para a construção da visão de mundo e dos povos. É a perspectiva humanística que transforma conhecimentos e habilidades na verdadeira sabedoria. Autoconhecimento – conhecer as próprias características, limitações e possibilidades, defeitos e virtudes – é uma parte essencial dessa sabedoria.

Às maneiras de ser e saber, seguem-se as maneiras de perceber. Aí vem a ciência que permite definir as prioridades na ação e as ações relacionadas com a hierarquia que o médico conseguiu estabelecer. Este deverá estar atento aos detalhes sem nunca perder a visão global do paciente. Saber seguir um raciocínio clínico para então delinear, primeiro, as hipóteses diagnósticas e, em seguida, solicitar exames complementares. Isso que parece óbvio, muitas vezes está ausente. Muitas vezes, como uma forma de se ganhar tempo, exames complementares são solicitados sem uma indicação precisa, pois nem se sabe o que está sendo

pesquisado. E assim, aparecem surpresas, ditadas pelos resultados que chegam, e que, naturalmente, não sabemos como integrar dentro da lógica de diagnóstico. Um professor, do tipo que, infelizmente, quase não se encontra mais, costumava dizer: *“Quando você não tem hipóteses diagnósticas, você não deve pedir exames complementares, mas sim chamar alguém que é capaz de formular hipóteses. Chame um médico competente.”* Há muita sabedoria nesta afirmação.

A última questão abordada no guia de ensino é a necessidade de ensinar as maneiras de pensar e agir. Isto inclui a coordenação de assistência e integração de ações médicas de acordo com as prioridades estabelecidas. O médico generalista poderá exercer esse importante aspecto quando promove o atendimento de pacientes internados em hospital. Sem um médico com essas características, o paciente sente-se “órfão do médico”, dança de um especialista para outro sem um programa coordenado de diagnóstico e terapêutica e sem que o paciente e a família encontrem um interlocutor médico adequado. Atuando em terapêutica e/ou coordenação de cuidados, o médico de família promove um uso racional de recursos, o que resulta em economia para os sistemas de saúde. Naturalmente, a rede de relacionamentos que ele fez entre os colegas e colaboradores do hospital é de grande valia para tal. O médico de família pode ensinar estudantes e residentes de Medicina a criar essa rede de colaboração. Somente se ensina o que se pratica. O contato com os especialistas também ensina aos estudantes a ter discernimento quanto ao momento exato em que se deva encaminhar o paciente ou pedir ajuda a outros especialistas. Assim, o ensino da coordenação dos cuidados vai sendo apreendido pelos alunos no dia-a-dia, quase que naturalmente dentro desse modelo.

Podemos afirmar que é possível formar um médico generalista competente, capaz de atuar de forma eficaz com seu paciente. Mas não é só o paciente que se beneficia de ter um médico pessoal responsável. O sistema também recebe benefícios, como mostrado no último artigo desta série educativa, que examina o papel essencial dos generalistas em sistemas de saúde¹³.

O médico de família é capaz de perceber as reais necessidades de seus pacientes e se empenha em adaptar e utilizar os recursos do sistema de saúde para supri-las. Não adianta ter um sistema de saúde teoricamente bom e que se adapta às necessidades do paciente, sem ter alguém que saiba utilizar esses recursos. O médico de família deve ser uma criatura “adaptativa” e que tenha flexibilidade para usar a ciência e arte harmonicamente no interesse dos seus pacientes.

Além disso, o médico de família é um especialista em queixas e sintomas. Sabe esperar de maneira atenta e profissional, ou seja, praticar o que os autores anglo-saxônicos denominam *“watchfull waiting”*. Ele entende que os sintomas iniciais de várias doenças são confusos, e pode levar algum tempo para que o diagnóstico seja estabelecido. Este, portanto, deve ser sequencial, sem que, contudo, perca-se o senso de urgência e ocorram atrasos em relação às ações necessárias. Sabe, portanto, aplicar epidemiologia na prática, reconhecendo que o que é comum é, portanto, mais habitual.

Essa é a verdadeira postura de quem pratica a atenção primária com competência. Esta gestão de excelência facilita o caminho racional para procedimentos diagnósticos e para convocar o trabalho conjunto com outros especialistas quando necessário. É, segundo palavras textuais do próprio autor, um verdadeiro filtro que protege o paciente da neurose “tecnológica.

É fácil compreender como um médico de família com essa formação pode fazer toda a diferença em um sistema de saúde, sem contar o benefício já apontado para cada um dos seus pacientes.

Atingir competências pessoais: um compromisso de um humanista

Existem, portanto, recursos e caminhos metodológicos e acadêmicos para formar o médico de família, com competência e humanismo. É uma conclusão que se segue facilmente ao que foi apresentado. Mas isso é suficiente para traçar os caminhos para obter os resultados que você quer? Ou, em outras palavras, o itinerário permanece obscuro porque o desafio é tão difícil? Estas questões irão centrar-se na altura da reflexão que propomos. Pode-se mesmo perguntar diretamente o que que nos divide, nos impede de integrar estes dois aspectos, a competência científica/acadêmico e prática humanista da Medicina? Nossos olhos convergem mais uma vez à pessoa do médico – nós mesmos – porque é lá, somente lá, que esse dilema pode ser resolvido.

Fernando Pessoa, com seu enorme lírico antropológico nos dá uma pista. *“Temos todos que vivemos / Uma vida que é vivida / E uma vida que é sonhada / E a única vida que temos / É esta que é dividida / Entre a verdadeira e a errada.”*¹⁴ O que nos divide é a nossa própria vida, o trabalho, as múltiplas solicitações que vêm de toda parte. A divisão vem de dentro de nós, é real, não é algo retórico, oriundo do mundo das ideias. A teoria é simples, mas colocar em prática exige esforço, talento e virtude. Requer a decisão de um compromisso pessoal definitivo, que se conquista diariamente e do qual não se abdica, porque isto significaria abdicar da própria vocação.

Uma vez mais, Pessoa nos mostra esta dificuldade em cadência poética: *“A vida é terra / E vivê-la é lodo / Tudo é maneira, modo e diferença / Em tudo quanto fazas / Sê só tu / Em tudo quanto fazas / Sê tu todo.”*¹⁴ Quando nós decidimos a viver a teoria e o ideal, o que era firme se transforma em lodo, lama que suja e complica. Do dito ao feito há um trecho, diz o ditado espanhol. A única maneira de sobreviver depende da postura de cada um que, como sugere o poeta, deve ser um viver por inteiro, responsabilmente, fazendo desse viver uma verdadeira missão.

O verdadeiro problema, a raiz da divisão está dentro de nós quando não há uma clara decisão de viver plenamente, em unidade de ação, a missão a nós destinada. Obviamente, a consciência da vocação médica é a essência do que é exibido aqui. Vocação é uma palavra derivada de *vocare*, que significa chamada, e neste caso, ser chamado, sentir-se chamado. As questões são: *“quem me chama, o que se espera de mim?”* E então se entende que quando a consciência de missão, a vocação, ilumina o trabalho, qualquer que seja esse, é possível integrar competência e humanismo. Inversamente, se essa consciência está faltando, o trabalho trará frutos amargos, será feito de qualquer maneira e acabará por desumanizar quem o executa. Diz o filósofo: *“Quando o trabalho é demasiado impessoal, quando realizado por acúmulo de material e informação, quando importam mais os resultados e o êxito que a própria realização, perde-se a ilusão. Isso afeta a qualidade da obra, mas, acima de tudo, a personalidade do autor.”*¹⁵

Outro autor, mais direto e contundente, diz que a maior dificuldade para conquistar esse ideal e transformá-lo em vida sou eu mesmo. Livrementemente traduzido do Inglês, que diz: *“O problema imediato sou eu mesmo e o pacto silencioso que*

*estabeleço com o ‘sistema’ para que o ‘de sempre’ governe minha vida e decisões. A conclusão é clara e definitiva: nenhuma punição é maior do que a que impomos a nós mesmos ao abdicarmos de nossa própria vocação.”*¹⁶

É verdade que raramente atingimos tal profundidade de reflexão na prática médica diária. Talvez, por essa razão, o dilema persiste e se buscam soluções teóricas, negligenciando-se o verdadeiro cerne da questão. Talvez, também por esta razão, a tentação fácil de conhecimento crescente nos distrai do que deveria ser nossa principal preocupação: o crescimento pessoal. Bem, outro pensador acrescenta: *“Não é difícil entender por que amamos aumentar tanto a nossa capacidade de conhecimento e tão pouco a nossa capacidade de amar. O conhecimento se traduz automaticamente em poder, enquanto que o amor é expresso em serviço”*¹⁷.

O amor por aquilo que se faz é a verdadeira fonte de sabedoria, o caminho que conduz ao humanismo competente. Recordo com emoção as palavras sempre precisas de Gregorio Marañón, referindo-se aos médicos de família de antigamente: *“Seu senso de medicina era mais cordial, mais humano que o nosso. Ainda não havia desaparecido entre eles, sob o jugo da miscelânea cientificista, o velho médico familiar, notário, sacerdote, conselheiro e supremo tribunal nos pleitos mais recônditos ocorridos em cada casa. Talvez eles não soubessem mais do que aqueles que os sucederam, porém, com certeza, foram melhores, até mais sábios; porque fomos esquecendo-nos de que a sabedoria não consiste apenas em conhecer as coisas, mas também em amá-las.”*¹⁸

Quando o amor falta, pouco se arrisca, e se trabalha no limite do estritamente necessário. E o que parece ser segurança e prudência, corre o risco de transformar-se, com essa corrupção das medidas justas, na verdadeira mediocridade. Nada como a autora vitalista de nosso século para expressar es-

sa ideia. Susanna Tamaro escreve: *“Foi o medo que moldou a minha vida, o que eu chamava audácia era na realidade pânico. Medo de que as coisas não fossem como eu havia decidido, medo de superar um limite que não era da mente, mas sim do coração, medo de amar e não ser correspondido. No final é, em realidade, somente este o terror do homem, o motivo pelo qual se cai na mediocridade.”*¹⁹

Considerações finais

O médico se constrói em seu humanismo quando aceita o com-

promisso de refletir habitualmente para analisar cada situação, sublimar os erros que comete, ponderar os êxitos e viver em constante exercício de responsabilidade. Não se engana com sonhos e quimeras, mas sabe materializar o ideal em sua ação cotidiana. *“Não seja um teórico: não de ser nossas próprias vidas, refletidas em cada jornada, as que convertem esses ideais grandiosos em realidade cotidiana, heróica e fecunda”*²⁰.

As conclusões finais são de teor filosófico e não poderia ser de outra maneira. *“Mas eu vos digo que qualquer trabalho torna-se filosofia,*

*torna-se arte, poesia, invenção, quando o trabalhador dá a sua vida, quando não permite que esta vida se divida em duas metades: uma para o ideal, e outra para os afazeres cotidianos e, sim, que converta a tarefa diária e o ideal na mesma coisa que é, simultaneamente, obrigação e liberdade, estrita rotina e inspiração constantemente renovada.”*²¹

São as ideias que permeiam a existência do homem, do médico humanista e se fazem vida de sua vida, as que conseguem acabar com essa divisão, norteando a vida em unidade permanente repleta de competência e humanismo.

REFERÊNCIAS

1. MAC, Roncoletta AFT, Lamus F, Blasco PG. La educación médica y la propuesta “Salud para Todos”: la Declaración de Alma Ata treinta años después. Cuadernos de Medicina en Investigación y Salud. 2008; 2:109-19.
2. Gonzalez Blasco P, Ramírez Villaseñor I, Bustos Saldaña R, Moreto G. La formación de Médicos Familiares en Latinoamérica: timidez académica y liderazgo errático. Arch Med Fam. 2005; (1):1-3.
3. Blasco, PG; Levites, MR; Freeman, J; Haq, C. Educating physicians for the health of Brazil: the role of family medicine. Wonca News. 2004;30(3):13-5.
4. Blasco PG, Janaudis MA, Levites M. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. Aten Primaria. 2006;38(4):225-9.
5. Gallian DMC. A (re) humanização da medicina. Psiquiatr Prat Med. (São Paulo) 2000 abr/jun;33:2.
6. Gonzalez Blasco P. Los cuatro pilares de la Medicina de Familia. Arch Med Fam. 2004;6(2):31-3.
7. Jiménez Lozano J. Cuadernos de letra pequeña. Valencia: Ed. Pre Textos; 2003.
8. Ortega y Gasset J. La rebelión de las masas. Rev Occid. 1930:38-9.
9. McWhinney I. The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine. Part II: Transcending the mind-body fault line. Can Fam Physician. 1997 February; 43; 43:193-5, 404-6.
10. Blasco PG. O médico de familia, hoje. São Paulo: Sobramfa; 1997.
11. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen N, Pfaff H. Analyzing the “nature” and “specific effectiveness” of clinical empathy: A theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. Patient Educ Couns. 2009;74:339-46.
12. Stange K. The generalist approach. Editorial - Ann Fam Med 2009; 7:198-203.
13. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC, MD. The Essential Role of Generalists in Health Care Systems Ann Intern Med. 2005; 142:691-9.
14. Fernando Pessoa. Mensagem. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 1976.
15. Marias J. Breve Tratado de la Ilusión. Madrid: Alianza Editorial;2001.
16. Palmer PJ. The Courage to Teach. S.Francisco:Jossey-Bass;1998.
17. Cantalamessa, R. Il Canto dello Spirito. Milano: Ancora; 1998.
18. Marañón G. “Mi homenaje a Francisco Huertas”. En: Obras Completas, v III (conferencias). Madrid: Espasa Calpa;1967.p.285.
19. Tamaro S. Escucha mi voz. Barcelona: Seix Barral; 2007.
20. Escrivá JM. Sulco. Madrid: Rialp;1986.n.949.
21. D’Ors E. Aprendizaje y Heroísmo. Pamplona:Eunsa;1973.

*Recebido em 29 de julho de 2010
Aprovado em 24 de agosto de 2010*