

O cuidado na prática médica

Care in medical practice

El cuidado en la práctica médica

Venâncio Pereira Dantas Filho*

Flávio César de Sá**

RESUMO: Todos têm consciência que passamos por uma crise na relação médico-paciente. Uma profunda reflexão se faz necessária para que possamos compreender as causas principais dessa crise. Ao rever as bases históricas das origens da medicina, entendida como arte e ciência, e a evolução dos conhecimentos científicos, culminando na modernidade e mudança da perspectiva da atividade médica nessa época, os autores chegam ao entendimento do fundamental papel desempenhado pelo Relatório Flexner na formação de uma mentalidade cientificista na formação médica, que tanto tem deteriorado os alicerces da relação médico-paciente. Somente conhecendo esse histórico poderemos compreender a realidade da situação e trazer novamente à cena os verdadeiros objetivos da prática médica. Certamente esses caminhos passam pelo resgate e fortalecimento de uma atitude que promova o humanismo, a ética e o cuidado no dia a dia da medicina.

PALAVRAS-CHAVE: Relações médico-paciente. Humanização da assistência. Bioética.

ABSTRACT: We all know that we are currently a crisis in the doctor-patient relationship. A deep reflection is necessary so that we understand the root causes of this crisis. When reviewing the historical bases of the origins of medicine, understood as an art and a science, and the evolution of scientific knowledge, culminating in modernity and the change of the perspective of medical activity at our time, we understand the instrumental role the Flexner Report had in creating a scientificist mentality in medical training, that has so deeply affected the foundations of the doctor-patient relationship. Only knowing this history will we be able to understand the reality of the situation and to bring again to central stage the true objectives of medical practice. This no doubt requires the rescue and reinforcement of an attitude that promotes a humane attitude, ethics and care in daily medical practice.

KEYWORDS: Physician-patient relations. Humanization of assistance. Bioethics.

RESUMEN: Todos sabemos que hoy se vive una crisis en la relación doctor-paciente. Una reflexión profunda es necesaria de modo que entendamos las causas originales de esta crisis. Al repasar las bases históricas de los orígenes de la medicina, entendida como un arte y ciencia, y la evolución del conocimiento científico, culminando en la modernidad y el cambio de la perspectiva de la actividad médica en nuestro tiempo, entendemos que el papel vital que el informe Flexner tubo en la creación de una mentalidad cientificista en el entrenamiento médico, que ha afectado tan profundamente a las fundaciones de la relación doctor-paciente. Solamente conociendo esta historia podremos entender la realidad de la situación y traer otra vez a la posición central los objetivos verdaderos de la práctica médica. Esto sin duda requiere el rescate y el refuerzo de una actitud que promueva una actitud humana, la ética y el cuidar en la práctica médica.

PALABRAS LLAVE: Relaciones médico-paciente. Humanización de la atención. Bioética.

*“A vida é curta, a arte é longa,
a ocasião fugidia, a experiência
enganosa, o julgamento difícil.
É preciso não somente fazer o que
convém, mas ainda fazer com que
o doente, os assistentes e as coisas
exteriores contribuam para tanto”*

*Primeiro Aforisma -
Hipócrates - c. 400 a.C.*

Introdução

É marcante nos dias de hoje um grande movimento para a mudança

e para a renovação. Nesses tempos de crise, uma das fortes tendências da nossa cultura é buscar voltar às origens de muitas práticas e tradições. Essa busca e reavivamento das práticas primeiras dá-nos uma sensação de “pureza” bastante gratificante. No campo da prática médica, essa abordagem pode também auxiliar em uma ampla reavaliação dos seus métodos atuais, uma revisão dos fundamentos que ajude a direcionar seus novos rumos¹.

Apesar da evolução e avanço dos conhecimentos atuais, certamente a medicina não pode ser considerada uma ciência exclusivamente exata (mesmo que alguns queiram isso), tampouco uma ciência eminentemente biológica. Por lidar diretamente com pessoas, a medicina passa também obrigatoriamente pelas ciências humanas.

Nessa encruzilhada de saberes, instala-se a prática médica, um acervo milenar de recursos que

* Médico neurocirurgião do HC UNICAMP. Professor Doutor do Módulo de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Membro do Centro Interdisciplinar de Bioética da FCM UNICAMP.

** Professor Doutor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM UNICAMP. Coordenador do Módulo de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Membro do Centro Interdisciplinar de Bioética da FCM UNICAMP. E-mail: flaviosa72@gmail.com

nasceu primeiramente para cuidar do ser humano. Cuidar, vem do latim *cogitare* - pensar, dar atenção, levar em consideração^{2,3}.

Todos nós, seres humanos, sabemos, ou deveríamos saber, o quão vulneráveis somos, o quão frágil é a nossa existência e o quão necessário é o cuidado para cada um de nós. Portanto, essa necessidade de cuidar e ser cuidado nasce juntamente com o humano: “De médico e de louco, todo mundo tem um pouco...”, já diz há muito tempo a sabedoria popular. A medicina nasceu dessa necessidade do cuidado, assumindo esse mister, desde os tempos imemoriais nas figuras dos xamãs e curandeiros tribais. A prática médica representa, nada mais, nada menos, que a acumulação dos recursos utilizados no cuidado que vão se tornando disponíveis com o passar do tempo.

Por muitas razões, todos temos consciência que, lamentavelmente, a medicina moderna acabou por afastar-se dessa sua missão fundamental, mas notamos, também, que a sociedade atual tem cobrado cada vez mais dos médicos uma postura mais humana, um retorno do cuidar às suas origens, a volta do humano na sua prática diária.

A medicina sempre foi definida na tradição hipocrática, desde os seus primórdios, como a “arte e ciência” da cura⁴. Arte (lat. *ars, artis*) pode ser conceituada como o conjunto de preceitos necessários para a execução de alguma atividade, engenhosidade, ganhando *status* de ofício quando relacionada a algumas habilidades específicas. O conceito amplo de ciência (lat. *scientia*) faz referência ao conjunto de conhecimentos obtidos e acumulados a partir da observação e experiência. Assim, podemos entender que a ciência médica é o conjunto de saberes acumulados durante milênios, que deve dar fundamento ao melhor desempenho possível

da atividade do cuidado como arte. Podemos entender, ainda, ciência como tudo aquilo que assinamos “nós”, tudo aquilo que é construção de certa forma padronizada e realizada por inúmeros autores. Já arte se refere àquilo que assinamos “eu”, significando o nosso desempenho particular e pessoal de todo um conhecimento acumulado ao longo do tempo.

Desse modo, ciência é um conceito mais próximo do “tratar”, enquanto arte se relaciona mais diretamente com “cuidar”. Parece claro que, nos dias de hoje, a ênfase científica exagerada no âmbito da medicina, a busca desenfreada pela cura, desequilibra bastante essa relação e aumenta sobremaneira a necessidade de um resgate do cuidado na prática clínica e de um revigoramento do seu desempenho como arte.

Reflexões sobre a relação médico-paciente

Nos últimos anos, a crescente conscientização da sociedade sobre seus próprios direitos, as novas noções de direitos do consumidor (havendo inclusive pressões para que a relação médico-paciente seja avaliada exclusivamente por essa perspectiva) e o grande declínio do paternalismo médico têm chamado atenção para uma revisão da relação médico-paciente.

Recentemente, vários esforços têm sido dispendidos para orientar uma atividade médica mais voltada para preocupações éticas e legais. O Manual de Ética Médica da Associação Médica Mundial⁵ representa um desses esforços, baseando a relação médico-paciente moderna principalmente no tripé respeito, competência e confidencialidade.

Apesar das nobres intenções dessa iniciativa, cabe aqui alguma crítica sutil. O respeito, principalmente nos âmbitos de influência

norte-americana, tende a se focar unicamente no respeito à autonomia do paciente, autonomia que representa a grande vitória da cultura individualista ocidental moderna; a competência aparece, também, como o baluarte das sociedades competitivas do nosso tempo, e a confidencialidade tende a aparecer como uma tentativa heróica de proteção à nossa frágil privacidade nesses tempos de exposições midiáticas espetaculares, voluntárias ou não. Essas iniciativas, infelizmente, deixam eventualmente transparecer que aparecem muito mais como resposta a cobranças jurídicas por parte dos pacientes e sociedade nos dias de hoje, que tendem a reduzir a relação médico-paciente a uma perspectiva unicamente contratualista, legalista, levando inevitavelmente a uma deletéria mentalidade defensiva na prática médica.

O pensamento moderno e a prática médica

Ser um bom médico certamente não depende da quantidade e da qualidade da tecnologia incorporada à prática. A medicina é uma profissão muito antiga e sempre existiram bons médicos. Um bom médico no começo do século XX não dispunha de antibióticos eficazes, de tomografia computadorizada, de anestésicos potentes, de equipamentos de ultrassom, e mesmo assim havia bons profissionais, capazes de realizar seu trabalho com competência e reconhecimento.

O que aconteceu para o médico se transformar em um mero aplicador de tecnologia, como ocorre nos dias de hoje?

Desde Galileu, passando por Descartes, Locke, Newton e tantos outros, o pensamento moderno foi se estruturando. A religião foi deixando de ser necessária para explicar o mundo. O pensamento

lógico, orientando a ciência, vai revelando os segredos da natureza e dispensando a intervenção divina. Na segunda metade do século XIX, Darwin retirou o homem do centro da criação com a teoria da evolução das espécies. No começo do século XX, uma verdadeira revolução aconteceu no âmbito da medicina: em um curto espaço de tempo ocorreram grandes avanços na fisiologia, na microbiologia, na epidemiologia, na psicologia, enfim, em todos os campos do saber que se dedicavam ao entendimento de como as doenças aconteciam. O médico dessa época precisa obrigatoriamente incorporar todo esse conhecimento científico em sua prática, conhecer todos os micróbios, todos os parasitas, fungos, o funcionamento do coração, rins, cérebro, pulmões; a maneira de agir dos hormônios, a farmacologia de um sem número de novos medicamentos. É nesse momento histórico de mudança que aparecem Abraham Flexner e seu famoso relatório⁶.

Flexner era um homem do seu tempo, um homem moderno, que acreditava na promessa de um mundo melhor que chegaria pela incorporação da ciência à vida das pessoas. Como educador, sabia que o melhor meio de fazer todo esse conhecimento fazer parte do cotidiano das pessoas era pela educação. E foi com esse pensamento que Flexner produziu o relatório que mudaria definitivamente o ensino médico e, posteriormente, todos os outros campos de ensino na área da saúde.

Contratado pela *Carnegie Foundation*, prestigiosa fundação norte-americana voltada para o ensino, Flexner visitou, nos anos de 1908 e 1909, todas as escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. A partir dessas visitas emitiu seu relatório, *Medical Education in the United States and Canada*, publicado em 1910.

Esse relatório, que ficou conhecido desde então simplesmente como Relatório Flexner, teve um efeito devastador: das 155 escolas médicas visitadas, apenas 31 foram consideradas como tendo condições para continuar o ensino da medicina. Segundo Flexner, na grande maioria das escolas não se exercia um ensino com bases científicas, não havia laboratórios adequados para treinamento, e os professores não tinham controle algum sobre os hospitais e clínicas frequentados pelos alunos. Nos anos que se seguiram à publicação do relatório, praticamente todas essas escolas fecharam suas portas. As outras trataram de seguir as sugestões dadas por Flexner. O curso foi dividido em básico, de dois anos, para o ensino dos fundamentos científicos da prática médica, e clínico, de mais dois anos. Algum tempo depois, o curso ganharia outros dois anos de prática clínica supervisionada, o internato. Esta é a estrutura básica de ensino médico, conhecido como modelo flexneriano, que se mantém até hoje na maioria das escolas médicas no mundo.

À verdadeira obsessão em que se transformou a incorporação da ciência ao ensino médico, somou-se a enorme pressão da florescente indústria farmacêutica e de equipamentos para que os futuros médicos aprendessem a receitar remédios adequados e usar tecnologia moderna para diagnóstico e tratamento. Estes fatores contribuíram para tornar o conteúdo curricular do curso de medicina cada vez mais extenso, exigindo horas e horas nas bancadas dos laboratórios e, posteriormente, à beira do leito dos pacientes. O curso passou a parecer pequeno frente ao desafio de ensinar toda a complexidade que envolvia a prática médica. O resultado foi uma progressiva redução dos conteúdos que não mostravam ligação direta com a prática da “me-

dicina científica”. Dessa forma, ao longo das décadas seguintes, foram sendo reduzidos, ou simplesmente excluídos, os programas de sociologia, antropologia, filosofia, história da medicina e ética. A maioria das escolas médicas no Brasil, na década de 80, restringia o ensino de ética à discussão do Código de Ética Médica e de Deontologia Médica⁷.

Muitas gerações de médicos foram formadas neste contexto durante o último século. Muito significativa e ilustrativa nos parece a cena da aula inaugural do *Medical College of Virginia*, mostrada no filme “Patch Adams – O Amor é Contagioso” (dirigido por Tom Shadyak e estrelado por Robin Williams, 1998). O preceptor dos novos alunos do primeiro ano do curso médico (Dr. Dean Walcott, interpretado por Bob Gunton) diz com ar magistral, antes de ser calorosamente aplaudido por todos ao final do discurso que explica qual o papel da faculdade de medicina: “Vamos levar a cabo nossa missão rigorosa e implacável de desumanizar todos vocês e transformá-los em algo melhor: Vamos transformá-los em médicos”. Essa perspectiva exemplifica bem a mentalidade que tomou conta da formação médica, em que o senso de humanidade, o cuidado e os aspectos éticos da relação médico-paciente passaram a atrapalhar o que era considerado a boa prática da medicina.

Para ser considerado um bom profissional, o médico devia conhecer profundamente os aspectos científicos da medicina, dominar o uso dos equipamentos terapêuticos e diagnósticos e não se envolver emocionalmente com os seus pacientes ou familiares. Não devia se preocupar de forma alguma com qualquer outro aspecto “não-científico” da relação médico-paciente. Esta parte do tratamento passou a ser relegada a um segundo plano, desprestigiada e até ridicularizada,

passando a ser objeto da atenção de outros profissionais da equipe de saúde.

Quanto melhor era considerado o médico, mais frio e distante daqueles que o procuravam. O resultado dessa postura foi se tornando claro nos anos seguintes: ao se transformar a relação médico-paciente em uma relação praticamente contratual, excluiu-se o principal componente desta relação a confiança mútua. Chega-se, hoje, ao extremo de se comparar a relação médico-paciente à relação do consumidor com o fornecedor de serviços ou equipamentos, sendo essa relação inclusive regulada por novos códigos e leis. O grande aumento do número de denúncias e processos contra médicos é resultado, quase que exclusivamente, dessa deterioração e mudança do ponto central da relação médico-paciente. Nos Estados Unidos, o preço dos seguros contra má prática médica aumentou tanto nos últimos anos, que praticamente inviabilizou o exercício de algumas especialidades médicas particularmente expostas, como obstetria e cirurgia plástica.

Crítica ao modelo moderno de consulta médica

Serve como exemplo dessa mentalidade cientificista o contato inicial e direto do médico com o paciente que se dá na consulta médica. O modelo de consulta médica tradicionalmente ensinado nas faculdades no início do curso clínico inclui a anamnese e o exame físico. A anamnese (do grego *anamnesis* - recordação) contém a queixa principal, a história pregressa da doença atual, o interrogatório sobre os diversos aparelhos e os antecedentes pessoais e familiares. Passa-se, então, ao exame físico geral e especial, chegando à formulação das hipóteses diagnósticas, solicitação de exa-

mes complementares e orientação do tratamento.

A anamnese tem sido ensinada e treinada como um grande *check list* que deve ser preenchido rápida e objetivamente, seguido por um exame físico já orientado para a hipótese diagnóstica que deve ser, o mais rapidamente possível, confirmada e documentada pelos exames complementares. Quanto mais exames, quanto maior a complexidade, quanto maior a quantificação das variáveis biológicas dos pacientes, maior a qualidade e segurança da consulta em si e da indicação terapêutica dela originada. Tudo o que foge desse modelo padronizado pertence a uma espécie de subproduto da consulta médica, conhecido como relação médico-paciente.

Algumas reações

A partir do final da década de 80, no Brasil e no mundo, apareceram várias tentativas de reversão desta situação.

Algumas relevantes incluem a Associação Médica Mundial, por meio da Resolução de Tel Aviv, 1999, que recomenda a implantação de disciplinas que incluam ética médica e direitos humanos nos currículos das escolas médicas. Eis a íntegra da resolução⁸:

Resolução de Tel Aviv

Sobre a inclusão de Ética Médica e de Direitos Humanos no currículo das escolas médicas do mundo (adotada pela 51^a Assembléia Geral da Associação Médica Mundial em Tel Aviv, Israel, em outubro de 1999)

1. Considerando que a ética médica e os direitos humanos formam parte integral do trabalho e da cultura da profissão médica, e
2. Considerando que a ética médica e os direitos humanos for-

mam parte integral da história, da estrutura e dos objetivos da Associação Médica Mundial,

Resolve que a Associação Médica Mundial recomenda firmemente às escolas médicas no mundo inteiro que o ensino de ética médica e dos direitos humanos sejam incluídos como matéria obrigatória em seus currículos.

As diretrizes curriculares do curso de Medicina, publicadas pelo Conselho Nacional de Educação⁹ em novembro de 2001, trazem, em seu artigo 3º - "O Curso de Graduação em Medicina tem como perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano". Ainda, no artigo 4º, que descreve as competências profissionais: "Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo". Nas definições de conteúdo: "Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. Devem contemplar:

- II - compreensão dos determinantes sociais, culturais, com-

portamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença”.

A Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO¹⁰ traz, em seu artigo 23 – Informação, Formação e Educação em Bioética: “De modo a promover os princípios estabelecidos na presente Declaração e alcançar uma melhor compreensão das implicações éticas dos avanços científicos e tecnológicos, em especial para os jovens, os Estados devem envidar esforços para promover a formação e educação em bioética em todos os níveis, bem como estimular programas de disseminação de informação e conhecimento sobre bioética.”

Praticamente todas as propostas de reforma curricular em andamento hoje no país incluem uma ampliação da formação dos futuros médicos nos aspectos éticos e humanísticos da profissão.

A reforma curricular do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, iniciada em 1989, teve como um dos eixos centrais os aspectos éticos e humanísticos da formação do médico^{11,12,13}.

Conclusões

Normatiza o Código de Ética Médica, Capítulo I, Princípios Fundamentais:

Art. 1º - A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 2º - O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional.

Muitos se perguntam se ética, e por conseguinte bioética, seria realmente passível de ser ensinada a pessoas adultas. O desempenho ético dos indivíduos seria consequência de sua educação moral nas tenras idades, o que definiria definitivamente o seu caráter, dividindo, assim, a humanidade em um grupo de pessoas boas e outro, de pessoas más. Os autores acreditam, assim como Kottow, Schramm¹⁴, que não só é possível seu ensino, como este se faz urgente, principalmente na formação médica. Portanto, é necessária a criação de disciplinas com conteúdo substancial, que visem a fornecer subsídios e recursos resolutivos para o enfrentamento de novas situações que se apresentam na prática médica todos os dias. Um sólido embasamento técnico-científico juntamente com uma formação humanística e bioética consistente, que permita o entendimento integral da pessoa humana e suas variabilidades, deve ser o ob-

jetivo da formação do médico neste início de terceiro milênio^{15,16}.

A relação médico-paciente pode ser entendida como um ritual (lat. *ritualis* - relativo a rito, conjunto de regras e cerimônias que se devem observar na prática de uma atividade social ou religiosa) e todo ritual confere graça a quem recebe e poder a quem ministra, tendo seu resultado final garantido pela confiança (fé) entre os envolvidos. Se os objetivos se resumirem ao bem-estar do paciente e aquisição de poder por parte do médico (leia-se aqui interesses financeiros principalmente), instala-se aí um conflito de interesses, que vai corroendo a confiança e com ela as bases da relação médico-paciente. Resta-nos resgatar a finalidade última dessa relação: a saúde do ser humano e excluir qualquer tipo de conflito de interesses. Resaltamos que a medicina não está a serviço do ser humano, de suas vontades e caprichos, o que tem levado nos dias de hoje a situações que beiram a “ditadura do paciente”; não, a medicina deve estar à serviço da saúde do ser humano.

Reabilitar a relação médico-paciente, fortalecendo a confiança mútua na relação, é o nosso grande desafio, entendendo que obrigatoriamente esse caminho passa pelo cuidado com o ser humano. Somente por essa via todos nós poderemos tirar o máximo possível de bons resultados dessa milenar relação.

REFERÊNCIAS

1. Kemp K. Corpo modificado, corpo livre? São Paulo: Paulus; 2005. [Coleção Questões Fundamentais]
2. Cunha AG. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 2ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
3. Ferreira ABH. Dicionário da Língua Portuguesa. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1993.
4. Salem J. Hipócrates: conhecer, cuidar, amar, o juramento e outros textos. São Paulo: Landy; 2002.
5. World Medical Association. Medical Ethics Manual. The World Medical Association; 2005.
6. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. Rev Bras Educ Méd. 2008;32(4):492-9.

7. Dantas F, Guimarães de Souza E. Ensino da deontologia, ética médica e bioética nas escolas médicas brasileiras: uma revisão sistêmica. *Rev Bras Educ Méd.* 2008;32(4).
 8. França GV. Comentários ao Código de Ética Médica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
 9. Brasil. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Brasília: MEC; 2001.
 10. UNESCO. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; 2005.
 11. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e pacientes. São Paulo: CREMESP; 2001.
 12. Sá FC. O ensino de bioética e ética médica na FCM. *Boletim da FCM 2005* [citado 16 Maio 2009];1(6):6. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/>
 13. Dantas Filho VP, Sá FC. Ensino médico e espiritualidade. *Mundo Saúde.* 2007;31(2):273-80.
 14. Kottow M, Schramm FR. Desenvolvimento moral em bioética: etapas, esquemas e âmbitos morais? *Rev Bras Educ Méd.* 2001;25(2):25-31.
 15. Siqueira JE. Ensino de bioética. In: Segre M, editor. *A questão ética e a saúde humana.* São Paulo: Atheneu; 2006.
 16. Siqueira JE. Educação médica em bioética. *Rev Brasil Bioética.* 2007;3(3):301-27.
-

Recebido em 26 de fevereiro de 2009
Aprovado em 18 de março de 2009