



ESTÁGIO PARA ESTUDANTES DE MEDICINA

**Artigos Seleccionados de Autoria
dos Professores da SOBAMFA
para Leitura Antes do Início do
Estágio**

**ARTIGOS SELECIONADOS DE
AUTORIA DOS
PROFESSORES DA SOBRAMFA**

**É recomendada a leitura antes do início do
estágio**

SUMÁRIO

1. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados ----- PG 4
2. A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos -----PG 9
3. Educação Médica Centrada no Estudante: uma adaptação do modelo de Stange e McWhinney (ou dos 4 quadrantes) -----PG 20
4. Era uma Vez... Narrativas em Medicina -
----- PG 29
5. From suffering to transcendence -- PG 36
6. Even a little magic ----- PG 39
7. El arte de curar: el médico como placebo ----- PG 41

Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados

Pablo González Blasco^a, Marco Aurélio Janaudis^b y Marcelo Rozenfeld Levites^c

La reunión clínico-científica semanal* trae a discusión los casos interesantes o, con mayor frecuencia, los casos de pacientes cuyo abordaje y tratamiento suscitan dudas en el médico responsable de sus cuidados. La discusión permite que todos colaboren para una mayor comprensión del caso, se hace posible revisar la literatura médica pertinente y aplicar las mejores evidencias para proporcionar al enfermo el tratamiento más adecuado. Ese modo de proceder no tiene, en sí, nada de novedoso: debe ser el modo normal de funcionamiento de cualquier servicio de atención médica que se preocupe por la calidad en la atención a los pacientes y por el crecimiento científico y la formación de excelencia de sus integrantes.

Esta semana se discute un caso que suscita dudas, más dudas que las habituales, llama la atención, hace pensar. Se trata de un pa-

ciente de 40 años que tuvo 2 episodios de accidente cerebrovascular y al que le ha quedado una hemiplejía como secuela y permanece postrado en la cama. Quien le cuida es su hermana, con quien discute con frecuencia, la maltrata y no se deja cuidar; también es poco delicado con la fisioterapeuta que le atiende en su casa. Está muy delgado, no quiere comer y, por lo que su hermana cuenta, era un alcohólico que tiene «problemas de hígado». Parece que la última semana tuvo episodios de un empeoramiento franco, como si fuera a desfallecer y, tras solicitar la atención del servicio de urgencias, el médico que se desplazó para visitarlo recomendó que fuera hospitalizado, por la gravedad del caso; «No le doy ni 20 días de vida en esta situación en la que se encuentra. Hay que ingresarlo». Semejante afirmación dejó los nervios a flor de piel a la hermana, principal cuidadora, que llamó al médico responsable de nuestro equipo.

Volvemos a nuestra discusión. Las preguntas lógicas se suceden: ¿tuvo de hecho un accidente cerebrovascular?, ¿se comprobó mediante tomografía computarizada cerebral? Y la función hepática ¿cómo está? ¿Y las enzimas, la coagulación y las proteínas? ¿Tiene o no cirrosis? Por último, ¿por qué el enfermo permanece en la cama si tiene una hemiplejía que le permite moverse? Son, todas, preguntas lógicas, que proceden... pero está faltando algo en la discusión.

Surge la pregunta «disonante», algo que no estaba previsto. «¡Un momento! ¿Quién es este enfermo? ¿Qué hace un varón de 40 años, hemipléjico, en la cama? ¿Por qué lo cuida su hermana? ¿No está casado? ¿Por qué no quiere comer? ¿Por qué maltrata a su hermana y recusa sus cuidados, y los de la fisioterapeuta, y la alimentación? ¿Quién es este hombre? ¿Cuál es su sufrimiento? ¿Qué es lo que busca?

LECTURA RÁPIDA

Esta semana se discute un caso que suscita dudas, más dudas que las habituales.

Se trata de un paciente de 40 años que tuvo 2 episodios de accidente cerebrovascular y al que le ha quedado una hemiplejía como secuela y permanece postrado en la cama. Quien le cuida es su hermana, con quien discute con frecuencia, la maltrata y no se deja cuidar.

Surge la pregunta «disonante», algo que no estaba previsto.

¿Qué hace un varón de 40 años, hemipléjico, en la cama? ¿Por qué lo cuida su hermana? ¿No está casado? ¿Por qué no quiere comer?

*Reunión Científica semanal en SOBRAMFA-Sociedad Brasileña de Medicina de Familia. www.sobramfa.com.br

^aSociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

^bMedicina de Família. Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

^cMedicina de Família. Programa Fitness de Residência Médica em Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMFA). São Paulo, Brasil.

Correspondencia:
P. González Blasco.
SOBRAMFA, Sociedade Brasileira de Medicina de Família
Rua das Camélias, 637. 04048-061 São Paulo SP, Brasil.
Correo electrónico: pgblasco@uol.com.br
pblogb@sobramfa.com.br

Manuscrito recibido el 7-4-2006.
Manuscrito aceptado para su publicación el 3-5-2006.

Palabras clave: Humanismo. Medicina de familia. Educación médica. Cuidados globales de la salud. Atención primaria.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

- ▼ Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente.
- ▼ «La hermana lo cuida porque su madre, momentos antes de morir, la hizo prometer que le cuidaría, porque *tu hermano tiene problemas desde la adolescencia.*»
- ▼ La madre del paciente, que le cuidó y conocía todos sus problemas –esos a los que los médicos permanecen ajenos, ocupadísimos en ver la presión arterial y la función hepática–, esa mujer, que con sabiduría pasó el testigo de cuidadora a la hija y hermana, nos da las orientaciones para cuidar del enfermo.
- ▼ La ciencia médica, la medicina de punta, exige un nuevo humanismo. Una postura que sepa colocar en el mismo razonamiento la función hepática y las secuelas neurológicas con el sentido de la vida; las transaminasas y la albúmina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida.
- ▼ Es verdad que las narraciones son una preocupación educacional en el contexto de la medicina de familia.

Silencio. Reflexión. Las respuestas no van a aparecer en forma de exámenes de laboratorio ni de resultados de diagnóstico por imagen. Hay que buscar de un modo diferente, con mirada diferente. Es necesario oír al enfermo; puede ser que no lo hayamos hecho hasta ahora, muy preocupados con los parámetros de la enfermedad, con el sustrato anatomopatológico, y distraídos de quién es el enfermo, la persona que padece todo esto.

Alguien, tímidamente, colabora con una nueva información. «El paciente está casado, pero la mujer le dejó porque bebía. Eso lo contó su hermana». Le sigue otra pregunta: «¿Y por qué lo cuida la hermana? ¿No está casada y con hijos? ¿No vive el paciente en su casa? ¿Y el cuñado –marido de la hermana– qué piensa de todo este asunto? ¿Qué le parece tener un enfermo en su casa, que se pelea con quien quiere cuidarle y les da trabajo extra?» Nuevas informaciones llegan, lentamente, como con cuentagotas. «La hermana lo cuida porque su madre, momentos antes de morir, la hizo prometer que le cuidaría, porque *tu hermano tiene problemas desde la adolescencia.*»

Poco a poco se hace la luz sobre el caso. La madre del paciente, que le cuidó y conocía todos sus problemas –esos a los que los médicos permanecen ajenos, ocupadísimos en ver la presión arterial y la función hepática–, esa mujer, que con sabiduría pasó el testigo de cuidadora a la hija y hermana, nos da las orientaciones para cuidar del enfermo. No para resolver el caso, porque no parece que tenga solución fácil, por lo menos de inmediato; pero sí para que le cuidemos, como ella hizo en vida, como ahora hace su hermana. Se debe esperar que nosotros sepamos cuidar del enfermo, de un modo más profesional, con ciencia médica, iluminados por la actitud de estas 2 mujeres.

¿Qué es lo que postra permanentemente en el lecho de dolor a un hombre de 40 años, que se presenta sin ningunas ganas de mejorar, que recusa la ayuda que le brindan con sacrificio y con tiempo que se roba a la propia familia? ¿Cómo está su autoestima, y por qué adelgaza a cada día? ¿Quiere vivir? Son, todas, preguntas complejas. Pero son preguntas que el médico tiene que hacerse si quiere, de verdad, cuidar al enfermo. Cuestiones que preparan el espíritu del médico para que sepa sentarse –en una si-

lla, que es, en el decir de D. Gregorio Marañón, el mejor instrumento del médico– sin prisas. Y para aprender a oír, escuchar con disposición de acogimiento y conocer de labios de un casi guiñapo humano la historia de vida que tiene a contar.

La ciencia médica, la medicina de punta, exige un nuevo humanismo. Una postura que sepa colocar en el mismo razonamiento la función hepática y las secuelas neurológicas con el sentido de la vida; las transaminasas y la albúmina combinada con la humillación, el sufrimiento y la pérdida. Una ciencia que es arte y por eso consigue colocar en la misma ecuación dimensiones tan dispares que aparentemente no se mezclan. En verdad, están completamente mezcladas en la vida: la protrombina y el desánimo, los neurotransmisores y el cansancio de vivir, los hepatocitos y la indignación.

Al final de una reunión que se presentó llena de sorpresas, alguien se atreve a preguntar si los artículos que escribimos los que estamos a vueltas con la medicina de familia, donde proponemos crear un nuevo humanismo, moderno, capaz de asimilar los progresos técnicos con un abordaje antropológico también moderno y actualizado, se entienden, llegan al lector. Probablemente, la respuesta es negativa. Porque la teoría, cuando es enunciada, puede ser comprendida y hasta digerida. Pero sólo se percibe su alcance, todo lo que se encierra en ella, cuando se hace transparente en una historia como la que hoy ilustró nuestra reunión clínica, monopolizándola por completo.

Es verdad que las narraciones son una preocupación educacional en el contexto de la medicina de familia. Narraciones, historias de vida, que permiten contemplar el mundo del paciente, conocerlo como persona, para poder cuidarlo de modo competente. Aun así, existe la tendencia de pensar que las narraciones son «la otra cara de la moneda», un complemento de la ciencia positiva, lo que no es posible medir con resultados de laboratorio. Como si fuera solamente una metodología que amplía nuestro modo de mirar para intentar conocer a la persona y centrar en ella los cuidados, sin detenerse en la molestia que le acomete. Un abordaje necesario e imprescindible, pero que corre el riesgo de ser

«complementario», sólo eso, la otra cara de la moneda. La disociación ciencia y arte permanece, como dos fuerzas que actúan sinérgicamente, pero en paralelo, y por tanto no se encuentran nunca. No es posible, con esa perspectiva, colocar en la misma ecuación la albúmina sérica y el rencor de la soledad, que en la vida, en el paciente en cuestión, se dan en sorprendente simultaneidad. La actuación médica quedaría así condenada a sencillas posturas complementarias, aun siendo competentes y saturadas de compasión.

El pensador francés Gustave Thibon¹ reúne en un volumen un conjunto de ensayos, a los que da el título de «El equilibrio y la armonía». El equilibrio es composición de fuerzas contrarias, solución de compromiso, resultante de vectores que se anulan entre sí. La armonía es el perfecto encajarse de las partes en un todo, de modo que colaboren para una misma finalidad. Y, citando a Victor Hugo, comenta: «Por encima del equilibrio está la armonía, por encima de la balanza está el arpa».

Los estudiosos del tema², preocupados con la falta de humanismo de los médicos, mucho comentan del equilibrio que siempre hubo en medicina, entre las dos facetas inseparables que la componen: la medicina como ciencia y la medicina como arte. Los avances científicos vertiginosos requerirían, para mantener ese equilibrio, una ampliación del ámbito del humanismo, esto es, un humanismo a la altura del avance científico. Y sería esta ampliación del humanismo, adaptada a los días actuales, en versión moderna, de la que carecería el proceso de educación médica. De no realizarse esta actualización humanista, se caería en una desproporción que se reflejaría en profesionales formados técnicamente, pero con serias deficiencias humanas. Profesionales deformes, con hipertrofias, sin equilibrio, que naturalmente no conquistan la confianza del paciente que espera un médico equilibrado. Sería, pues, función de la Universidad, de las instituciones formadoras, ampliar el concepto humanista en moldes modernos, abriendo horizontes y nuevas perspectivas. Y, para conseguirlo, se hace necesaria la metodología, la sistemática y el reaprender a hacer las cosas, cuando estas cosas son muchas y están envueltas en alta tecnología, y comandadas por el

progreso científico que avanza por segundos.

Sin quitarle el mérito a los esfuerzos de estos pensadores, y observando la realidad de las acciones así denominadas humanizantes, el error está, tal vez, en buscar el equilibrio y no la armonía. El equilibrio da por supuesto que las fuerzas son antagonicas, que la ciencia moderna apoyada en evidencias tiene que ser sazónada con actitudes humanitarias como, por ejemplo, oír con cariño la historia del paciente y sentir compasión. Reconocemos que eso es ya un enorme progreso y un avance sobre lo que, infelizmente, contemplamos diariamente, donde el paciente es un mero coadyuvante, muchas veces molesto, y el médico no hace el menor caso de los sentimientos del enfermo. Pero ese equilibrio es insuficiente, le falta consistencia. Continúan siendo dos actitudes que no se mezclan, como agua y aceite. El agua clara de las evidencias, y el aceite que conforta. Pero cada uno con su densidad propia, y aplicadas cada una a su tiempo y en su momento. Esa «esquizofrenia de actuación médica» es insostenible de por sí, dura poco, y cuando el médico se cansa, prestará atención a una en perjuicio de la otra.

Quién sabe si es éste el momento de invocar la construcción de armonía, y saber tocar, con cuerdas diferentes para conseguir el acorde perfecto. Equilibrio es asumir una composición monotónica, o ciencia, o arte, un poco de albúmina y medidas dosis de afecto. Armonía es colocar cada competencia en su lugar y tener alma de artista para saber tocar en el arpa de la vida –de aquella persona que es única– las cuerdas de tonalidades diferentes. Y de esta manera, incorporar este modo polifónico –con variedad de instrumento, con silencios y compases de espera, con *staccatos* y *pianisimos*– en la sinfonía de la vida humana, que la medicina tiene que acompañar si quiere ser de verdad eficaz. Así tienen que ser las discusiones clínicas y así tienen que ser formados los médicos competentes del siglo XXI.

Estas reflexiones sobre armonía y sobre la habilidad impar de juntar, en un solo golpe, ciencia y arte, enzimas y compasión, entendimiento fisiopatológico y cuidados de atención, traen a la memoria una novela contemporánea que habla del arte y de la

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Existe la tendencia de pensar que las narraciones son «la otra cara de la moneda», un complemento de la ciencia positiva, lo que no es posible medir con resultados de laboratorio.

▼
Los estudiosos del tema, preocupados con la falta de humanismo de los médicos, mucho comentan del equilibrio que siempre hubo en medicina, entre las dos facetas inseparables que la componen: la medicina como ciencia y la medicina como arte.

▼
El error está, tal vez, en buscar el equilibrio y no la armonía. El equilibrio da por supuesto que las fuerzas son antagonicas, que la ciencia moderna apoyada en evidencias tiene que ser sazónada con actitudes humanitarias como, por ejemplo, oír con cariño la historia del paciente y sentir compasión.

▼
Continúan siendo dos actitudes que no se mezclan, como agua y aceite. El agua clara de las evidencias, y el aceite que conforta.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼ Armonía es colocar cada competencia en su lugar y tener alma de artista para saber tocar en el arpa de la vida –de aquella persona que es única– las cuerdas de tonalidades diferentes.

▼ Humanismo como armonía, como virtuosismo musical es, para el médico, verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural; es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología.

▼ Gregorio Marañón, médico humanista y profundo conocedor de esta simbiosis armónica, advierte: «El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y aunque esté lleno de entusiasmo por la ciencia, debe estar dispuesto a adoptar la postura paradójica de defender al individuo, cuya salud le es confiada, contra el propio progreso científico»⁸. En otras palabras: es preferible abdicar de una ciencia que es falsa que capitular en la conquista de la armonía en beneficio del paciente.

ciencia del esgrima³. El maestro Jaime de Astarloa, caballero a la vieja usanza, pasó toda su vida buscando el golpe perfecto y lo encontró, finalmente, en momentos que eran mortales de necesidad. El golpe perfecto, que une todo en la armonía de los cuidados: un buen ejemplo, un desafío de espadachines, para el médico moderno.

Éstos son los acordes que permiten al médico recorrer el camino entre la persona enferma y el significado que la enfermedad tiene para el paciente, ya que la enfermedad es para él, paciente, una *manera de estar en la vida*. Una forma de vida que tiene su propio lenguaje y que debe encontrar, en el médico sensible, el receptor necesario para descodificar adecuadamente los significados. Esta actitud, de virtuosismo musical –para dar continuidad a la metáfora de la armonía– es verdadera antropología activa, pues el médico no se limita a la especulación teórica de conceptos; tiene que vivirlas en la práctica. «Para el profesional de la medicina, humanismo y antropología son posibilidad de su autoexigencia, desafíos a su pensamiento racional, niveles de conocimiento en estilo y aspiración ascendente de inconformismo»⁴.

Humanismo es, pues, fuente de conocimientos que el médico utiliza para su profesión. Conocimientos tan importantes –ni más, ni menos– como los adquiridos por otros caminos que le auxilian en el deseo de cuidar del ser humano que está enfermo⁵. Son recorridos diferentes que encuentran en la persona –terreno propio del actuar médico– su meta común y permiten, con la mutua convivencia presidida por el respeto, la unión de fuerzas, la sinergia en la voluntad activa de curar. El humanismo en medicina no es una cuestión temperamental, un gusto individual, ni siquiera un complemento interesante. Todo eso sería colocar «actitudes humanistas» en la balanza, para compensar los excesos de la ciencia. Humanismo como armonía, como virtuosismo musical es, para el médico, verdadera herramienta de trabajo, no un apéndice cultural; es actitud científica, ponderación, resultado de un esfuerzo consciente de aprendizaje y de metodología^{6,7}.

Cuentan que Beethoven, en un momento de inspiración, interrumpió la clase de piano que estaba dando y, sin mayores expli-

caciones, salió a pasear por el campo, entrada ya la noche. Al regresar compuso, de un golpe, su «Claro de Luna», nombre popular de la «Sonata quase fantasia», que parece nunca le agradó. Un buen día, en un sarao, interpretó la composición. Al acabar se le aproximó una dama y le preguntó: «Maestro, ¿qué significa esta maravillosa pieza?». El músico la miró con cierto desprecio y respondió secamente: «Señora, el significado es éste». Y acto seguido, se sentó al piano, interpretó «Claro de Luna» con sus 3 movimientos, se levantó y se fue sin una palabra. Algo de equilibrio racional buscaba la buena señora y encontró por respuesta la armonía genial del compositor.

La inspiración del médico procederá muchas veces de la cuerda de la compasión que vibra con facilidad en un corazón dispuesto a ayudar. Ésa será la nota que dará la tonalidad para el desarrollo posterior de su actuación, para los acordes armónicos del razonamiento clínico. Gregorio Marañón, médico humanista y profundo conocedor de esta simbiosis armónica, advierte: «El médico, cuya humanidad debe estar siempre alerta dentro del espíritu científico, tiene que contar, en primer lugar, con el dolor individual; y aunque esté lleno de entusiasmo por la ciencia, debe estar dispuesto a adoptar la postura paradójica de defender al individuo, cuya salud le es confiada, contra el propio progreso científico»⁸. En otras palabras: es preferible abdicar de una ciencia que es falsa que capitular en la conquista de la armonía en beneficio del paciente.

La reunión llega al final. Las reflexiones aquí anotadas son una pequeña muestra de las otras, de las que cada uno lleva por dentro, y que nos construyen como médicos armónicos, en verdadero ejercicio filosófico de la profesión. En este contexto, las narrativas e historias de vida, ahora completas y armónicas –transaminasas y angustias, albúmina y desamor– tienen su verdadero espacio y función: aproximarnos del ser humano que sufre y espera nuestros cuidados. Nuevamente las palabras de Marañón nos brindan la reflexión final en acorde perfecto: «En varias ocasiones hice notar a los que trabajan a mi lado que un sistema diagnóstico puro, deducido exclusivamente de datos analíticos, deshumanizado, indepen-

diente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el error fundamental de olvidar la personalidad, que tanta importancia tiene en las etiologías y para estipular el pronóstico del enfermo y enseñarnos a nosotros, médicos, lo que podemos hacer para aliviar sus sufrimientos»⁸. Sólo nos resta añadir, delante de esta armonía: ¡bravo, bravísimo, Don Gregorio!

Bibliografía

1. Thibon G. El equilibrio y la armonía. Barcelona: Belacqua; 2005.
2. Robb D. Ciência, Humanismo e Medicina. Rasegna. 1988;3:21-32.
3. Pérez-Reverte A. El maestro de Esgrima. Madrid: Narrativa Mondadori; 1988.
4. Monastério F. Planteamiento del humanismo médico. Humanismo y medicina I. I Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, 1982.
5. Blasco PG. Medicina de Família: um caminho para humanizar a Medicina. Revista Notandum. 2002;9:51-60. Disponible en: <http://www.hottopos.com/notand9/pablo.htm>
6. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Jaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. Principios da medicina de família. São Paulo: Sobramfa; 2003.
7. González Blasco P. De los principios científicos para la acción: el idealismo práctico de la medicina de familia. Aten Primaria. 2004; 34:313-7.
8. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa Calpe; 1954.

▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼
Nuevamente las palabras de Marañón nos brindan la reflexión final en acorde perfecto: «En varias ocasiones hice notar a los que trabajan a mi lado que un sistema diagnóstico puro, deducido exclusivamente de datos analíticos, deshumanizado, independiente de la observación directa y entrañable del enfermo, lleva implícito el error fundamental de olvidar la personalidad, que tanta importancia tiene en las etiologías y para estipular el pronóstico del enfermo y enseñarnos a nosotros, médicos, lo que podemos hacer para aliviar sus sufrimientos».



ARTÍCULO ESPECIAL

A ordem dos fatores altera o produto. Reflexões sobre educação médica e cuidados paliativos



Pablo G. Blasco

SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, São Paulo, SP, Brazil

Recebido a 16 de junho de 2016; aceite a 22 de julho de 2016

Disponível na Internet a 1 de setembro de 2016

PALAVRAS-CHAVE

Educação médica;
Currículo médico;
Cuidados paliativos;
Bioética

Resumo «Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre». Essa clássica afirmação, que resume a função do médico, apresenta-se numa ordem que encerra um equívoco educacional importante. O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que se avança do mais importante para o detalhe. Quando não se consegue curar é preciso aliviar; e quando o alívio não é possível, resta providenciar conforto. Proceder nessa sequência fatalmente apresenta o alívio e o conforto como um prêmio de consolação para o médico que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal. O produto resultante desse processo equívoco – o médico – apresenta deficiências importantes. O autor faz uma extensa reflexão sobre a formação humana e técnica do médico. Inicia-se com as advertências que chegam do paciente, aborda o tema do erro médico, para adentrar-se no terreno necessário do sofrimento e da morte, cenários que o médico deve palmilhar na sua formação porque farão parte da sua atuação profissional. Adverte, a seguir, como assumir a postura correta nesse cenário requer uma antropologia médica de caráter prático, impregnada de valores filosóficos e perpassada pela ética. A reflexão desemboca sobre a medicina como ciência e arte que, também, facilita a prática dos cuidados paliativos com a competência requerida. A modo de conclusão, o autor propõe um giro hipocrático-copernicano na educação médica, para evitar esse equívoco que rende importantes deficiências formativas. Enquanto confortar é algo que deve ser feito sempre, pela altíssima prevalência, o curar apresenta uma prevalência muito menor. O processo da educação médica deve contemplar essa proporção para produzir melhores médicos. Médicos que sempre sabem confortar e que, segundo os casos e as moléstias com as que se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer, a ordem dos fatores altera o produto. A introdução dos cuidados paliativos de modo formal no currículo médico facilitará alterar a ordem desses fatores.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Correio eletrônico: pablogb@sobramfa.com.br

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2016.07.010>

1575-1813/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Medical Education;
 Medical Curriculum;
 Palliative Care;
 Bioethics

The order of the factors changes the product. Reflections about Medical Education and Palliative Care

Abstract “To heal sometimes, to relieve frequently, to comfort always.” This classic statement, summarising the doctor’s role, is presented in a sequence that leads to an important educational error. What can be expected when the recommended order for the doctor’s role is to cure, relieve and, ultimately, comfort? The logic is to think that we move from the main issue to the lesser one, to the details. When healing is not possible it can at least be relieved, and if it cannot be relieved, providing comfort still remains. To proceed in this sequence inevitably presents relief and comfort as a consolation prize to the doctor who was faced with an incurable, painful, and terminal disease. The resulting product of this process misconception -the physician- has important deficiencies. The author makes an extensive reflection on human and technical aspects of medical education. The reflection starts with the warnings coming from the patient, the doctor’s mistakes, and enters into the necessary land of suffering and death, those scenarios that doctors should learn in their training, as they will be part of their professional activities. To assume the correct posture in this scenario requires a practical medical anthropology, imbued with philosophical values, and permeated by ethics. The reflection then leads to medicine as a science and art that also leads to the practice of palliative care with the required competence. As a conclusion the author proposes a Hippocratic-Copernican shift in medical education, to avoid this misconception that yields important training deficiencies. While comfort is something that should always be given due to its high prevalence, the cure has a much lower prevalence. The medical education process should include this ratio to produce better doctors. Doctors must always know how to comfort and, depending on the circumstances and the diseases with which they encounter, they also should heal when cure is possible. That means, the order of the factors changes the product. The introduction of Palliative Care in the medical curriculum could facilitate change in the order of these factors.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Um giro copernicano no aforismo para consertar o processo equivocado

«Curar algumas vezes, aliviar com frequência, confortar sempre». Essa é a função do médico. Afirmação famosa, repetida infinidade de vezes, creditada a professores, líderes e expoentes máximos da medicina. Até o próprio Hipócrates já foi feito titular da conhecida sentença. Poderia até ser possível, mas algo me diz que o pai de medicina não teria simplificado a função do médico, e muito menos enunciado o conhecido postulado nessa ordem. Na antiga Grécia, era pouco o que se podia curar e muito o que devia se aliviar com conforto. Gosto de imaginar que Hipócrates teria formulado o aforismo em ordem inversa. Desse giro, que mais do que hipocrático é quase copernicano, surge a inspiração para escrever estas linhas.

É notório o progresso técnico da medicina, algo que conseguimos apalpar diariamente. Quando eu me formei, 35 anos atrás, não tinha sido isolado o vírus HIV e os casos que surgiam eram de evolução fatal vertiginosa. As leucemias e os outros cânceres do sistema sanguíneo matavam em pouco tempo mais de 90% dos pacientes acometidos. Hoje, com a utilização dos retrovirais, pacientes soropositivos vivem décadas; e curam-se as leucemias em proporção inversa aos que morriam anteriormente. Um progresso inegável que devemos agradecer. Não há como negar que a medicina está curando muito mais do que antes.

Evidentemente, as pessoas continuam morrendo. Esse é o destino do ser humano. Mas o corte no tempo – neste tempo

que eu, médico, intervenho munido de modernos recursos diagnósticos e terapêuticos –, faz inevitavelmente pensar que conquistamos terreno na luta contra a morte. De fato, é verdade. Ganhamos mais batalhas, adiamos a invasão, mas, no final, sempre perderemos a guerra. É uma questão de tempo. Mas a ilusão de poder sobre a morte funciona de modo mágico e compreensível. «Se no momento estou ganhando, para que preocupar-me com o que virá depois, talvez depois de muitos anos. Esse não é o meu problema». É como falar do aquecimento global que renderá um planeta inabitável nos séculos vindouros; ou como as falhas sísmicas que condenam aquele território ao cataclismo... Mas também em alguns milhares de anos. Eu, médico eficaz, me situo no dia de hoje, resolvo cada vez mais coisas, e sinto a minha performance atuando e fazendo a diferença. Mesmo assim, por mais cuidado que tenha em me situar em terreno confortável – distante no tempo e no espaço do aquecimento global, dos terremotos, da morte –, por vezes sou surpreendido e apalpo a minha impotência diante de uma doença terminal. Daí quero lembrar do aforismo – como era mesmo? – e ver se consigo me consolar, eu primeiro, do próprio fracasso, para depois consolar e confortar o paciente. Mas algo não funciona. Nem poderia. É um prêmio de consolação, um diploma de participação em quem estava pronto para conquistar o ouro olímpico.

Voltemos ao nosso aforismo. Ensinamos a curar, mesmo que seja algumas vezes. Mas o sentir diário, a experiência educacional e clínica, a fenomenologia da vivência médica, vai me mostrando que esse curar é realmente

frequente. Sim, tem as doenças crônicas, aquelas que ninguém cura, mas pelo menos trata. Vem à mente a lembrança daquele livro magnífico, *A Cidadela*¹, onde o jovem, prestes a se formar, escuta o conselho do professor de patologia que recomenda seguir a sua especialidade, visto que os clínicos são os que cuidam de doenças incuráveis e os cirurgiões consertam sem saber exatamente o que fazem. Médicos mesmo – lhe diz o professor –, somente os patologistas. De fato, é um belo conselho, mas ninguém quer saber muita medicina quando há pouco a se fazer com esse saber. Não há dúvida que é um saber imprescindível, que melhora nossa atuação, mas a aplicação dele ficará para outra ocasião, ou para outros aplicarem no futuro. No momento que nos ocupa, o ouro olímpico fugiu das minhas mãos e não quero saber porque perdi a competição, nem pensar na próxima. Agora, somente me amarga o sentimento de fracasso. E, fosse pouco, o ônus de ter que confortar alguém – paciente, família – quando eu mesmo estou destroçado, ruminando a minha incompetência.

Esta descrição, um tanto quanto Felliniana, é de fato real. E a culpa não é do jovem médico que experimenta o fracasso quando comprova que a sua ciência cura menos do que ele esperava, mas do processo de formação que está equivocado. O produto – o médico competente – não resultou como deveria ser. E quando o produto é defeituoso, a prudência manda creditar ao processo o gravame do resultado.

Aqui a nosso giro hipocrático-copernicano, facilmente deduzível de uma simples reflexão. O que se pode esperar quando a ordem recomendada para a atuação do médico é curar, aliviar e, em último caso, confortar? O lógico é pensar que estou avançando do mais importante para o menos importante, para o detalhe. Quando não consigo curar, tenho que aliviar. E quando nem aliviar consigo, resta-me confortar. Proceder nessa sequência fatalmente apresenta o alívio e o conforto como um prêmio de consolação (para o médico) que se deparou com uma doença incurável, dolorosa, terminal.

Mas, o que não se contempla – daí o engano terrível e trágico – é a epidemiologia (incidência, prevalência) desses termos. Enquanto confortar é algo que deve ser feito sempre, pela altíssima prevalência, o curar apresenta uma prevalência muito menor. Seria lógico, então, que o processo da atuação médica contemplasse essa proporção para produzir melhores médicos. Médicos que sempre sabem confortar – porque aprenderam que isso vem em primeiro lugar – e que, segundo os casos e as moléstias com as que se deparam, também sabem curar quando é possível. Quer dizer: a ordem dos fatores altera o produto. A ênfase, o tempo que se dedica nos anos de formação, respeitando as proporções «epidemiológicas», faz toda a diferença. Incluídas, claro está, a avaliação dessas competências. Um médico que não sabe confortar, nem aliviar, não poderá ser creditado como tal, não deveria ter diploma de médico nem poder atuar profissionalmente. Mas o que a avaliação quer medir – sem consegui-lo – é apenas o conhecimento que, em determinadas e limitadas circunstâncias, lhe permitiriam curar alguns pacientes. E nem isso avalia corretamente, porque da teoria, que ele sabe e responde na prova, até a prática há uma distância enorme.

Uma obra recente², com alta repercussão no mercado editorial, explica de modo narrativo e ameno estas falhas de formação do estudante de medicina e, conseqüentemente,

dos médicos que saem ao mercado. O autor, conceituado cirurgião, fala do desconcerto, ou melhor, do descaiminho do estudante de medicina. Ele entra na faculdade sabendo – ou suspeitando, ao menos – o que é cuidar e, com o tempo, esquece dos pacientes porque está muito ocupado com a medicina. Um esquecimento que, seja dito de passagem, deve-se creditar à academia, responsável pela sua formação. Novamente o pensamento de médico e educador americano Paul Batalden: «todo sistema está perfeitamente desenhado para produzir os resultados que oferece». Não podemos simplesmente reclamar do produto; temos de revisar o processo de fabricação que, certamente, é defeituoso.

Gawande explica os motivos da distração, sem utilizá-los como desculpa: «O que nos preocupava era o conhecimento. Embora soubéssemos como demonstrar compaixão, não podíamos ter certeza de que saberíamos diagnosticar e tratar nossos futuros pacientes de maneira adequada. Pagávamos a mensalidade da faculdade para aprender sobre os processos internos do corpo, os complexos mecanismos de suas patologias e a ampla gama de descobertas e tecnologias acumuladas ao longo da história para impedi-las. Não imaginávamos que precisaríamos pensar mais do que isso. (...) Ser útil aos outros, mas ser também tecnicamente competente e capaz de resolver problemas intrincados. A competência nos traz segurança, senso de identidade. Dedico-me a uma profissão cujo sucesso se baseia em sua capacidade de consertar. Se seu problema pode ser consertado, sabemos exatamente o que fazer. Mas e se não pode? O fato de não termos respostas adequadas a essa pergunta é perturbador e provoca insensibilidade, desumanidade e grande sofrimento»².

O alerta que chega do paciente: os erros médicos e a carência de humanismo

Não é de surpreender as queixas dos pacientes, as reclamações a até os processos que caem sobre os médicos. Ninguém processa um médico por não ter sabido curar uma doença incurável ou fatal. A queixa, sempre, está embasada na falta de cuidado, quer dizer, na carência total de competência para providenciar alívio e conforto. Mas, como o nosso médico somente aprendeu a curar e deixou os outros atributos (que considera prêmios de consolação) para outro momento; como não se exercitou neles em todos e cada um dos pacientes que depositavam nele a sua confiança, o que lhe resta é apresentar-se como o mecânico incompetente que não soube consertar a máquina. E a máquina sempre quebra, tem data de validade impressa. A guerra está perdida a priori, e faltou categoria profissional – humana e também técnica – para ganhar batalhas, e acolher o paciente e a família nesta caminhada pela vida.

O percurso que a medicina tem seguido nestes últimos anos, engordando na técnica e desnitrindo-se em humanismo, acarreta novos problemas que, além de prejudicar o paciente – que sempre leva a pior –, também causam transtornos ao médico. Todo o tema do «erro médico» encontra aqui a sua explicação mais profunda.

A medicina não é uma ciência exata; necessariamente tem falhas, que só podem ser reparadas com amor e dedicação. Quando não se entende isto, quando um médico apresenta a medicina, na sua fantasia tecnológica, como

uma ciência exata, deverá pagar também as consequências do insucesso. No caso de um engenheiro, uma ponte que ele construa não cairá (salvo ocorram terremotos ou imprevistos), se os seus cálculos forem exatos, e tal exatidão não é difícil de atingir. Se o médico quiser apresentar-se como um técnico, como um mecânico de pessoas, deverá aceitar a punição se não fizer os cálculos certos para «consertar o estrago».

Uma afirmação que poderá parecer chocante, mas que é também fruto da nossa experiência. O erro médico é sobretudo uma insuficiência no campo humanístico. O que protege o médico é a confiança do paciente e esta se perde quando o profissional aparece como um técnico brilhante, mas incapaz de aproximar-se do paciente e sintonizar com sua afetividade. Os erros da família, dos amigos, daqueles que apreciamos, são sempre desculpáveis quando sabemos ler, nos olhos de quem falhou, o desejo de acertar, a boa vontade. Já os erros de um prestador de serviços impessoal – que naturalmente cobra pelo seu trabalho – não são facilmente desculpáveis, exigem indenização. É tudo uma questão de posicionamento e o paciente, inconscientemente, sabe disto. Quando nota que o médico carece da dimensão humana e se apresenta como um experto preocupado exclusivamente em consertar as avarias, pedirá satisfações e cobrará uma reparação se o profissional não conseguir cumprir suas promessas.

Ao contrário, quando o paciente percebe que existe a dimensão humana, o afeto e carinho, não estabelece auditorias do atuar técnico do médico, atuação que, de resto, dificilmente saberia avaliar. Nunca se ouviu o seguinte comentário: «O meu médico é muito atencioso, está sempre à disposição, mesmo de madrugada. Mas, coitado, não sabe nada de medicina, é incompetente». Nunca se ouviu, porque não existe; porque a vertente humana do médico é a melhor credencial e a única que conquista o paciente.

Por outro lado, quando nos aprofundamos nas queixas do paciente – queixas por imperícia, por falha técnica –, sempre encontramos insuficiência no terreno afetivo. Descobrimos, então, que todo aquele «erro médico» começou porque «o médico nem me examinou», ou porque «o médico não explicou nada do que poderia acontecer» e «nem prestou atenção no que eu estava falando». O golpe que se acusa é sempre na alma, não na deficiência técnica: essa vem depois, para dar corpo ao processo. Vale evocar um exemplo citado por Mendel no seu livro clássico, *Proper Doctoring*: «O paciente pode deixar de tomar um medicamento porque repara que lhe faz mal. É preciso levar em consideração estas intuições dos enfermos. O médico que não é humilde e não dá atenção aos pacientes é o melhor candidato para um processo judicial»³. São variações sobre o mesmo tema: ouvir o paciente, explicar as coisas, dimensão humana.

Em acertada síntese, Marañón esclarece mais a temática: «O pecado dos médicos, nos últimos anos, foi abdicar de tudo quanto nossa missão tinha de entranhável, de generosa - de sacerdotal, para usar um lugar-comum –, e tentar convertê-la numa profissão científica, quer dizer, exata como a do engenheiro ou a do arquiteto [...]. No fim, tudo se voltará contra o próprio médico, pois, mesmo querendo, a sua ciência será embrionária, cheia de lacunas e de aspectos pouco exatos. Estas falhas somente podem ser preenchidas pelo amor. Seu prestígio exclusivamente científico estará, inevitavelmente, sujeito a quebras graves e contínuas. E é por

isso que o médico se verá privado do respeito cordial dos seus pacientes e da própria sociedade, que não aceitará seu erro com generosidade mas espreitará suas falhas, perseguindo-o onde quer que esteja»⁴.

Tema candente pela sua atualidade, e um tema de difícil solução se o problema não for dimensionado, convenientemente, em equações humanísticas. Afinal, qual é o médico a quem não lhe morrem pacientes? A morte é a única coisa certa do acontecer humano e o médico, querendo ou não, está no caminho dessa saída obrigatória. Toda a sua perícia estará em saber «diluír a técnica que possui» em veículo humanitário, para que todos – paciente, família e ele mesmo – possam digerir, com sentido e transcendência, a natural contingência da vida, para a qual a ciência mais apurada será sempre insuficiente.

O médico, o sofrimento e a morte. Um gerenciamento que requer competência

O sofrimento humano e a morte são realidades no cotidiano do médico. Paradoxalmente, observa-se um despreparo crescente do profissional em lidar com estas situações. Por que este descompasso?

Uma primeira resposta a esta questão vem representada por uma postura que poderíamos denominar o *médico técnico*, entendendo-se por tal aquele que perde a perspectiva humanística que a sua profissão traz implícita – verdadeira necessidade e não luxo – e reduz seu atuar profissional a simples técnica. É evidente que, em situações onde a técnica não tem mais nada a fazer, esse médico se verá despreparado para enfrentá-las, sentindo-se impotente, como no caso da morte. Essa atitude de despreparo provoca, se não se corrige, uma grave distorção da profissão médica. Quem atua apenas como técnico, quando a técnica se demonstra insuficiente, inclina-se a procurar novos pacientes, deixando de lado aqueles com quem a técnica não funciona. Pode até parecer que existe maior preocupação com o desempenho profissional do que com o bem-estar do paciente, motivo e razão da profissão médica.

É necessária uma preparação que vai além da técnica para saber enfrentar profissionalmente a morte, como médicos, na acepção plena da palavra. É preciso atitudes, valores, saber lidar com o sentido da vida, compreensão do momento vital. Tudo isso que se poderia condensar na palavra filosofia de vida, não tivesse o sentido depreciativo, de impotência técnica que, por ignorância, costuma-se lhe atribuir. Recorrer à filosofia, quando a técnica nada tem a fazer, é prova da deficiente formação profissional que hoje respiramos, como se a filosofia fosse um recurso «*in extremis*» e não o que realmente é: postura diante da vida, que envolve valores, crenças, significados, assim como técnicas, procedimentos e recursos modernos para o bom desempenho da missão que a vida conferiu a cada um.

Não é supérfluo advertir que, curiosamente, aqueles que tentam tecnicamente todos os recursos para prolongar a vida, «mesmo contra o senso comum», são os primeiros a desistir do paciente quando este entra em fase terminal e «passam o caso a algum outro colega». Cada vez é mais raro ver «superespecialistas» junto do paciente moribundo, quando não há mais recursos terapêuticos a empregar. Pode se justificar esta atitude por sentir certo incômodo de «não

estar fazendo nada pelo paciente», o que não é verdade. Na realidade, com a sua presença o médico está fazendo sim, e muito. Ocorre que simplesmente faz-se algo que, não sendo quantificável, parece não ser útil. Isto é lógico, já que a utilidade se avaliou, erradamente, com parâmetros puramente técnicos. O fato de não poder se medir esta atitude em miligramas e doses terapêuticas não fala contra a importância desta atitude. O amor de uma mãe junto do filho doente não pode ser representado em dosagens terapêuticas, mas é inegável a sua eficácia. O médico deve estar lá com amor, mas como médico – não como a mãe – e aqui está a chave do seu profissionalismo.

Urge saber descobrir a missão do médico quando a técnica é insuficiente; uma missão vital que transcende a técnica e que no momento da morte do paciente assume proporções gigantescas. Deve possuir o médico um «saúdavel inconformismo» com a técnica, atitude que o empurra a procurar, na sua formação e atuação profissional, outras dimensões que lhe serão imprescindíveis para enfrentar situações que estão além das fronteiras técnicas. É deste modo como se constrói a estrutura do profissional, técnico e humanista ao mesmo tempo, capaz de assumir esses desafios.

O gerenciamento da morte é uma função técnica do médico para a qual deve se preparar e a ordem dos fatores aludidos anteriormente não ajuda. Trata-se de uma técnica que é curiosa, por não dizer peculiar, já que não deverá modificar o resultado final da sua intervenção. Modifica sim, e muito, o processo de como a situação evolui. Dito com outras palavras: morrer, todos morrem algum dia; a diferença está no modo como se morre. Aí entra a função técnica, gerencial, do médico.

Requer esta função realismo e competência. Competência para eliminar a dor, com os modernos recursos da medicina paliativa. Os estudiosos do tema costumam apontar a medicina paliativa como o melhor antídoto contra a solução fácil, cômoda e antiética da eutanásia. Dizem eles que, quando um paciente que sofre afirma «Doutor, não quero viver», o que no fundo está dizendo é «Doutor, não quero viver deste modo». Em outras palavras, eliminar a dor faz parte da função técnica do médico.

O gerenciamento da morte supõe perguntar-se a todo o momento no que é melhor para o paciente, antes de tomar as medidas «de praxe», como internações desnecessárias, transferências para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), terapêuticas obstinadas e naturalmente ineficazes quando do processo de morrer se trata. Perguntar-se, antes de tomá-la, o que espero desta medida, desta prescrição. E, dialogando com a família, tomar a decisão pessoalmente, sem dividir responsabilidades, assumindo a conduta com caráter profissional. O gerenciamento da morte implica diretamente no cuidado simultâneo do paciente e da família. A família coloca questões que têm «pouco caráter técnico», mas de vital importância. Quer saber, por exemplo, se o paciente está sofrendo e se pode ser feita alguma coisa a mais. E sempre requer explicações do que está acontecendo.

O médico não pode cansar-se de repetir as explicações, sabendo que é necessário tempo para que a família possa digerir a situação. As palavras do médico são um recurso que facilita este processo de adaptação e o médico não pode poupá-las. Não se trata de explicar um problema de fisiopatologia, mas de fazer entender de modo vital, com

toda a carga de sentimentos normais na situação, o que está acontecendo com o familiar que está morrendo. Isto requer tempo e paciência.

Deixar que a família participe no processo de morrer, junto do paciente, é atitude que elimina muitas dúvidas e ônus de consciência a posteriori. Quando a família está participando, vendo, tocando o paciente, não se pergunta depois que faleceu se poderia ter feito alguma coisa mais por ele, pois vivenciaram toda a evolução. Valha aqui uma reflexão sobre o distanciamento desnecessário da família em UTI, visitas limitadas e todo este universo que mereceria uma abordagem particular em outro momento.

O paciente sabe mais do que o médico imagina que sabe. É um sentido a mais, de realismo vital, que a condição de moribundo lhe confere. Por isso, espera do médico realismo, conforto, acompanhamento profissional. Tanto prejudica o paciente o médico que com sua atitude «desiste» por ser um «caso terminal», como aquele que pretende iludir o paciente como se nada de grave estivesse acontecendo. Requer-se por parte do médico uma atitude ponderada, realista, imbuída da virtude da prudência em verdadeiro balanceamento paradoxal. E levando em consideração que cada paciente é diferente e gosta de modos diferentes na abordagem de um processo que, afinal, é o que ele está sofrendo. Por isso, vale a pena lembrar as palavras de um médico humanista, estudioso das questões éticas: «Uma morte realmente digna não consiste somente na ausência de tribulações externas. A dignidade perante a morte não vem conferida por algo exterior, mas surge da grandeza de ânimo com que a pessoa enfrenta essa situação única. Por isso, morrer com dignidade significa não ser paciente apenas, mas agente. Estar ativo, participar do processo»⁵.

Morte e Vida Severina: o homem é a melhor medida

Ao mesmo tempo, existe uma insensibilização do médico perante a morte. A morte é um fenômeno que parece atrapalhar o exercício e o êxito profissional. Embora paradoxal, não é incomum o fato de o médico não contar com a morte como possibilidade real, que deve administrar. A morte não é apenas uma circunstância infeliz que surge e dificulta sua «brilhante atuação». Observamos hoje médicos que praticam alta tecnologia, mas que, explícita ou implicitamente, parecem abandonar os pacientes incuráveis, perante os quais os conhecimentos técnicos não funcionam. São médicos de «carros 0 km», corredores de prova a quem, no entanto, falta fôlego para administrar situações prolongadas, incômodas, insolúveis do ponto de vista estritamente técnico.

Nada tem de estranho que haja uma insensibilização perante a morte, por parte dos médicos, quando essa é a postura da sociedade: afinal, os médicos são elementos dessa sociedade. Na verdade, a falta de sensibilidade que aparece no momento da morte não é mais do que o reflexo de uma falta de sensibilidade habitual para as situações corriqueiras da vida. Quem habitualmente quer consertar tudo – a pessoa doente – com a técnica, frustra-se quando repara que a técnica nada mais tem a fazer. Quem habitualmente despreza o ser humano, na sua atitude profissional, não terá como encontrar esse mesmo ser humano que sofre no

moribundo. Como se poder querer possuir recursos no caso limite – quando nada mais há para fazer – se habitualmente se desprezam esses recursos no dia-a-dia? Já comentava alguém que ética e humanismo para os médicos não são temas para discutir à beira do leito da UTI, com o paciente agonizante. São questões para ter presente na hora de prescrever, por exemplo, aspirina. Quem não prescreve aspirina com ética, carecerá dela quando tenha de tomar uma decisão que supõe aceitar, serenamente, o final de uma vida. Erroneamente se considera a ética como assunto para situações-limite, quando, na verdade, toda a atividade médica está intrinsecamente perpassada pela veia ética.

Vivemos tempos em que a morte é elemento quase ignorado. Uma curiosa postura que faz questão de esconder o que, na prática, é a única coisa infalível na vida de um ser humano: sua limitação e sua morte certa. Algo parecido ao avestruz, que esconde a cabeça para não ver o leão que está prestes a devorá-lo. A morte, como fato concreto, mesmo sendo um evento diário, torna-se único quando nos atinge. Com acerto, comenta um escritor que «o fenômeno mais trivial do universo, personalizado, toma proporções de maravilha. E todos – uma gente cansada de ir a missas de sétimo dia – todos se admiravam do cadáver do Ferraz, como se estivessem a contemplar uma aurora boreal»⁶.

Na realidade, o despreparo para a morte é um caso particular da falta de preparação para a vida. Uma vida – a humana – sulcada de alegrias e realizações, mas também de sofrimentos e dor, elementos presentes que tonificam o contraste vital. Numa sociedade que foge sistematicamente da dor, que cultua o prazer como meta suprema, que esconde os doentes e os aleijados – se não fisicamente, apagando-os quanto antes da memória –, não é de se estranhar que o enfrentamento com a morte se dê em inferioridade de condições. Sem contar com o tabu que a morte parece desfrutar. Não se fala dela, evita-se o tema com perífrases que são amálgama de medo, esoterismo e superficialidade. Esconde-se o fato das crianças, que nada sabem da morte; e se lhes conta que aquele familiar «viajou para muito longe». Tudo de modo suave, soft, como se não fosse esta uma realidade que nos atinge a todos.

A sociedade esconde a morte. Uma conhecida estudiosa do tema, que possui ampla experiência em medicina paliativa na sua clínica de Paris, afirma contundentemente: «Em vez de enfrentar a realidade da proximidade da morte, nos empenhamos em aparentar que nunca chegará. Mentimos aos outros, mentimos para nós mesmos, e em vez de falar do essencial, ter palavras de amor, gratidão e perdão; em vez de nos apoiar mutuamente para cruzar juntos esse momento transcendental que supõe a morte de um ser querido, colocando todo o humor e o amor de que somos capazes, envolvemos com silêncio e solidão este momento única e essencial da vida»⁷.

Por isso, o que melhor prepara para a morte é uma postura realista, profunda, «transcendente», para usar a linguagem filosófica, da própria vida. Quer dizer: é necessário balizar a vida em termos objetivos, contando com a limitação do tempo e da própria existência. Daí que para enfrentar a morte com coragem, sem medo, enfim, para saber morrer com dignidade, seja preciso aprender a viver pautado em valores perenes, que estruturam uma hierarquia sólida. Saber morrer é, antes de tudo, saber viver, pois a morte é um passo a mais – o último – no caminho da vida.

Estas considerações são de capital importância, seja qual for a profissão que se desempenha. No caso do médico, cuja matéria-prima de atuação é o ser humano, revestem-se de interesse particular: são condição necessária, imprescindível, de competência. Não é possível ser médico à margem desta dimensão antropológica. O médico deveria lembrar-se disso e dedicar tempo a pensar nessas questões. Mas parece que nem para pensar há tempo nos dias de hoje. Não será o mundo globalizado e intercomunicado quem nos oferecerá a oportunidade da reflexão necessária, da ponderação que precisamos. Vivemos um paradoxo de comunicação «*on line*», com uma falta cada vez maior de conteúdo. Fala-se muito e a toda a hora de coisas cada vez menos importantes. É curioso – por não dizer assustador – que haja pessoas que consigam «conversar» na Internet durante horas a fio e sejam incapazes de manter um diálogo substancial por 10 minutos, ao vivo, sentados na mesa de um bar, tomando um café. A solução, pois, não deve vir de fora, do simples progresso. Este é um problema que cada um deverá resolver por si só, em autodidatismo e com decisões individuais. Mas é uma condição de sobrevivência, para o médico, para a medicina e para a própria vida.

Ampliar os horizontes – necessariamente quotidianos e não apenas tanatológicos – é pensar na relação médico-paciente-família, onde a atitude do médico deve conquistar, uma vez e outra, a confiança, condição *sine qua non* para um bom relacionamento, subsídio da terapêutica eficaz. A confiança não se impõe; apenas – e não é pouco – inspira-se e o paciente sabe em quem pode confiar. Basta ouvir os comentários dos pacientes nos «bastidores» da consulta médica. Frases como: «Esse médico sabe muito, mas este outro é melhor», ou «Não fui com a cara dele e não voltei», ou ainda «Agora os médicos não te examinam. Somente pedem exames. Nem olham na tua cara; somente digitam no computador», deveriam nos fazer pensar que o relacionamento médico-paciente não está com a melhor das citações. Algo neste estilo queria significar Sir William Osler, paradigma do médico humanista, quando afirmava: «Mais importante que aquilo que o médico faz é o que o paciente pensa que o médico faz».

Forçoso reconhecer que o estudo da morte, que para os médicos deveria ser do seu cotidiano, encerra também riquezas enormes para a vida do dia-a-dia. Novamente, Marie de Hennezel traz novas luzes para nossa consideração: «A morte que nos tocará viver e que agora leva amigos e familiares é a que nos impulsiona a não ficar na superfície das coisas e dos seres humanos, o que nos empurra a penetrar na sua intimidade»⁷. Refletir sobre a morte nos confere densidade na existência para enfrentar a vida na sua verdadeira dimensão, com peso específico, sem conformar-se com superficialidades que minimizam a pessoa e, no caso do médico, o tornam inapto para sua função. A vivência da morte é uma verdadeira orientação para a vida: «O fato de que a morte nos angustie tanto talvez se deva a que nos situa perante as últimas perguntas, as autênticas, essas que tantas vezes adiamos para melhor ocasião, para quando sejamos velhos, ou sábios, para quando tenhamos tempo de nos defrontar com as questões essenciais da vida»⁷.

Saber cuidar da morte é o resultado de quem sabe cuidar da vida. Ser médico, humanista e técnico, com ciência e arte, perante a morte implica ser médico todos os dias da vida, nas atitudes quotidianas, em permanente aprendizado

e constante atenção para cuidar do paciente que se confia a nós. Bem exprime nosso poeta este sentimento que deveria inundar a vida e atitudes dos médicos e profissionais de saúde: «Podeis aprender que o homem/é sempre a melhor medida/Mais, que a medida do homem/não é a morte, mas a vida»⁸.

Por uma medicina plena: ciência e arte, impregnados de postura ética

A profissão médica supõe dedicação peculiar ao ser humano, procurando a saúde e o bem-estar. Deve-se integrar aqui o progresso técnico, e todas as outras situações que, fugindo do âmbito técnico, requerem estrutura humanística – ética e filosófica – para serem abordadas profissionalmente: a dor, o sofrimento, a vulnerabilidade humana, a dignidade que o ser humano possui e a própria morte. A insensibilização para a morte é reflexo de uma insensibilização para a vida. Uma atitude irrefletida perante os valores humanos e transcendentais do ser humano, que teimosamente se vai alimentando com elementos técnicos, deixando de lado os verdadeiros nutrientes: um matar a fome sem alimentar, uma genuína subnutrição humanística.

Hans Jonas, com a sua ética da responsabilidade⁹, adverte que o que nos distingue aos humanos dos animais é um tripé constituído pelo utensílio, pela imagem e pelo túmulo. O utensílio é a técnica; a imagem é a capacidade de representar a realidade através das artes, e o túmulo é a consciência da transcendência, a representação da morte que lhe situa numa dimensão que vai além da sua própria existência. Facilmente se conclui que, embora no relativo à técnica a distância com os animais é notável, cada vez se frequentam menos as artes – as humanidades – e o sentido da transcendência está quase abolido. As consequências são funestas, porque não se frequentando «o túmulo», porta da transcendência, é difícil manter o sentido de missão e a necessidade de sentir-se útil neste mundo, como parte da felicidade que perseguimos.

Esta preocupação humanística deveria ser diária no médico e não apenas em circunstâncias finais, perante a morte. Quem, no dia-a-dia, não sabe atender um paciente considerando a dimensão humana do mesmo – ponderando seu ser pessoal e único – também, no momento da morte, se encontrará desarmado. Quem tudo quer consertar com técnica – seja esta troca de medicamentos, solicitação de sofisticados exames ou terapêuticas revolucionárias –, também no momento final procederá de igual modo. Surge então a decepção de quem, praticando uma fidelidade cega e irracional à técnica, verdadeiro fanatismo, repara que a técnica falha. Já disse alguém, em linguagem vital, que a parceria com a técnica muito tem de paixão arrebatadora, que, embriagando os amantes, conduz fatalmente à infidelidade com o passar do tempo. Quem não cuida do seu paciente do dia-a-dia, com humanismo e ciência, não saberá cuidar do moribundo.

Facilmente se entende como, neste contexto, o problema de como atuar perante um doente assim chamado terminal – valha incluir aqui também a eutanásia, distanásia, ortotanásia e todas as variações sobre o mesmo tema – gera perplexidades e discussões infundáveis. É um diálogo de surdos, onde a questão é acertar a sintonia, falar

o mesmo idioma, o que infelizmente não acontece. Os técnicos parecem solicitar soluções pré-fabricadas, também técnicas, para atuar. Quem fez de tudo técnica – toda sua atuação médica – pretende também tornar técnica sua conduta perante a morte. É gritante o absurdo da situação, já que o que na verdade se exige é uma postura que ultrapassa a técnica. Elaborar um manual de casuística – um vade-mécum técnico para saber como comportar-se nestes casos – seria algo assim como confeccionar um manual de «sintomas e remédios» para um balconista de farmácia. Obviamente, é preciso muito mais para diagnosticar e prescrever a terapêutica adequada. Semelhante desproporção existe quando se pretende «reduzir à técnica as atitudes perante a morte».

O médico precisa, para abordar estes temas – que são ultra-técnicos, vão além da pura preparação científica –, de um embasamento ético, de formação e conhecimento humanístico e filosófico. Somente poderá se encontrar solução para os dilemas que são apresentados, quando sintonizarmos e falamos a mesma linguagem. São dilemas de ordem filosófica, que atingem o ser humano como um todo; como tal, devem ser respondidos e isto orientará em cada caso o médico no seu posicionamento. O problema que nos ocupa – a morte – e todos os seus satélites – a dor, o sofrimento, a dignidade de homem – são questões «insolúveis na técnica». Como as vitaminas e os remédios, precisam do meio adequado para dissolver-se e atuar com eficácia. No caso destas verdades, a solubilidade das mesmas deve ser garantida pelo meio que o médico possui: formação humanística. São, pois, verdades «humano-solúveis» e nunca «técnico-solúveis».

A formação ética do médico é uma necessidade imperiosa para construir sólidos alicerces, sobre os quais se possa apoiar um modo coerente de atuação. Se carecer dela, o médico praticará uma ética de ocasião, ignorando os fundamentos, e com a possibilidade frequente de errar, mesmo com a melhor boa vontade. Para uma atuação ética, boa vontade não é suficiente; é preciso conhecimento dos fundamentos, da natureza humana, da dignidade que dela decorre.

Quando se possui esta base ética, muitos dos dilemas que a casuística traz resolvem-se com naturalidade. O médico não se sente na obrigação de prolongar a vida, ou de causar a morte, porque sabe que sua função é atender o paciente de modo digno, estar a serviço da vida e aliviar as dores e sofrimentos. Saberá rejeitar a tentação de erigir-se em senhor da vida ou da morte, porque não é este seu papel. A ética coloca-nos na dimensão certa, delimita nossa função, amplia os horizontes da missão que vão além da técnica, prepara-nos para desempenhá-la com atitudes humanas.

Naturalmente, a questão ética é algo que compromete, e daí a dificuldade que estas realidades apresentam na hora de serem vividas. O médico deve atuar com profissionalismo, saber guardar as distâncias, sem envolver-se de modo desordenado com a afetividade do paciente. O carinho, a dedicação, a atenção privilegiada do médico não implica sucumbir às emoções. Isso é norma clássica da boa conduta médica. Mas, por outro lado, o médico não pode prescindir da sua condição de homem e muito menos da condição humana do paciente. Por isso, tem de saber entrar nessa esfera que foge da técnica e que diz respeito às realidades vitais, onde está incluída a morte, falando a mesma linguagem, em sintonia de quem está no mesmo barco.

Aqui, é onde as coisas se complicam: ninguém dá o que não tem.

Quem nunca se preocupou com estes temas ou na prática e na sua vida pessoal pouco lhe afetam, porque os estocou num recanto pouco frequentado da consciência, carecerá de recursos, nada terá a oferecer. Daí a insatisfação do paciente, quando não a decepção, em receber conselhos standard, plastificados, provenientes de quem patentemente não os vive. A ética, quando se vive, acaba modificando a própria vida e daí vem a credibilidade, a força do exemplo. Não há ética médica sem ética pessoal, quer dizer, sem que a ética deixe de atingir plenamente o médico como pessoa. As estruturas são o reflexo do que os indivíduos levam dentro de si. Esse é o verdadeiro desafio que nos coloca a consideração da insuficiência técnica perante o paciente que enfrenta o transe da morte. «Ser um profissional é mais do que ser um técnico. É algo enraizado na nossa consciência moral, pois somente quem tem a vontade e a capacidade de dedicar-se aos outros, e procurar um bem mais alto, pode fazer profissão pública do seu modo de vida»¹⁰.

Cuidados paliativos: o que os outros não querem (não sabem) fazer?

A nossa vida é feita de histórias. São as vivências as que marcam e definem o nosso perfil e alimentam nossa existência. Somente depois vamos buscar as ideias, o embasamento – o referencial teórico, como dizem os pesquisadores – que sustenta e ordena as vivências.

Talvez por isto, enquanto revisava os tópicos que aqui se recolhem e com os quais venho lidando há muitos anos¹¹, uma história veio à minha lembrança. Foi anos atrás, conversando com um amigo médico que se dedica aos cuidados paliativos num país da Europa. Perguntei-lhe como tinha decidido trabalhar nessa área. Ele sorriu e respondeu com uma simplicidade esmagadora: «Não pense você que eu tinha vocação para fazer cuidados paliativos, ou que isto era o meu sonho. Na verdade, sou geriatra de formação e o que sempre fiz foi dedicar-me ao meu paciente com afinco. Com o tempo, reparei que, ao cuidar do meu paciente até o final, olhei em volta e todos os médicos que tinham participado na vida dos meus pacientes haviam desaparecido no momento em que eles finalizavam a vida. Fiquei sozinho. Na verdade, me surpreendi praticando paliativos. Como você vê, foi apenas uma consequência da minha dedicação. E ver que ninguém estava lá para fazer isso. Mais nada».

Praticar os cuidados paliativos é decorrência de quem, ao longo da sua atuação médica, soube ter o paciente como foco principal do seu atuar. O paciente, repito, e não a doença. Requer uma prudência clínica que ilumina as prioridades a serem tomadas. Gawande explica-o com clareza: «A diferença entre os cuidados médicos padrão e os cuidados paliativos não é a diferença entre tratar e não fazer nada. A diferença está nas prioridades. Na medicina normal, o objetivo é prolongar a vida. Sacrificamos a qualidade da existência no presente – realizando cirurgias, oferecendo quimioterapia, colocando na UTI – em troca da chance de ganhar mais tempo no futuro. Nos cuidados paliativos, se ajuda o paciente com doenças letais a terem a vida mais plenas que podem ter, concentrando-se em objetivos como

eliminar a dor, preservar as faculdades mentais o maior tempo possível, possibilitar que tenha uma vida que se aproxime do normal. A prioridade nos paliativos não é viver mais, mas viver melhor»².

A «conversão» deste autor, cirurgião de formação, aos cuidados paliativos fez com que se debruçasse sobre a pesquisa. Encontra estudos variados que mostram que pacientes com doenças terminais vivem mais tempo quando colocados em programa de paliativos, do que quando tratados com medicina tradicional mediante cuidados oncológicos normais. O autor – que pensava que os paliativos aceleravam a morte – comprova que não é assim, que vivem melhor e alguns vivem até mais tempo. E conclui: «lição zen, você vive mais tempo quando para de tentar viver por mais tempo».

Mas a prática dos cuidados paliativos não é – como erroneamente se interpreta – adquirir novas habilidades e competências técnicas, como um elemento acrescentado à prática habitual da medicina. Algo assim como um cirurgião que aperfeiçoa sua técnica com um curso de cirurgia laparoscópica ou robótica. Praticar cuidados paliativos é algo que qualquer médico poderia – e deveria – saber fazer, se investiu tempo em refletir e praticar sobre todas as considerações que até aqui foram enumeradas e exaustivamente analisadas. Quer dizer, se soube construir, independente da sua especialidade médica, uma postura integral, ética, realista, impregnada de ciência e arte, dedicada ao bem-estar do paciente.

O desafio não é pequeno como, mais uma vez, adverte Gawande. «O problema com a medicina e as instituições geradas para cuidar dos doentes e dos idosos não é o fato de terem uma visão incorreta que dá sentido à vida. O problema é que praticamente não têm visão nenhuma. O foco da medicina é estreito. Os profissionais da área médica concentram-se na reparação da saúde, não no sustento da alma. Porém – e esse é o doloroso paradoxo –, decidimos que são esses os profissionais que devem definir a maneira como vivemos nossos últimos dias. Por mais de meio século, tratamos as provações das doenças, do envelhecimento e da mortalidade como questões técnicas. Tem sido um experimento de engenharia social, colocando nossos destinos nas mãos de pessoas valorizadas mais por suas capacidades técnicas do que por sua compreensão das necessidades humanas»².

Reconheço que a conclusão à qual Gawande chega me conquistou. É o cirurgião experiente, que enxerga o cuidado com o mesmo rigor profissional que as intervenções cirúrgicas, e que, portanto, ambos procedimentos requerem um reconhecimento adequado, também financeiro. «Considerando que algumas dessas conversas (dos cuidados paliativos) precisam ser longas, muitos argumentam que o problema-chave tem sido os incentivos financeiros: pagamos aos médicos para que façam quimioterapia e cirurgias, mas não para que dediquem seu tempo a determinar quando não são aconselháveis. Temos aqui uma questão ainda não resolvida: qual é a verdadeira função da medicina e para que deveríamos estar pagando aos médicos?

Neste ponto, a minha identificação com o autor foi total, pois não são poucas as vezes que tenho afirmado, em aulas e conferências, que enquanto o mercado mantenha altos investimentos em tecnologia, mas considere a humanização da medicina como um voluntariado apenas louvável, não vamos nunca mudar o sistema. O gestor gasta em aparelhos,

mas fecha o orçamento quando se trata de educação, de sensibilizar os profissionais da saúde para os cuidados reais, para «o que conta no final», como diz o título do livro de Gawande. De novo, o sistema entrega o produto para o qual foi desenhado. Um desastre.

Os paliativos surgiram nas últimas décadas para trazer esta dimensão de cuidado aos pacientes que estão morrendo, com expectativas limitadas de vida. A especialidade avança, mas Gawande não vê nisto motivo de comemoração. O entusiasmo do cirurgião converso aos paliativos – catalisado pela história de vida do pai dele, é claro – leva a conclusões de vulto. «Só será possível comemorar quando todos os clínicos tiverem esse tipo de posicionamento com cada pessoa por eles tratada; quando não houver mais necessidade de uma especialidade separada»². Eu concordo com ele, mas somente em parte. Se os médicos fossem o que se supõem que têm de ser, isso seria verdade. Mas a distração e o descuido já levam décadas acumuladas. Não advogo por deixar os cuidados apenas nas mãos de alguns especialistas, dos assim chamados paliativistas, para que o resto dos médicos continuem divertindo-se com a medicina e esquecendo-se dos pacientes. Não me parece uma solução sustentável, porque estaríamos certificando o fracasso da medicina como ciência humana. Mas, por ora, que um grupo de médicos competentes assuma esta tarefa, e seja como um despertador para todos os outros, uma lembrança hipocrática, parece-me imprescindível. Afinal, a ordem dos fatores que cristaliza em produto alterado leva muito tempo sendo praticada e ensinada. É, talvez, no ensino, nos bancos acadêmicos, onde deve se reverter essa ordem equívoca de fatores.

Cuidados paliativos na graduação médica: invertendo os fatores para chegar no produto correto

Voltamos ao nosso aforismo inicial, interrogando-nos novamente sobre o processo que fabrica o produto equivocados. É evidente que uma proposta de giro copernicano no aforismo deve passar pela formação médica, pelos anos de graduação universitária.

O curriculum de graduação médica é governado por uma variante do princípio de Arquimedes: assim como 2 corpos não podem ocupar o mesmo lugar num fluido, é preciso optar por uma série de conhecimentos e deixar outros de lado. Esta harmonia, tão difícil de estabelecer como necessária, requer integrar os conhecimentos e colocar os ingredientes necessários do saber médico na proporção correta¹².

Selecionar dentre esses conhecimentos, aqueles que são absolutamente indispensáveis para um aluno no período de formação, é tarefa que exige esforço. O bom senso e a competência docente indicam que o objetivo não é formar médicos que sejam capazes de armazenar a maior capacidade de conhecimento, mas garantir que nenhum deles irá ao mercado de trabalho com carências essenciais. É preciso decidir e exigir aquilo que um médico não pode deixar de saber!

A faculdade deve formar médicos generalistas bem preparados – o que poderíamos denominar bons médicos «células tronco» –, que depois tenham capacidade para diferenciar-se em especialistas competentes. Se a formação

é deficiente, as «células tronco» deixarão a desejar e a especialização posterior não suprirá os defeitos de base¹³.

É neste ponto onde os cuidados paliativos se apresentam como cenário fértil na educação dos estudantes de medicina, pois através deles é possível adquirir competências, saberes, conhecimentos e habilidades que todo médico deve possuir.

Educadores concordam sobre a necessidade de se ensinar cuidados paliativos na graduação e em programas de residência e, por isso, a disciplina tem sido introduzida no currículo de muitas escolas médicas em todo o mundo¹⁴. O ensino dos cuidados paliativos não consta na grade curricular das escolas médicas brasileiras e os médicos brasileiros não são educados para lidar com a terminalidade da vida e com o sofrimento, algo que o mercado de trabalho solicita cada vez com maior insistência¹⁵.

No nosso meio, existem vários relatos de atividades didáticas extracurriculares em cuidados paliativos com estudantes de medicina e residentes, que mostram importante impacto de aprendizado¹⁶⁻¹⁹.

Os estudantes aprendem a ver o paciente como foco principal no atendimento, adquirem familiaridade com o mundo do paciente e buscam conhecer o contexto em que vive e suas crenças, ferramentas essenciais para um bom cuidado. Quando os residentes começam a se sentir confortáveis em cuidados paliativos, sua performance melhora intensamente em outros campos de ação menos complexos¹³.

Igualmente aprendem a lidar com os familiares, compreendem a importância de permitir que membros da família falem sobre os sentimentos do paciente e sobre seus próprios sentimentos e dificuldades. Uma ocorrência relativamente comum atraiu a atenção – algumas vezes, quando pacientes tinham dificuldades em comparecer ao consultório, os familiares iam sozinhos para obter conselhos e prover a continuidade dos cuidados. Alguns familiares expressavam sua gratidão através de cartas, telefonemas ou mesmo visitando o ambulatório após a morte do paciente. Ocasionalmente, retornavam com uma única necessidade, compartilhar sentimentos e experiências relacionados aos momentos finais do paciente¹³.

A atuação em cuidados paliativos desenvolve também habilidades que não se aprendem habitualmente na universidade, como melhorar a capacidade de comunicação. Os médicos não aprendem a comunicar-se durante a sua formação e muitos pensam que o farão empiricamente. A prática demonstra que comunicação é uma habilidade a ser desenvolvida e aprimorada, assim como qualquer conhecimento técnico, mas em um cenário com pacientes delicados e familiares desgastados pelo contexto, a comunicação deve ser uma aliada, esclarecendo as dúvidas das famílias, transmitindo segurança e dizer com sinceridade que nem tudo tem explicação, mas que o nosso intuito é deixar o paciente confortável. Alguns médicos evitam esses momentos, temem as perguntas para as quais não tem respostas. Ou mostram-se impacientes para explicar, repetidamente, o quadro do paciente, uma vez que não é raro a família mostrar-se pouco conformada quanto à impossibilidade de cura. Essa habilidade de comunicação é uma qualidade do médico que pratica os cuidados paliativos e as famílias, notando a empatia do profissional, tendem a demonstrar confiança e expor melhor seus anseios¹³.

Aprende-se, ao mesmo tempo, o bom senso, o liberalismo que o médico tem de praticar. Assim, não seguir protocolos restritos por estar focados no paciente. Se ele solicitar a alta médica para passar seus últimos e preciosos momentos com sua família, deitado em sua cama e em um ambiente familiar, e tiver condições mínimas para tal, ele será atendido. Do mesmo modo em relação aos caprichos alimentares, orientar as famílias quanto à liberação da dieta, qualidade de vida não apenas viver sem dor ou desconfortos, mas sentir prazer no paladar¹³.

Os ambulatórios didáticos de cuidados paliativos mostram-se como um cenário único, onde é possível promover o perdão, a harmonia familiar, comunicando que a tão temida morte está iminente. Aprendem-se, na prática, que quando os demais médicos que passaram pelo paciente já não o acompanham mais, o médico que pratica os cuidados paliativos está presente, auxiliando não apenas na parte médica, mas em contato com a família, sentindo-se parte dela. Os cuidados paliativos ensinam compaixão e a sensação do dever cumprido. É conseguir segurar a mão do paciente e dizer «foi um prazer cuidar do senhor», sem culpa e sem nenhum sentimento de impotência¹³.

Certamente, o ensino das Humanidades (literatura e artes em geral), o qual vem sendo introduzido em muitas escolas médicas, com o objetivo de proporcionar um maior conhecimento do ser humano e preparar estudantes e jovens médicos a lidar melhor com as questões que emergem no cenário de cuidados paliativos, tem-se mostrado, de alguma forma, benéfico. No entanto, esse ensinamento somente é útil quando realizado paralelamente à prática e proporcionado por profissionais que consigam transitar livremente pelos 2 mundos – o das artes e o da vida real. Assim, tais profissionais permitem a integração de conhecimentos graças a seus exemplos e orientações, os quais remetem à ideia de que não existem regras prontas – é necessário refletir e criar em cada situação vivida¹³.

Colocando ponto final a estas reflexões, outra lembrança acode à minha mente. As ligas acadêmicas que, há 40 anos, existiam na faculdade onde cursei medicina, na Casa de Arnaldo. Eram apenas 3, número desprezível comparado com a proliferação de ligas que hoje vemos. Eram 3, mas com um propósito docente muito claro e objetivo. No primeiro ano podíamos frequentar a liga de combate à sífilis, onde o objetivo não era alta pesquisa sobre o treponema, mas simplesmente aprender a dar uma injeção intramuscular. Habilidade modesta, mas de suma importância. No terceiro ano, éramos convidados a frequentar a liga de combate à febre reumática. Pouco havia de combate, a não ser as mesmas injeções que tínhamos aprendido a dar na liga da sífilis, mas havia um aprendizado riquíssimo: a ausculta cardíaca, em cima de uma variedade infinita de sopros cardíacos que os pacientes acometidos da pancardite reumática apresentavam. Finalmente, no quarto ano, tínhamos a opção de frequentar a liga da pediatria, também com um objetivo tão claro como importante: aprender puericultura. Ainda lembro o saudoso professor E. Marcondes, titular da pediatria, comentar: vocês já viram crianças com todo tipo de doenças neste hospital, mas são capazes de se formar sem saber o que é uma criança normal! Para isso servia a liga de pediatria, para conhecer crianças normais, praticar a puericultura, saber preparar

mamadeiras, pesar e medir as crianças, aprender o esquema de vacinação.

E os cuidados paliativos? Postulamos aqui a inclusão dessa disciplina no currículo da graduação médica, mas sabemos dos problemas que tal articulação requer nas congregações docentes e as negociações políticas pelo espaço de tempo curricular. Quem sabe, o caminho poderia ser fomentar as ligas de cuidados paliativos, pois o impacto docente já foi mostrado em projetos extracurriculares semelhantes. Com toda a sinceridade, se me perguntam qual é objetivo didático de uma liga de transplante ou de psicoterapia breve – por dar um par de exemplos –, não saberia dizer. Parecem-me conhecimentos muito específicos, um diletantismo em quem se prepara para ser um bom médico «célula tronco». Mas, em se tratando de uma liga de cuidados paliativos, eu a colocaria no mesmo nível de aprendizado que as 3 ligas clássicas dos meus anos de estudante.

O aluno aprenderia, nessa liga de cuidados paliativos, atitudes e habilidades que um médico não pode deixar de saber. Enquanto não chega o espaço curricular, a liga seria uma opção convidativa e interessante. O estudante aprenderia que o primeiro é confortar, para aliviar do melhor modo possível, e que curar é um evento que, com alguma frequência, o médico consegue proporcionar. Aprenderia a ordem inversa dos fatores, estaria se construindo como um produto correto, como um médico de verdade.

Bibliografia

1. Cronin AJ. *A Cidadela*. São Paulo: Ed Record; 1937. p. 400.
2. Gawande A: *Mortais. Nós, a Medicina, e o que realmente importa no final*. Objetiva. Rio de Janeiro, 2014. 259 pgs.
3. Mendel D. *Proper Doctoring*. Springer, Berlim, 1984. (Edição espanhola: *El Buen Hacer Médico*. EUNSA. Pamplona. 1991.
4. Marañón G. *Vocación y ética*. Espasa Calpe Buenos Aires; 1946.
5. Kass L.R. "Human Life Review" N. York. Vol. XVI.
6. Corção G. *Lições de Abismo*. Rio de Janeiro, Agir. 1973. Pg 41.
7. Hennezel M. *La mort intime*. SA. Paris: Ed. Robert Laffont; 1995.
8. Melo Neto JC. *Morte e vida Severina*. Rio de Janeiro: Alfaguara; 1953.
9. Cfr. Jiménez Lozano J. *Cuadernos de Letra Pequeña*. Valencia: Ed. Pre Textos; 2003.
10. Leon R. Kass. *The Human Life Review*. 1989. Aut.
11. Blasco PG. *O médico de família, hoje*. São Paulo, Brazil: SOBRAMFA; 1997.
12. Blasco PG. *É possível humanizar a Medicina? Reflexões a propósito do uso do Cinema na Educação Médica*. *O Mundo da saúde*. 2010;34:357-67.
13. Blasco PG, Benedetto MAC, Reginato V. *Humanismo em Medicina São Paulo SOBRAMFA-Educação Médica e Humanismo*, 2015, v.100. p.437.
14. Jubelier SJ, Welch C, Babar Z, Emmett M. *Competences and concerns in end of life care for medical students and residents*. *W V Med J*. 2001;97:118-21.
15. Roncoletta AFT, Levites MR, Mônaco CF, Blasco PG. *Las Nuevas competencias del médico familiar: coordinando los cuidados em el hospital y atendiendo a los pacientes crónicos em su domicilio. Uma experiência brasileira*. *Arch en Med Fam*. 2009;11:78-89.
16. Benedetto MAC, Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG. *Ambulatório Didático de Cuidados Paliativos: Relato de Experiência*. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 2010:27-32.

17. [Pinheiro TRP, de Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students. Fam Med. 2010;42:580-2.](#)
18. [Pinheiro TRSP, Blasco PG, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio A, Monaco CF. Teaching Palliative Care in a Free Clinic: A Brazilian Experience In: Contemporary and Innovative Practice in Palliative Care. 1 ed.: In Tech, 2012, v.1, p. 19-28.](#)
19. [Pinheiro TRP, Levites MR, Blasco PG, del Giglio A, Irigoyen A. Rotación de médicos residentes de Medicina Familiar por el servicio de cuidados paliativos de São Paulo. Atención Familiar. 2007;14:122-5.](#)

Educação Médica Centrada no Estudante: uma adaptação do modelo de Stange e McWhinney (ou dos 4 quadrantes)

Student-centered Medical Education: Adapting of the *Stange and McWhinney* Model (or the 4 quadrants)

Educación Médica Centrada en el Estudiante: una adaptación del modelo de *Stange y McWhinney* (o de los 4 cuadrantes)

Marco Aurelio Janaudis,* Vitor Hugo Boso Vachi,** Pablo González Blasco.***

* PhD. MD. Secretario Geral de SOBRAMFA- Educação Médica e Humanismo. Prof. Adjunto da Faculdade de Medicina de Jundiaí

** Médico, Coordenador do Departamento de Graduação de SOBRAMFA. *** PhD. MD. Diretor Científico de SOBRAMFA.

Recibido: 21-11-2017

Acceptado: 22/12/2017

Correspondencia: Marco Aurelio Janaudis **Correo electrónico:** marcojanaudis@sobramfa.com.br

Resumo

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso, enquanto informações subjetivas são vistas como de segunda importância. Por parte dos professores, o desafio da busca por melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. O presente trabalho nos traz uma adaptação do modelo dos 4 quadrantes do conhecimento médico, onde temos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de saúde), 4 (técnica). Percebe-se que o ensino médico prioriza o conhecimento da doença (4), do meio social (3), do paciente (2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante 1, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão, dispendo de recursos auxiliares como cinema, música e filosofia.

Palabras clave: Relações médico-paciente, Educação médica, Imagens em movimento.

Abstract

In medicine objective knowledge is considered scientific and valuable, while subjective information is seen as of second importance. Regarding the teachers, the challenge for searching better teaching techniques is as old as the evolution of the generations of students, meaning the evolution of the human being itself and the evolution of time. Unlike a few decades ago, information today is available in our hands and at all times. And it is up to the educator to guide the student about the virtual paths to look for the valuable and the best information. Thus, it is important to highlight the role of the teacher in integrating this information grounded in the real practice. The present work brings us an adaptation of the model of the four quadrants of medical knowledge, where we have: 1 (doctor), 2 (patient), 3 (health system), 4 (technique). It is perceived that medical education prioritizes knowledge of the disease (4), the social environment (3), the patient (2) and finally, the doctor's figure, and in particular in this case the student, the future professional. This is the point the authors want to underline. How can doctors know and help patients before knowing themselves? We propose, therefore, a teaching model based on quadrant 1, that is, to foster self-knowledge, reflective practice and for that using auxiliary resources like cinema, music and philosophy, usually designed as medical humanities.

Keywords: Physician-Patient Relations, Medical Education, Motion Pictures.

Resumen

En la medicina el conocimiento objetivo es considerado científico y valioso, mientras que las informaciones subjetivas se ven como de segunda importancia. Por parte de los profesores, el desafío de la búsqueda de mejores técnicas de enseñanza es tan antiguo como la evolución de las generaciones de estudiantes, es decir, la evolución del propio ser humano y la evolución de los tiempos. A diferencia de algunas décadas, la información hoy está disponible en nuestras manos y en todo momento. Y corresponde al educador orientar al alumno en cuanto a los caminos virtuales a buscar. Es importante destacar el papel del profesor en la integración de esta información con la realidad. El presente trabajo nos trae una adaptación del modelo de los 4 cuadrantes del conocimiento médico, donde tenemos: 1 (médico), 2 (paciente), 3 (sistema de salud), 4 (técnica). Se percibe que la enseñanza médica prioriza el conocimiento de la enfermedad (4), del medio social (3), del paciente (2) y por último, la figura del médico, en el caso aún, del estudiante, futuro profesional. Y nuestro cuestionamiento es justamente en este punto. ¿Cómo conocer y ayudar a alguien antes de conocerse a sí mismo? Proponemos, de esta forma, la enseñanza basada en el cuadrante 1, o sea, el estímulo al autoconocimiento, a la autorreflexión, disponiendo de recursos auxiliares como cine, música y filosofía.

Palabras clave: Relaciones médico-paciente, Educación médica, Imágenes en movimiento.

Século XIX: dividir para comprender

Abraham Flexner, em 1910, foi patrocinado pela Fundação Carnegie para o Avanço do Ensino, a fim de conduzir uma pesquisa nos Estados Unidos e Canadá, pois havia naquela época a percepção de que não havia rigor suficiente no ensino médico. Seu trabalho mostrou taxas muito ruins de avaliação e levou ao fechamento de inúmeras escolas médicas.

Segundo seus próprios relatos, anos depois, ele sempre julgou fundamental o ensino das humanidades e presumia que os estudantes já saíam do ensino médio, capacitados neste tema, porém não explicitou isto em 1910. ¹ Como resultado, passamos pelo século da especialização, da super-especialização, dos professores e estudantes dividindo o ser humano para que se pudesse compreendê-lo melhor. Conseguiu-se fabulosos e necessários avanços na medicina. Mas também tivemos a divisão da pessoa em partes.

A fragmentação do olhar do estudante

Pode-se dizer que o resultado mais impactante proveniente desta época, foi a perda da visão integral, por parte dos estudantes de medicina, do paciente como um todo. Eles passaram a ter, desde o início, uma formação fragmentada, uma perda do conjunto. Os valores humanísticos, as virtudes e comportamentos aprendidos até então foram passados para um segundo plano, voltando-se o olhar mais para a doença do que para o doente.

Outro resultado, conseqüente do relatório de Flexner, é que muitas escolas médicas ao redor do mundo integraram em seus currículos disciplinas como filosofia, ética, literatura, teatro e artes. Porém há uma forte tendência na educação médica em insistir que qualquer atividade de aprendizado deve contribuir para o desenvolvimento do estudante em competências mensuráveis e concretas, habilidades, conhecimentos e atitudes. ²

No empenho por enfatizar a importância do professor compreender o sentido de educar como uma atitude intencional da prática pedagógica desenvolveu-se a denominada educação dos sentidos, a qual exige uma ---

consciência distinta daquela ancorada na lógica dominante nos cursos de formação de professores e pesquisadores da educação, pois ela funciona como uma espécie de ponte unificadora das várias dimensões humanas desconectadas pela racionalidade científica moderna.

A ênfase nos sentidos e nos afetos visa justamente denunciar a fragmentação na ordem dos saberes, almejando promover uma ressignificação nos sentidos do ato de educar. Seu ponto de partida é uma diferenciação, de caráter metafórico, entre os conceitos presentes em uma caixa de ferramentas e os conceitos guardados em uma caixa de brinquedos. A caixa de ferramentas visaria o trabalho da nossa inteligência estritamente racional. Seus conceitos e saberes são importantes meios para o cultivo das habilidades que usamos para andar, falar, construir, ou seja, para intervir na realidade tal como se encontra objetivamente estruturada. Mas as ferramentas estão apoiadas na lógica do saber. A caixa de brinquedos, por sua vez, contém os elementos indispensáveis para uma arte de pensar inseparável de uma arte de viver. Trata-se de conceitos experienciais que permitem aos sujeitos construir conexões sensíveis entre o que já é conhecido para o ainda desconhecido.³

Na medicina o conhecimento objetivo é considerado científico e valioso (caixa de ferramentas), enquanto que informações subjetivas são vistas muitas vezes como "soft" e de segunda importância, análoga à caixa de brinquedos, que conteria "saberes inúteis", ou seja, que não têm valor agregado para o mundo da informação e da economia vigente. Porém, para o alívio do sofrimento, este conflito não é apenas falso, mas também um impedimento.⁴ Por parte dos professores, o desafio da busca pelas melhores técnicas de ensino é tão antigo quanto a evolução das gerações de estudantes, ou seja, a evolução do próprio ser humano e a evolução dos tempos. E temos a impressão que ao nos aproximarmos de um bom modelo de ensino, percebemos que, na verdade, ele já está ficando obsoleto, pois os avanços tecnológicos bem como as características daquela geração já se modificaram, o que nos demonstra a necessidade contínua de revisão dos modelos.

A tecnologia e as experiências da vida real: o papel do professor

A formação médica é delicada e dinâmica. Delicada porque envolve, em todas suas vertentes, as pessoas, pacientes, familiares, médicos, estudantes e demais profissionais de saúde. E estes estão imersos num mundo muito mais que globalizado, mas também conectado. Dinâmica, porque a cada minuto publicam-se novas descobertas, opiniões, alertas e surgem tecnologias diferentes. E tudo isto, num clique, em segundos, espalha-se de modo explosivo.

Sendo assim, parece sempre atual a postura do professor como um facilitador do aprendizado ao invés de alguém que apenas expõe os conhecimentos. Ao contrário de algumas décadas, a informação hoje está disponível, literalmente, em nossas mãos e a todo momento. E cabe ao educador orientar o aluno quanto aos caminhos virtuais a buscar. É importante destacar o papel do professor na integração desta informação com a realidade. É ele quem poderá trazer algo que não está nos celulares nem na internet, que é a experiência prática e de vida.

Por mais que os estudantes fiquem hipnotizados pela tecnologia e que dificilmente deixem seus aparelhos guardados durante a aula e não os utilizem, percebemos que, ao se começar a contar um caso clínico real, ilustrando-se aquele tópico técnico com situações do dia a dia, o silêncio vai tomando conta da sala de aula e os olhares passam a ficar atentos a figura do professor. Tomados de encanto, os alunos vão se acalmando, aqueles que ainda insistem em teclar em seus telefones quase se enchem de constrangimento ao lado dos colegas atentos ao mestre e acabam por guardá-los.

Desta forma, faz-se fundamental o professor ajudar os alunos a navegarem no mar da informação e ajustar os rumos do barco durante o caminho.

Século XXI: Stange e McWhinney nos mostram um novo modelo ⁵

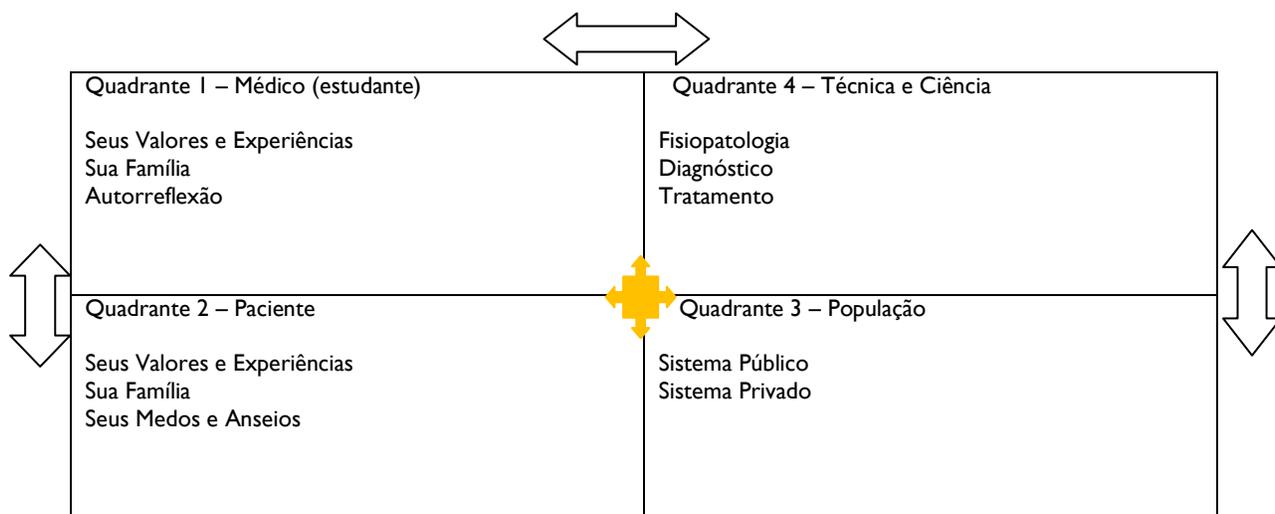
Esses autores apresentam os quatro quadrantes do conhecimento médico, do seguinte modo: O quadrante 4, onde situam o conhecimento das doenças, o estudo dos métodos diagnósticos e terapêuticos, as inovações tecnológicas e avanços científicos e a informação acurada que um médico tem de possuir.

Eles atribuem ao quadrante 3 a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos no quadrante 4 na população que esse médico deve atender e cuidar. É o local onde são situados os sistemas de saúde no seu aspecto organizacional – seja público ou privado – que permitem estabelecer prioridades na abordagem das doenças. O conhecimento correspondente a esse quadrante 3 diz respeito aos estudos epidemiológicos, sociológicos e de saúde pública, assim como o proveniente das políticas de saúde. De modo simples, ele traz para o médico a ciência de como deve ser utilizado os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no quadrante 4, para a população concreta com a qual está lidando.

O quadrante número 2 é o correspondente ao conhecimento do paciente e do seu contexto familiar e comunitário, assim como os valores vigentes e a vivência da doença. Seria, em palavras simples, o mundo do paciente, e como ele vivencia a sua própria doença.

E por fim o último quadrante, o de número 1, e que se refere ao conhecimento próprio do médico, por meio de uma postura habitual de reflexão, atitude que denominam de *reflective practice*, que poderíamos traduzir como o exercício filosófico da profissão⁶.

Inclui-se no Quadrante 1 o conhecimento que o médico adquire por meio da reflexão sobre as experiências e como incorpora, na prática e na construção da sua identidade profissional, todos os conhecimentos que lhe chegam dos outros quadrantes. É no centro, em perfeita integração de conhecimentos que temos a integração do conhecimento médico.



Adaptando o Modelo dos 4 Quadrantes

Nos últimos 10 anos apresentamos, para cerca de 600 estudantes, durante o curso médico na faculdade de medicina de Jundiaí no interior do Estado de São Paulo, Brasil, o modelo dos quatro quadrantes e perguntamos, em porcentagem, e de modo bem informal, quanto tempo eles, já no quinto ano, dedicaram --

até o momento em cada um dos quadrantes durante toda a formação que tiveram até ali? É evidente que a resposta sempre se mostra em torno de 98% - 99% do tempo para os quadrantes 3 e 4 e o restante, 1 a 2% para os quadrantes 1 e 2.

É notório que o foco principal de aprendizado numa escola médica está situado nos quadrantes 3 e 4. Os avanços científicos, que fazem aumentar o conhecimento técnico em ritmo alucinante, exercem uma pressão compreensível sobre a distribuição da grade curricular, que acaba fazendo deles seu principal eixo.

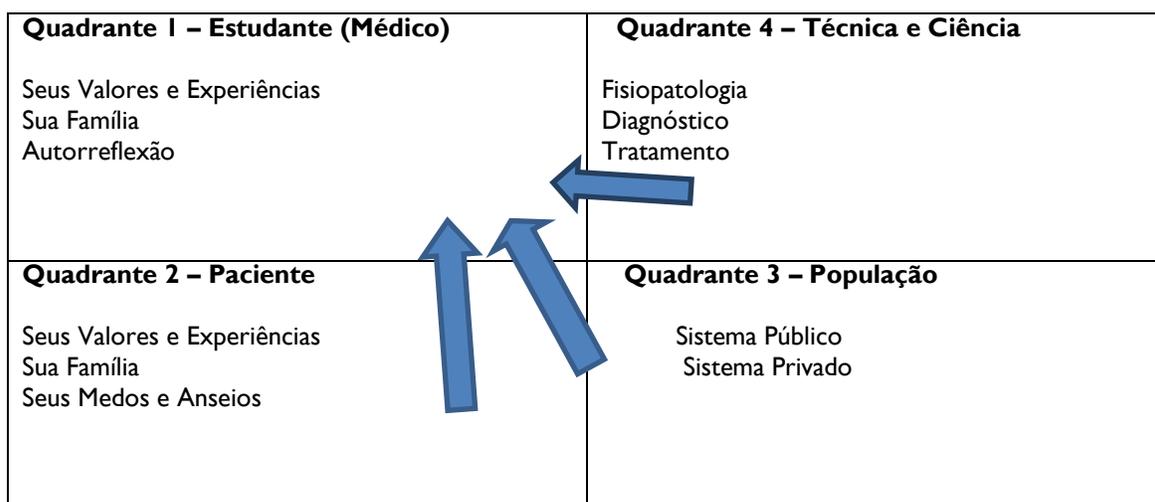
Em relação aos quadrantes 1 e 2 o aprendizado formal nas faculdades de Medicina é mínimo, quando não ausente. O mundo do paciente e o mundo pessoal – hoje do aluno, amanhã do médico como pessoa – são realidades que não é possível ignorar. A ausência de educação formal explícita nesse campo deixa-se sentir, clama pela sua falta, e o aluno procura por sua conta compensar essa deficiência. Percebe que o aprendizado para se relacionar com o paciente, assim como o universo dos seus próprios questionamentos, não está sendo atendido pela Universidade.

O Quadrante 1 como ponto de partida

Os dilemas éticos que surgem na prática diária e o profissionalismo que se requer para atender o paciente são desafios que requerem uma visão ampla dos cuidados médicos. O médico precisa conhecer-se a si mesmo e esta é a principal mensagem que podemos retirar do quadrante 1. Mas, como estimular esta busca pelo autoconhecimento, pela reflexão pessoal?

O modelo biomecânico baseado na especialização e os códigos de ética resultam insuficientes para apresentar as respostas adequadas. Faz-se necessária uma formação médica mais ampla, criativa, universal, humanista⁷.

Percebemos, desta forma, que o ensino médico prioriza, antes de tudo, o conhecimento da doença (quadrante 4), do meio social (quadrante 3), do paciente (quadrante 2) e por fim, a figura do médico, no caso ainda, do estudante, futuro profissional, como a figura a abaixo. E nosso questionamento é justamente neste ponto. Como conhecer e ajudar alguém, antes de conhecer-se a si mesmo? Propomos, desta forma, o ensino baseado no quadrante 1, ou seja, o estímulo ao autoconhecimento, à autorreflexão. Mas como fazer isto? Apoiamo-nos nas humanidades médicas e seus recursos.



O papel das humanidades médicas

Os dilemas éticos se apresentam frequentemente embrulhados em emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções - educá-las - é uma necessidade imperiosa na educação médica. As humanidades - literatura, música, cinema, narrativas - são um recurso de utilidade para educar as emoções, e promover a empatia, que é a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético.

Os questionamentos éticos vêm comumente envoltos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos. As emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de Medicina. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal contemplam esta realidade emocional. Se requer criatividade para abordar novos paradigmas de ensino, ainda que isto nos obrigue a adentrar em territórios até então pouco explorados.

A contribuição das canções

A música possui características únicas e é um veículo privilegiado para expressar os sentimentos. Tem um enorme poder de evocar e despertar as emoções sem nomeá-las, de modo muitas vezes intuitivo. Ela acompanha e expressa os sentimentos. A alegria é cantada; a tristeza também. A nossa experiência do mundo é basicamente emocional. A música é uma forma de conhecimento humano, de tonalidade afetiva, e adquire força educacional. Educação não se resume a transmitir conhecimentos, mas sim num processo onde germinam sentidos e significados que o educando, com sua reflexão, incorpora.⁸

A contribuição dos filmes

A cultura da emoção está unida a outro elemento integrante do universo do educando: a cultura do espetáculo. Um contexto onde o sensorial e a imagem ficam potencializados por atingirem diretamente o espectador provocando emoções sem passar previamente pelo processo de compreensão intelectual. O espectador obtém uma recompensa afetiva imediata com a imagem. Na cultura da palavra e do conceito, que também atinge as emoções, torna-se necessária a passagem obrigatória prévia pelo processo racional para que depois surja a emoção. Com a imagem este caminho se converte em atalho e as emoções são despertadas diretamente, sem necessidade de "pagar tributo prévio ao intelecto". Na cultura do conceito é preciso compreender primeiro para emocionar-se depois; na cultura da imagem as emoções derivam diretamente dos significantes que são o veículo que carrega os conceitos, o visual que se apresenta sem ter que se chegar previamente aos significados, ao conteúdo conceitual⁷.

A contribuição da filosofia

De origem grega, a palavra "filosofia" é composta de philo, que deriva de philia e significa amizade, e sophia, que quer dizer sabedoria. Assim, filosofia representaria a amizade pela sabedoria ou o respeito pelo saber. No dia a dia, não é papel da filosofia ensinar a pensar, já que isso é uma atribuição que todo ser humano possui. Mas ela pode ajudar a indagar, a duvidar e, assim, a buscar a verdade.

"Será preciso também transportar a filosofia para a medicina e a medicina para a filosofia. Não há nenhuma diferença entre a filosofia e a medicina; tudo o que a primeira tem, na segunda se encontra: altruísmo, reserva, pudor, modéstia, opinião, discernimento, tranquilidade, firmeza nos debates, decência, gravidade, conhecimento do que é útil e necessário para a vida, rejeição de qualquer imoralidade, isenção de superstições."("Do Decoro").⁹

Porém, na medicina moderna como já mencionado em que todo o tempo está destinado a manutenção da atualização científico-tecnológica (Quadrantes 3 e 4) torna-se imprescindível abriremos mais a caixa de brinquedos e desenvolvermos a subjetividade dos quadrantes 1 e 2 por meio do exercício filosófico que culminará em uma consciência mais crítica e autônoma.

E o que os estudantes aprenderam? Relatos

No quadrante 1

“...nenhuma dessas informações me chamou tanta atenção quanto uma observação de uma das consultas. O paciente, ao receber a notícia de que sua TC crânio não evidenciava nenhuma alteração que justificasse seu déficit de memória, comportou-se de maneira inadequada, sendo hostil com a equipe e acusando os médicos de incompetentes por não diagnosticarem o seu problema. Nesse momento, eu, involuntariamente, com todas as minhas experiências de vida, meus valores pessoais, representadas no quadrante um, criei um pré-conceito sobre o paciente que iria atender. Imaginei um homem grosseiro, impaciente, sem confiança nos médicos e, muito menos, em uma estudante de Medicina. Mas eu não havia opção, precisava atendê-lo. Inesperadamente, nos primeiros cinco minutos de conversa todo aquele preconceito foi desconstruído”.

“Quando a paciente iniciou a história com a queixa de obstipação intestinal, tive um preconceito ao menosprezar tal queixa. Porém, no decorrer da conversa, pude ver o quanto tal situação a limitava nas atividades diárias e de como fui injusta. A paciente com lágrimas nos olhos ficou muito agradecida pelo atendimento, falando que mesmo no convenio ela nunca tinha sido acolhida daquele jeito. Nessa hora, fiquei meio sem reação por que a “única coisa” que fiz foi ouvir, pensei que ela poderia até estar fragilizada com a situação toda, porem ao mesmo tempo fiquei feliz que pude fazer a diferença, pelo menos, para aquela paciente”.

“Ao final do ciclo, eu tive a sensação de ter feito a diferença na vida de cada um daqueles pacientes, dando atenção, ouvindo suas queixas e angústias. No meu último dia de estágio, fui me despedir de um paciente – que estava internado há muitas semanas – e ele me disse uma frase que me marcou muito: “Eu vou me lembrar sempre de você, do seu carinho e cuidado comigo. Muito obrigado”.

No quadrante 2

“Durante o atendimento de uma paciente idosa, acompanhada pela filha, ela nos informou que não estava administrando a quantidade de medicação prescrita por achar que a medicação seria “forte demais”. Então, conversamos com a filha, e orientamos que a dose da medicação prescrita estava adequada e era necessária para tirar a dor de sua mãe”.

No quadrante 3

“Durante o atendimento de um paciente com hipertensão arterial refratária, suspeitamos de hipertensão secundária e solicitamos um exame de imagem complementar. Porém, por uma falha no sistema/fluxo do SUS, não foi possível realizar o exame, sendo necessário encaminhá-lo para a nefrologia, o que acaba, de certa forma, atrasando o diagnóstico e, conseqüentemente, a intervenção terapêutica adequada”.

“No terceiro quadrante podemos incluir a longa fila para pedir uma colonoscopia que pela idade e pelo histórico familiar e pessoal, deveria ser solicitada, sendo optada primeiramente por uma ultrassonografia de abdômen total”.

No quadrante 4

“Já no quarto quadrante, encontra-se a obstipação intestinal, sendo uma doença que pode ser funcional, como na maioria das vezes, porem pode ser causada por obstrução física/mecânica, como uma neoplasia, doença de Hirschprung...”

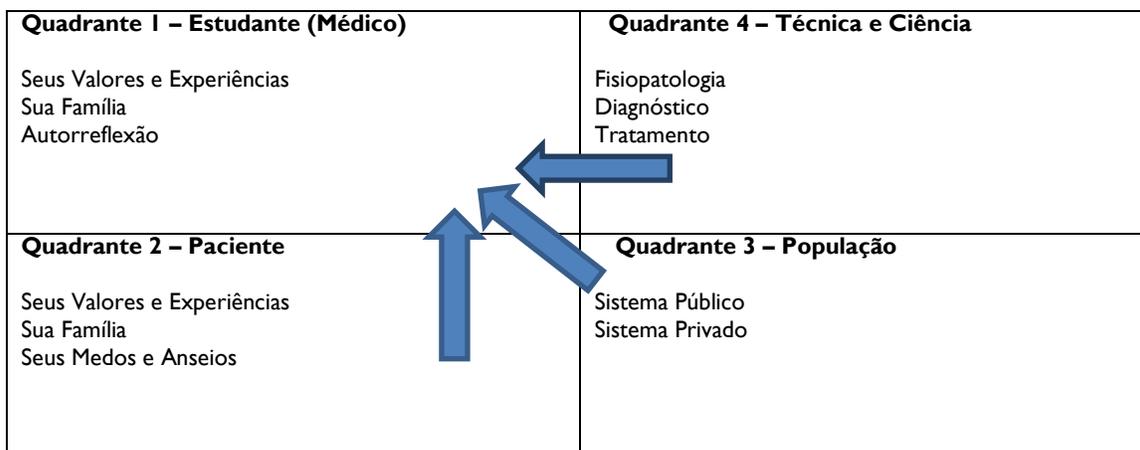
Na integração dos quatro quadrantes

“De maneira geral, de todos os aprendizados, o que mais vou levar para a vida prática é que, apesar do pouco tempo que temos durante os atendimentos, não precisamos resolver todos os problemas do paciente. Nossa função é atender o paciente de forma humanizada, descobrir a queixa (o motivo pelo qual o paciente procurou atendimento médico) e, então, naquele momento, solucionar o problema em questão. Durante os próximos atendimentos, outras queixas e demandas surgirão e, então, serão resolvidas. A falta de tempo nunca será justificativa para um atendimento não humanizado!”

“Aprendi que a integração de todos os 4 quadrantes é a base fundamental de uma medicina humanizada. E isto, na verdade, deveria soar como algo normal para todos os alunos de medicina. Infelizmente, durante a graduação, alguns acabam perdendo o olhar para o quadrante 1 e 2, focando apenas no quadrante 4. Cabe a nós, então, sempre resgatar nossos valores pessoais e experiências adquiridas durante a vida, fazendo com que este cenário se inverta, ou seja, que o foco esteja nos quadrantes 1 e 2 e que haja uma integração com os demais. Humanizar a medicina será, de certa forma, um exercício ativo da memória para lembrar que medicina é ciência e arte, é uma arte de cuidar do próximo - e nós optamos por esta escolha!”

“Os quatro quadrantes representam, de maneira didática, a interação do médico com o paciente e com o meio no qual ambos estão inseridos. O médico traz consigo conhecimento técnico, experiências de vida, pré-conceitos, inseguranças... E o paciente carrega, além de sua patologia, sua família, valores, medos, sentimentos...”

“Os quatro quadrantes têm como finalidade sistematizar o complexo ensino médico. A partir de experiências clínicas, podemos ter uma visão ampla e organizada do que podemos aprender com o caso, do que foi feito para o paciente levando em conta o seu contexto, e de qual conteúdo previamente aprendido foi usado, tendo, portanto, enfoque não só o paciente como também no estudante de medicina sem deixar de lado toda a dinâmica que os cercam. Em outras palavras, uma forma globalmente humanizada “ E desta forma, com o uso dos recursos humanísticos, podemos aperfeiçoar nossa capacidade de reflexão no quadrante 1.



Abraham Flexner, com o seu informe de 1910, provocou a reforma nas escolas de medicina. Ela foi necessária para sistematizar os ensinamentos, ordenar o conhecimento, promover a imprescindível especialização que os avanços técnicos exigiam da medicina. A proposta era inquestionável, mas as consequências –os efeitos colaterais- vieram junto: a fragmentação do ser humano. Porém uma vez dividido ficou cada vez mais difícil juntar as partes.

A utilidade dos conhecimentos inúteis. Lá podemos ler: “Eu passei muitos anos defendendo que nossas escolas deveriam prestar mais atenção ao mundo no qual seus alunos estão destinados a viver. Agora me pergunto se esta corrente não assumiu força excessiva e se estamos deixando espaço para uma vida plena se despojamos o mundo dessas coisas inúteis que lhe outorgam um significado espiritual”. Ou seja, ele se pergunta se o nosso conceito do útil não se tornou estreito demais (...) A maioria das descobertas importantes da humanidade devem-se a pessoas que não se guiaram pelo afã da utilidade, mas pela curiosidade ... “Defendo a conveniência de abolir a palavra utilidade (nos laboratórios) e liberar o espírito humano”.¹⁰

Por meio destes recursos, faz-se com que o estudante, como principal ator do processo, passe a estudar, aprender e refletir sobre as questões técnicas, populacionais, gerenciais e do paciente, a partir de seu próprio universo, de sua própria vida. Que não dissocie da sua realidade pessoal, a realidade profissional. Que não tenha duas vidas distintas, mas sim uma só, ou seja, que viva como pessoa e como profissional, seguro de suas habilidades e, fraquezas, ao tempo que aprende a lidar com os afetos, valores e dúvidas em todo seu caminho.

Referências

1. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Reforming Medical Education in Ethics and Humanities by Finding Common Ground With Abraham Flexner. *Academic Medicine*, 2010; (85): 318-323
2. Ousager J, Johannessen H. Humanities in Undergraduate Medical Education: A Literature Review
3. Alves R. A alegria de ensinar, ars poetica editora Ltda, 1994
4. Eric J. Cassell. Diagnosing suffering: A perspective. *Annals of Internal Medicine*. 1999;131:531–534
5. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the knowledge base of family practice. *Fam Med*. 2000;33(4):286-97.
6. Decourt LV. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. *Revista do Incor*, 2000.)
7. Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*. 2014 , v.71, p.15 – 24
8. Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. *Creative Education* 2013;4: 49-52.
9. Brito RF, Silva MEO, Maia CCA, Jeunon EE. Ensino da filosofia na área da saúde, considerações teóricas e metodológicas: interações possíveis. *Belo Horizonte*, v.4 - n.8, p.153-168 – 2º sem. 2013
10. Flexner, A. Apêndice (1939) in Ordine N: “La utilidad de lo inútil. Manifiesto”. Acantilado. Barcelona. 2013.

ERA UMA VEZ...

NARRATIVAS EM MEDICINA

MARIA AUXILIADORA CRAICE DE BENEDETTO - Médica de Família e Coordenadora do Departamento de Humanidades da SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família)

DEBORAH GARCIA - Pediatra e Médica de Família da SOBRAMFA

PABLO GONZÁLEZ BLASCO - Médico de Família e Diretor Científico da SOBRAMFA

HISTÓRIAS EM MEDICINA – A BUSCA PELAS RAÍZES HUMANÍSTICAS

Alguns antropólogos consideram os seres humanos como contadores de histórias, pois o ato de contá-las está fortemente arraigado ao seu âmago. A imagem de nossos ancestrais reunidos ao redor das fogueiras para contar e ouvir histórias é de alguma forma familiar a todos nós e evoca profundas memórias. Dessa forma foram criadas metáforas para explicar o que era incompreensível e misterioso. A identidade dos povos têm sido construída através de histórias transmitidas de geração à geração. Estas mantêm viva a memória dos seres humanos e atribuem sentido e significado a cada ato ou ocorrência da vida.

Para Higinio Marin Pedreño, a definição de ser humano é: bípede com mãos que conta histórias. O autor afirma: “Na vida – como nos contos ‘As Mil e Uma Noites’ – para se seguir vivo cada dia, se há de saldar com um conto”. As histórias permitem que o caos se transforme em ordem e através delas os indivíduos, além de recordar, podem reescrever suas vidas, atribuindo-lhes significado. (1) A literatura, o teatro e o cinema nada mais são do que um aprimoramento da arte de contar histórias. Ao longo dos séculos, as funções das histórias têm se ampliado e estas, atualmente, ocupam espaços essenciais e bem definidos em diferentes setores da sociedade.

Pacientes também são considerados contadores de histórias por alguns autores. (2) Pessoas doentes têm necessidade não apenas de contar a história de sua doença, mas também de compartilhar sentimentos, crenças e fatos que julgam estar associados a seus sofrimentos. No passado, quando os recursos diagnósticos e terapêuticos eram bem mais limitados que hoje, muitas vezes, ouvir o paciente com atenção e empatia era o único expediente possível em algumas situações médicas. Ainda hoje, mesmo tendo à disposição inimagináveis recursos tecnológicos, pacientes não confiam em médicos que não olhem em seus olhos, não prestem atenção a suas histórias e desconsiderem seus sentimentos.

Atualmente, a medicina é dominada por avanços

tecnológicos e enfatiza a especialização. A busca de um conhecimento cada vez mais profundo e detalhado acerca do ser humano levou à necessidade da fragmentação. (3) A atividade clínica moderna é baseada nos princípios da Medicina Baseada em Evidências. Neste modelo a história do paciente se converte em uma questão clínica cuja resposta deverá ser obtida a partir das evidências de maior relevância. As evidências de maior relevância provêm de estudos randomizados ou de corte aplicados a populações. Esse modelo tem oferecido inúmeras vantagens e tem sido o responsável pela abolição ou diminuição de grande parte do sofrimento humano decorrente de traumatismos e enfermidades. Mas alguns questionamentos começam a emergir a partir do ponto em que, na prática clínica, as evidências obtidas a partir de estudos populacionais deverão ser aplicadas em um contexto individual repleto de nuances que vão muito além do âmbito em que tais estudos foram realizados. (4) E, intuitivamente, médicos e pacientes sentem que algo está faltando.

A prática da medicina envolve o intercâmbio entre pelo menos duas pessoas – médico e paciente. Por muito tempo, o relacionamento entre as pessoas doentes e os que se têm proposto a praticar as artes e/ou ciências da cura, não importa em que sistema isso ocorra, tem sido considerado especial. É incontestável a idéia de que o cultivo de um bom relacionamento médico-paciente sempre foi, e sempre será a pedra angular de uma boa prática da medicina (5), a qual requer uma adaptação das evidências científicas em um contexto individual. O maior desafio é aquele paciente singular que o médico tem diante de si. Existem muitos textos sobre fisiopatologia e terapêutica do diabetes mellitus, por exemplo, e todos eles são similares. No entanto, é inútil conhecer o melhor manejo em relação à determinada doença se o paciente não toma adequadamente os medicamentos prescritos porque está deprimido ou porque tem um sistema de crenças, geralmente decorrente de seu contexto cultural ou familiar, que impede a sua adesão ao tratamento. Cada indivíduo que vivencia determinada enfermidade tem uma história única. É essencial que o seu médico seja capaz de ler e compreender esse texto inédito, muitas vezes escrito nas entrelinhas. E,

certamente, essa compreensão depende do cultivo de um bom relacionamento médico-paciente.

Acreditamos que dentro do atual padrão predominante de ensino e prática da Medicina se é possível incorporar e adaptar metodologias novas ou antigas com o objetivo de enriquecer a prática clínica. Certamente, modelos que proporcionem o aprimoramento da relação médico-paciente seriam úteis nessa abordagem. Por isso, nas últimas décadas, metodologias tais como Medicina centrada na pessoa (6) e Medicina Baseada em Narrativas (7) começam a despertar a atenção e têm sido desenvolvidas ou aperfeiçoadas.

A prática da Medicina centrada na pessoa requer um conhecimento do ser humano em sua totalidade, levando-se em conta suas dimensões física, emocional, mental, espiritual, cultural, familiar e social. Atentas a essas questões, muitas escolas médicas começam a incluir em seu currículo o estudo das humanidades o qual é essencial para a formação de um médico compassivo e, ao mesmo tempo, eficiente. Ouvir o paciente com atenção e empatia é outra maneira de se obter esse conhecimento mais amplo do ser humano, tão necessário para a prática da Medicina centrada na pessoa. Quando encontram profissionais receptivos, os pacientes se põem rapidamente a seguir sua tendência natural e começam a contar histórias – histórias de suas doenças, seus sofrimentos e suas vidas, e histórias relacionadas a suas crenças. A questão é: o que fazer com essas histórias que, muitas vezes, aparentemente nada ter a ver com suas histórias clínicas?

MEDICINA BASEADA EM NARRATIVAS

Narrative Medicine (8) – termo criado por Rita Charon – ou *Narrative-based Medicine* (7) – como preferem os autores britânicos – é uma metodologia que vem sendo construída nas últimas décadas graças à colaboração de diversos autores e que representa uma possível resposta para a questão proposta. Apesar de ter sido praticada com diferentes enfoques e em cenários variados, o seu fundamento se mantém intocado: ouvir os pacientes com atenção e empatia, utilizar suas histórias como ferramenta terapêutica. Graças aos diferentes approaches que têm sido atribuídos à Medicina baseada em Narrativas e à diversidade de cenários em que vem sendo utilizada, a função das narrativas em Medicina vem se desdobrando ao longo dos anos. Rita Charon afirma que a prática da medicina requer competência em narrativa, o que significa a capacidade para reconhecer, assimilar, interpretar e atuar de acordo com as histórias e dificuldades dos pacientes. Competência em narrativa permite aos médicos alcançar os pacientes e atuar junto a eles na enfermidade, reconhecer sua própria jornada pessoal através da medicina, reconhecer suas obrigações junto a outros profissionais de saúde e introduzir a um dis-

curso sobre saúde. A leitura e discussão acerca de obras literárias e a escrita reflexiva complementam o método e auxiliam a clarificar situações difíceis. (8)

Alguns autores como Arthur Frank usam as palavras narrativas e histórias indiscriminadamente, uma vez que pacientes não costumam se apresentar dizendo: “quero fazer uma narrativa” e sim: “doutor, quero contar uma história”. (9) No entanto, quando, como profissionais de saúde, utilizamos as histórias dos pacientes para nos beneficiarmos do seu potencial terapêutico e didático ou para aprimorar nossa atuação e melhor interagir com os pacientes, ou seja, quando as utilizamos de forma metodológica, é natural que as designemos como narrativas. Assim, o termo narrativas refere-se às próprias histórias e ao seu emprego como metodologia. (10)

As narrativas dos pacientes são muito mais que simples histórias em que os eventos são contados de forma linear. Nelas, os sentimentos existentes por trás dos fatos são mais importantes que os próprios fatos concretos. Para se entender o real significado de uma narrativa é necessário identificar o que foi expresso nas entrelinhas e compreender uma linguagem subliminar. As narrativas implicam em interpretação. (11) Uma mesma história pode ser contada e ouvida de formas diferentes por pessoas diferentes. (10)

DA FICÇÃO À VIDA REAL

A história de Scheherazade, por exemplo, tem se mantido viva por um longo tempo, talvez por ilustrar algumas das funções das narrativas. Ao longo dos séculos tem sido contada, recontada e interpretada infinitas vezes de forma tal que praticamente se transformou em uma obra de domínio público.

“Era uma vez, um cruel sultão que vivia em um reino muito, muito distante. Por ter sido traído por uma de suas esposas, convenceu-se de que nenhuma mulher no mundo era digna de confiança. Assim, prometeu a si próprio que nunca mais iria viver aquela experiência humilhante novamente. Para cumprir sua promessa, passou a matar cada uma de suas esposas, na manhã seguinte ao casamento. Para ele, essa seria a única alternativa possível para evitar uma possível traição. Parecia que esse comportamento nunca teria fim, quando, então, o sultão escolheu como esposa uma princesa de um reino vizinho – Scheherazade. Além de bela, Scheherazade tinha um dom – o dom de contar histórias de uma forma tão cativante que fascinava a todos que a ouviam. Tentando evitar a morte, a princesa começou a fazer uso de seu dom na noite de núpcias. E a cada noite, o sultão a mantinha viva, esperando ouvir uma nova e encantadora história ou conhecer o final de outra iniciada na noite anterior. Assim, Scheherazade manteve-se viva e foram compostos os Contos das 1001 Noites.”

Esse texto reflete a seguinte idéia: para Scheherazade, saber contar histórias fez a diferença entre a vida e a morte. Similarmente, em Medicina, uma atividade que lida com relações humanas, saber como contar e ouvir histórias pode fazer a diferença entre a morte e a vida, a doença e a saúde, a tristeza e a alegria, o sofrimento e a transcendência. Alguns anos de prática e ensino da medicina têm nos ensinado que tal idéia é plenamente procedente, o que é demonstrado por algumas narrativas da vida real apresentadas em seguida.

NARRATIVAS PARA ENSINAR, CURAR E TRANSCENDER

Todas as histórias apresentadas são reais, mas os nomes dos “personagens” são fictícios, tendo sido alterados para que suas identidades fossem preservadas. Para apresentação, as narrativas foram classificadas de acordo com os três esqueletos básicos de narrativas, conforme a visão de Arthur Frank – histórias de restituição, de caos e de busca. (9) As estruturas descritas pelo autor não são rígidas e, sim, representam padrões predominantes. Frank considera o paciente como um contador de histórias e o ato de contá-las e ouvi-las, não uma simples troca profissional, mas sim um dom, um presente. Consideramos que estudantes de Medicina e médicos também são contadores de histórias. Estas são contadas com o ouvinte e não para ele. Assim, quando médicos ouvem seus pacientes com compaixão e empatia, ajudam-nos a reescrever um novo roteiro mais satisfatório para suas vidas e proporcionam a possibilidade de mudanças no padrão de suas histórias. Quando contadas, as histórias propiciam a emergência de um significado para a doença e o sofrimento e a própria identificação desse significado exerce um efeito terapêutico para o paciente. De fato, isso é verdadeiro não apenas para pacientes, mas também para estudantes e profissionais da área de saúde. Quando médicos compartilham suas histórias, não estão apenas buscando um conselho clínico. Eles também buscam a clarificação de situações difíceis que vivenciam na prática da profissão e estão tentando aprender como lidar com o sofrimento dos pacientes e com o seu próprio sofrimento, o qual costuma ser desencadeado na empática relação médico/paciente.

HISTÓRIAS DE RESTITUIÇÃO

São aquelas com as quais os médicos estão preparados para lidar. Dizem respeito a pessoas que ficam doentes, são tratadas e têm seu bem estar restituído. Durante a evolução para a cura ou resolução de problemas, o que estava errado é corrigido e o médico, muitas vezes, emerge como um herói, sendo considerado o principal ator em cena – especialmente por sua expertise técnica ou capacidade em identificar problemas e prover soluções – e a doença o inimigo a ser conquista-

do. São narrativas de pacientes que têm altas chances de cura ou que se encontram em fase inicial da doença. Quando contam suas histórias, tais pacientes perdem a subjetividade e sempre falam a partir da perspectiva do médico que o tratou. Profissionais que buscam sucesso e eficácia são particularmente atraídos por tal categoria de narrativas. É evidente que estas também são preferidas por pacientes e familiares, pois são as que têm um final feliz. (9)

UMA HISTÓRIA DE RESTITUIÇÃO:

A narrativa de Carlos, professor de inglês, 30 anos, contada por ele mesmo

“Hoje estou muito bem, mas há três meses atrás corri risco de morrer. Comecei a apresentar uma dor na região do estômago, náuseas e nenhuma vontade de comer. Procurei o Pronto Socorro, fui examinado e medicado e melhorei um pouco. Fui dispensado para dormir em casa e orientado para retornar no caso de os sintomas persistirem ou agravarem. Na manhã seguinte acordei com febre e náuseas. A dor passou a se localizar no lado direito do abdome e notei que o mesmo ficou um pouco distendido. Não podia nem me movimentar que a dor piorava. Retornei ao Pronto Socorro e logo me encaminharam para uma avaliação com o cirurgião de plantão. O Dr. André, este é o seu nome, inspirou-me confiança desde o primeiro momento. Foi muito atencioso e após me examinar disse-me que o diagnóstico provável era apendicite aguda e que, se os exames corroborassem essa hipótese, eu teria de ser operado. Solicitou exames de sangue, urina e ultrassonografia e o diagnóstico foi confirmado. Assim, fui enviado ao Centro Cirúrgico. É claro que tive medo, mas fui muito bem orientado e me tranquilizei um pouco.

Conforme o esperado, tudo correu muito bem. Em três dias recebi alta hospitalar e após três semanas já havia retornado a minhas atividades de trabalho. O diagnóstico foi feito precocemente, o que, certamente, colaborou para esse brilhante resultado. Ainda bem que atualmente podemos contar com recursos tecnológicos e uma medicina avançada. Se eu tivesse nascido há cem anos, provavelmente não estaria aqui para contar essa história. Sou muito grato ao Dr. André e admiro sua capacidade e eficiência.”

Esta é uma típica história de restituição, em que aspectos técnicos são mais valorizados que os sutis ou pessoais. O médico até demonstrou uma boa capacidade de comunicação e estabeleceu um bom relacionamento médico-paciente, mas o que mais importou para o resultado satisfatório e o entusiasmo de seu paciente foi a sua competência técnica. Conforme se pode apreender, as histórias dessa categoria representam o otimismo triunfante da ciência médica, segundo as palavras do próprio Arthur Frank. (9) Acreditamos que

as histórias de restituição não são muito boas para ser contadas e compartilhadas. São rotineiras, talvez muito similares entre si e não apresentam nenhum apelo emocional. Assim, não causam grande impacto e logo são esquecidas. Talvez figurem melhor como números em estatísticas médicas. Mas as histórias de restituição também podem proporcionar ensinamentos, como a demonstra a narrativa de Eduardo.

A NARRATIVA DE EDUARDO, CONTADA POR SUA MÉDICA

“Eduardo tem 55 anos e foi submetido a uma amputação abdôminoperineal de reto por adenocarcinoma de reto há seis anos. Evoluiu bem do ponto de vista cirúrgico e oncológico. Retornou gradativamente às atividades que realizava anteriormente à cirurgia, inclusive às práticas esportivas, mesmo sendo portador de uma colostomia definitiva. No momento está exercendo normalmente suas atividades de trabalho e não apresenta dificuldades em relação ao convívio social. Refere ter sido bem acompanhado e orientado no pós-operatório, o que certamente colaborou para sua excelente recuperação. Sempre mostra gratidão aos profissionais que o trataram e reconhecimento aos avanços da ciência que evitaram que tivesse uma evolução pouco satisfatória, como ocorreu com um de seus antepassados, que morreu em decorrência de um câncer intestinal no passado. Antes da consulta descrita em seguida, eu já o havia visto algumas vezes em atendimentos de rotina.

Eduardo é acompanhado em um Programa de Assistência ao Ostimizado e certo dia foi encaminhado para avaliação médica pela enfermeira estomaterapeuta, pois desde há quatro meses passou a apresentar dificuldades para realizar o procedimento denominado autoirrigação da colostomia, para o qual havia sido treinado com sucesso há quatro anos. Queixava-se de episódios de diarreia, eventuais escapes de fezes em momentos inesperados e sensação de ardor na colostomia toda vez que realizava a auto-irrigação. A profissional, muito dedicada, julgava que o paciente estava muito ansioso, pois era assim que ele se mostrou durante a sua avaliação, e que esta intercorrência devia-se a questões emocionais e não a dificuldades técnicas, uma vez que ele havia sido retreinado e estava fazendo tudo corretamente, considerando-se os aspectos técnicos. Convém lembrar que a técnica de autoirrigação de colostomia tem trazido grande melhora na qualidade de vida dos portadores de colostomia e a maioria deles se adapta plenamente à técnica.

Durante o atendimento, permiti que Eduardo se expressasse livremente e as mesmas queixas descritas acima foram repetidas. Algumas outras questões foram esclarecidas com um interrogatório dirigido e o paciente acabou confessando:

“Na verdade, sempre detestei fazer a autoirrigação. Para mim era uma obrigação desagradável. Tenho conversado com muitos colegas em minha situação e sei que a maioria deles se adapta muito bem à técnica, afirmando que suas vidas melhoraram intensamente após a sua realização. Mas comigo acontece o contrário. Até fiquei feliz quando o meu cirurgião pediu-me que interrompesse o procedimento devido aos ardores e à diarreia e me encaminhou para reavaliação com a enfermeira que me acompanha para os cuidados com a colostomia. Nestes últimos quatro meses tenho vivido muito bem, como vivia no período anterior à cirurgia, ou seja, como se a colostomia não existisse. Sou motorista de uma perua escolar e aos finais de semana sou treinador de futebol infantil. Estou totalmente habituado à colostomia. Ela não me atrapalha em nada. Sinto-me totalmente curado, uma pessoa saudável. Percebi que esses sintomas desagradáveis apenas reaparecem quando tento fazer a autoirrigação.”

Então veio a inevitável pergunta:

“Por que então o senhor permaneceu por tanto tempo fazendo algo que julga tão desagradável?”

A resposta foi no mínimo desconcertante e inesperada:

“Pensei que fosse obrigado a isso. Afinal a enfermeira havia perdido tempo em me treinar e o governo fornece todo aquele material, que deve ser caro. Fiquei com medo de perder o direito de ser assistido no Programa.”

A questão foi definitivamente resolvida quando o paciente foi esclarecido de que não era obrigado a nada e que todos os clientes do Programa de Ostimizados estavam ali para serem auxiliados a ter uma vida plena. E isto ele já havia conseguido, principalmente graças a características próprias de sua personalidade e a recursos internos. Ele enfim compreendeu que a equipe estaria ali sempre que necessitasse de orientação ou ajuda, mas que nunca mais teria de fazer autoirrigação ou qualquer outra coisa que não fosse de sua livre escolha. As suas palavras finais foram: “Muito obrigada, a senhora não sabe o peso que tirou dos meus ombros” – e as suas feições mostraram realmente o alívio experimentado. Estavam bem diferentes de quando entrou para a consulta.”

O ensinamento dessa história é o seguinte – é preciso ouvir os pacientes com atenção para se identificar suas reais necessidades. O conhecimento das reais necessidades do paciente permite a proposição de soluções que tenham a ver principalmente com suas crenças e visão de vida. Tal abordagem permite que a técnica seja utilizada como um meio e não como um fim.

HISTÓRIAS DE CAOS

São aquelas das quais temos vontade de fugir, pois

retratam situações com as quais não fomos preparados para lidar durante o processo de formação nas escolas médicas. Nelas, a incapacidade do paciente tende a piorar e a única evolução possível é a morte ou a incapacidade progressiva. Pacientes que as vivenciam não têm mais chances de cura. Histórias de caos são caracterizadas por sentenças incompletas, perguntas sem respostas e períodos de silêncio. Transtornos emocionais costumam permear tais histórias e nelas os familiares desempenham papel importante, mostrando grandes dificuldades para enfrentar a situação. (9)

UMA HISTÓRIA DE CAOS:

A história de Paula, contada por sua médica

“Já faz um ano que vemos a jovem Paula em visitas domiciliares, e sempre ocorre o mesmo. Batemos várias vezes à porta, a mãe demora a atender. Às vezes é preciso que um vizinho interceda: “Dona Rose, abra a porta, é a médica!” Em outras ocasiões temos de chamá-la ao telefone: “dona Rose, já chegamos!” Ao que ela responde, surpresa: “Já??? Esperem um pouco que já vou abrir o portão.” Algum tempo depois surge a senhora de cabelos grisalhos, aspecto desleixado e feições abatidas – a personificação do desânimo. A sua simples visão nos desencoraja para iniciar o que poderíamos considerar mais uma inútil visita médica e de enfermagem. Descemos alguns degraus, percorremos um pequeno corredor e entramos na casa: de alvenaria, bem ensolarada e iluminada. A mãe, dando sinais de que acabou de acordar, acende a luz do quarto onde está a Paula – esta ainda se encontra com lenços presos aos punhos. Estes são comumente utilizados para mantê-la amarrada à cama. As janelas de seu quarto, diferentemente do restante da casa, são sempre mantidas cerradas e a iluminação artificial é precária. Diante de nós temos uma moça de 20 anos de idade, cabelos escuros, levemente ondulados, desalinhados, pele clara, olhos fixamente fechados por uma ptose palpebral bilateral. Quando percebe nossa presença, esconde a cabeça no travesseiro, evitando contato. Costuma enterrar o rosto no colchão numa posição viciosa, o que explica o desabamento de septo nasal que lhe dá uma aparência grotesca. E, a todo momento, emite suspiros e tenta bater no próprio rosto, revelando grande ansiedade.

Na primeira visita, pedimos à mãe que falasse sobre sua história, que ela prefere não repetir: “Já contei tantas vezes e a tantos médicos, estou cansada! Não há nada mesmo que possa ser feito.” Pergunto o que mais necessita naquele momento e, então, ela demonstra um pouco mais de confiança e responde: “Doutora, preciso de tranqüilizantes para minha filha, pois ela é muito agitada. Não estou mais agüentando, tenho dormido com ela para contê-la – o marido – deixo prá lá!” Perguntamos se ela enxerga e ouve. Ela nos conta que Paula

ouve bem, gosta de música, mas é cega desde os três anos de idade quando foi diagnosticado um glaucoma. Foi operada, sem sucesso. O médico disse que não tinha mais jeito! Pergunto se ela frequenta alguma instituição. A mãe diz que já a levou, por algum tempo, mas desistiu. “Não temos carro para levá-la, não agüento carregá-la em transporte coletivo. As escolas também não a aceitam, não tem nada a aprender”, completa. Pergunto se sai de casa, se toma sol. A mãe responde que prefere que fique no quarto fechado, o tempo todo, prá não pegar resfriado. Fico incomodada com o cheiro forte de mofo, presente no quarto da jovem. As janelas estão fechadas e as luzes acesas, enquanto o sol ilumina um dia claro e sem nuvens lá fora.

Paula tem dois irmãos, uma irmã um pouco mais velha, cuja ajuda a mãe perdeu há pouco tempo, pois ela se casou, e outro irmão mais novo. A irmã vem visitá-la de vez em quando, mas vem pouco, pois tem mais o que fazer! Alguém fala em namoro: Paula levanta, então, a cabeça e deixa escapar um sorriso. Neste momento, dona Rose nos pede licença, vai preparar o mingau. Aproveitamos para examiná-la, e logo chega o café da manhã que a mãe oferece às colheradas, com a cabeça da jovem no colo. É visível a reação imediata da filha, um momento prazeroso para ela, em que o alimento oferecido toma a forma do carinho pelo qual ela parece tanto ansiar! Talvez esse seja o único momento em que ela realmente demonstre calma.

Deixo com a mãe a receita de um sedativo leve. Ao longo das visitas seguintes, tento convencê-la a não desistir de lutar pela filha: levá-la a um passeio, tomar sol, deixar as janelas abertas e pedir mais ajuda na difícil tarefa de todos os dias. Quem sabe uma escola em que possa integrar-se. Mas a cada visita, a mesma cena se repete – a mãe totalmente endurecida pelas agruras da vida e Paula se autoflagelando quando não está amarrada.

Tentei, exaustivamente, reunir os familiares para um bate-papo, para que pudessem falar livremente diante de um testemunho compassivo e, assim, pudessem organizar o caos que permeia suas vidas e, quem sabe, encontrar soluções dentro de sua própria realidade. Talvez assim pudessem unir forças, dividir funções, deixar entrar mais luz e música naquela casa sombria e, quem sabe, melhorar a qualidade de vida da infeliz jovem. Mas foi tudo em vão, não obtive resposta. Continuo colocando-me à disposição para ouvir e ajudar no que for possível e até usei imaginar que poderia indicar à D. Rose filmes e livros com histórias reais de superação. Mas percebi que isso só tinha a ver com minha realidade e minhas crenças. Sinto que todos nós – familiares e profissionais – continuamos mergulhados no caos. Já faz vinte anos que dona Rose tenta carregar sozinha o fardo de uma filha nascida com Paralisia Cerebral. Fica evidente que há muito tempo

nem a filha sente o colo, nem a mãe suporta o peso!”

É fácil compreender que as histórias de caos são histórias sem fim ou, pelo menos, sem um final satisfatório. Evidenciam as limitações do modelo médico e são causas de frustração entre todos nelas envolvidos. Sob um olhar superficial não são passíveis de resolução aceitável. Mas a boa notícia é que, histórias de caos podem ser transformadas em histórias de busca.

HISTÓRIAS DE BUSCA

Mesmo quando a cura ou restituição são impossíveis ou improváveis, os sofrimentos ou doenças podem se tornar uma oportunidade de aprendizado. Neste caso, as histórias de caos se transformam em histórias de busca. Nelas, a conclusão final da jornada compartilhada por médicos ou profissionais de saúde e pacientes é a transcendência da dor. Ao ser ouvido com atenção, compaixão e empatia, o paciente consegue organizar o caos que se formou em sua mente em decorrência da doença e, encontrando um significado para os seus sofrimentos, encontra recursos internos e desenvolve novos valores os quais permitem que o sofrimento, ainda que presente, possa ser vivenciado com aceitação e serenidade. As histórias de busca proporcionam lições de vida que impulsionam o contador da história para um nível mais elevado de consciência, transformando-o em alguém que aprende e ensina através da doença. Durante tal jornada para a transcendência, ele se torna grato, não pela doença, mas pela vida, a qual, mesmo incluindo a doença, pode ser vivida e aceita incondicionalmente. (9)

É impossível que histórias de caos se transformem em histórias de restituição. Profissionais de saúde necessitam compartilhar e refletir acerca das histórias de caos dos seus pacientes para que, então, consigam algum distanciamento das situações difíceis que emergem do relacionamento profissional. Somente dessa forma poderão atuar como o testemunho compassivo, cuja presença é essencial para a criação de novos roteiros, ou seja, a transformação de histórias de caos em busca.

A HISTÓRIA DE JÚLIO – DO CAOS À TRANSCENDÊNCIA

Júlio é um garoto como os outros. Vive em cidade litorânea, vai à praia, brinca na areia com seus pais. Não tem irmãos, o que faz dele o centro das atenções. Uma existência tranqüila, cercado de carinho dos pais, Teresa e Ângelo.

Numa manhã, na praia, Teresa percebe que o garoto perde o equilíbrio e cai com o rosto na areia, coisa estranha para um menino de nove anos. Nos próximos dias, ele começa a queixar-se de constantes dores de cabeça. Vômitos pela manhã, diariamente. Levado ao médico, o temido diagnóstico: tumor cerebral de fossa

posterior. Neste momento, a paz da família é quebrada, os pais não conseguem manter o entendimento de outrora, pois a doença lhes cai como um peso insuportável. A cirurgia é marcada, as chances de cura são boas, mas a criança não está livre de riscos! Será que terá seqüelas? Sobreviverá? As dúvidas massacram os pais. As brigas entre o casal continuam.

Júlio é operado, com sucesso. Aparentemente, o tumor é totalmente ressecado. O tecido normal é preservado, mas ainda é cedo para predizer se haverá seqüelas. A partir de então, são meses intermináveis, entre a UPI, a necessidade de traqueostomia e respiradores e a constante ameaça dos inimigos que costumam surgir sem hora marcada – infecções e convulsões. Para alimentar-se, um tubo inserido no estômago.

Finalmente, a criança pode ir para casa, mas ainda precisa de cuidados especiais dos profissionais de saúde. Os pais alugam um pequeno apartamento, na cidade onde foi operado, pois na cidade de origem não há a assistência necessária. Recebe cuidados de auxiliar de enfermagem todo tempo. Um fisioterapeuta cuida de sua reabilitação motora. O apartamento é pequeno demais para tantos, sobretudo para os pais que vivem em constante tensão.

Nestas circunstâncias é que começo a prestar atendimento domiciliar ao pequeno Júlio. Este começa a caminhar, com dificuldade, é claro, mas a mãe já comemora o progresso. A criança está se libertando da cadeira de rodas. Fala com dificuldade, mas o trabalho da fonoaudióloga também propicia progressos.

Apesar das grandes dificuldades enfrentadas, esta história parecia estar caminhando para uma restituição total. Realmente isto estava ocorrendo, se considerarmos o modelo biomecânico de prática da medicina. Mas eis que a um fato inesperado dá um novo rumo à história – a mãe de Júlio anuncia que está deixando a família. E fez isso diante da própria criança, como se ela nem estivesse presente, o que mais me impressionou! Que razões tão fortes teria uma mãe para deixar um filho em fase de recuperação de uma grave doença?

Nas próximas visitas minha maior preocupação é tentar convencer a Tereza a ficar com o filho até sua completa recuperação. Psicóloga, assistente social, enfermeiras são outras profissionais empenhadas no mesmo objetivo. O que mais me intriga é o fato da mãe aparentar preocupação com a criança – conta a trajetória de sua doença com riqueza de detalhes, mostra grande interesse em relação aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos! O que estaria levando uma mãe tão zelosa a tomar semelhante decisão? A saúde do pequeno Júlio já não é mais preocupante, pois melhora a cada dia. Os pais planejam sua volta à escola, iniciativa que é bastante incentivada! Mas o caos voltou a se instalar naquela casa. O clima entre os pais é péssimo e tudo isso se reflete no olhar triste de Júlio.

Nas visitas subseqüentes me surpreendo ao ver Teresa ainda presente, comemoro internamente, mas ela não desiste e continua firme em sua decisão. Comenta, sempre diante da criança, que ficará afastada – e por muito tempo – não explica os motivos e respeito seu silêncio. A criança está cada vez mais revoltada, agride a mãe, “Você é chata!” Ela diz que prefere ser franca com o filho, “Ele vai entender”! Será?

Chega o dia que eu temia. Numa de minhas últimas visitas, já não encontro Teresa. Ângelo está mais presente agora, tentando suprir com carinho a ausência materna e desempenhando o papel de pai e mãe. Parece estar sempre pronto a ouvir com atenção a todas as colocações do filho, não importa qual a sua natureza. Tive a oportunidade de conversar mais longamente com ele depois da partida da mãe e ele pareceu aliviado após inteirar-me das mudanças que ocorreram em sua vida desde o diagnóstico da doença de Júlio. O ambiente na casa mostrava-se a cada dia mais harmonioso. Ângelo disse-me que estava bem e que considerava o cuidado de Júlio como o objetivo de sua vida. Toda essa experiência mostrou-lhe que sua vida tem um significado. A criança, enfim, pôde voltar à escola. A pequena família, agora ainda menor, retorna gradativamente à rotina de outrora. O pequeno Júlio vai se recuperar bem e terá uma vida normal. No entanto, é muito inteligente, e não deixará de perceber que são outras as cicatrizes que lhe restarão, quem sabe bem mais dolorosas! Mas estou certa de que pai e filho poderão conviver com essas cicatrizes até que elas se transformem numa tênue lembrança do passado e pareçam ser parte de outra vida.

Essa história, assim como as demais, fala por si própria. Mostra que, na vida real o sofrimento pode ser vivido com serenidade e ser fonte de grandes ensinamentos a todos envolvidos na história. Especialmente quando temos um testemunho compassivo que compreenda nossa história.

CONCLUSÃO

Mostrar receptividade em relação às histórias dos pacientes promove por si só um efeito terapêutico ou paliativo, o que é facilmente constatado na prática clínica

diária. A possibilidade de expressar sofrimentos, dores, situações difíceis, sentimentos, crenças e visão de mundo – através da palavra falada ou escrita, em poesia ou prosa – tem um efeito terapêutico. Esse efeito ocorre quando o narrador tem diante de si um testemunho compassivo, mas também está presente quando se escreve acerca de temas que causam dor e sofrimento, mesmo sabendo-se que ninguém lerá tal texto. (12) (13) Ao ser ouvido com atenção, compaixão e empatia o paciente é capaz de organizar o caos que existe em sua mente, o qual foi provocado pela enfermidade ou situação difícil que vivencia, para que encontre por si só soluções, as quais não consegue visualizar quando mergulhado em seu mar de problemas. (14)

Em nossa prática, quando médicos e estudantes de medicina compartilham as narrativas próprias e dos pacientes – às quais tenham atribuído um significado especial ou que lhes trouxeram algum ensinamento – também podem usufruir plenamente seu efeito didático e terapêutico. Quando não se é possível compartilhar as histórias, o simples fato de escrevê-las nos ajuda a integrar situações difíceis que emergem no dia-a-dia. A escrita reflexiva (15) e leitura de obras literárias são elementos da Medicina baseada em Narrativas e permitem a clarificação das complexas ocorrências que emergem em cenários de ensino e prática da Medicina. Em educação médica, a aplicação de um enfoque narrativo permite ao estudante de Medicina um maior entendimento da enfermidade graças à combinação do conhecimento biomédico obtido através das abordagens educacionais tradicionais com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial obtido através da inter-relação entre estudantes de medicina, pacientes e familiares. (16)

O estudo das humanidades e a atenção às narrativas dos pacientes representam a ponte entre a tecnologia e o inédito e sutil mundo do paciente, o qual apenas pode ser adentrado através do estabelecimento de um relacionamento médico-paciente satisfatório. Para a prática da Medicina em sua total magnitude, ou seja, como Ciência e Arte é necessário transitar livremente através dessa ponte. (17)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pedreño, Higinio Marin. De Dominio Público: Ensayos de teoría social y del hombre. Ediciones Universidad de Navarra, España, 1997.
2. Frank AW. The Standpoint of Storyteller. *Qualitative Health Research*. 2000; 10(3): 354-365.
3. Sweeney KG, MacAuley D, Gray DP. Personal significance: the third dimension. *The Lancet*. 1998; 351: 134-36.
4. McWhinney IR. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, New York, 1997.
5. Helliwell JA. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. *Canadian Family Physician*; 1999; 45: 859-861.
6. Balint, Michael. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, 1977 (segunda edição).
7. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine: narrative based medicine in an evidence based world. *BMJ*; 1999; 318(7179): 323-325.
8. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA*. 2001; 286(15): 1897-1902. (Reprinted).
9. Frank, AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*; 1998, 16: 197-212.
10. De Benedetto, M A C, Blasco P G, Castro A G, Carvalho E. Once Upon a Time... At The Tenth SOBRAMFA International and Academic Meeting – São Paulo – Brazil. *Journal for Learning through the Arts. A Research Journal on Arts Integration in School and Communities*; 2007; Vol. 2 (Nº 1); Article 7. Accessed in: <http://repositories.cdlib.org/clta/ita/vol2/iss1/art7>
11. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine: why study narrative? *BMJ*. 1999; 318(7175): 48-50.
12. Smyth, J.M., Stone, A.A., Hurewitz, A., & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304-1309.
13. Carroll, R. Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*; 2005, 2(2): 161-172.
14. Shapiro J, Ross V. Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine. *Fam Med* 2002; 32(2): 96-100.
15. Bolton G. Stories at work: reflective writing for practitioners. *Lancet*. 1999; 354(9174): 243-5.
16. Kumagai, A. K. A Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Academic Medicine*, 2008; Vol. 83, N 7: 653-658.
17. De Benedetto MAC, Blasco P, Troll T. Even a Little Magic. *Canadian Family Physician*. 2008; Vol. 54: 1146-7.

From suffering to transcendence

Narratives in palliative care

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto MD Ariane Gianfelice de Castro MD
Elsi de Carvalho MD Rokia Sanogo MD Pablo González Blasco MD PhD

Working as family physicians in an academic palliative care ambulatory clinic in Brazil has taught us many lessons. We have learned, for example, that even if a story's only possible ending is death, it can be written in many ways. The various people involved in a story—patients, patients' families, family doctors, and family medicine residents beginning their traineeship—experience it according to their own perspectives and interpretations. Any situation can have unexpected meanings for each of us. The most important lesson we have learned is that, even if the end of the palliative care story is inevitable, its course can be changed. The direction of the changes often depends on the nature of the patient-doctor and the family-doctor relationships.

The first encounters with terminal disease are usually frightening for our junior doctors. The following comments illustrate their feelings and concerns at the start of the traineeship:

"I think I will be useless here, since there is nothing to do."

"During training we are taught to deal with success and to apply scientific evidence and technological advances to solve medical problems. Such subjects as pain, suffering, and death are almost ignored, as if they don't represent important elements of daily medical practice."

"At medical school, I had few contacts with death, and when it occurred it was in artificial circumstances, where doctors I considered more capable commanded the scene. But everything was done with that same detachment they had always tried to transmit to us as being the only attitude suitable in such situations. Personal feelings were not allowed, and I felt that something was missing."

"I panic just thinking that I will have to see terminal patients. I won't know how to behave."

"I don't know what to do if the patient asks me 'Am I going to die?' or 'Doctor, when am I going to pass away?'"

Cultural context

The first consultation with a patient can be discouraging for residents and students, as patients often seem

unaware of their actual medical state. This occurs for several reasons. Patients might not have been well informed about their condition. They might be in denial. Sometimes patients pretend not to know about the extent of their disease to protect their relatives, because they believe that their relatives mustn't, in any way, realize that they are suffering. At other times, patients and family members seem to have made a pact that dying and death are forbidden subjects.

Such behaviour might seem inexplicable to people living in countries other than Brazil; it results from the characteristics of our culture, very different from those of cultures in which the whole truth must be told, regardless of the situation. In our country, it is often necessary to use metaphor or to tell the truth slowly, over time.

Given this context, residents often initially have difficulty broaching complex issues with their patients. This difficulty can be challenging to overcome without good preparation and encouragement to

spend time on reflection. During orientation, residents read literary works and scientific papers that introduce various themes (eg, pain, suffering, dying, and death) and various points of view. They are also introduced to the principles of narrative medicine, a method we have found to be of great value in palliative care.

Therapeutic tool

Beyond the technical and pharmacologic support offered to patients, our clinic uses narrative as a didactic and therapeutic tool. Residents and students quickly realize that, when they listen empathetically to patients and their families, stories of chaos usually emerge. Many doctors would like to ignore these stories, which highlight questions that have no answers and can make doctors feel powerless.

By listening to terminal patients, we make them feel they are not alone. We allow them to transform their chaos stories into quest stories, in which their illnesses become teaching tools for all involved. Quest stories are stories of transcendence. When terminal patients find attentive listeners, they have opportunities to organize the chaos produced in their lives by

When there is
apparently nothing
to do, one can
still listen

incurable illness and find meaning that allows them to accept life unconditionally.¹

This approach has motivated the creation of many stories in our clinic during the past 3 years: stories told, written, and rewritten by patients, students, patients' family members, doctors, and residents. The feelings, interpretation, and point of view of each participant in a story influences the way he or she will present it. Storytelling is a tendency deeply rooted in the core of human beings,² and patients are key storytellers.³ When health professionals listen to their patients with empathy and compassion, they participate in the creation of a new script—one with elements of overcoming and transcendence, demonstrating that the course of the story was changed.

Didactic tool

In the box below is an example of a narrative written by a group of residents during their palliative care rotation. The text illustrates a patient's journey from a chaos story to a quest story. This change was possible because, by being listened to and feeling himself understood, the patient became aware that he did not have to walk alone. He could finally talk about his feelings, doubts, and fears, not only to the team, but also to his wife.

The residents confessed that, before this story, they were not certain that they could help patients in their journey from suffering to transcendence. After reading the initial recommended articles, one resident had commented, "Maybe that is a theoretical idea, only a romantic vision of some authors." As time passed, however, the residents experienced other situations that enriched their clinical practice and stimulated reflection—which made them feel like better doctors. They rewrote many stories and understood an important lesson: when there is apparently nothing to do, one can still listen.

After such experiences, the students and doctors often need to share narratives and to tell their own stories in order to transcend chaos into quests of their own. After a discussion related to the technical aspects of consultations, rotations in the clinic are closed with a session of reflective writing.⁴ Literary texts or scientific papers related to the situations are discussed.

We have found that the narrative approach used in palliative care has been a good didactic and healing tool that enriches practice and is consistent with the precepts of family medicine.

Understanding the hidden meaning

Mr João (a fictitious name) arrived in a wheelchair, which was being pushed by his wife, Mary (a fictitious name). He was very thin, pale, and crestfallen. Mary also looked downcast, but she started talking because her husband was silent. She gave us

a referral letter, which stated that João had nonresectable esophageal cancer. No further treatment was possible. He was being fed with a nasogastric tube. Looking at us with complicity, and maybe hope, she told us that her husband could not eat or sleep. He just kept coughing all the time. When he could murmur something, it was to complain about his pain. All parts of his body ached. And he drooled continuously.

And what could we do, we simple first-year residents? We wanted to run away. We felt a profound sense of powerlessness. Here was an actual chaos story. But someone had told us that, when there is apparently nothing to do, one can still listen. Yes, listening to Mary and trying to understand the hidden meaning of João's speechlessness was a good start. So, after taking some deep breaths, we started doing that. Mary told us about her life and about her relationship with João. She was very tired because she also had to take care of her mother, who had Alzheimer disease. But she was doing her best because João had been an excellent partner. They had been together for 8 years, and João had taken care of Maria when she was going through a difficult period of her life—she had been rejected by her first husband. They had enjoyed a good life since. They would have liked to have had children, but Maria had had a surgical tubal sterilization in her first marriage and was 40 years old at the time of the second marriage.

Realizing that, finally, someone was paying attention to him, João whispered some questions during the physical examination—the answers to which he certainly knew. "When am I going to speak again?" "If I get better, stronger, would it be possible to remove this cancer?"

When we spoke alone to Maria, she told us no doctor had directly told João that he was a terminal patient, but she knew that he had understood the truth by himself. Even so, sometimes he dared to have hope.

They left with a prescription for some medicine and information to help control João's symptoms. Dexamethasone was included in the prescription as a good option for controlling his severe cachexia, fatigue, and anorexia. We could see some relief on their faces when they said goodbye.

At the second meeting, João arrived walking, looking better. He was very pleased with the effect of the medication. Because of the apparent good results of the treatment, he seemed to have hopes of becoming well again. We explained to him we could not tell how long he would stay with us. Even if healing were impossible, however, we were at his side to make him feel as well as we could.

At the third encounter, the clinical situation remained the same. But we had news: Maria thought she was pregnant. She had symptoms and her abdomen was enlarging. Because of her age and past sterilization, the gynecologist thought Maria had fibroids and was undergoing menopause. She hadn't been able to have any tests because she was spending all of her available time taking care of João.

By the next meeting, she still hadn't had any tests, but Maria was certain she was pregnant. João remained stable, and we could perceive a seed of spirituality developing. Every day, he spent some time listening to a religious radio broadcast that gave him great serenity and acceptance. The medications were still effective. Sometimes dexamethasone seems to work miracles.

At each encounter, the links between residents, doctors, family, and patient were enhanced. We felt we were actually doing something useful, and João and Maria were very different from the first time we saw them. The most important thing that we were doing was just listening to them. They told us about their past, their feelings, and their needs. João had certainly been a jovial fellow.

Then one day, 4 months later, Maria appeared alone. She was crying when she said, "Doctors, he passed away. He had pneumonia, and I took him to the hospital because he was having trouble breathing. After 4 days at the hospital, he died. But he was at peace. Before that, though, the pregnancy was confirmed. So, João left us with the certainty that one part of him will be with me forever. The morning he died, he was listening to the priest he had so enjoyed at the end of his life. After the broadcast, he looked at me and said that he loved me. Then he pulled away the nasogastric tube, saying that he would not need it any more. He asked me to thank all of you who helped him along in those difficult days, kissed me, and said goodbye, telling me he would take care of me and our child from the other side." 

Dr De Benedetto is Coordinator of the Brazilian Society of Family Medicine's (SOBRAMFA's) Department of Humanities in São Paulo, Brazil. **Dr de Castro** is SOBRAMFA's third-year family medicine resident, **Dr de Carvalho** is SOBRAMFA's second-year family medicine resident, and **Dr Sanogo** is SOBRAMFA's first-year family medicine resident. **Dr Blasco** is SOBRAMFA's Scientific Director.

Competing interests

None declared

Correspondence to: Dr De Benedetto, SOBRAMFA, rua Das Camélias, 637, São Paulo, 04048-061, Brazil; telephone 55 11 5583 3539; fax 55 11 5589 7678; e-mail macbet8@uol.com.br

The opinions expressed in commentaries are those of the authors. Publication does not imply endorsement by the College of Family Physicians of Canada.

References

1. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health* 1998;16:197-212.
2. De Benedetto MAC, Blasco PG, de Castro AG, de Carvalho C. Once upon a time ... at the Tenth SOBRAMFA International and Academic Meeting, São Paulo, Brazil. *J Learn Arts* 2006;2(1):7.
3. Frank AW. The standpoint of storyteller. *Qual Health Res* 2000;10(3):354-65.
4. Bolton G. Stories at work: reflective writing for practitioners. *Lancet* 1999;354(9174):243-5.



Even a little magic

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto MD Pablo Blasco MD PhD Thais Troll

In the past, there were such things as doctor-priests, extraordinary people who established special relationships with those who were ill. They were known as *shamans*. Shamans throughout ages and places have led sick people to a mysterious and magical world where the healing process is possible. And patients have usually come back changed after experiencing their healing journeys under the supervision of shamans.

Nowadays medicine is dominated by specialization, technology, and scientific evidence—a world in which patients are seen in a fragmented way. Although the current model offers innumerable advantages for treatment, patients and doctors are not wholly satisfied because they feel as though something is missing.¹ Off-the-cuff comments reveal their thinking. It is common for patients to say things like this: “I went to the office and only saw the doctor for a few minutes. He hurried to do tests and prescribe medicine without even listening to me properly. I wish he’d had a caring look at me.”

On the other side of the spectrum, a colleague recently complained: “I am losing my passion for medical practice. There is no room for humanism in the current model. In my vision, medicine should be approached as both a science and an art, a discipline in which the humane aspects of medicine could be as appreciated as the technological and scientific aspects.”

Magic and medicine

Magic has been associated with the practice of medicine for thousands of years. The idea that a portion of the healing process is attributed to magic is deeply rooted in the human psyche. Maybe it is because of this that patients are so fascinated with the advanced technology involved in some medical procedures, such as surgeries and sophisticated complementary tests—in those they can also see something magical and mysterious. But patients are shrewd and soon end up realizing that an important element is missing: the special relationship between healer and patient that always characterized the art of medicine when magic played an integral role. And now we ask, “Is there a chance that the magical dimension of medicine continues to play a role in a discipline dominated by technology and evidence?”

Symbolic efficacy

In *Antropologia del Dolor*, David Le Breton teaches us about the symbolic efficacy of therapeutic modalities—an efficacy that certainly depends on cultural concepts, beliefs, and a vision of life, all of which are involved in the healing process. He describes many “cure episodes” that are inexplicable and incomprehensible according to rules of modern science and asserts that the scientific approach and the shaman’s

knowledge do not oppose each other but belong in different categories. He notes that human societies construct the sense and structure of the universe in which they evolve. For Le Breton, the shamans’ activities illustrate the symbolic efficacy of some therapeutic procedures, acquired in

contexts where certain meanings are well established. In modern medicine, the most remarkable example of such symbolic efficacy is the placebo effect.²

Edward’s story

When he died as a result of an advanced brain cancer, Edward (whose name has been changed for privacy) was 18 years old. When I met him for the first time, he was receiving palliative care at home and was being treated by oncologists. His mother was my patient and asked me to see Edward, saying “As you are a family doctor, you could certainly provide good care for my son.”

He was skinny and weak, and I soon realized he was suffering deep pain. I had to increase his dosage of morphine and prescribe other medicines. Then Edward and I talked for some time. We talked about physical and emotional pain, about life, but not yet about death. For his mother I did the only thing possible—I listened to her with empathy and compassion and let her know that she could count on me at any time.

A few days later I was called back. Edward could not urinate. He was suffering from a side effect of morphine—urinary retention. I had to provide a urinary tube for emptying his bladder, as other noninvasive procedures were not effective. From that day, aware of its unpleasant side effect, he refused to take morphine. Actually, he refused to take any analgesic. His mother despaired—when he was not sleepy, he kept crying in agitation because of the pain. She called me once more.

We found common ground between our beliefs

When I arrived, Edward was restless but remained firm in his decision—he would not take painkillers again. Beyond that, he appeared fearful and worried about life after death. He wanted to know what the “other side” was like. His parents were immigrants from Japan and were Buddhists. They were very simple people and were not able to allay his doubts. I did not know anything about Japanese culture, but I sat down beside him and we started sharing opinions. Our conversation lasted about an hour. In that time we found common ground between our beliefs, and the ideas that emerged offered him some relief.

After that day, Edward still did not take any medicines, but this time it was because he had no need. He no longer suffered debilitating pain. It was mainly the doubt that had disturbed him, a pain from his soul that manifested itself physically until it could be verbalized.

One week later Edward died in peace, certain that where he was going did not matter, as he could count on Divine Mercy anywhere. This had been one of the themes of our last conversation. Edward taught me that sometimes a good talk—a chance to relieve pent-up feelings—is the best medicine. It is a lesson that I



could not have learned in any medical school or any textbook, a lesson that can only be taught by the pages of life and only when one is willing to read them.

Narratives, placebo effect, and magic

Listening to patients' stories with empathy and compassion, even those unrelated to their clinical histories, and paying attention to their beliefs and personal paradigms are elements of narrative medicine,³ a methodology that has an incontestable palliative, didactic, and healing role for patients, health care professionals, and students. Narratives reinforce and enrich the doctor-patient relationship and create a positive outlook on diagnostic and treatment procedures, which (according to certain authors) can explain the intensity of the placebo effect.⁴

Edward's story continues to remind us that magical or apparently magical events still occur in modern medicine. The story demonstrates the response to placebo, or the “meaning response,”⁵ although no sugar pill was used. In this case, the doctor's attitude was responsible for the intensity of the placebo effect.⁶

The inclusion of narrative methodology in clinical practice allows for a balanced and harmonious integration of all elements of medicine: doctors, patients, technology, evidence-based research, patient-centred practice, symbolic efficacy, placebo, and even a little magic. Such an integration can, and often does, result in a surprising outcome, as with Edward. I believe that narratives can act as a bridge between patients, doctors, and the various other elements that play a part in the clinical method and, consequently, promote the practice of medicine in an efficient and comprehensive way—as science, art, and magic. 🌿

Dr De Benedetto is a family doctor and Coordinator of the Humanities Department at the Brazilian Society of Family Medicine (SOBRAMFA) in São Paulo. **Dr Blasco** is a family doctor and Director of the Scientific Department at SOBRAMFA. **Miss Troll** is a medical student and Coordinator of the Academic Department at SOBRAMFA.

Competing interests

None declared

References

1. De Benedetto MAC, Blasco PG, de Castro AG, Carvalho E. Once upon a time ... at the tenth SOBRAMFA international and academic meeting—S. Paulo: Brazil. *J Learn Arts* 2006;2(1):Article 7. Available from: <http://repositories.cdlib.org/clta/ita/vol2/iss1/art7>. Accessed 2008 Jul 2.
2. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona, Spain: Editorial Seix-Barral; 1999.
3. Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897-902.
4. Nordenberg T. The healing power of placebos. *FDA Consum* 2000;34(1):14-5,17. Available from: www.fda.gov/fdac/features/2000/100_heal.html. Accessed 2008 Jul 2.
5. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med* 2002;136(6):471-6.
6. Blasco PG, De Benedetto MAC, Villaseñor IR. El arte de curar: el médico como placebo. *Atención primaria: publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria* 2008;40:93-5.

El arte de curar: el médico como placebo

Pablo González Blasco^a, María Auxiliadora C. de Benedetto^b e Ismael Ramírez Villaseñor^c

Historias de vida: lo que aprendemos con los pacientes

Nuestra reflexión nace de historias de vida —la nuestra y las de nuestros pacientes— que despiertan al filósofo que todo médico lleva dentro. El ejercicio reflexivo de la profesión: ésa es la senda que nos conduce al arte médico.

Un hombre de 67 años acaba de fallecer. Un cáncer metastásico de próstata le ha vencido al final de 2 años de lucha. Tengo el privilegio de asistir sus momentos finales en el hospital. A un lado, su esposa le habla quedadamente al oído, al otro, su hijo también le habla cariñosamente. A mi lado, la enfermera le va nombrando, de modo dulce y solemne, a todos los que estamos en el cuarto. Convincente y cariñosamente le asegura que Dios le quiere. Cesa la respiración, y todos vuelven su mirada hacia mí. Asiento con la cabeza, y recibo el abrazo de la viuda, de todos los presentes. «Menos mal que usted estaba aquí. Nos ha dejado mucho más tranquilos.» Ese «menos mal» vuelve una y otra vez a mi memoria. El paciente acaba de morir, y me dicen menos mal. ¿Qué ocurre?

Un par de días después veo a la madre del fallecido, tiene 93 años y sufre porque acaba de enterrar a su hijo que «nunca tuvo una gripe, doctor, y ahora...». Voy a su domicilio, está con mareos, no duerme, se siente insegura. Tiene todo el derecho del mundo para sentirse así. «Lo extraño —le digo— sería que usted no sintiera nada.» Receto algunos medicamentos. Pero las farmacias no entregan las medicinas a domicilio. Me ofrezco a llevar en mi auto a la farmacia a la nuera-viuda-paciente. Ahí la farmacéutica me pide los datos. «A la señora, por favor, yo soy el médico.» Se

sorprende y pregunta: «¿Usted es el médico? ¿Qué tipo de médico?». La nuera-viuda-paciente me auxilia: «Es un médico de familia, de los que vienen a verte a casa, y que mientras le esperas, empiezas a sentirte mejor. ¡Es un médico que cura con la presencia, señorita!».

¿Qué significa esto? ¿Qué es ese poder que parece acompañarnos, que nos fue otorgado sin mérito, y del cual a veces nos olvidamos? El médico como medicamento, como su complemento o tal vez como placebo¹.

Sobre los placebos y los médicos

No se puede comprender la terapia médica si se ignora el efecto placebo. El proceso de curación depende de la historia natural de la enfermedad, los efectos farmacológicos específicos y los cambios inespecíficos causados por terapeuta y ambiente. En este último espacio se incluye el efecto placebo². Placebo es cualquier sustancia inerte o medicación falsa. Pero el efecto placebo es una respuesta psicológica no atribuible a los mecanismos físico-químicos de las intervenciones realizadas. También ocurren reacciones adversas (efecto nocebo) incluso graves, como urticaria y angioedema³. Los efectos dependen de cada paciente^{4,5}. Hay ejemplos numerosos de efecto placebo que supera a los analgésicos o los antidepresivos^{6,7}. El efecto placebo es independiente del nivel educativo, la inteligencia o la gravedad de la enfermedad^{5,8,9}.

En la práctica diaria lo que realmente vemos es la suma de los efectos farmacológicos (o de cualquier terapia) más el efecto placebo, las interacciones inconscientes entre el médico y el paciente¹⁰. El efecto placebo es mucho más que el efecto de una tableta inerte. En él influyen las convicciones y el método de comunicación del terapeuta. El efecto placebo —o nocebo— está presente independientemente de nuestra voluntad. De ahí que los médicos de familia consideremos la relación con nuestro paciente y su familia como el recurso terapéutico más valioso que podemos tener^{11,12}.

Cuidando de personas: el médico como medicamento

Ya a mitad del siglo XX, Gregorio Maraño¹³ —paradigma de arte y ciencia— advertía del peligro de usar herramientas puramente técnicas sin conocer al enfermo, sin escucharle con atención, sin interesarse de verdad por él. Maraño, con su colosal cultura humanística, declara: «... Hay que admitir que la medicina corriente se reduce, por lo común,

^aDirector científico de SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família). São Paulo, Brasil.

^bMédico de Familia. Coordinadora de programas de Especialización y del Departamento de Humanidades. SOBRAMFA. São Paulo, Brasil.

^cMédico de Familia. Vicepresidente de la Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar (ALPMF). Unidad de Medicina Familiar 1. IMSS. Guadalajara, México.

Correspondencia: Dr. P. González Blasco.
SOBRAMFA (Sociedade Brasileira de Medicina de Família).
Rua das Camelias, 637. 04048-061 São Paulo SP, Brasil.
Correo electrónico: pablog@sobramfa.com.br

Manuscrito recibido el 20-4-2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 17-9-2007.

Palabras clave: Humanismo. Relación médico-paciente. Arte médico. Narraciones terapéuticas. Medicina de familia. Educación médica.

o a problemas fáciles de resolver, o completamente insolubles para el hombre más dotado de sabiduría. Lo fundamental en cualquier caso es que el médico esté con sus cinco sentidos en lo que está, y no pensando en otras cosas»¹². Cuando el médico se sienta y escucha al enfermo, le está comunicando una actitud humanista por antonomasia. Hoy tenemos tecnología sofisticada —importante—, pero estamos perdiendo el gusto por sentarnos y oír narrativas de vida. Nos faltan sillas o, tal vez, paciencia para sentarnos y escuchar.

La medicina como arte reconoce que cada paciente es único. No sólo desde la perspectiva de la enfermedad que le acomete (*disease*, en inglés), sino en el modo como esa afección «se encarna y concretiza» (esto es *illness*, en inglés, estar enfermo)¹⁴. La enfermedad se presenta siempre personalizada, instalada en alguien concreto que se pondrá enfermo «a su modo», de acuerdo con su ser personal. Es necesaria una perspectiva bifocal, que consiga unir en artística simbiosis la atención a la enfermedad, con toda la evolución técnica, y al paciente que se siente enfermo, con la comprensión vital que conlleva. Esto es actuación médica centrada en la persona, ejercicio simultáneo de ciencia y arte¹⁵. El médico como placebo —como medicamento, si se prefiere— consigue atender terapéutica y simultáneamente esas dos dimensiones del proceso de enfermar. Es un médico, de amplio espectro.

Aprendiendo a escuchar: curar con la actitud

Escuchar con atención es una habilidad que el médico tiene que aprender para curar¹⁶. Para ello requiere el rescate de los milenarios recursos del arte médico¹⁷. Los pacientes muestran pistas sutiles acerca de su experiencia con el padecimiento, pero frecuentemente los médicos las ignoramos porque escuchamos solamente «la voz de la medicina» y nos han entrenado para ignorar el lado emocional, es decir, la «voz de la vida del paciente»⁹.

De nuevo la reflexión: una señora de 75 años es enviada al médico de familia porque frecuentaba diversos especialistas sin sentirse satisfecha. Me mira como diciendo: usted debe ser otra de la lista interminable de médicos que tengo que aguantar, que me pide exámenes y no me deja hablar de lo que quiero. Leo en su ficha que tiene diabetes, presión alta. Apoyo las manos en la mesa, sonrío y espero que tome la iniciativa. «Doctora, yo voy al cardiólogo, al endocrinólogo, a otros médicos siempre que surge algo nuevo, y siempre surge. Parece que los exámenes no están muy bien, que mi presión está fuera de control. Para ser franca, no estoy tomando las medicinas correctamente.» Escucho sin cara de espanto, eso le da confianza. Cambia de tema: «Perdí a mi marido hace un mes. Nunca tuvo nada y, de repente, se puso amarillo como un canario. Un tumor de páncreas, no había nada que hacer. Le cuidé durante 3 meses, noche y día, y ahora estoy agotada, sin ganas de hacer nada. Me olvido de tomar las medicinas, yo que siempre he sido de lo más cumplidora».

La examino, veo los exámenes, le ordeno las medicinas en una sencilla tabla de prescripción con los horarios, y sonriendo me despido y le doy a entender que entiendo que se olvide de cuidarse, que esté como perdida en su soledad. Su mirada es triste, pero comprende que quiero ayudarla. El vínculo se fortalece en las siguientes consultas, empieza a tomar las medicinas correctamente y a cuidarse. Cierta vez aceptó que le recetara un antidepresivo. Sabe que no pretendo que se olvide de lo que le ha pasado con «unas pastillas», sino que lo recuerde serenamente.

Me cuenta sobre su familia, y de cierto culto evangélico al que no quiere volver. Al parecer el pastor le recomendó relacionarse nuevamente para encontrar a alguien: «no quiero casarme otra vez. Mi marido fue el amor de mi vida. Nos casamos hace 30 años y siempre me aceptó, aunque mi vida había sido destrozada cuando joven...». Comenta una historia muy íntima: «Pocas personas saben lo que le estoy contando. Viví cuando niña en una aldea. Tuve un novio por quien me apasioné y me quedé embarazada. Cuando mi novio lo supo, desapareció. Mi familia no aceptó mi situación, dijeron que sería una vergüenza en el pueblo. Mi madre me trajo a la ciudad diciéndome que me llevaría al médico y me dejaría con unos familiares hasta que la criatura naciera. Me llevó al médico... Bueno, no sé si era médico... Y cuando me di cuenta, me habían hecho abortar. Yo quería tener aquel hijo, trabajaría para sustentarlo, nunca se me habría ocurrido esa barbaridad. Pensé que mi vida estaba marcada para siempre y que nadie me aceptaría. Fue entonces cuando encontré a mi marido, nos casamos y en los 30 años que vivimos juntos nunca oí una palabra de crítica o de falta de respeto». Fue una de las últimas consultas, antes de que regresara al pueblo de su infancia. La presión estaba controlada, los exámenes, normales. Y estaba con ánimo para iniciar una nueva vida. Su historia había encontrado un interlocutor.

El arte de curar: un nuevo humanismo con entusiasmo

El humanismo médico combina en perfecta armonía la ciencia médica moderna con el arte de entender al enfermo como persona¹⁸. Cuenta con un catalizador del proceso curativo: el entusiasmo. «Todo hombre en verdad entusiasta es siempre un hombre bueno. Nada abre el corazón y muestra con menos reserva sus más íntimas reconditeces que el entusiasmo¹⁹.» Entusiasmo es la vibración profesional de poder ayudar a los que buscan alivio de sus sufrimientos. Es la alegría de la vocación. Algo sencillo pero, infelizmente, cada vez más escaso. Dice Marañón: los médicos tenemos un arma cada vez más poderosa pero notoriamente insuficiente —la ciencia—, que necesita ser complementada con la sugestión inconsciente, «bilateral», alejada de toda charlatanería. El médico puramente escéptico está casi inerte ante la enfermedad (*illness*), toda esa experiencia de la enfermedad que hace tanta diferencia entre una persona y otra, «... y que sólo será vulnerable al médico entusiasta»⁹.

La verdad científica tiene vigencia limitada, hay un vacío enorme entre lo que sabemos y lo que deseamos saber; ese hueco se llena con una dosis copiosísima de modestia¹³. Osler decía que más importante que lo que el médico hace es lo que el enfermo piensa que el médico está haciendo con él. ¿Qué pensarán nuestros enfermos de lo que hacemos con ellos? Tengamos la valentía de preguntarles, y actuar.

Bibliografía

1. Ramirez Villaseñor I, Camarena OJ. Dosis en Medicina de Familia. Farmacoterapia en Atención Primaria. México: MFM; 2006.
2. Kleijnen J, Craen JMA, van Everdingen J, Krol L. Placebo effect in double-blind clinical trials: a review of interactions with medications. *Lancet*. 1994;344:1347-9.
3. Bienenfeld L, Frishman W, Glasser PS. The placebo effect in cardiovascular disease. *Am Heart J*. 1996;132:1207-21.
4. Brody H. The placebo response. Recent research and implications for family medicine. *J Fam Pract*. 2000;49:649-54.
5. Moerman DE, Jonas WB. Deconstructing the placebo effect and finding the meaning response. *Ann Intern Med*. 2002;52:332-42.
6. Spiegel D. Placebos in practice. *BMJ*. 2004;329:927-8. Disponible en: www.BMJ.com
7. Kirsch I, Moore TJ. The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment* 2002;5: Article 23. Disponible en: <http://journal.apa.org/prevention>
8. Nies AS. Principles of therapeutics. En: Hardman JG, Limbird LE, Gilman AG, editores. *Goodman & Gilman's. The Pharmacological Basis of Therapeutics*. 10.^a ed. New York: McGraw-Hill; 2001. p. 56.
9. Brown JB, et al. The first component: exploring both the disease and the illness experience. En: Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWinnney R, Mc William CL, Freeman TR, editores. *Patient-centered Medicine. Transforming the Clinical Method*. 2.^a ed. Abingdon: Radcliffe Med Press; 2003. p. 3-52.
10. Vernon MS. The placebo effect: Can we use it better? *BMJ*. 1994;309:69-70.
11. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Petie Bibliothèque Payot; 1966. Citado por Balint. Fascículo 1. México: Lab. Roche; 1970.
12. Balint M. La personalidad del médico. En: Balint M. *Técnicas psicoterapéuticas en medicina*. 1.^a ed. México DF: Ed. Siglo XXI; 1966. p. 120-32.
13. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
14. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care. *Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research*. *Ann Intern Med*. 1978;88:251-8.
15. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da Medicina de Família*. São Paulo: Sobramfa; 2003. Disponible en: www.sobramfa.com.br
16. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: Why study narrative? *BMJ*. 1999;318:48-50.
17. Greenhalgh T. Narrative based medicine. *Narrative based medicine in a evidence based world*. *BMJ*. 1999;318:323-5.
18. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria*. 2006; 38:225-9.
19. Marañón G. *Vocación y ética*. Buenos Aires: Espasa Calpe; 1946.