

MEDICINA, SAÚDE PÚBLICA E ENSINO MÉDICO

ELLIS D'ARRIGO BUSNELLO *

SINOPSE: Considerações sobre o papel do médico como membro da comunidade, dentro das várias etapas de transformação que a mesma sofre. Aspectos dos padrões atuais da formação médica no Brasil, e sua relação com as reais necessidades do grupo humano em que vai atuar, enfatizando a necessidade de dar ao médico uma visão global do paciente em seus aspectos bio-psico-sociais. Problemas surgidos em trabalho de ensino médico realizado com este objetivo no Estágio de Medicina Integral da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, no Centro Médico Social São José do Muraldo, em Porto Alegre.

A Organização Mundial da Saúde define Saúde como “um completo estado de bem-estar físico, psicológico e social e não apenas ausência de afecções e doenças”.

O conceito atual de Saúde é eminentemente ecológico e resultou de um grande processo histórico e dialético. O amadurecimento histórico dos povos levou a uma concepção cada vez mais ampla da saúde e da própria medicina (6). A descoberta de que as reações dos indivíduos humanos ao ambiente total (físico, psicológico e social) originam os problemas de saúde mais importantes do mundo de hoje, foi a contribuição da ciência para a aceleração desse amadurecimento histórico (2).

O conceito de Higiene, usado como sinônimo de prevenção de moléstias transmissíveis, foi substituído pelo de Saúde Pública, de acordo com a modificação dos objetivos da mesma. Passou-se da prevenção das doenças e promoção da saúde à arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através dos esforços organizados da comunidade para o controle das doenças transmissíveis, saneamento do meio e educação do indivíduo em princípios de higiene pessoal, à organização dos serviços médicos e de enfermagem, para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo

* Auxiliar de Ensino do Departamento de Psicologia Médica, Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, UFRGS. Co-coordenador do Estágio de Medicina Integral do Departamento de Medicina Preventiva, Saúde Pública e Medicina do Trabalho em atividade integrada para o desenvolvimento do atendimento e do Ensino da Saúde Mental.

das doenças e o desenvolvimento da maquinaria social, de modo a assegurar a cada indivíduo da comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde (9).

As comunidades pediram do médico e da Medicina atitudes diferentes, através de sucessivas gerações. É bem compreensível que anteriormente às grandes atitudes preventivas, ao controle das doenças infecciosas, ao progresso da cirurgia e ao advento da terapêutica antibiótica, muito da atividade do médico, incapacitado para a cura, dirigia-se dentro de uma linha de humildade científica, para as atividades que lhe eram possíveis, como sejam, aliviar a dor e confortar o doente e a família. Tornava-se, assim, amigo dos seus pacientes e do seu núcleo familiar, capaz de compreender seus problemas sociais e psicológicos e, portanto, de praticar uma Medicina ampla, que visava o atendimento dos problemas físicos, psicológicos e sociais das pessoas que atendia.

O avanço do conhecimento científico levou o médico, por algumas gerações, a orientar-se em direção do atendimento apenas dos aspectos físicos dos pacientes. Para isto ele foi estimulado pelos progressos científicos do século XIX e da primeira metade do nosso século, que, aumentando as facilidades para o diagnóstico e as possibilidades preventivas e terapêuticas, levaram-no a superestimar a sua capacidade para a cura e a identificar sua ciência com o atendimento dos aspectos puramente físicos dos seus pacientes, trabalho que lhe proporcionava maiores gratificações à sua auto-estima. As causas adicionais, predisponentes ao desenvolvimento das doenças, o ambiente, os hábitos, os costumes, a constituição herdada, a nutrição, foram relegadas a um plano secundário (5). Passou o médico a esquecer os aspectos psicológicos e sociais dos seus pacientes e a descuidar o ser humano integral. Deixou por sua vez de valorizar o trabalho de conforto e alívio da dor de seus enfermos e ficou empolgado pela missão do curar. Sentindo-se cada vez mais onipotente, correu o risco e trabalhou muitas vezes em bases mágicas, em detrimento da tradição científica de sua profissão (3).

Refere Rezende (5) que, quando a etiologia era indeterminada ou controvertida, os homens tendiam a buscar em muitas direções as relações causais e estas eram muito relacionadas com as condições sociais e fatores do ambiente. Quanto mais fácil foi determinar uma relação específica entre um microorganismo e uma doença, maior foi o número de fatores sociais e ambientais ignorados. É natural que a formação médica ficasse marcada por essa orientação e que o médico procurasse exercer as atividades aparentemente mais atrativas de sua profissão com prejuízo da medicina, que foi deixando de ser uma ciência do homem, para reduzir seu campo de ação ao estudo dos aspectos físicos do mesmo.

Os progressos científicos, favorecendo a evolução do pensamento médico-científico através dos tempos, condicionaram, pois, a formação

de um tipo de médico que nem sempre correspondeu às necessidades de atendimento das sociedades às quais serviu.

De outra parte, as comunidades pedem às escolas um tipo de médico diferente, à medida que experimentam modificações em sua estrutura econômica e social. Nas zonas subdesenvolvidas da terra, a realidade médico-social compreende o complexo de fatores que abrange a grande mortalidade, a explosão demográfica, a subdensidade de população, o analfabetismo, a deficiência de comunicação, o produto nacional de crescimento lento, a pré-industrialização, e a estatização da Medicina. A distribuição demográfica desequilibrada entre as zonas rurais e urbanas corresponde também à má distribuição do pequeno número de médicos existentes bem como dos demais integrantes da equipe da saúde. Nesses países, a realidade sócio-econômica contribui de tal forma na configuração da problemática epidemiológica dos mesmos que os próprios governos têm intervindo na área da Saúde com o fim de que esta participe nos programas de desenvolvimento, obrigando ao médico apreciar os doentes dentro da perspectiva da sociedade em que vive, o que significa fazê-los ter dos mesmos uma visão mais integral.

Se esse é o panorama da realidade médico-social latino-americana, aquele dos países desenvolvidos compreende outros problemas: a predominância das doenças degenerativas e mentais sobre as infecciosas, os decorrentes das condições ecológicas próprias daqueles países onde os problemas das grandes concentrações urbanas, da mecanização da vida, da poluição do meio ambiente, exigem a formação de um tipo de médico capaz de atender novos problemas de saúde decorrentes das modificações que as sociedades experimentaram em sua estrutura econômica e social. O progresso daqueles povos levou o médico a alargar o campo de sua atividade, voltada até então mais ao atendimento dos problemas físicos da pessoa. À medida que as doenças infecciosas e os grandes problemas de saúde pública passaram a ser controlados, o médico pôde ter sua atenção voltada para outras prioridades, constituídas pelas doenças degenerativas e pelas doenças mentais e foi assim compelido a ter do homem uma visão integral.

O tipo de médico que cada comunidade pediu às escolas variou, pois, à medida que as sociedades experimentaram mudanças.

Muito embora tudo concorra para que o médico procure ter de seu paciente uma visão integral e que a realidade médico-social das comunidades e países deva ser uma das coordenadas que orientem o trabalho médico e conseqüentemente o Ensino Médico, isto não tem ocorrido e a visão integral do homem tem sido substituída por uma visão pseudo-científica onde os aspectos do atendimento predominantemente físico, hospitalar e curativo, têm substituído o atendimento psico-social, ambulatorial e preventivo.

Focalizando o problema que nos diz mais respeito, devemos admitir que o médico da América Latina não é graduado com capacidade de atuação para enfrentar a realidade social que o cerca (6). Esta é

a existente nas regiões subdesenvolvidas, onde os problemas médico-sociais permanecem os mesmos, não obstante a evolução da medicina científica. Como nêles o ensino e o trabalho médico copiam o ensino e o progresso médico-científico dos países mais desenvolvidos, sofreram nossos países um duplo prejuízo: a medicina e o médico, além de não atenderem o homem integral, deixaram de atender a realidade médico-social que o cerca.

Na América Latina, os estudantes saem das escolas treinados por um ensino que se dedica a orientá-los no sentido da medicina curativa. Têm razoável cultura clínica e conhecimentos de diagnóstico e terapêutica. Não têm idéia do que seja Medicina Social e Saúde Pública (8). "No caso da América Latina pensamos que o médico que sai de nossas Faculdades não está capacitado para atender a realidade médico-social em que trabalha. Esta exige a formação de um profissional não especializado, que seja capaz de exercer medicina integral, que saiba considerar o indivíduo em seus aspectos bio-psicológico e social, um profissional que analise as origens da doença e as conseqüências que a doença acarreta ao indivíduo e ao grupo, que trabalhe dentro de um plano que vise atender a maioria da população, que seja capaz, pois, de atender a esta realidade médico-social que o cerca". (6).

Para que o ensino médico alcance atualidade, é necessário que se modifique a orientação dos currículos das escolas médicas, no sentido da medicina integral e que os estudantes adquiram uma consciência da mentalidade preventiva e social da medicina (1). Deve-se, pois, integrar o ensino da medicina preventiva ao da medicina curativa, como conseqüência da integração da assistência médica (exame, diagnóstico, prognóstico e tratamento) ao trabalho preventivo.

O Seminário de Viña del Mar sobre Medicina Preventiva, em 1955, definiu como objetivos da educação médica a criação de condições para que o estudante adquira conhecimentos, habilidades, atitudes e consciência ética que o capacitem, como médico, a promover, preservar e restaurar a saúde (4).

O diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, Dr. Abraham Horwitz refere que é objetivo da educação médica formar um profissional que veja e sinta o homem em sua integridade, em sua harmonia interna e em suas relações com o ambiente; que o compreenda como indivíduo, portador de uma cultura e não como objeto de u'a medida terapêutica ou de prevenção. Isto significa que os princípios e os métodos da prevenção e cura das enfermidades, assim como os da promoção da saúde, se apresentem como um todo harmônico.

Nossa tese é de que os médicos e a Medicina, antes do que a população à qual eles irão servir, serão os maiores beneficiados pela visão integral do homem; que a Medicina e o médico são as partes mais interessadas na formação integral do médico prático e não a nação para a qual vão prestar seus serviços; que, sem a visão integral do homem, o médico tem de sua ciência e de si próprio uma visão mesquinha

e limitada, que não só o diminui como pessoa humana e profissional líder das ciências da saúde, como também reduz a grandeza e a nobreza de sua ciência.

A FORMAÇÃO INTEGRAL DO MÉDICO

Desde o segundo semestre de 1966, exercemos nossa atividade didática no Centro Médico São José do Murialdo, da Secretaria de Estado dos Negócios da Saúde, que atende uma área de 25.000 habitantes, compreendida por diversas vilas periféricas à cidade de Porto Alegre. Nesta Unidade Sanitária polivalente, por convênio com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, os alunos da Cadeira de Higiene e Medicina Preventiva, da 4.^a série médica, realizam um Estágio de Medicina Integral, durante um semestre. O Centro Médico conta com serviços de Saneamento, Social, Odontológico, de Nutrição, de Enfermagem, além do Serviço Médico propriamente dito, onde, integrados às diversas clínicas, psiquiatras e psicólogos trabalham problemas de saúde mental na comunidade. Têm pois suas atividades voltadas para um atendimento integral do homem, não só de seus aspectos físicos, mas também de seus aspectos fisiológicos e sociais. Visa não somente o tratamento, mas, principalmente, a prevenção e, neste sentido, não espera passivamente pelo doente, mas vai ao encontro dele na comunidade.

Neste estágio, a utilização de técnicas de aprendizado ativo, através da experiência, que permite o desenvolvimento das capacidades imaginativas e criadoras dos alunos, foi tentada experimentalmente. Visava a aplicação do aprendido em "Laboratórios de Relações Humanas e Ensino Médico" que dois dos elementos da equipe técnica daquele Serviço haviam freqüentado no estrangeiro.*

O ensino da Medicina Integral na Unidade Sanitária se desenvolve através de um estágio prático dos alunos, de duração de quatro meses, duas manhãs por semana, divididos 72 alunos em duas turmas de 36 cada. A manhã de trabalho dos alunos está dividida entre o atendimento de pacientes que vêm à consulta médica no ambulatório e a freqüência e ou atendimento da população da comunidade em outros serviços da Unidade Sanitária que não o médico (Serviço Social, Serviço de Saneamento, Odontológico, Serviço de Enfermagem e de Nutrição).

A população é atendida também pelos alunos em seu próprio local de residência, através daquilo que se convencionou chamar de "Estudos de Família", que são devidamente supervisionados pela equipe técnica em reuniões semanais. O "Estudo de Família" compreende a visão am-

* Argentina (Dr. Nelson Macedo de Rezende) e Chile (Dr. Ellis D'Arrigo Busnello).

pla, pelos alunos, dos problemas físicos, psicológicos e sociais do núcleo familiar, elaborados e relatados tanto nos aspectos do atendimento, como no da apreciação dos problemas apresentados pela família, as soluções sugeridas e a aplicabilidade das mesmas.

Algumas palestras e discussões em grupo são programadas ao longo do estágio, a fim de complementar a elaboração das vivências dos alunos no trabalho. Os temas da Saúde, sempre encarada como condição de Bem-Estar Físico, Psíquico e Social, são amplamente discutidos, bem como, inicialmente, a própria estruturação do estágio, pelo muito que ela implica em modificações do conceito clássico de ensinar e de aprender.

As atividades clínico-assistenciais lhes são atribuídas com a discussão dos objetivos do estágio e do ensino médico, que visa o atendimento, o aprendizado e a pesquisa. Como isto implica em trabalho prático, embora supervisionado, os alunos são preparados para o mesmo. Também são abordados conceitos básicos da relação médico-paciente, elaboração da insegurança dos alunos que se defrontam pela primeira vez e de forma mais real e efetiva com o trabalho clínico.

Ensinar e familiarizar alunos do quarto ano médico com os conceitos básicos da Saúde, numa escola de medicina onde os três primeiros anos foram dispendidos principalmente com as assim chamadas ciências básicas e com a criação de um pensamento predominantemente dirigido aos aspectos físicos da pessoa humana, são tarefas razoavelmente árduas.

Com este trabalho procuraremos mostrar alguns aspectos da origem destas dificuldades na formação integral do médico prático e formular algumas sugestões para superá-las. O estudo da dinâmica psicológica de algumas situações criadas no atendimento e ensino da Saúde Pública ensejará considerações e conclusões que julgamos de interesse para o ensino da medicina e das ciências da saúde.

1. Em uma aula é feito o atendimento de uma paciente de ambulatório, em reconsulta, perante quatro estudantes de medicina. A paciente apresentara crises momentâneas de perda de consciência, ausências, terrores noturnos e a história infantil registrava problemas de enurese, terrores noturnos, irritabilidade e hipercinesia. O EEG, solicitado em exame anterior, denunciava uma disritmia cerebral paroxística, e o conjunto de fatos confirmava uma suspeita diagnóstica de epilepsia. Fatores emocionais evidentes, que complicavam a sua vida afetiva e sexual, relacionavam-se com o eclodir das crises. O caso parecia, pois, de pacífica orientação medicamentosa e psicoterápica, quando os alunos passaram a insistir sobre os aspectos somáticos de sintomas secundários da paciente, principalmente os relacionados com queixas de dor na região precordial e de cólicas nos períodos menstruais. Tratava-se de uma jovem senhora de 23 anos, que não apresentava história anterior ou sintomas típicos de doença cardíaca. Por outro lado, seus sintomas relacionados ao funcionamento do aparelho

genital eram vagos e inconclusivos. A paciente insistia em receber medicação e atendimento para a “sua doença cardíaca”, bem como um “tratamento para os ovários”, órgãos com os quais relacionava os sintomas que apresentava. Um dos alunos sugeriu a possibilidade de um distúrbio hormonal raro (Sheehan) e outro não se conformava em descartar hipótese de doença cardíaca sem um estudo eletrocardiográfico. Os aspectos psicológicos evidentes haviam sido completamente relegados a uma posição secundária. A negação dos mesmos era a tônica do funcionamento do grupo de aprendizado, no momento. Alegavam os estudantes, que uma vez bem comprovado que as queixas da paciente **não eram reais**, então sim, deveríamos pensar em doença psicológica. Na sua formulação do termo “reais”, já forneciam o motivo de sua dificuldade em aceitar e identificar os problemas psicológicos da paciente, pois que para eles, problemas que não fôsem físicos, seriam falsos, não seriam reais. O lapso de linguagem dos alunos foi usado para conscientizá-los de sua maneira de pensar, o que foi confirmado pelos mesmos, ao alegarem que, após três anos de estudo de biociências (ciclo básico), não poderiam aceitar que problemas psicológicos fôsem reais. Reconduzida a paciente, após a discussão do caso na sala, seguiu-se a explicação sobre a conduta medicamentosa e psicoterápica a seguir. A um dado momento, a doente interrompeu a informação referindo que deveríamos estudar melhor o seu caso e descobrir uma doença física, uma vez que não gostava que lhe dissessem que “não sofria de nada”, pois assim são “considerados os doentes dos nervos”, pelos médicos. O desabafo da paciente mostra a identificação projetiva dos estudantes com a mesma, irmanados pelo preconceito de que a doença psíquica não seja doença. O conhecimento do funcionamento dinâmico do grupo permitiu ao professor a compreensão de que, no momento em que a paciente se recusava a ser “doente dos nervos”, estava apenas expressando uma idéia que de certa forma era a idéia presente em todos os integrantes do grupo, alunos e pacientes, identificados entre si pelo preconceito em relação à doença mental e pela dificuldade de ampliar seu pensamento médico, alargando-o com a invasão da área do atendimento psicológico.

2. Trata-se do atendimento em grupo de pacientes (de ambos os sexos, de diferentes condições mórbidas, idades, níveis sócio-econômico e cultural). Cerca de quinze pacientes freqüentam este grupo, bem como três estudantes de medicina. É uma atividade semanal, da rotina do ambulatório de Saúde Mental. A finalidade do atendimento é o amadurecimento da personalidade dos pacientes, a busca de colaboração dos mesmos na promoção de sua cura, a informação e divulgação de conceitos básicos e conhecimentos sobre Saúde Mental, quer preventivos, quer curativos. A problemática inconsciente é interpretada sempre que isto seja urgente e oportuno ao grupo. Os estudantes de medicina muitas vezes não somente observam mas dele participam.

A sessão de que tratamos apresentava uma grande afluência de pacientes e o professor foi saudado na entrada com exclamações de que não deveria se assustar e de que podia entrar confiadamente. O grande número de pacientes incrementara seu temor em relação aos seus impulsos agressivos dirigidos ao terapeuta, que procuraram atenuar, garantindo-lhe uma certa segurança no convívio com eles. Interpretada esta situação dinâmica e inconsciente, uma das pacientes a confirmou dizendo que “muitas vezes no cuidado de sua filha, criança agressiva e doente da cabeça, perdia a paciência e tinha vontade de batê-la”. É interpretado que tinham pôsto no terapeuta tôda a sua agressividade, achando que êle não teria a paciência de compreendê-los, “doentes da cabeça” e que os abandonaria. Diversos elementos do grupo protestam, dizendo que o terapeuta não os abandonaria porque tinha muita paciência com os doentes mentais, mas que os médicos em geral não gostam dos doentes mentais e não querem atendê-los. Referem, então, que haviam observado os coordenadores do Estágio de Medicina Integral, nos corredores, instruindo insistentemente os estudantes para que fôssem trabalhar as famílias que lhes haviam sido destinadas; os coordenadores lhe pareceram irritados porque os alunos criavam uma série de obstáculos ao trabalho. Um dos estudantes defende seu subgrupo, dizendo que alguns dêles estavam mais preocupados com problemas físicos, uma vez que êstes constituiriam a maior parte do trabalho médico. Um paciente contesta que eles estavam enganados, pois “não viam quantos doentes da cabeça estavam naquela sala?” e que de “louco tôdas as pessoas têm um pouco”. Até êste momento o trabalho de atendimento do grupo seguia paralelo ao ensino e os acontecimentos eram evidentes por si próprios, dispensando qualquer trabalho didático. É interpretada ao grupo a dissociação que fazem entre o terapeuta e os estudantes de medicina, quando lhes é referido que também pelo terapeuta temem não ser compreendidos mas procuram idealizá-lo para reassegurarem-se de que terão um bom atendimento e de que não serão rechaçados por êle. O grupo passa a referir uma série de situações relacionadas com lutas entre componentes do mesmo e seus familiares, agressões verbais e físicas, bem como tentativas de homicídio e suicídio. Comentam que provàvelmente devido a sua agressividade, não seriam compreendidos e tratados mas sim repelidos pelos médicos, projeção evidente de seus impulsos destrutivos nos médicos. O terapeuta interpreta que temiam não serem atendidos e rechaçados por êle e pelos estudantes de medicina, porque viam tanto o terapeuta como os estudantes iguais a eles no tocante aos aspectos agressivos que haviam mostrado. Neste momento, uma paciente refere que sempre fôra agressiva, desde criança, e que certamente era assim porque seus pais não a compreenderam, uma vez que batiam nela e a rechaçavam. Outra paciente interrompe para dizer que sua filhinha também é assim, mas que ela, estando mais calma por estar aproveitando as “aulas” que recebia no Centro Médico, havia notado que a filha estava também

melhorando. Era por isso grata ao terapeuta e ao atendimento recebido. O grupo evoluía de uma atitude persecutória para uma atitude depressiva e desta para uma tentativa de reparação, quando procurava valorizar o atendimento recebido. Nas discussões das ocorrências deste atendimento em grupo se tentou mostrar aos estudantes de medicina aspectos importantes, evidenciados no evolir da sessão, das dificuldades que existem para que um médico e um paciente mantenham um bom relacionamento. Intensas fantasias persecutórias do estudante (ou médico) e do paciente, mantém o paciente à distância, isolado, o que é aceito pelo médico e pelo estudante que continuam se recusando a trazer o doente "nervoso", para dentro da medicina, tal o temor do surgimento na relação médico-paciente das fantasias agressivas que mantém a atitude de desconfiança entre ambos. Esses temores e recíprocas repulsas, entre médicos e pacientes, são negados pelos estudantes em seus trabalhos individuais que, por vezes, se arrastam por um espaço de tempo demasiadamente prolongado. Transparece, porém, nesta reunião grupal, com toda a nitidez, a condição de preconceito com que o doente mental é visto, bem como as origens deste preconceito, radicado no temor da agressividade latente no mesmo, que cria o preconceito como defesa e contra-ataque. A visão, por contra-identificação projetiva, por parte dos estudantes, de seus aspectos agressivos e doentios, transparentes nos pacientes, leva-os ao conhecimento maior de si próprios, a um amadurecimento, com as conseqüentes ansiedades que tais descobertas acarretam. Daí a resistência que os estudantes apresentam na compreensão dos doentes mentais, o que implica numa melhor visão de si próprios e de seus próprios problemas psicológicos, como já foi assinalado e é o que vai permitir que tenham uma real visão, seja do trabalho do médico, seja do conceito de Saúde como condição de bem-estar físico, psíquico e social.

3. Numa supervisão de um Estudo de Família, realizado por um estudante de Medicina, salienta-se a preocupação do mesmo com o chefe da família que atendia, homem aparentemente afável e receptivo, mas que reagia violentamente a qualquer contrariedade e a qualquer suspeita de que seus filhos tivessem sido prejudicados por professores nas escolas, companheiros de diversão e por qualquer pessoa do ambiente social que freqüentavam. Era um homem irascível, que sempre usava um revólver na cintura, e que, no descrever do aluno, tinha as reações típicas do gaúcho fronteirista, cioso na defesa da sua honra e da de sua família. A aceitação normal desse aspecto sócio-cultural do homem do Rio Grande do Sul impediu que o estudante de Medicina visualizasse o caráter paranóide, francamente patológico, desse indivíduo. Muito embora tivesse consciência de que o atendimento daquela família o intranquilizava, ficou evidente, na análise do caso, que o aluno temia a reação do chefe de família a um possível desrespeito daquele, aos seus familiares. A melhor percepção dessa atitude sócio-

cultural possibilitou ao estudante o estabelecimento de um relacionamento menos inquieto e mais adaptado com a família que atendia. Pôde tranquilizar-se e também ao líder do grupo familiar, e, assim, exercer sua atividade de maneira a ser melhor sucedido.

4. Nas supervisões de Estudo de Família é comum que os estudantes se identifiquem com o membro do casal do mesmo sexo. Uma jovem estudante de Medicina, que examinava os problemas de saúde de uma família, procurava atender uma senhora que apresentava, desde a puberdade, típicas crises de Histeria de Conversão. O marido desta paciente era um indivíduo de características francamente esquizóides (fechado, interiorizado, sem amigos e rígido afetivamente), que foram facilmente identificadas pela aluna. Esta, entretanto, justificava as crises da paciente, alegando os sofrimentos que lhe acarretava o convívio conjugal com tal tipo de companheiro. As crises históricas não eram sentidas pela aluna como manifestação psicopatológica de conflitos psicológicos inconscientes para a paciente independentes de um conflito atual real.

Outras vezes é um aluno que não vê os aspectos doentios do chefe da família e prefere ver na esposa as causas de desajustamentos sociais que implicam em problemas de saúde do grupo familiar.

O conflito entre os sexos, entre pais e filhos, brancos e pretos, pobres e ricos, etc., leva muitas vezes os alunos a tomar uma atitude preconceituosa, a favor de um dos elementos da família atendida, marido ou esposa, pais ou filhos, etc., conforme a identificação psicológica dos mesmos naquele momento, ditada pela problemática psicológica pessoal do futuro médico. A visão clara destas situações obriga a uma visão clara de sua própria realidade psicológica interna e também de conceitos sócio-antropológicos, dos quais tinham até o momento um total desconhecimento ou uma compreensão empírica.

5. Quando os problemas de Saúde do grupo familiar implicam na abordagem de problemas sócio-econômicos ou de Saneamento básico, os alunos procuram esquivar-se de seu atendimento, passando-o, por exemplo, ao Assistente Social ou ao Serviço de Saneamento. Eles geralmente se defendem do atendimento de problemas sociais dos pacientes, alegando que o seu cuidado não seria praticar Medicina. Ocorre que a magnitude da tarefa, que por vezes lhes parece insuperável, acarreta feridas muito profundas na auto-estima dos estudantes, que configuravam seu trabalho médico ainda em moldes românticos e pouco realistas, acreditando poder facilmente e em prazos relativamente curtos, tratar dos problemas de Saúde dos seus pacientes e curá-los.

Numa das supervisões de Estudo de Família, os estudantes reclamam o direito de não serem avaliados pelas Enfermeiras, Assistentes Sociais, Inspectores de Saneamento ou pelas Psicólogas. Haveria uma quebra de hierarquia, pois a profissão médica tinha "uma certa as-

cendência sobre estas profissões”, e não seria possível que um médico admitisse que “um subalterno” avaliasse seu trabalho ou participasse do mesmo em categoria profissional igual. A coordenação dos trabalhos alega que considera o médico o líder da Equipe da Saúde, dada a tradição histórica e a extensão de sua formação científica, mas ressalta a necessidade de trabalhar o médico, cada vez mais, dentro de uma equipe de colegas de nível universitário idêntico ou pertencentes às demais profissões da saúde. Nesta ocasião alegam quebra da ética por um elemento não médico da equipe de ensino e querem a “sua cabeça”. A incomunicação entre a equipe que supervisiona e o grupo de alunos se torna cada vez maior, à medida que os alunos radicalizam sua posição aristocrática. O grupo dirigente tenta mostrar ser esta uma posição ultrapassada pelas necessidades maiores de atendimento da população, pelo uso no trabalho da defesa da Saúde de todos os elementos que podem auxiliar o médico na promoção da saúde e na prevenção da doença e pela necessidade de fazer funcionar a equipe da saúde nos moldes os mais democráticos possíveis, a fim de que se possa prestar à população atendida o máximo de serviços e deixar o médico livre das tarefas facilmente delegáveis, para que possa exercer melhor aquelas impossíveis de serem transferidas.

Há nesta situação uma visão desatualizada e fantasiosa do que seja o trabalho médico integral, científico e adaptado à realidade médico-social. Ela parece fruto do temor da perda de “status”, situação que evidentemente provoca ansiedades e reações compreensíveis e muitas vezes difíceis de superar.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

As dificuldades apresentadas pelos alunos de medicina na formação de um pensamento médico voltado para o estudo dos aspectos psíquicos e sociais dos pacientes, são fruto da dificuldade de reconhecimento de sua própria problemática psicológica e social e a do seu meio ambiente, vista na de seus pacientes e suas famílias. De outra parte, as dificuldades apresentadas pelos estudantes de medicina encontram na estruturação da própria escola médica um elemento de apoio. Ela de certa forma mantém uma atitude que favorece a dissociação psicofísica-social, com a existência de uma nítida divisão entre os primeiros anos assim chamados básicos, dos últimos anos, assim chamados clínicos, além de separar o doente físico do doente mental e, ambos, da comunidade. “Também favorece as escolas de medicina a marginalização do enfoque das necessidades de saúde das comunidades a que servem. Elas se orientam mais para o preparo de profissionais orientados para um limitado mercado de trabalho, que abrange apenas pequena fração dos problemas que são de sua responsabilidade, sendo

pois sugerido o entrosamento das faculdades de medicina com os órgãos responsáveis pela assistência médico-sanitária regional" (7). Isto permitiria ajudar o estudante a criar um pensamento mais amplo a respeito dos objetivos e finalidades do seu trabalho, bem como os da medicina.

As dificuldades apresentadas pelos alunos de medicina na formação de um pensamento médico voltado para o estudo dos aspectos psíquicos dos pacientes foram estudadas por Zimmermann (10), como fruto da dificuldade de reconhecimento de sua própria problemática psicológica vista em seus pacientes e suas famílias. De outra parte, a má elaboração da personalidade do médico, de características predominantemente persecutórias, que vê no doente e na doença um perseguidor a desafiar suas fantasias de onipotência, leva o médico a optar pelas atividades de maior sucesso na prática médica, onde as curas mais fáceis e espetaculares podem lhe proporcionar maiores satisfações à sua personalidade ainda mal estruturada. São levados, pois, a esquecer os aspectos mais árduos e os mais dolorosos de sua atividade prática, aqueles que os levam a vivenciar e a acompanhar o sofrimento humano e os das sociedades em que o homem vive e a isolar-se dentro do compartimento maravilhoso do progresso científico, limitando assim a sua atividade médica e o campo de ação de sua medicina.

A compreensão dos aspectos psicológicos e sociais dos pacientes ensaja aos alunos a compreensão de situações e ajuda-os a vencer dificuldades, permitindo-lhes uma visão maior e melhor de si mesmos e de seus pacientes, bem como dos objetivos amplos da medicina na sua busca de Saúde.

De outra parte, o conhecimento dos processos dinâmicos de grupo permitiram que o professor ensinasse vivencialmente temas de Saúde Pública em tôdas as suas áreas de atendimento, como a preventiva, a de tratamento, a de divulgação de conhecimentos de Saúde ao público, bem como a do encaminhamento aos recursos que a comunidade lhes oferece na sua busca de Saúde.

Cabem algumas considerações também sobre o processo de amadurecimento dos alunos das escolas médicas. Discutir-se-ia a possibilidade de um tal trabalho pedagógico, uma vez que não caberia ao professor uma tarefa interpretativa dos problemas psicológicos inconscientes dos seus alunos. Tal não deve ser feito em nossa opinião, senão em função do aprendizado básico. Entretanto, temas básicos da formação médica, tais como aqueles que dizem respeito às finalidades da medicina em sua busca da saúde, a quebra do conceito de que a medicina é um atendimento de problemática predominantemente física, merecem uma atenção especial, inclusive uma abordagem interpretativa, uma vez que dizem respeito à própria aceitação das obrigações, pelos estudantes, dos encargos básicos inerentes à sua futura condição profissional de médicos. A possibilidade de usar um Grupo de Formação psicanaliticamente orientado, semelhante aos utilizados

nas técnicas pedagógicas do aprendizado ativo, para alunos que desejarem tal tipo de atividade, seria uma solução que visaria a elaboração de resistências no aprendizado da Medicina Integral, ao mesmo tempo que se constituiria numa experiência valiosa, no processo de formação integral do estudante de medicina.

Algo deve ser ainda referido quanto à estruturação de nossas escolas de medicina, muito desintegradas na seriação de conhecimentos científicos necessários ao desempenho das funções do médico. O ensino, nos primeiros anos, ainda predominantemente de assuntos relacionados com os aspectos físicos do indivíduo humano (de "ciências básicas"), dissociado do indivíduo humano vivo e de seus aspectos psicológico e sócio-antropológico, cria no aluno uma visão muito parcial e mesquinha do ser humano e com isto também de sua ciência, a Medicina e de seus objetivos, a Saúde.

O médico, ao ter do homem uma visão integral, tem de si próprio e dos seus pacientes, uma visão ampla e aberta, que só o engrandece e nobilita. A Medicina fica sensível às aberturas que o progresso científico traz para a compreensão do homem e mantém, assim, sua posição de ciência humanística líder pela visão global que tem do mesmo.

SUMMARY: The subject of this study is the physician's role as a member of his community in the various grades of transformations that it suffers. Also some aspects of the present patterns of medical formation in Brasil, and its relations with the real needs of the society, where the future professional will work emphasizing the physician's necessities of having a global vision of the patient, under the biological, psychological and social aspects. Report of the problems of an experimental work realized, in this field, in the Centro Médico-Social São José do Murialdo, Estágio de Medicina Integral of the Faculdade de Medicina of the Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1 — CARDOSO, W. — Saúde pública e ensino médico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 12:105-10, mar. 1966. [Conferência]
- 2 — CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, 1º. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 2:463-74, fev. 1957. [Relatório final]
- 3 — DUBOS, R. — O homem e seu ambiente; conhecimentos biomédicos e ação social. Washington, Organização Panamericana da Saúde, 1966.
- 4 — PRUNES, C. — Ética profissional. *Psiquiatria*, 1:114-29, 1961.
- 5 — REZENDE, N.M. de — Medicina preventiva. *Revista de Medicina*, 4:21-30, 1969.

- 6 — SAN MARTIN, H. — Formação integral do médico prático. *Arquivos de Higiene e Saúde Pública*, 28:281-8, dez. 1963.
- 7 — SANTOS, R.F. — «Planejamento didático nas faculdades de Medicina do Brasil.» In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESCOLAS MÉDICAS — *Anais da Reunião*, 4º. Salvador, 1966. p.163-77.
- 8 — TORRES, L. — Que tipo de médico necesita el País? *Cuadernos Medico-Sociales*, 3(2), set. 1962. [Separata]
- 9 — WINSLOW, C.E.A. — The untilled field of public health. *Modern Medicine*, 2:183-91, 1920. apud LEAVELL, H.R. & CLARK, E.G. — *Preventive medicine for the doctor is his community*. 3.ed. New York, McGraw-Hill, 1958. p.10.
- 10 — ZIMMERMANN, D. — Application of group psychotherapy to the teaching of Dynamic Psychiatry and understanding student resistences. *The International Journal of Group Psychotherapy*, 10:90-7, Jan. 1960.

Rua Santo Inácio 152, ap.12 — Pôrto Alegre, RS, Brasil.