

Florindo Stela

O RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE :
IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE EM EDUCAÇÃO (Psicologia da Educação), à Comissão Julgadora da Universidade Estadual de Campinas.

Campinas - 1983

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL**

COMISSÃO JULGADORA

AGRADECIMENTOS

Quero em especial agradecer ao grande amigo e Ori
entador Professor Doutor MARCONI FREIRE MONTEZUMA, pela dedi
cação constante e pela orientação segura com que conduziu
este trabalho — para mim extremamente enriquecedor.

Quero ainda agradecer a todos aqueles, professo-
res, colegas e funcionários que, direta ou indiretamente,
também contribuíram para esta realização.

ÍNDICE

Capítulo	página
AGRADECIMENTOS	iv
I INTRODUÇÃO	1
I Propósitos de Trabalho	12
II Metodologia	13
III Fundamentação Teórica do Trabalho	14
IV Conclusões	16
II INTERDISCIPLINARIDADE : UMA QUESTÃO ATUAL	17
III INTERDISCIPLINARIDADE : EDUCAÇÃO - SAÚDE	23
IV UMA ONTOLOGIA DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE EM MARTIN BUBER	28
V PROCESSO DE PERSONALIZAÇÃO DO RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE NA ÓTICA DE EMMANUEL MOUNIER	40
1. A Pessoa como um ser-de-relações	40
2. A Pessoa como liberdade	44
3. A Pessoa como um ser integral	47
VI A PSICOLOGIA EXISTENCIAL HUMANISTA E O RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE	52
VII A "SUBSTÂNCIA MÉDICO" NO RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE	68
VIII HOMEOPATIA : SEUS FUNDAMENTOS E A VALORIZAÇÃO DA PESSOA	86

Capítulo	página
I Histórico	86
II Bases e Princípios da Homeopatia	90
1. Experiência no homem são	90
2. Lei dos semelhantes	91
3. Doses mínimas	92
4. Medicamento Único	93
III Conceitos Fundamentais da Homeopatia ...	94
1. Unidade do ser humano	94
2. Doentes e doenças	99
3. Medicamento dinamizado	102
4. Energia vital	104
5. Exonerações	105
6. Miasmas	105
IV Leis de Hering	106
V O Relacionamento Médico Homeopata - Paciente	108
IX CONCLUSÕES	110
1. Educação e formação acadêmica do médico	113
2. A respeito da compreensão do pa ciente como unidade integral	123
3. Sobre a interação médico-paciente ...	127
BIBLIOGRAFIA	131
RESUMO	135

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

Na medicina moderna e na consciência social das comunidades vem tomando corpo a idéia da estreita interrelação entre educação e saúde. Esta consciência evidencia o imperativo da integração da força educativa da saúde com as condições de saúde no processo educativo, visando a obtenção de padrões de vida mais significantes e produtivos.

Muitos problemas de saúde só poderão ser melhor compreendidos, encaminhados e resolvidos na medida em que receberem uma significativa contribuição da educação. A contribuição da educação para a saúde, entre outros aspectos, não se restringiria apenas à análise ou ao encaminhamento às autoridades competentes dos fatores que interferem na saúde da população. A saúde das pessoas de uma comunidade constitui-se numa das condições essenciais para o seu desenvolvimento integral. Uma população saudável tem maiores possibilidades de auto-atualização, carreando suas energias e esforços na direção de um desenvolvimento humano, social e tecnológico cada vez mais pleno. Entretanto, quando uma população é pobre e, conseqüentemente marcada por inúmeros fatores ligados às doenças carenciais - obviamente geradas pelas condições sôcio-econômicas -, ela tem um desenvolvimento significativamente empobrecido.

Para este quadro não se pode procurar uma saída meramente *curativa* ou *assistencial*, mas se deve buscar uma ação que promova o homem em todas as suas dimensões e que se constitua num processo de fato preventivo e por isso mesmo, vinculado ao trabalho da educação.

Por se propor a assumir um compromisso com a realididade das pessoas, cabe à educação organizar sua ação a partir daqueles e de outros problemas de saúde que envolvem a população educanda, além de abarcar em seu trabalho aquelas situações que já lhe são comuns. A ela cabe também assumir o papel de conscientizar a comunidade de que os problemas de saúde que mais a atingem não são estritamente *biológicos*, mas estão a sugerir a existência de outros componentes tanto a nível sócio-cultural, como a nível econômico-político e psicológico-social. E a ela cabe ainda mostrar que a conquista da saúde se constitui num direito fundamental, inalienável, do homem.

Muitos dos problemas de hoje, como os do ecossistema, configuram-se num quadro que denuncia os *desequilíbrios ecológicos, poluição do ambiente, exaustão de recursos natu*rais, *superpopulação e conseqüentes ameaças de fome e epide*mias segundo HARMAN¹, fazendo parte de um complexo interligado de problemas sociais. Por esta razão, eles demandam novas

1. Willis W. Harman. "O Futuro da Perspectiva Existencial-Humanista em Educação". In Thomas C. Greening (organizador). Psicologia Existencial-Humanista. Trad. de Eduardo de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, pp. 151 e 152.

propostas de educação no sentido de uma ação preventiva capaz de delinear respostas efetivas a esses desafios, próprios da civilização industrial da vida moderna. Os problemas de ecossistema incidem sobre a sociedade como um todo e sobre as pessoas individualmente como ameaças ao desenvolvimento genuíno, comprometendo seus modos de ser e formar-se. Este fato fica mais evidente na medida em que se percebe que o crescimento humano mantém profunda interação com as condições de vida do contexto onde as pessoas estão inseridas, especificamente no que se refere à sua saúde e ao seu processo de educação. Este vínculo do homem com suas condições de vida - atuando sobre elas e delas recebendo influências - explicita mais uma vez a necessidade de se considerar a educação e a saúde não isoladamente, porém como elementos componentes de uma realidade dialética, e que exigem uma intercompenetração recíproca não apenas a nível do discurso, mas da práxis. O homem precisa educar-se no sentido de preservar e desenvolver suas condições de saúde integralmente - saúde biológica, psicológica e social -; por outro lado, suas condições de saúde, efetivamente garantidas, vão reverter em novas perspectivas para o desenvolvimento humano. Como a integração educação-saúde não significa um vínculo apenas a nível do discurso, torna-se necessário que os dois campos articulem formas de pensamento e de ação que permitam a interferência da educação naquelas situações sociais e psicos-sociais que bloqueiam o desenvolvimento humano. E que, ao mesmo tempo, despertem na comunidade a consciência de que a

saúde é um direito que lhe pertence e que por isso deve organizar-se no sentido do usufruto desse direito inalienável.

O relacionamento entre os campos da educação e saúde forma um quadro amplo e complexo com inúmeras possibilidades de enfoque. Uma maneira a ser delineada com esta finalidade localiza-se no desempenho da própria ação clínica, em si mesma trazendo um poder educativo que se configura na interação médico-paciente, como na intensidade da influência que o médico exerce no paciente e em sua família, e ainda, nos princípios e métodos educacionais presentes na prática clínica. Partindo deste raciocínio, este trabalho pretende esclarecer determinados elementos educacionais contidos na vivência da interação médico-paciente, bem como mostrar a importância do papel do médico como *educador não formal*, cuja ação educativa se destaca no processo de auto-recuperação do paciente e na ação preventiva de fatores que possam por em risco a saúde das pessoas.

Ao se pretender abordar aqui a questão da relação médico-paciente propondo-se a discussão de suas bases educacionais, não se tem o intuito de resolver toda a problemática educação X saúde, o que se deseja é ampliar o debate deste interrelacionamento.

Dentro desse contexto de idéias, deve-se destacar a preocupação atual em se admitir uma concepção de homem que respeite, além de sua dimensão histórica e sócio-cultural, também sua unidade psico-biológica, unidade esta indivisível em sua natureza mesma. Sob este ponto de vista, critica-se o

ensino da psicologia que, por muito tempo não considerou suficientemente a importância do *componente* orgânico do homem, caindo até certo ponto no chamado *psicologismo*. Semelhantemente, o ensino das ciências médicas também *ignorou* em grande parte a existência do *componente* psicológico na prática de diversas especialidades, tendendo, por sua vez ao *organi*císmo. Ambos os determinismos podem ser verificados através de uma análise dos programas dos referidos cursos de diversas escolas do país, onde não se nota uma concepção da unidade psicobiológica do ser humano. Por vezes se encontra a justificativa de que os componentes psicológico e biológico são separados apenas *didaticamente*. Mas, esta dicotomização didática não induziria ou implicaria uma visão unilateral do ser humano, comprometendo a concepção de unidade natural do ho- mem e determinando uma prática desagregadora desta unidade ?

KOHLBERG² analisa a questão acima e mostra que todo educador espose uma determinada ideologia; subjacente a esta determinada ideologia está sempre uma visão epistêmica do homem e do mundo; esta visão epistêmica do homem e do mundo, por sua vez, traz no bojo uma concepção psicológica ou teoria psicológica, a qual, por sua vez, leva o educador a traçar estratégias na formulação de objetivos educacionais em decorrência de tudo isso, direcionando sua práxis diária e até seu linguajar coloquial de todas as horas no sentido

2. Lawrence Kohlberg and Rochelle Mayer. "Development as the Aim of Education". In Harvard Educational Review, vol. 42, nº 4, nov., 1972, pp. 449 - 497.

de sua ideologia, exibindo uma postura.

Subjacente à postura do médico frente ao seu paciente, existe uma determinada ideologia que marcou sua formação acadêmica e que se torna presente em sua prática atual. Esta postura pode configurar-se numa relação de domínio-submissão — domínio do médico e submissão do paciente nas mais diversas formas : linguagem extremamente técnica, aparatos sofisticados criados pela indústria da saúde e todo o ambiente que evidencia o médico como detentor da verdade em relação ao paciente. De um outro lado, a postura do médico pode delinear-se dentro de um âmbito diferente, qual seja, da relação dialógica, de respeito à pessoa do paciente, aos seus anseios e necessidades de libertação da doença; enfim esta postura consiste em compreender o paciente na unidade biopsíquica e social que caracteriza sua identidade.

Também os programas oficiais de saúde denotam um determinado enfoque ideológico. Um sistema de saúde, cujos objetivos e mecanismos de ação se articulem quase que exclusivamente, para o fator assistencial ou meramente *curativo* em detrimento do promocional ou *preventivo*, não está apresentando soluções eficazes e duradouras para os problemas de saúde da população, por limitar-se, muitas vezes, à alocação de seus recursos para a manutenção do consumo imediatista de medicamentos - atitude muito proveitosa em favor de laboratórios e instituições que atualmente industrializam os problemas de saúde da população.

Embora o desafio como um todo constitua-se num fe

nômeno significativamente complexo e numa oportunidade verdadeiramente desafiadora para uma ampla análise das ideologias subjacentes aos programas dos cursos de psicologia e das ciências médicas, bem como dos programas de saúde, o presente trabalho pretende restringir-se apenas a determinados aspectos. De maneira específica, a intenção é demonstrar a necessidade da compreensão do paciente como unidade bio-psico-social, isto é, como Pessoa, em processo de personalização permanente, e não como um simples portador de determinados órgãos eventualmente afetados. O paciente é uma pessoa com uma história de vida que participa da História da sua comunidade e da sua cultura. E sua promoção supõe a interferência do médico, não como alguém chamado a prescrever medicamentos mas como alguém que, mediante a relação dialógica, seja capaz também de ajudar o paciente a se promover como pessoa. Em todas as circunstâncias e, particularmente na relação dialógica médico-paciente, o ser humano só poderá ser compreendido como *projeto*, e isto implica na superação dos determinismos de qualquer natureza - no caso, dos determinismos biológicos. Então, a ação do médico, nesse contexto, ganha um sentido mais profundo na medida em que ela é compreendida como elemento componente de um processo de libertação mais amplo : libertação da pessoa em todas as suas formas de vida e de todos os determinismos, tanto individuais, como sociais. E nesse processo de libertação, o diálogo torna-se recurso fundamental a ser vivenciado, garantindo mais firmemente a manutenção da saúde ou sua recuperação - ambos os aspectos

necessariamente intercompenetrados.

Na relação dialógica, o médico não detém o poder sobre o paciente, como se este fosse um mero objeto a ser manipulado segundo os parâmetros de *sua* ciência. Antes, o paciente é compreendido como pessoa e, na relação de ajuda com o médico, reassume sua consciência da necessidade de libertação, passando a medicina curativa a processo elementar, necessário, mas coadjuvante de um esforço de superação mais amplu e complexo.

Cada doente tem uma história, a sua história, mesclada por situações emocionais e afetivas diversas, angústias, expectativas, anseios, projetos, desenganos ... que, juntamente com outros processos psíquicos compõem o quadro psicológico do indivíduo. Esse estado psicológico manifesta-se intimamente vinculado ao estado orgânico da pessoa, com ele constituindo uma única e indivisível realidade. Portanto no diagnóstico e tratamento do doente torna-se imprescindível o conhecimento da sua história pessoal para se conhecer não só a sua doença, mas para se compreender os fatores orgânicos, psicológicos e sócio-culturais desencadeadores do processo mórbido, compreender a dimensão simbólica que aqueles fatores estão significando para a pessoa como um todo, em toda a sua integridade, e não só para um órgão doente.

Como cada pessoa é única no mundo, cada uma também é única na sua expressão doente. Torna-se ingênua, portanto, a generalização gratuita dos "casos". Por outro lado, torna-se necessária a consideração desta pessoa doente respeitando

-se a história da sua doença, seu estado atual e o significado que para ela existe no fato de estar doente, enfim ela deve ser considerada na singularidade da sua existência.

A manifestação humana da doença ocorre "não apenas com o pensamento, o sentimento, ou com os órgãos, o coração, o fígado, mas é vivido com todo o ser ..."³. "Se nos exprimimos em termos psicológicos é porque, por esse ângulo, melhor compreendemos os fenômenos e essa é a nossa melhor via de acesso, porém não se trata de algo que se passa no sentimento ou pensamento sem que todo o ser esteja presente, como também (...) nada se passa na intimidade de nossos tecidos e humores sem que as nossas emoções estejam presentes..."⁴.

Cada pessoa tem de forma única a sua fisiologia e a sua fisiopatologia, de acordo com o seu modo de reagir e de ser. Por isso, a doença "não é algo que vem de fora e se superpõe ao homem, é sim um modo peculiar de a pessoa se expressar em circunstâncias adversas..."⁵. Seu modo de adoecer configura-se de uma forma única. Daí a necessidade de se verificar não só os dados da doença atual, mas o que ela representa para o doente como pessoa.

Diante dessas considerações, PERESTRELLO sugere a introdução de uma prática clínica que respeite o homem como pessoa e o ajude a se libertar dos envolvimentos psicobioló

3. Danilo Perestrello. A Medicina da Pessoa. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu, 1974, pp. 68.

4. Ibid., p. 68.

5. Ibid., p. 71.

gicos que o atingem. Essa prática ele chama de "medicina da pessoa"⁶, e nela os fatores externos da doença não são negados e sim avaliados em função da pessoa⁷.

A doença é um processo essencialmente pessoal, é um fenômeno pertencente à estrutura do ser. Cada indivíduo "modela" sua doença de acordo com a própria estrutura psicobiológica e em função da história da sua existência.

Segundo PERESTRELLO, não se pretende desconsiderar os dados fornecidos pela tradicional abordagem explicativo-causal. Estes deverão ser avaliados em função de uma abordagem compreensiva da pessoa na qual são estabelecidas as relações de significado entre esses dados e a configuração do quadro psicológico do doente. "Não há, portanto, que subordinar a pessoa aos dados semiológicos, e sim estes à pessoa"⁸.

O autor considera que "todo encontro médico-paciente, é significativo. Se esse encontro é desarmonioso, não pode trazer benefício"⁹. Pelo contrário, "terá resultados maléficos mediatos ou imediatos, ainda quando do ponto de vista puramente tecnológico as coisas se passem certinhas"¹⁰.

A relação médico-paciente não pode se limitar a uma conotação apenas técnica. "Não existe ato puramente diagnóstico. Todas as atitudes do médico repercutem sobre a pes

6. Ibid., p. 79.

7. Ibid., p. 79.

8. Ibid., p. 82.

9. Ibid., p. 108.

10. Ibid., p. 108.

soa doente e terão significado terapêutico ou antiterapêutico segundo as vivências que despertarão no paciente e nele, médico, também"¹¹. A personalidade do médico, seu modo-de-ser, sua capacidade de inspirar confiança no paciente, seu relacionamento significativo com ele provavelmente interferem na evolução terapêutica.

Na medicina da pessoa "em vez de se ver o organismo, se vê a pessoa, em vez de se procurar causas ou 'fatores', se busca a totalidade, em vez de se pensar em termos de estímulo-reação, se pensa em situação-expressão"¹². Para ele, esta visão corresponde muito mais a uma concepção holística e a uma atitude compreensiva em relação ao doente, do que a um critério topográfico e reducionista que isola partes do organismo e os considera separadamente da totalidade da pessoa.

As considerações acima permitem que se estabeleçam alguns questionamentos que poderiam se delinear como propostas viáveis dentro da prática clínica e dentro da integração educação-saúde : a partir da abordagem holística, não haveria a necessidade de se repensar a educação médica dentro desta proposta de se compreender a pessoa doente como uma totalidade integrada ? Não haveria a necessidade de se pesquisar o poder educativo presente na relação dialógica que um médico, direcionado por esta concepção, poderia estabelecer

11. Ibid., p. 120.

12. Ibid., p. 169 (Os grifos são do autor).

com seu doente ? Não haveria a necessidade de se avaliar as perdas de possibilidades terapêuticas que ocorrem na relação médico-paciente quando o doente não está sendo compreendido em toda a sua integridade ?

I. PROPÓSITOS DE TRABALHO

1. Um dos propósitos deste trabalho consiste em ampliar o sentido da discussão dos fatores educacionais inerentes à relação médico-paciente, com o intuito de se verificar a força educativa que existe na interação de ambos, sobretudo, abordando-se o tipo de influência que o médico pode exercer no paciente durante a prática clínica. Essa influência poderá ser também um elemento do conjunto dos fatores educacionais implícitos na relação médico-paciente. Aqui se faz necessário alertar para a inadvertência, por parte de alguns médicos, do potencial de que eles dispõem, subjacente aos modos de relacionamento com seus pacientes, e que poderá significar perda relevante de energia que deveria ser direcionada para o crescimento de ambos. As posturas inadequadas do médico, quando ele não respeita a totalidade da pessoa do paciente, vendo-o como *partes doentes*, implicam naquela perda de energia. O médico tem que procurar ver não simplesmente a doença do doente, mas o doente da doença. Outro aspecto ligado à *ótica particularista* de médicos, está disseminada nas superespecializações que acabam negando a integridade da

pessoa e conduzindo-a a uma coisificação mecanicista.

2. Outro propósito resume-se na adoção da concepção do paciente como unidade bio-psico-social. Este é um elemento básico para seu processo de reeducação e promoção e para a superação dos determinismos que o atingem, em particular, do determinismo biológico. O ser humano é uma pessoa em processo de crescimento integral permanente e, como tal, é indivisível em sua própria natureza. A relação dialógica privilegiada do médico com seu paciente poderá traduzir-se em modos de transcendência especial, dadas as características excepcionais de que se reveste ou poderia revestir-se.

II. METODOLOGIA

1. Organização teórica dos fundamentos psicológicos e educacionais presentes na vivência da relação médico-paciente e verificação dos elementos direta ou indiretamente implicados na dinâmica educacional do paciente e também do médico.

2. Escolha da Homeopatia como um campo da prática clínica da medicina onde melhor se poderia verificar a utilização da concepção de unidade indivisível do ser humano e a utilização dos elementos educacionais contidos na relação médico-paciente. Como as ciências médicas abarcam um vasto campo de ação, com uma gama enorme de modos diferentes de tra-

balho, torna-se necessário reduzir a amplitude da área para um setor mais específico. Além disso, e principalmente, a Homeopatia parece trazer significativas contribuições para os propósitos deste trabalho.

3. A partir das análises elaboradas nos itens acima, apresentação de sugestões para o aprimoramento do relacionamento médico-paciente.

Obs. No início pensou-se na execução de um trabalho de campo, mediante o qual, seriam realizadas entrevistas com profissionais de saúde com a finalidade de se levantar informações a respeito da vivência do relacionamento com seus pacientes.

Entretanto, em função da nova postura recentemente adotada pelo Departamento de Psicologia Educacional da Faculdade de Educação da UNICAMP, com a reformulação dos Programas de Pós-Graduação, na Área de Concentração que lhe está afeta, o trabalho de campo será efetuado posteriormente a nível de doutoramento.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO TRABALHO

1. Fundamentos filosóficos :

1.1. Estudo da questão da Interdisciplinaridade e das suas relações com os vínculos de Educação-Saúde.

1.2. Estudo da relação EU-TU, segundo as contri

buições já delineadas por MARTIN BUBER.

1.3. Estudo das relações interpessoais de acordo com as propostas do Personalismo de EMMANUEL MOUNIER.

2. Fundamentos psicológicos :

2.1. Aspectos psicológicos da "substância médico" no relacionamento médico-paciente.

3. Contribuições da Homeopatia :

3.1. Explicação dos princípios que regem este tipo de prática clínica da medicina, dando-se ênfase nos seguintes aspectos :

3.1.1. O paciente compreendido como Pessoa e como uma unidade bio-psico-social

3.1.2. A relação médico-paciente como oportunidade facilitadora do reconhecimento do paciente como Pessoa.

3.1.3. Implicações educacionais presentes na vivência da interação médico homeopata-paciente e que poderão ser consideradas também em situações de relacionamento em outras abordagens terapêuticas e mesmo por outros profissionais de saúde como enfermeiros, dentistas etc.

IV. CONCLUSÕES

As conclusões extraídas a partir dos propósitos adotados e das análises aqui desenvolvidas serviriam como contribuições para o aprimoramento do relacionamento médico-paciente e mesmo para uma educação médica onde deveria existir uma melhor compreensão do paciente como pessoa.

CAPÍTULO II

INTERDISCIPLINARIDADE : UMA QUESTÃO ATUAL

Há indícios significativos de que a Psicologia está passando por uma mudança de paradigma em direção a uma perspectiva mais cognitiva, pelo menos a partir de 1975, consoante afirmação de ROYCE em seu trabalho "Three Ways of Knowing and the Scientific World-View"¹³. E um sinal dessa mudança de orientação está na emergência de uma nova interdisciplina que ele denomina de "Epistemologia Psicológica". Neste sentido, e estabelecendo uma relação com a filosofia, a psicologia procura respostas para alguns aspectos do conhecimento, ou seja, busca explicar o "como" se processaria o conhecimento, da mesma forma que a filosofia procura responder aos critérios envolvidos neste processo.

O esquema seguinte pode facilitar a compreensão desse problema¹⁴ :

13. Joseph R. Royce. "Three Ways of Knowing And The Scientific World-View". In Methodology and Science, Vol. 11, 3, 1978, pp. 146 - 164.

14. Ibid., p. 147.

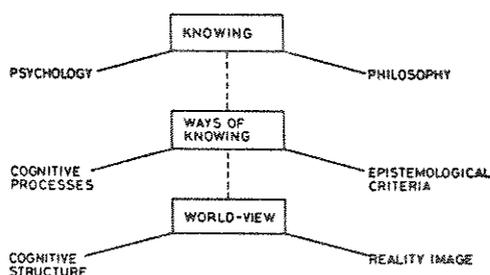


Fig. 1, Psychological and philosophical aspects of the problem of knowing. (From Royce, 1974, p. 152)

O esquema sugere que o conhecimento envolve diversos modos - que o conhecimento nas artes, por exemplo, não é semelhante ao das ciências. Se para a filosofia podem existir diferentes critérios de verdade, para a psicologia podem se supor diferentes envolvimentos dos processos cognitivos.

A análise filosófica da visão-de-mundo é elaborada em termos de imagem de realidade, enquanto que a análise psicológica é desenvolvida sob a marca das estruturas cognitivas¹⁵.

A análise deste duplo aspecto proporciona também a base para uma definição de trabalho a respeito do conhecimento, ou seja, sobre aquelas cognições da estrutura cognitiva de um organismo (perspectiva psicológica) justificáveis epistemologicamente (perspectiva filosófica)¹⁶.

Segundo o autor, todo ser humano, em sua história de vida, acaba por se caracterizar por um determinado tipo cognitivo, que ele classifica como : metafórico, empirista e

15. Ibid., p. 148.

16. Ibid., p. 148.

racionalista. Embora cada um mereça uma análise aprofundada, não faz parte dos objetivos deste estudo a discussão deles. Convém realçar, entretanto, que, de acordo com o próprio tipo cognitivo, o indivíduo exibe em seu desempenho um estilo epistêmico de percepção das pessoas e do mundo.

O médico e o paciente se constituem em tipos cognitivos que, em seu relacionamento, por conseguinte também revelam seus estilos epistêmicos de se verem um ao outro e de compreenderem o mundo que os cerca.

Retomando, porém, a questão da interdisciplinaridade da psicologia com outras áreas do conhecimento, torna-se oportuno enfatizar que ela faz parte de um complexo contexto onde as ciências subsistem e se recriam através de uma fecundação recíproca.

De acordo com JAPIASSU, em *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*, "tornam-se cada vez mais urgentes as colaborações e os intercâmbios recíprocos das diversas áreas do saber"¹⁷.

Citando PIAGET a respeito do desenvolvimento das ciências humanas, JAPIASSU enfatiza que "a interdisciplinaridade deixa hoje de ser um simples produto de ocasião para tornar-se a própria condição do progresso das pesquisas nas ciências humanas"¹⁸. Ainda verificando o trabalho de PIAGET a respeito da interdisciplinaridade, JAPIASSU afirma que sua

17. Hilton Ferreira Japiassu. Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976, p. 63.

18. *Ibid.*, p. 55.

principal contribuição "está justamente em considerar a interdisciplinaridade como princípio de organização ou de estruturação dos conhecimentos, capaz de modificar os postulados, os conceitos, as fronteiras, os pontos de junção e os métodos das disciplinas científicas"¹⁹.

Daí, então se conclui que "a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa"²⁰.

Portanto, quando se fala da relação recíproca entre educação e saúde ou entre psicologia e medicina e quando se propõe buscar na filosofia contribuições para a concretização desse projeto, está se tentando esclarecer a integração dessas áreas do conhecimento e elucidar a necessidade de trocas recíprocas, tanto na área do saber, como na prática clínica. Com relação especificamente à filosofia e sua função neste âmbito de trabalho, JAPIASSU mostra que ela aparece como instância crítica interna aos projetos interdisciplinares "na medida em que ela se apresenta como a única disciplina em condições de fazer a unidade do objeto das ciências humanas, e na medida, também, em que impede cada uma delas de hipertrofiar-se em mito totalizante"²¹ e também sem que isso desemboque em autoritarismo por parte da filosofia, conclui ele.

19. Ibid., p. 70 (Os grifos são do autor).

20. Ibid., p. 74 (Os grifos são do autor).

21. Ibid., p. 145.

Estabelecendo-se a integração de diversas áreas do saber e tendo-se a filosofia como elemento de unidade desse processo, a interdisciplinaridade surge para superar "um saber fragmentado, em migalhas, pulverizado numa multiplicidade crescente de especialidades, em que cada uma se fecha como que para fugir ao verdadeiro conhecimento"²². JAPIASSU insiste ainda na necessidade de se estabelecer a interdisciplinaridade contra o divórcio crescente - que ele denomina de "esquizofrenia intelectual" - "entre uma universidade cada vez mais compartimentada... e a sociedade em sua realidade dinâmica e crescente, onde a 'verdadeira vida' sempre é percebida como um todo complexo e indissociável"²³.

Na interdisciplinaridade as disciplinas mantêm uma interdependência recíproca, e isto resulta numa fecundação mútua, onde se colocam em comum não só os axiomas, mas os próprios métodos. Esta reciprocidade fecunda, quase sempre dá origem a uma nova disciplina : bioquímica, geopolítica, psicossociologia etc.²⁴.

O autor realça, também, a necessidade da existência de um espírito interdisciplinar que "consiste nessa atitude de vigilância epistemológica capaz de levar cada especialista a abrir-se às outras especialidades diferentes da sua, a estar atento a tudo o que nas outras disciplinas possa trazer um enriquecimento ao seu domínio de investigação e

22. Ibid., p. 43.

23. Ibid., p. 43.

24. Ibid., p. 81.

a tudo o que, em sua especialidade, poderá desembocar em novos problemas e, por conseguinte, em outras disciplinas"²⁵.

Essa qualidade que o autor denomina de "espírito interdisciplinar" deve estar presente no trabalho de equipe que cada vez mais se torna uma exigência fundamental, especialmente em se tratando da tentativa de esclarecimento, pela pesquisa científica, dos problemas humanos necessariamente complexos. Aqui, "o apelo a uma equipe interdisciplinar, não somente parece evidente, como se revela também condição sine qua non de sucesso real"²⁶.

Diante da nova postura que a interdisciplinaridade propõe, JAPIASSU sugere que os futuros pesquisadores sejam reconduzidos a uma pedagogia da unidade das ciências humanas e sugere ainda que se insista sobre a solidariedade e sobre a complementaridade das diversas ordens do saber, superando, portanto, os particularismos e os sectarismos intelectuais²⁷

Essa proposta vem atender à necessidade atual da integração de educação e saúde, como se está enfatizando neste trabalho.

25. Ibid., p. 138.

26. Ibid., p. 126 (Os grifos são do autor).

27. Ibid., p. 139.

CAPÍTULO III

INTERDISCIPLINARIDADE : EDUCAÇÃO - SAÚDE

Paralelamente ao surgimento das diversas áreas das ciências humanas, com suas ramificações e especialidades que trouxeram inúmeras contribuições ao esclarecimento dos problemas da comunidade humana, também advieram limitações intrínsecas a determinadas concepções que não se preocuparam em compreender o homem como uma totalidade integral. Assim é que a própria Psicologia, no empenho de se tornar uma ciência autônoma e independente da tutela de qualquer outra área do saber, lançou-se na busca de fundamentos que lhe pudessem garantir essa qualidade de ser admitida como ciência. Para isso, através do behaviorismo, desembocou numa postura cujos objetivos e métodos se preocupassem apenas com os fenômenos observáveis do comportamento, relegando a plano secundário ou, até mesmo, desconsiderando os fenômenos humanos que ultrapassassem a simples constatação mensurável.

Essa postura, resultado do chamado positivismo científico, ajudou a ampliar as aplicações dos postulados dessa corrente filosófica aos estudos do homem. E reforçou, desta forma, a fragmentação que o positivismo procurou impor às ciências humanas, ao adotar como válidos para o status de ciência apenas aqueles fenômenos observáveis e mensuráveis do comportamento. Ocorreu uma tentativa de se colocar o fenô

meno humano no esquema ou concepção de ciência adotado por esta corrente filosófica.

A respeito desse assunto, ANTONIO JOAQUIM SEVERINO explica que a psicologia foi "atingida por dois preconceitos intelectuais : o analítico e o objetivista. O primeiro transforma o espírito num mero mosaico de elementos que se compõem e se decompõem como átomos, o segundo impede toda subjetividade no que ela tem de específico e de original. Apesar das grandes conquistas e consequentes benefícios, a psicologia não atinge o homem total"²⁸. E sugere o mesmo autor que, para se atingir as "atitudes totais da pessoa, a psicologia não pode se limitar às pesquisas parciais. Não interessa que seja pelo 'interior' ou pelo 'exterior', pela situação ou pela expressão, porque o homem está inteiramente presente em todos os seus gestos"²⁹.

Entretanto, atualmente amplia-se a consciência da necessidade de se conceber o homem na dinâmica da sua totalidade, pois o homem só pode ser compreendido quando visto como uma totalidade integrada e não através de partes isoladas que acabam por conduzir a uma fragmentação dessa unidade.

A retomada de uma abordagem integradora da concepção da pessoa humana pode ser amplamente favorecida pela interdisciplinaridade de diversas áreas do conhecimento na me

28. Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo: Saraiva Editores, 1974, p. 131.

29. Ibid., p. 43.

dida em que estas estabelecem entre si relações de intercom
plementaridade e de abertura para novas propostas de pesqui
sa sobre o ser humano.

Nesse contexto, surge a epistemologia psicológica como uma tentativa capaz de imprimir ao estudo do ser humano - a seus objetivos e métodos - uma proposta integradora.

Por se constituir numa forma e num processo de co
nhecimento baseados no sentido da unidade do homem, a episte
mologia psicológica vem se estabelecer como resposta aos pro
blemas criados pela concepção compartimentada do ser humano,
sendo portanto, capaz de superar essa fragmentação.

Neste trabalho, a preocupação não se dirigirá pro
priamente a um aprofundamento das implicações trazidas ã
ciência e ã psicologia, de um modo particular, pela aborda
gem positivista ou pelos mecanismos e procedimentos do beha
viorismo.

Também não será um aprofundamento em todos os des
dobramentos que hoje a epistemologia psicológica começa a
dimensionar.

A finalidade deste trabalho limita-se ã tentativa
de desvelamento do potencial educativo inerente ã relação mé
dico-paciente. E, dessa forma, pretende-se contribuir para a
ampliação do estudo da interdisciplinaridade da psicologia
com uma outra área do conhecimento e da prática científica -
a medicina. A preocupação será a de se estudar o quanto de
implicações está contido no "entre", na relação EU-TU do mé
dico-paciente.

Essa interdisciplinaridade - psicologia-medicina - encontra significado na concepção do homem como uma unidade integrada, como um ser bio-psico-social, não ao nível apenas do discurso, mas sobretudo ao nível da prática científica.

Sendo a epistemologia de natureza interdisciplinar, como afirma PIAGET³⁰, os vínculos educação-saúde, ou mais especificamente, psicologia-medicina, com os desdobramentos e implicações que se pretendem desenvolver aqui, fazem parte dessa "nova epistemologia" que surge como resposta às exigências de integração das diversas áreas da pesquisa e da prática científica a serviço de uma compreensão da pessoa como um ser integral.

Assim sendo, a preocupação específica consistirá em analisar o relacionamento médico-paciente nesse contexto de interdisciplinaridade. Pretende-se esclarecer o potencial contido na interação entre essas pessoas, isto é, as possibilidades educativas presentes no fenômeno da relação médico-paciente.

Na hipótese de não haver um estudo já concluído do assunto, insistir-se-á em abordar a questão utilizando-se as contribuições da filosofia e da psicologia a nível da interdisciplinaridade desses dois campos do conhecimento.

Da filosofia procurar-se-á extrair o que ela diz a respeito da relação "EU-TU". Serão utilizadas as contribui

30. Jean Piaget. Psicologia e Epistemologia - Por uma Teoria do Conhecimento. Trad. de Agnes Cretella. Rio de Janeiro: Forense Univ. Edit., 1978, p. 14.

ções de MARTIN BUBER e de EMMANUEL MOUNIER com a finalidade de se estabelecerem as bases de uma interação a nível de pesoas. As propostas de MOUNIER e de BUBER para este estudo se rão decisivas por demonstrarem o significado do processo de personalização existente nas relações e por se colocarem frontalmente contra qualquer reificação da pessoa e contra a relação "EU-Iso", onde alguém esteja sendo manipulado como objeto.

Da psicologia serão extraídas as contribuições sugeridas pela abordagem existencial humanista, portanto, na mesma linha de pensamento do enfoque filosófico. E, de forma mais direcionada, procurar-se-á esclarecer o vínculo entre determinados fatores psicológicos da "substância médico" presentes no relacionamento médico-paciente.

Essas concepções vêm retomar a posição já adotada por PIAGET a respeito da interação humana, quando mostra que o seu significado real deriva da capacidade das pessoas de construir intersubjetivamente a qualidade da própria relação, cabendo entre elas tão somente o compromisso ético do respeito mútuo.

CAPÍTULO IV

UMA ONTOLOGIA DA RELAÇÃO MÉDICO - PACIENTE EM MARTIN BUBER

Como foi mencionado na introdução, este trabalho pretende ser uma abordagem embrionária da relação médico-paciente dentro de uma ótica de epistemologia psicológica incipiente.

A apresentação desta parte consistirá na identificação de determinadas idéias de MARTIN BUBER que poderão servir como subsídios para os propósitos do trabalho. Em seguida, procurar-se-á estabelecer os vínculos daqueles pensamentos de BUBER e a relação médico-paciente.

Como a principal preocupação do pensamento de MARTIN BUBER se expressa na relação, suas contribuições tornam-se fundamentais para os propósitos aqui mencionados. Por isso, serão delineados alguns aspectos presentes nas idéias deste filósofo a respeito da relação como diálogo, que poderão servir como elementos esclarecedores para a abordagem do relacionamento médico-paciente. Evidentemente, não se terá como finalidade apresentar uma síntese do pensamento de Buber, senão estabelecer um vínculo entre alguns aspectos adotados em sua obra "EU e TU" e o relacionamento médico-paciente.

Para a presente abordagem, em vez de um longo in

curso através de vários autores, preferiu-se ater-se particularmente ao trabalho de um especialista da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, Von Zuben que, além de traduzir do original a obra de Buber, trouxe a lume uma introdução, fruto de longos estudos. Remete-se o leitor para este especialista caso queira se aprofundar no assunto.

MARTIN BUBER não vê o homem enquanto unicamente indivíduo, mas o compreende como relação entre o EU e o TU. Para ele, o EU só encontra sentido na relação com o TU. E o TU, por sua vez, também se percebe como pessoa na relação com o EU. Este significado se torna mais evidente se se compreende que o EU não é uma realidade em si, mas é uma realidade relacional; não se pode, portanto, falar em EU sem se falar em TU, pois, torno-me EU na relação com o TU³¹.

A relação constitui-se, ainda, como elemento fundamental para a compreensão do sentido da existência humana, pois ela testemunha, da origem ao seu final, toda a existência das pessoas.

Estudando o pensamento de MARTIN BUBER contido em "EU e TU", VON ZUBEN explica que o trabalho de BUBER "não é simplesmente uma descrição fenomenológica das atitudes do homem... mas é também e sobretudo uma ontologia da relação"³²; o conceito de relação designa o que de essencial a-

31. Newton Aquiles Von Zuben. "Introdução". In Martin Buber. Eu e Tu. Introd. e Trad. de Newton Aquiles Von Zuben. S. Paulo: Cortez & Moraes Edit., 1974, pp. LVII e LVIII.

32. Ibid., pp. XL e XLI.

acontece entre os homens.

VON ZUBEN insiste que, para BUBER, "a base de EU e TU não é constituída por conceitos abstratos mas é a própria experiência existencial se revelando"³³.

A relação ultrapassa o encontro, segundo BUBER. "O encontro é algo atual, um evento que acontece atualmente. A relação engloba o encontro... Ela possibilita o encontro dialógico sempre novo"³⁴, sempre se considerando que nela estão o EU como pessoa e o TU como outro. Aqui, então, torna-se claro que, como diz BUBER, "relação é reciprocidade"³⁵. Para BUBER, o EU se realiza como pessoa na relação com o TU; o homem se torna verdadeiramente EU na relação com o TU.

O fato de se ser pessoa, para este pensador, implica na relação com outras pessoas, pois a pessoa se manifesta como tal no momento em que entra em relação com outras pessoas.

Isto acontece porque "a pessoa toma consciência de si... como um ser com..." afirma MARTIN BUBER³⁶.

A autenticidade da vida consiste em ser vida de encontro no momento atual e, por sua vez, a autenticidade do encontro implica numa ação recíproca entre EU e TU. E é atra

33. Ibid., pp. XLII.

34. Ibid., pp. XLVIII.

35. Martin Buber. Eu e Tu. Introd. e Trad. de Newton Aquiles Von Zuben. Sao Paulo: Cortez & Moraes Edit., 1974, p. 18.

36. Ibid., p. 74.

vês da relação viva e recíproca que a própria comunidade se edifica.

BUBER dá tanta importância à relação recíproca entre as pessoas que a coloca como parâmetro valorativo dos diversos modos de relações EU-TU. Tanto assim que ele procura uma esperança profunda no poder da relação, na força do diálogo - por serem estes elementos capazes de tornar o homem uma pessoa livre e responsável.

O encontro, a relação, o diálogo das pessoas não se compõem como mecanismos artificiais da vida humana. Ao contrário, fazem parte da própria essência das pessoas; são necessidades vitais inerentes à natureza humana.

VON ZUBEN sintetiza esta idéia de BUBER explicando que "a ontologia da relação será o fundamento para uma antropologia que se encaminha para uma ética do interhumano. Diz-se então que o homem é um ente de relação ou que a relação lhe é essencial ou fundamento de sua existência"³⁷.

No processo de relação, segundo MARTIN BUBER, o diálogo consiste na forma explicativa do fenômeno interhumano que, por sua vez, implica no encontro vivo, real das pessoas. Então, "o Tu se apresenta ao Eu como sua condição de existência, já que não há Eu em si, independente; em outros termos o si-mesmo não é substância mas relação. O Eu se torna Eu em virtude do Tu. Isto não significa que devo a ele o

37. Newton Aquiles Von Zuben. "Introdução". In Martin Buber. Eu e Tu. Introd. e Trad. de Newton Aquiles Von Zuben. S. Paulo: Cortez & Moraes Edit., 1974, p. XLIV.

meu lugar. Eu lhe devo a minha relação a ele. Ele é meu Tu somente na relação, pois fora dela, ele não existe, assim como o Eu não existe a não ser na relação"³⁸. Por isso também, a co-participação dialogal - centro das preocupações de BUBER - constitui-se no fundamento ontológico do existir e de suas manifestações, permanecendo como fundamento da própria existência humana.

BUBER utiliza a categoria "entre" para compreender o fenômeno do diálogo. Este aspecto é de capital importância dentro do seu pensamento, tendo em vista que é só no encontro dialógico "entre" duas pessoas que se revela a totalidade do homem. Aqui, portanto, observa-se uma contribuição decisiva de BUBER, ao mostrar que a totalidade da pessoa só se revela ao nível do diálogo que, em sua natureza, não pode nunca ser impessoal e sim interpessoal. Através do encontro, é a totalidade do homem que se revela e que age. Por outro lado, o homem está apto ao encontro na medida em que revela e age como totalidade.

O diálogo jamais supõe que alguém domine o outro ou que se anule diante do outro. Nesta relação de reciprocidade viva, a diferença entre Eu e Tu permanece real, pois são duas pessoas se relacionando a partir da complexidade e da originalidade de cada uma, originalidade esta que necessita ser mutuamente percebida e respeitada, haja visto que cada um, ao se relacionar com o outro, deve ser capaz de fa

38. Ibid., pp. XLVIII e XLIX.

zer crescer a própria originalidade inerente à sua natureza pessoal.

Como a relação inter-humana de significado mais profundo se estabelece a partir do encontro dialógico, necessariamente neste movimento as pessoas se manifestam e se comprometem mutuamente em sua totalidade de pessoas. Não simplesmente como profissionais ou como beneficiários de serviços alheios, mas como seres humanos integrais, pois, no diálogo autêntico, o homem não se defronta com o seu semelhante simplesmente como portador de uma função ou papel, mas com seu ser total.

Entretanto, a existência humana não se manifesta exclusivamente em relações denominadas por BUBER de relação EU-TU. Há uma série infinda de relações e BUBER as resume fundamentalmente em dois tipos : EU-TU e EU-Isso. Em que consistem esses tipos de relações e quais as atitudes delas decorrentes ?

Como já foram esclarecidas as idéias principais da relação EU-TU, agora é necessário que se explicitem os pensamentos de BUBER a respeito da relação EU-Isso.

Enquanto as atitudes vinculadas à relação EU-TU se traduzem como encontro, reciprocidade, diálogo - fenômenos estes essenciais ao relacionamento interpessoal, as atitudes ligadas ao contato EU-Isso apresentam-se como objetivantes. Ou seja, se a relação EU-TU se revela como uma atitude ontológica do ser humano, a relação EU-Isso se mostra como um contato entre um sujeito e um objeto, como ocorre na relação

de conhecimento.

No relacionamento EU-Isso ocorre que o EU conhece o universo que se lhe defronta para ordená-lo, estruturá-lo, transformá-lo, pois ele se configura como objeto de uso e experiência.

Se a relação dialógica, supõe como base a relação EU-TU, ou seja, se somente há o verdadeiro diálogo quando as pessoas se respeitam e crescem como pessoas, o relacionamento EU-Isso é incapaz de proporcionar estas condições porque simplesmente se caracteriza como o âmbito da experiência, do conhecimento e da utilização. Ou, como diz BUBER, o relacionamento EU-Isso pertence ao domínio dos verbos transitivos.

No encontro dialógico, o EU se torna presente ao TU e, reciprocamente, o TU se torna presente ao EU, respeitando-se a originalidade de cada pessoa. Por outro lado, no relacionamento EU-Isso, não cabe a concepção de o outro ser considerado verdadeiramente "outro", como outro EU, tendo em vista que essa identificação recíproca do outro como alguém somente pode ocorrer na relação interpessoal. O EU-Isso é a atitude do homem em face do mundo, compreendendo as atividades e conquistas científicas e tecnológicas da humanidade em sua história.

Por esta razão, o mundo do Isso, ordenado e coerente, é indispensável para a existência humana, mesmo porque ele é uma das condições em que os homens se podem entender com os outros. Portanto, em si o EU-Isso não é prejudicial, mas pode se tornar fonte de prejuízo na medida em que o ho-

mem se deixar absorver pelos interesses provenientes desse contato objetivante - por exemplo, com a ciência e a tecnologia - deixando de pautar sua existência essencialmente pelos valores inerentes às atitudes de disponibilidade para o encontro com o outro.

BUBER deixa claro que o homem não pode se limitar a atitudes próprias do EU-Isso, porque "... a humanidade reduzida a um Isso ... nada tem em comum com uma humanidade verdadeiramente encarnada à qual um homem diz verdadeiramente TU"³⁹.

O homem não pode viver sem o Isso, mas insiste BUBER, aquele que vive somente com o Isso se despersonaliza. Transcrevendo-se as próprias palavras de BUBER, "o mundo do Isso é o reino absoluto da causalidade. Cada fenômeno 'físico' perceptível pelos sentidos e cada fenômeno psíquico pré-existente ou que se encontra na experiência própria, passa necessariamente por causado e causador"⁴⁰. Entretanto, "o reino absoluto da causalidade no mundo do Isso, embora seja de importância fundamental para a ordenação científica da natureza, não aflige o homem que não está limitado ao mundo do Isso e que pode sempre evadir-se para o mundo da relação. Aí o EU e o TU se defrontam um com o outro livremente, numa ação recíproca que não está ligada a nenhuma causalidade e

39. Martin Buber. Eu e Tu. Introd. e Trad. de Newton Aquiles Von Zuben. S. Paulo: Cortez & Moraes Edit., 1974, p. 15.

40. Ibid., p. 59.

não possui dela o menor matiz..."⁴¹.

O fenômeno EU-TU contém um significado tão profundo que BUBER alerta para as conseqüências da perda da vivência deste tipo de encontro explicando que no momento em que uma civilização deixa de ter como ponto central o fenômeno da relação interpessoal incessantemente renovado, ela se enrijesse, despersonaliza-se, torna-se um mundo de Isso. A chamada de atenção para esse risco ganha ênfase atualmente porque a ausência de relação se tornou evidente no homem moderno, pois, no contato com as pessoas, muitas vezes acreditamos que nada há a perceber porque obstruímos nossos ouvidos há muito tempo, conclui BUBER.

A partir das sugestões acima, baseadas no pensamento de MARTIN BUBER, que conclusões poderiam ser extraídas para o aprimoramento do relacionamento médico-paciente ?

O próprio MARTIN BUBER propõe que se considere a necessidade de "com um grande olhar médico, aprender a unidade latente e soterrada da alma sofredora, o que só será conseguido através da atitude interpessoal de parceiros e não através da consideração e estudo de um objeto"⁴².

O autor deixa clara a necessidade de se preservar a unidade do paciente, mostrando que este é um ser indivisível em sua natureza. Também mostra a validade da relação interpessoal alertando no sentido de que médico e paciente são

41. Ibid., p. 60.

42. Ibid., p. 152.

peças e por isso ninguém pode ser reduzido a objeto. A reificação não cabe ao se tratar do ser humano.

BUBER vai mais longe e adianta que "para o terapeuta favorecer de um modo coerente a libertação e atualização daquela unidade... ele deve estar, assim como o educador, não somente aqui no seu polo da relação bipolar, mas também no outro polo..."⁴³, colocando-se no lugar do outro. Isto significa que a relação médico-paciente supõe que o profissional seja capaz de ter uma atitude compreensiva da pessoa do doente e de enxergar as dificuldades que o paciente está vivenciando a partir das concepções e dos significados que este está imprimindo ao seu estado patológico. MARTIN BUBER faz transparecer aqui um vínculo profundo entre educação e saúde, fenômeno este que implica na reeducação do próprio profissional visando perceber o paciente como uma pessoa e como uma unidade indivisível. Por outro lado, supõe que também o paciente consiga "enxergar" toda a situação do "lado do médico", ou seja, compreender as dificuldades que o próprio profissional de saúde pode estar vivenciando no relacionamento. E BUBER conclui dizendo que "o curar como o educar não é possível, senão àquele que vive no face-a-face, sem contudo deixar-se absorver"⁴⁴.

Na relação médico-paciente a capacidade de empatia não significa que alguém perca a própria individualidade. Pe

43. Ibid., p. 152.

44. Ibid., p. 152.

lo contrário, a identidade de cada membro da relação precisa ser preservada e sempre atualizada como condição fundamental de respeito mútuo.

Como na sua vida quotidiana o homem estabelece relações EU-TU e EU-Isso ou, em outras palavras, como sua existência está tecida pelo fluxo constante e alternado das duas atitudes EU-TU e EU-Isso, assim também deve-se encarar a relação médico-paciente não apenas como uma relação entre funções sociais - médico X indivíduo, mas também e principalmente como uma relação entre pessoas. Como uma ação recíproca que é o fundamento das relações entre funções. Nesta ação recíproca os dois se educam e se ajudam mutuamente na existência.

A relação EU-TU mais uma vez mostra que a relação médico-paciente ultrapassa o mero contato profissional-usuário. Ela revela que são duas pessoas numa situação especial, onde, além da disponibilidade técnica do médico em ajudar o paciente, ela se constitui numa experiência onde só cabe a vivência do respeito mútuo, constantemente renovado.

Por esta razão, a situação em que médico e paciente se encontram não pode se limitar a um relacionamento EU-Isso, onde o paciente seja reificado, reduzido a um objeto a ser manipulado ou a um objeto de pesquisa e conhecimento científico. Obviamente, o médico aprimora sua prática científica à medida em que acumula experiência clínica. Entretanto, em todos os momentos, a relação médico-paciente deve ser uma relação que ultrapasse qualquer tentativa de reificação

de alguém. Ela deve ser uma relação dialógica presente ao nível de duas pessoas que se encontram e que são capazes de se libertarem e crescerem nesse encontro e onde o paciente possa vislumbrar a superação dos determinismos que na sua situação patológica especial o estão envolvendo.

CAPÍTULO V

PROCESSO DE PERSONALIZAÇÃO DO RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE NA ÓTICA DE EMMANUEL MOUNIER

A fim de se compreender melhor o significado da interação médico-paciente, com as implicações para ambos como pessoas e, respectivamente, como profissional de saúde e alguém que se utiliza dos serviços deste, decidiu-se buscar, entre outros autores, também em MOUNIER, as elucidações necessárias à fundamentação teórica sobre o relacionamento interpessoal que se pretende estudar neste trabalho. E acredita-se que estas contribuições permitirão que se justifique a linha de pensamento aqui adotada.

Inicialmente se falará a respeito da Pessoa Humana e de determinadas propostas derivadas a partir das considerações do referido autor. E, seguidamente a cada item apresentado, será feito um comentário de forma resumida, através do qual se estabelecerão pontos de referência entre as idêias do autor e o relacionamento médico-paciente.

1. A Pessoa como um ser-de-relações

O ser humano, pela sua natureza, é um ser-de-relações; a pessoa é essencialmente comunicação. Explica MOUNIER que a pessoa existe na medida em que existe para o outro.

Para o aprofundamento desse processo de interação com outras pessoas, interpretando MOUNIER, SEVERINO aponta diversos tipos de necessidades, como⁴⁵ :

- 1.1. Necessidade que a pessoa tem de sair de si mesma, rompendo o círculo fechado do egocentrismo e tornando-se disponível ao outro.
- 1.2. Necessidade de compreensão da singularidade do outro, de participar da singularidade do outro a partir da própria singularidade.
- 1.3. Necessidade de participação das dimensões existenciais do outro - inclusive dos seus problemas e sofrimentos.
- 1.4. Necessidade de doação, de generosidade no relacionamento interpessoal.
- 1.5. Necessidade de fidelidade pessoal ao outro.

Como componentes fundamentais do processo de interação das pessoas em qualquer situação de relacionamento, pode-se salientar a necessidade do diálogo interpessoal e o respeito recíproco, ambos intimamente correlacionados.

O diálogo consiste numa relação vivencial, numa

45. Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo: Saraiva, 1974, pp. 82 e 83.

atitude mais complexa e mais enriquecedora do que a simples representação lógica das situações humanas. O próprio MOU-
NIER afirma que a pessoa s \tilde{o} tem significado pleno no encon-
tro comunitário com o outro⁴⁶.

A vivência do respeito recíproco vem se constituir em outro elemento básico do processo interativo. Segundo PIAGET, na relação entre duas pessoas - ou seja, duas liberdades, duas autonomias - s \tilde{o} cabe o respeito recíproco, explica PIAGET.

Portanto, embora o relacionamento médico-paciente seja uma relação de um profissional com uma outra pessoa a quem presta seus serviços técnicos, essa relação essencialmente ocorre a nível de pessoas. Ambos são pessoas vivenciando uma situação interativa onde, subjacentemente à técnica, existem componentes emocionais, afetivos, cognitivos, valores morais e sócio-culturais. Por isso, a relação médico-paciente ultrapassa a "técnica da entrevista" ou a "técnica da consulta". Garante MOUNIER que "jamais uma relação de pessoas se estabelece sobre um plano puramente técnico"; estando o homem presente, ele exerce influência à sua volta; "ele age até pela qualidade de sua presença"⁴⁷.

Entretanto, não se pode negar a eficácia dos meios técnicos; eles constituem exigências necessárias da própria

46. Ibid., p. 136.

47. Emmanuel Mounier. In Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo: Saraiva, 1974, p. 107.

realidade social em que se vive e, muitas vezes, eles se impõem irredutivelmente em nome da própria pessoa. Esse fenômeno ocorre com particularidade na ocorrência da relação médico-paciente, onde o médico, como profissional tecnicamente preparado para atender às necessidades de saúde do paciente, interfere com suas aplicações científicas no curso da vida da pessoa doente.

Essa interferência não significa que, em sua natureza mesma, haja uma oposição exclusivista entre o técnico e o ético. Na verdade, o técnico e o ético são dois polos de uma inseparável correlação, de uma interdependência que exige do médico a aplicação adequada da sua técnica e exige um respeito profundo à pessoa do paciente no exercício dessa técnica.

Reportando-se às considerações acima delineadas, poder-se-ia retomar algumas decorrências básicas para a questão do relacionamento médico-paciente.

Pode-se garantir que o diálogo consiste num componente essencial da interação médico-paciente. E, fazendo parte desse diálogo, encontra-se a exigência fundamental do respeito que o médico precisa ter para com o paciente durante a efetuação do diagnóstico clínico, enquanto ouve o paciente e durante o tratamento. Por outro lado, há a necessidade de respeito que o paciente deve ter por alguém que, naquela circunstância, lhe presta seus serviços.

A interação médico-paciente somente será eficaz na medida em que o médico ultrapassar o mero emprego da técnica

ou da ciência. Ele deverá ser capaz de integrar ciência e sua aplicação técnica com os valores ontológicos da pessoa com a qual se relaciona durante sua tarefa de ajuda ao paciente - isto como condição fundamental da recuperação da saúde e do compromisso ético para com a pessoa doente.

2. A Pessoa como liberdade

Ao considerar o problema da liberdade, também aqui MOUNIER parte da pessoa, pois o ato de ser livre supõe o fato de se ser autenticamente humano. Por outro lado, pode-se completar, deduzindo-se que a pessoa se torna plenamente humana na medida de sua capacidade de ser livre. O próprio MOUNIER estabelece uma íntima relação entre liberdade e ser ao admitir que "a liberdade é fonte viva de ser, presente em qualquer ato humano"⁴⁸.

Ser livre e agir se correlacionam - "se a ação supõe a liberdade, a liberdade é afirmada em relação ao agir"; tanto assim que a pessoa se encontra num universo que só se torna humano na medida em que é personalizado" e onde "a ação impõe-se como uma exigência imprescindível"⁴⁹. Para a pessoa, o agir não será apenas um exercitar-se, mas significa, antes, sair de si para dar consistência a si mesma e ao universo onde ela se encontra inserida.

48. Ibid., p. 69.

49. Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S.Paulo: Saraiva, 1974, p. 105.

No entanto, esclarece MOUNIER que a liberdade não é algo volátil; mas é "a liberdade de uma pessoa e desta pessoa assim constituída e situada no mundo e diante dos valores"⁵⁰.

MOUNIER esclarece que o homem se torna livre dentro das condições onde ele se encontra situado. E, nesse contexto, a liberdade tem condicionamentos biológicos, psicológicos, econômicos, políticos e sócio-culturais. É por isso que ele reafirma que "nossa liberdade é a liberdade de uma pessoa situada"⁵¹. Ao mesmo tempo ele sugere - já que a liberdade é um processo - que a pessoa assuma sua libertação tornando-se mais pessoa - personalizando-se. Este compromisso não significa submeter-se aos determinismos naturais ou simplesmente ir contra eles, mas com eles - como elementos componentes do contexto onde a pessoa está presente.

Portanto, a liberdade humana "caracteriza-se por duas grandes dimensões intimamente unidas e mutuamente constitutivas; a liberdade é autonomia na medida em que é libertação dos dados opressivos de sua situação. Libertar-se destes elementos de necessidades constringedoras é realizar uma personalização, tanto própria, como do mundo e dos outros"⁵². Assim, a pessoa necessita conhecer, transformar e valorizar

50. Emmanuel Mounier. In Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo : Saraiva, 1974, p. 69 (Os grifos são do autor).

51. Ibid., p. 69.

52. Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo: Saraiva, 1974, p. 70.

a natureza como forma de personalização desta natureza e do seu próprio ser como pessoa. Mais particularmente, "solidificar as próprias estruturas e dinamismos físicos, fisiológicos, psíquicos e intelectuais assim como coordená-los ou orientá-los... significa personalizar as próprias condições concretas da existência pessoal", explica SEVERINO, concluindo que esta personalização libertadora é a medida da liberdade como autonomia humana⁵³.

Que vínculos com o relacionamento médico-paciente estas considerações sugerem? O que se poderia extrair para este trabalho das idéias de MOUNIER acima delineadas?

A tarefa do médico de procurar recuperar a saúde do paciente dentro das possibilidades reais que seu estado oferece, participa do processo de libertação da pessoa. Isso ocorre mediante a ajuda que ele oferece ao paciente no sentido deste ter uma maior autonomia biológica, psicológica e social, capacitando o paciente a superar aqueles determinismos que o estavam impedindo de ter uma vida mais autônoma dentro da comunidade. De modo geral, um indivíduo doente tem seus potenciais significativamente diminuídos. Ele sofre a pressão que esse condicionamento biológico ou psíquico, ou provavelmente ambos, exercem em sua pessoa e, conseqüentemente, em suas aspirações, atitudes e oportunidades de participação na vida da comunidade.

A libertação desse estado patológico permite ao pa

53. Ibid., p. 70.

ciente abertura a novas e mais amplas perspectivas em termos de independência decididamente naquelas circunstâncias em que a possibilidade física, a autodeterminação psicológica e a participação social se tornam exigências básicas para a concretização daquelas perspectivas.

Por outro lado, quando o estado patológico do paciente não oferece mais possibilidades de reação, quando a autonomia biológica irreversivelmente está a termo, a tarefa do médico ainda assim consiste em ajudar o paciente a se conduzir de forma a valorizar a vida e a redescobrir o sentido que até aquele instante a vida teve para ele.

3. A Pessoa como um ser integral

Na sua natureza mesma, o ser humano é um ser integral, uma unidade indivisível. Por isso, ao se desejar conhecer a pessoa humana, deve-se compreendê-la a partir dessa concepção de unidade que a constitui.

Essa unidade ontológica se reflete na unidade psico-orgânica e no compartilhamento da pessoa com seu universo de relações.

Reportando-se a MOUNIER, verifica-se que, nesta perspectiva, os dualismos perdem todo fundamento. Garante ele que "é o homem inteiro, espiritual e carnal, que na vida pessoal transcende os fenômenos particulares, expressão da solidariedade organo-psíquica; é o homem inteiro, espiritual e carnal que, no extremo de si mesmo, enraíza-se na força

vital, prolongamento nele da vida animal"⁵⁴.

Portanto, é nesta realidade concreta que a pessoa realiza atos livres e autônomos, atos transcendentos; é através dessa unidade que a pessoa se insere na dimensão dinâmica da natureza, participando do universo vivo que a contém. Em cada gesto, em cada atitude é o homem integral que se manifesta.

O homem é um ser natural e por natureza MOUNIER entende todos os elementos que, de certa forma, exercem um condicionamento no seu modo de existência, como a "natureza material, inconsciente psicológico, participações sociais não-personalizadas. Todo o conjunto dos condicionamentos que não se trata mais de encarar como meras circunstâncias acidentais, mas como verdadeiros componentes ontológicos da própria realidade humana", adianta SEVERINO⁵⁵.

MOUNIER, ao situar o homem como um ser da natureza e inserido nesta, faz menção especial ao corpo: "não posso pensar sem ser e ser sem meu corpo"⁵⁶. Essa valorização do corpo é fundamental porque o corpo não se limita a um conjunto de funções biológicas; antes, é a própria pessoa enquanto ser social, vital e encarnado. Essa valorização se constitui

54. Emmanuel Mounier. In Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo : Saraiva, 1974, p. 48.

55. Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo : Saraiva, 1974, p. 46.

56. Emmanuel Mounier. In Antonio Joaquim Severino. A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier. S. Paulo : Saraiva, 1974, p. 49.

numa das condições básicas da personalização do homem.

EMMANUEL MOUNIER insiste ainda que "eu sou pessoa desde minha existência mais elementar e, longe de me despersonalizar, minha existência encarnada é um fator essencial de meu modo de ser pessoal"⁵⁷. Por isso, as duas experiências de eu existir subjetivamente e, ao mesmo tempo organicamente, formam uma única e mesma experiência.

A estrutura que sustenta o universo pessoal caracteriza-se por ser uma estrutura viva, e a essência da pessoa não é um dado definitivo, acabado, um modelo fixo; antes, é um projeto em realização permanente.

Portanto, a pessoa não se limita a uma realidade já pronta, ela se caracteriza por ser um "projeto" que se constrói pelo movimento de redescoberta e exteriorização constante de si mesma e pela permanente superação dos condicionamentos que a envolvem.

Dentro da concepção que MOUNIER tem da pessoa como um ser permanentemente em processo de personalização, deve-se admitir que o ser humano jamais será um objeto, um ser impessoal ou uma peça de anatomia. Por isso, uma noção fixista, ao negar o homem como projeto, negligencia parte dos seus valores essenciais. Os determinismos da natureza não poderão imbuir a concepção da pessoa como se constituindo num ser pré-determinado. Antes, eles deverão ser entendidos como desafios para a superação das conseqüências que eles contêm

57. Ibid., p. 56.

em seus mecanismos, ou mesmo controlados pela ação do homem.

Derivando-se agora para o relacionamento médico-paciente, das considerações acima expostas, o que se pode extrair como sendo significativo para a proposta deste estudo ?

Por ser a pessoa um ser integral que se manifesta simultaneamente a nível biológico, psicológico e social, o paciente não pode ser dividido em partes ou órgãos doentes. Evidentemente, determinados órgãos de uma pessoa estarão mais ou menos vulneráveis a uma invasão microbiana ou a um desequilíbrio funcional. Entretanto, o médico necessitará compreender o paciente na sua realidade biológica e na trama das suas relações com o universo a que pertence.

Sabe-se que o componente psicológico se constitui num processo de interferência tanto no desencadeamento de determinadas doenças, como na sua recuperação. Desequilíbrios afetivos e emocionais, pois, podem prejudicar a saúde do paciente e mesmo a recuperação de determinadas doenças. Também se sabe que o contexto de relações do indivíduo e sua experiência vivencial com outras pessoas influenciam a configuração de um quadro clínico mais ou menos profundo e no processo de recuperação do estado patológico de um doente. Isto vem demonstrar que é a pessoa como uma unidade bio-psico-social que se revela ou como doente ou como um ser saudável.

A terapêutica empregada pela homeopatia constitui-se numa tentativa de concepção da pessoa doente como uma unidade bio-psico-social, razão pela qual torna-se oportuno,

neste trabalho, estudar o relacionamento médico-paciente a nível desta área do conhecimento e da clínica médica. Mesmo porque suas contribuições a respeito da compreensão da pessoa doente podem ser utilizadas por qualquer outra forma de tratamento clínico.

CAPÍTULO VI

A PSICOLOGIA EXISTENCIAL HUMANISTA E O RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE

A Psicologia Existencial Humanista, denominada como a Terceira Força ou a terceira revolução da psicologia, tem como princípio básico compreender o ser humano em sua totalidade, em sua natureza de pessoa. Sob esse aspecto fundamental, ela supera as concepções daquelas correntes psicológicas cujas preocupações se limitam a admitir sobretudo as "partes" do ser humano, numa visão atomista ou fragmentada da natureza humana. E nessa vertente de pensamento ela se aproxima da Gestalt na medida em que esta abordagem também se preocupa com o fenômeno da totalidade em psicologia.

Dentro dessa linha de trabalho, procurou-se em determinados autores do pensamento humanista as contribuições necessárias para o esclarecimento de alguns dos componentes implícitos no relacionamento médico-paciente. Além disso, houve a preocupação em se buscar em FREDERICK PERLS os elementos que pudessem ajudar a compreender o ser humano como totalidade. Esta concepção é inerente à própria estrutura da natureza humana e de profundo significado para o vínculo entre educação e saúde, em particular no que tange ao tipo de clínica médica aqui adotado e na forma de relacionamento médico-paciente que essa abordagem clínica determina.

Segundo ABRAHAM H. MASLOW em "Some Educational Implications Of The Humanistic Psychologies", a Terceira Força da psicologia em grande parte se caracteriza como uma reação às inadequações tanto do behaviorismo, como da psicologia freudiana nas suas respectivas formas de conceber a natureza humana⁵⁸.

Portanto, ela rejeita totalmente a visão tradicional de ciência como mero instrumento que atua apenas ao nível da objetividade, da coleta de dados e dos procedimentos, sem demonstrar interesse pela questão da finalidade da vida humana. A concepção humanista recusa esta visão de ciência que não se apresenta com capacidade de ajudar o homem a descobrir seus fins últimos e seus valores como pessoa. Para MASLOW, a tarefa da psicologia, numa concepção humanista consiste, pois, em auxiliar as pessoas a descobrirem a própria identidade, seu valor real no mundo onde elas se encontram inseridas e a se tornarem capazes de se construir como seres humanos⁵⁹.

Com o advento da fenomenologia, abrem-se novas perspectivas para o que MASLOW denomina de "psicologia idiográfica" e que permite o reconhecimento da identidade de cada pessoa. E o autor adianta que "se o estudo da singularida

58. Abraham H. Maslow. "Some Educational Implications Of The Humanistic Psychologies". In Thomas B. Roberts (Ed.), Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal. New York: Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975, p. 305.

59. Ibid., pp. 306 e 307.

de do indivíduo não se ajusta ao que conhecemos da ciência, então tanto pior para o conceito de ciência. Ela também terá que suportar a re-criação"⁶⁰. Ou, adotando-se a idéia de LAING, faz-se necessário reconhecer que "a existência é uma chama que constantemente funde e refunde nossas teorias"⁶¹.

Neste trabalho, o enfoque existencial mostra-se válido porque, segundo a postura de ROLLO MAY, ele significa "a conquista da individualidade... não com a omissão ou fuga das realidades conflitantes do mundo em que agora nos encontramos - para nós, o mundo ocidental - mas enfrentando estes conflitos diretamente e, através do encontro com os mesmos, alcançando a própria individualidade"⁶².

E MASLOW adianta ainda que o enfoque existencial significa essencialmente uma ênfase radical no conceito de identidade e da experiência da identidade como uma condição básica da natureza humana e de qualquer filosofia da natureza humana.

Também PERLS baseou sua Gestalt-terapia em princípios considerados humanistas e pertencentes à filosofia existencial e fenomenológica. A influência dessas escolas foi

60. Abraham H. Maslow. "Psicologia Existencial - O Que Há Nela Para Nós?". In Rollo May. Psicologia Existencial. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Edit. Globo, 1974, p. 45.

61. Ronald D. Laing. In Rollo May. Psicologia Existencial. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Edit. Globo, 1974, p. 45.

62. Rollo May. Psicologia Existencial. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Edit. Globo, 1974, p. 56.

substancial para a postura por ele adotada no sentido de contestar "de forma ferrenha a idéia de que se poderia abranger o estudo do ser humano através da abordagem científico-natural-mecanicista... PERLS associou-se à maioria dos existencialistas insistindo que o mundo vivencial de um indivíduo só pode ser compreendido por meio da descrição direta que o próprio indivíduo faz de sua situação única. Do mesmo modo, PERLS sustentou que o encontro do terapeuta com um paciente constitui um encontro existencial entre duas pessoas..."⁶³.

O estudo que aqui se desenvolve conflui com o trabalho de PERLS porque o espírito da Gestalt-terapia é humanista e se orienta para o crescimento pessoal e para a realização do potencial humano.

A Psicologia Existencial Humanista se propõe a assumir um compromisso com o vir-a-ser do homem, do homem como projeto, em auto-realização constante, em atualização do próprio ser e das suas potencialidades. Pois, a pessoa, para MASLOW, é ambas, realização e potencialidade, dimensões que se articulam reciprocamente porque o homem tem dentro de si o seu futuro dinamicamente ativo neste presente momento.

THOMAS E. ROBERTS em "Humanistic Psychology" tam**ã**m adota a mesma linha de pensamento enfatizando as possibi

63. Elizabeth Lloyd Mayer. "Frederick Perls e a Gestalt Tera

pia". In James Fadiman e Robert Frager. Teorias da
Personalidade. Trad. de Camila P. Sampaio e Sybil
Sofdie. Sao Paulo : Harper & Row do Brasil, 1979, p.
131.

lidades abertas ao crescimento humano⁶⁴.

ARTHUR COMBS, no seu trabalho a respeito das potencialidades humanas, "New Concepts Of Human Potentials : New Challenge For Teachers", esclarece a necessidade de se ampliarem as condições para que a pessoa possa realizar concretamente suas potencialidades. E essa sua proposta está implícita quando o autor insiste que muitas pessoas utilizam apenas uma pequena porção das próprias possibilidades que congregam em si mesmas⁶⁵.

O homem que assume a consciência do seu vir-a-ser, torna-se capaz de escolha, principalmente capaz de escolher ser concretamente a própria potencialidade. Escolhendo ser o que já é potencialmente, o homem está conquistando a sua liberdade de ser, não apenas de fazer. Está se tornando mais pessoa.

A realização dos potenciais humanos, ou seja, a realização do projeto pessoal, supõe um compromisso da pessoa consigo mesma, com sua auto-realização. Esse processo não é senão um compromisso com a própria liberdade de ser e de crescer. Em outras palavras, esse projeto pessoal signi-

64. Thomas B. Roberts (Ed.), "Humanistic Psychology". In Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal. New York: Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975, p. 292.

65. Arthur W. Combs. "New Concepts Of Human Potentials : New Challenge For Teachers". In Thomas B. Roberts (Ed.). Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal. New York: Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975, p. 297.

fica a construção da própria autonomia pessoal.

Ocorre, entretanto, que a autonomia humana não se conquista isoladamente. Por se constituir o homem num ser-de-relações, o crescimento para a autonomia somente se efetua a nível do diálogo interpessoal. No relacionamento pessoal o ser humano não pode se descaracterizar da sua própria identidade. Pelo contrário, o diálogo exige o respeito pela singularidade de cada indivíduo.

A autonomia pessoal se revela, ainda, como liberdade. Em outras palavras, liberdade significa crescimento dessa autonomia, cuja realização, em virtude da natureza humana, só se desenvolve na relação dialógica. Como a relação dialógica tem por base o respeito mútuo, nessa perspectiva ninguém, em qualquer circunstância, pode ser manipulado como se fosse um objeto, e sim deve ser respeitado como sujeito capaz de imprimir sentido à sua história e à história dos homens.

E qual é a importância do respeito pela pessoa segundo a concepção da Psicologia Existencial Humanista?

O respeito constitui-se na condição básica de qualquer atuação efetuada pela Psicologia Existencial Humanista. E ele implica na valorização do potencial de criatividade da pessoa e na sua capacidade de responder aos apelos por maior crescimento. Implica no "reconhecimento do outro não como um caso, ou um objeto, ou um campo de forças, ou um feixe de

instintos, mas como ela mesma", afirma MATSON⁶⁶ referindo-se à pessoa.

O respeito significa ainda o reconhecimento dos seus valores de pessoa, da sua maneira de ser, de escolher e de viver. Exige o reconhecimento da identidade peculiar de cada pessoa, possibilitando condições para que o indivíduo se torne sujeito da própria história pessoal.

Na abordagem humanista, também o estudo da personalidade recebe uma consideração de destaque. A personalidade é concebida como o núcleo essencial da pessoa e está em permanente processo de crescimento. Esse crescimento, insiste-se mais uma vez, somente ocorre mediante a participação da pessoa no seu contexto de interrelações. Ninguém se desenvolve sozinho. O amadurecimento humano supõe o embate dialético, o processo interativo do indivíduo com o seu universo de relações. A escola humanista, sob este aspecto, encontra-se com as proposições de PIAGET quando este autor mostra que o desenvolvimento cognitivo tem por base a interação cada vez mais complexa e enriquecedora do homem com o seu meio.

De acordo com a concepção humanista, a personalidade é um todo organizado, um sistema dinâmico e aberto, cujos elementos constituintes se relacionam com o meio, exercendo influência nele e dele recebendo suas interferências. Ela se

66. Flowd W. Matson. "Teoria Humanista: A Terceira Revolução em Psicologia". In Thomas C. Greening. Psicologia Existencial Humanista. Trad. de Eduardo de Almeida, Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p. 76 (Os grifos são do autor).

encontra sempre em estado de fluxo, de evolução, num movimento para níveis progressivamente superiores de consciência

No contexto do relacionamento destacam-se valores que emergem à medida em que as pessoas assumem o crescimento de si mesmas na interação com outras pessoas. Desta maneira, surge a vivência de situações que permitem a aceleração desse processo de crescimento, como : diálogo, encontro com o outro, reconhecimento da intersubjetividade, respeito pela dignidade do outro que deve ser aceito como verdadeiramente "outro". Além disso, existe a participação ativa e consciente da totalidade da pessoa junto à totalidade do ser do outro.

Segundo CHARLOTTE BÜHLER, "a busca de valores é considerada, na Psicologia Humanista, uma necessidade inerente à pessoa humana. Essa busca recebe suas diretrizes do eu como sistema nuclear central presente desde o começo da vida do indivíduo"⁶⁷.

A Psicologia Existencial Humanista reconhece e assume a importância do componente afetivo-emocional como um processo equilibrador da estrutura da personalidade. As emoções não se caracterizam por algo alheio à dinâmica da pessoa total. Elas formam o núcleo básico da homeostase do organismo e se vinculam aos processos cognitivos de maneira a

67. Charlotte Bühler. "Psicologia Existencial e Humanista : Respostas a Desafios Contemporâneos". In Thomas C. Greening. Psicologia Existencial Humanista. Trad. de Eduardo de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1975, p. 44 (Os grifos são do autor).

constituírem com estes uma realidade dialética. O reconhecimento do valor do complexo afetivo-emocional em interação com os mecanismos lógicos revela-se como condição, entre outras, de saúde do organismo. A vivência da integração do afeto e das emoções com a estrutura cognitiva facilita o desenvolvimento de uma personalidade sadia, sobretudo na complexidade da sua dimensão afetivo-emocional e no fluxo natural das elaborações e operações racionais. Essa integração imprime maiores possibilidades tanto de saúde, como de recuperação quando doente, não só da estrutura mental, como do organismo como um todo.

Para PERLS, as emoções se configuram na força que fornece energia e direcionamento às ações da pessoa. Elas se delineiam como a própria linguagem do organismo, manifestando-se como "a expressão de nossa excitação básica, as vias e modos de expressar nossas escolhas, assim como de satisfazer nossas necessidades"⁶⁸.

Por se preocupar com questões genuinamente humanas, a Psicologia Existencial Humanista, em seus estudos, suscita sempre a emergência de situações que desafiam o homem no seu processo de crescimento. Por um lado, ela se pronuncia a encontrar aqueles elementos que ajudam a motivar o homem, como : a busca de novas e significativas experiências,

68. Elizabeth Lloyd Mayer. "Frederick Perls e a Gestalt Terapia". In James Fadiman e Robert Frager. Teorias da Personalidade. Trad. de Camila P. Sampaio e Sybil Sofdie. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1979, p. 140.

o desenvolvimento da criatividade, o aprimoramento da vivência afetivo-emocional, a conquista da liberdade, a existência do diálogo, a consciência da própria identidade, o aperfeiçoamento da estrutura cognitiva, enfim, a permanente atuação do ser em sua integridade. Por outro lado, a Psicologia Existencial Humanista faz seus os problemas que afligem o homem, como : suas limitações, o desespero, a ansiedade, a angústia, enfim, as realidades existenciais que se constituem em momentos de crise. Esta abordagem psicológica, ao compreender o homem numa visão holista, como uma unidade integrada, identifica os momentos de crise da vida da pessoa como oportunidades desafiadoras dentro do seu processo de crescimento. As crises, pois, são condições vitais de crescimento.

CHARLOTTE BÜHLER insiste que o que importa é a compreensão da pessoa como uma totalidade. Por que ? A principal razão psicológica, explica a autora, é que somente conhecendo-se mais sobre a pessoa como uma integridade é que se poderá conhecer mais sobre o modo como os seres humanos vivem e se relacionam.

FREDERICK PERLS, nos fundamentos da sua Gestalt-terapia, preconiza a importância de se considerar o organismo como um todo em lugar de vê-lo como um aglomerado de partes funcionando desordenadamente. Na sua concepção holista, este autor adota uma postura segundo a qual o funcionamento intra-orgânico ocorre de forma total e integrada e que o todo é definido pelas interações e interdependências das partes. E

estas, por sua vez, s^õ podem manter sua identidade quando estao com sua funç^ão e lugar no todo.

A concepç^ão holista do organismo admite que o pr^oprio meio se constitui numa esp^écies de prolongamento desse organismo, pois ambos, indiv^íduo e meio, pertencem a um único campo de atividades e permanecem em constante interaç^ão.

A tend^ência de se enxergar mente e corpo como duas realidades completamente separadas era, para PERLS, como para a escola existencial humanista, uma noç^ão intoler^ável. A tentativa de superaç^ão desse tipo de cis^ão em geral efetuada pelas teorias atomistas, levou PERLS a estabelecer sua concepção do organismo humano como um todo integrado e, ao mesmo tempo, a ver no meio o seu prolongamento. Em lugar de considerar que cada pessoa encontra um mundo que ela experiencia como sendo completamente separado de si mesma, PERLS sustenta que a pessoa cria e constitui seu pr^oprio mundo. E este existe para um determinado sujeito como sua pr^opria descoberta do mundo.

PERLS revida a id^éia da cis^ão mente-corpo classificando-a como arbitr^ária e falaciosa, uma vez que "a atividade mental é simplesmente uma atividade que funciona em n^ível menos intenso que a atividade f^ísica"⁶⁹. Ele define a atividade mental "como atividade da pessoa toda que se desenvolve num n^ível mais baixo de energia que a atividade f^ísica"⁷⁰.

69. Ibid., p. 139.

70. Ibid., p. 133.

A experiência da pessoa total abre ao homem a possibilidade de desenvolver de fato a aprendizagem básica de si mesmo como uma identidade. E este aprender a ser pessoa que, segundo MASLOW⁷¹ se caracteriza como o processo mais básico e central da vida, ocorre na medida em que ela compartilha seu crescimento com os outros, igualmente pessoas, que compõem com ela o seu universo de relações.

A partir dessa rápida exposição sobre a Psicologia Existencial Humanista, algumas propostas para a prática do relacionamento médico-paciente poderiam ser concluídas. Essas conclusões mantêm a mesma vertente de pensamento veiculado através das colocações anteriores referentes tanto às idéias de MARTIN BUBER, como às de EMMANUEL MOUNIER.

Inicialmente, se torna necessário dizer que o respeito pela pessoa do paciente exige um esforço disciplinado para aclarar a mente sobre as suposições que tão frequentemente têm levado a se enxergar o paciente sob a ótica dos sistemas teóricos, muitas vezes dogmatizados e aprioriamente estabelecidos.

Há a necessidade de uma percepção dos fenômenos em sua inteira realidade principalmente quando se referem diretamente ao relacionamento médico-paciente. Isto requer uma atitude de abertura para se auscultarem determinados fatores dessa relação, que parecem fáceis, mas que são de fato com-

71. Abraham H. Maslow. "Some Educational Implications Of Humanistic Psychologies". In Thomas B. Roberts (Ed.). Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal. New York: Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975, p. 310.

plexos. Mesmo porque o profissional de saúde precisa saber ouvir além das palavras do seu paciente. Ele deve ser capaz de compreender os sentimentos, medos, expectativas, ansiedades presentes na pessoa doente, diante de um diagnóstico ou de determinado tipo de evolução de um tratamento. Muitas vezes a distância social - o médico como alguém com conhecimentos e técnicas sofisticados e o paciente sem esses recursos - impede o fluxo natural daqueles componentes psicológicos úteis ao estabelecimento de um diagnóstico mais preciso, à terapêutica a ser adotada e à própria recuperação do paciente.

Um aspecto fundamental que pode ser extraído da concepção humanista e aplicado com proveito ao relacionamento médico-paciente, resume-se na preocupação que ROLLO MAY define como a criação de uma atmosfera de aceitação da pessoa de forma a reduzir o medo, a ansiedade e as defesas psicológicas da interação até onde for possível, promovendo possibilidades de um fluxo mais espontâneo e natural do relacionamento interpessoal.

Com base na abordagem acima desenvolvida, também se conclui que o relacionamento médico-paciente precisa ultrapassar o mero contato profissional-usuário. O médico é uma pessoa que tem diante de si outra pessoa, necessitando-se, então, existir entre ambos uma relação dialógica, genuinamente interpessoal. Nesse processo, cada paciente é um ser cuja individualidade deve ser preservada. Ele não é apenas um usuário que se apropria dos conhecimentos técnicos do mé

dico ou um usuário que se justapõe a tantos outros assim considerados e que compõem as filas do anonimato que frequentam as clínicas à procura de tratamento. O reconhecimento da identidade pessoal defendida pelo pensamento humanista traz ao relacionamento médico-paciente uma oportunidade profundamente enriquecedora para ambos crescerem como pessoas, encarando, de fato, a dimensão do vir-a-ser, do projeto de auto-realização ao qual cada um é chamado a desenvolver pela própria estrutura da natureza humana. As possibilidades de crescimento humano em favor da pessoa doente são virtualmente ampliadas quando ela se liberta dos seus processos patológicos e quando ela consegue evitar ser novamente atingida pelos estados de morbidade mediante uma educação preventiva para a saúde. Em contrapartida, a auto-realização do médico, seu projeto pessoal e seu aprimoramento técnico ganham também novo alento na medida em que ele se dedica com consciência de pessoa e de profissional, à recuperação do seu paciente e à prevenção de futuros estados patológicos que poderiam colocar em risco a saúde do paciente por outras vezes. Assim, o médico estaria assegurando um nível maior de autonomia às pessoas a quem se dedica. Mais uma vez se mostra claro que o crescimento humano supõe a interação das pessoas, no caso, a relação médico-paciente, de forma a garantir a compreensão do outro como uma unidade a ser respeitada em sua integridade.

O respeito recíproco de médico e paciente como duas autonomias constitui-se no fator que sustenta a possibi

lidade de êxito da interação. Com isso, ele se torna elemento decisivo ao médico no sentido de obter as informações necessárias ao diagnóstico e ao tratamento do doente. Uma interação respeitosa, associada à habilidade técnica do médico, produz no paciente a confiança necessária à exposição das suas queixas. Nessa direção de pensamento, o paciente não mais é visto como um mero "caso clínico" crônico ou agudo. É uma pessoa doente, carecendo de atendimento clínico, segurança psicológica e de uma reeducação a partir da sua doença que o auxilie no reencontro com a saúde e no empenho em assumir atitudes preventivas diante do risco de novos estados patológicos.

Por isso ainda, segundo as diretrizes da escola humanista, pode-se concluir que o médico não deve se limitar à adoção apenas de procedimentos técnicos que tragam informações de determinados órgãos do corpo humano. O paciente, na verdade, é uma unidade integrada e em processo, em evolução. A dinâmica da sua doença atinge seu ser integral. Portanto, embora a manifestação clínica de uma doença se direcione aparentemente a determinados órgãos mais vulneráveis à instalação de um processo patológico, é seu ser integral - na sua dimensão bio-psico-social -, que merece receber um atendimento digno da sua condição de pessoa. O diálogo, o respeito, a intersubjetividade, o reconhecimento dos valores do paciente, suas emoções e sentimentos, são todos elementos significativos no estabelecimento do diagnóstico e na evolução do tratamento do doente como uma unidade bio-psico-social.

Por outro lado, o próprio médico estará crescendo profissionalmente e na sua auto-realização à medida em que cria condições de relacionamento com o paciente a nível de pessoas. Este é um processo de aprendizagem onde ambos, médico e paciente, são chamados a vivenciarem, através do relacionamento, o desafio do compromisso com a própria reeducação.

CAPÍTULO VII

A "SUBSTÂNCIA MÉDICO" NO RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE

Por que o relacionamento entre o médico e o paciente pode acabar se tornando insatisfatório e até mesmo inefcaz, apesar dos esforços sinceros de ambas as partes ? Em outras palavras, qual o motivo de a "substância médico" não atuar como havia sido intencionada, mesmo que a prescrição aparentemente tenha sido a mais adequada ? Quais os efeitos prejudiciais dessa prescrição ? E quais as causas desse indejado desenvolvimento e como ele poderia ser avaliado ?

Estes são alguns dos problemas que MICHAEL BALINT analisa e que estão contidos em sua obra "The Doctor, His Patient And The Illness"⁷², na tentativa de esclarecer determinados aspectos do complexo relacionamento médico-paciente, visando garantir uma precisão maior no levantamento de dados para o diagnóstico de uma doença e para facilitar o desenvolvimento do processo de restabelecimento e de reeducação do paciente.

Evidentemente, os enfoques desse tipo de relacionamento podem se proceder através de diversos ângulos que, na

72. Michael Balint. The Doctor, His Patient And The Illness
New York: International Universities Press, Inc.,
1973, p. 5.

realidade, se apresentam interligados. A perspectiva educacional apontada aqui não nega, pelo contrário, admite que a relação profissional de saúde e paciente reflete, até certo ponto, as próprias relações de poder que se processam nas estruturas da sociedade, com seus aparelhos ideológicos aplicados para garantirem esse estado de domínio e submissão vigente, sobretudo em âmbito econômico-político. As implicações sociológicas dessas relações de poder que são refletidas pelo relacionamento médico-paciente, já foram estudadas por MARIA DA GLÓRIA RIBEIRO DA SILVA em "Prática Médica : Dominação e Submissão"⁷³. A autora situa a relação médico-paciente no contexto e na dinâmica da estrutura social como um todo, tecendo uma crítica às próprias relações de poder que ocorrem entre o médico - detentor do poder, e o paciente - que se sente obrigado, muitas vezes, a obedecer às decisões impostas por esse poder.

Muito embora admita-se a validade indiscutível do modelo sociológico de análise, a preocupação do presente estudo permanece a nível das implicações e propostas educacionais sobre o relacionamento médico-paciente.

Sob este ponto de vista, as contribuições de BALINT são úteis devido à proximidade de sua abordagem com as preocupações já delineadas no início deste trabalho.

Segundo este autor, os efeitos colaterais da "sub

73. Maria da Glória Ribeiro da Silva. Prática Médica : Dominação e Submissão. Rio de Janeiro: Zahar, 1976, pp. 103.

tância médico" como irritação, esforços infrutíferos, sofrimentos desnecessários, desconfiança - situações estas desagradáveis para ambos, médico e paciente - não têm sido suficientemente observadas e analisadas e sua importância ainda não foi avaliada de forma apropriada⁷⁴.

A necessidade de esclarecimento desse tipo de situação conduziu BALINT a considerar o relacionamento médico-paciente como fonte fundamental de dados para um diagnóstico mais completo e para a aplicação de um processo de tratamento mais adequado, como já se mencionou acima.

As preocupações que aqui vêm sendo levantadas abrangem problemas semelhantes. Entretanto, como já se frisou anteriormente, a proposta consiste em estudar determinados componentes psicológicos e educacionais subjacentes à relação médico-paciente; destacar a necessidade de compreensão do paciente como unidade bio-psico-social; e, finalmente, avaliar estes aspectos na prática clínica homeopática. A análise destes componentes poderia contribuir para uma melhor compreensão da necessidade de reeducação da pessoa doente em face de seus problemas de saúde, visando um restabelecimento mais rápido e, sobretudo, tendo como meta uma educação preventiva diante de outros possíveis problemas de saúde que poderiam advir.

Todos os momentos dos atos médicos, desde o diag-

74. Michael Balint. The Doctor, His Patient And The Illness
New York: International Universities Press, Inc.,
1973, p. 4.

nóstico até a terapêutica e o prognóstico, estão impregnados de sentimentos que podem ser úteis ou prejudiciais ao paciente. Como assinala BALINT, a personalidade do médico é o primeiro "medicamento" administrado ao doente. O autor insiste no fato de que não importam apenas os frascos de remédios, mas também o modo como o médico os oferece ao paciente — em suma, toda a atmosfera na qual o médico atende ao paciente⁷⁵. Nesse processo de relacionamento interpessoal, a "substância" médico atua exercendo sobre o paciente forte poder educativo ou deseducativo, dependendo de como ocorre a relação. E a escassez de informação a esse respeito é desconcertante, sobretudo quando se considera a riqueza de informações disponíveis em torno de toda a tecnologia que se estruturou a serviço da saúde.

Além disso, nem sempre os médicos estão adequadamente preparados para compreender os aspectos psicológicos do ser humano. De fato, acostumados a ver, ouvir rapidamente e palpar, em geral não acreditam em nada que não possa ser tocado ou percebido pelos recursos tradicionais da ciência objetiva. A restrita presença de temas de psicologia e de educação nos currículos médicos em muitas escolas de medicina prejudica uma formação mais completa do profissional médico, fato esse que não lhe permite lidar adequadamente com as emoções humanas mais agudas e que estão sempre presentes no relacionamento médico-paciente. As conseqüências desse des

75. Ibid., p. 1.

preparo acabam prejudicando a ambos, particularmente ao paciente.

É comum a relação entre o paciente e o seu médico ser tensa, incômoda e mesmo desagradável. Nessas circunstâncias, segundo BALINT, a "substância médico" não produz os efeitos esperados. O paciente tem necessidade de ajuda; e, mesmo com todo esse esforço de ambos, nem sempre o relacionamento atinge um desfecho favorável.

Devido à formação médica, com freqüência calcada nos estudos e pesquisas de "partes" do organismo e devido à quase ausência de uma abordagem humanista a nível da própria educação médica, a pessoa humana nem sempre é compreendida como uma totalidade. Ela é diluída ou fragmentada, não havendo o "encontro" com o "todo", mas com as "partes", despersonalizando-se o relacionamento desejável. Este fato conduz a uma percepção da doença simplesmente como uma lesão ou disfunção de um determinado órgão ou como uma parte do organismo alheia à pessoa doente. Não se atinge, dessa forma, a percepção real do complexo processo que envolve o doente como um todo e que se manifesta a nível da sua dimensão de pessoa. Desloca-se, assim, o foco conceptual para a doença do doente e não para o doente da doença...

Na compreensão do que se passa com o doente, ao médico cabe grande dose de responsabilidade na medida em que sua personalidade, seus interesses subjetivos exercem uma influência decisiva naquilo que ele observa e registra através do relacionamento com o paciente. Ele poderá ser extremamen

te sensível a determinadas nuances dessa interação, se tiver recebido uma educação médica adequada e um oportuno treinamento psicológico, sendo capaz, portanto, de considerar não apenas órgãos doentes, mas reconhecendo a importância da personalidade do doente e, especialmente, o papel que a doença desempenha em sua vida⁷⁶.

Um tratamento adequado supõe um diagnóstico correto, apenas realizável quando o médico se torna apto a colher os dados significativos da doença do paciente mediante uma anamnese apropriada. Para obter essas informações da história do paciente, ele necessita plena colaboração do doente, que ocorrerá somente se houver a criação de condições de relacionamento franco entre ambos e se houver uma atmosfera psicológica amplamente favorável a essa interação.

A história do paciente, através da anamnese, implica tanto no clima psicológico estabelecido, como no relacionamento médico-paciente — fatores decisivos na formulação de perguntas apropriadas e na obtenção de respostas significativas. Consoante o pensamento de BALINT, o médico formula as perguntas que lhe permitirão receber as respostas que interessam. Ao paciente só se lhe pede que as compreenda e que responda com honestidade. Entretanto, a relação pessoal do médico com o paciente em geral permanece a um nível longe do centro da atenção por parte do profissional de saúde, embora mais significativa em comparação com aquele tipo de contato

76. Ibid., p. 71 e 72.

sugerido quando o médico se preocupa apenas em auscultar os batimentos cardíacos ou palpar um abdome doloroso⁷⁷.

Se as perguntas formuladas pelo médico são efetuadas segundo o método utilizado apenas para redigir a anamnese, ele obterá respostas a essas perguntas e quase nada mais. Ser-lhe-á difícil perceber a totalidade, ou refazê-la com as percepções fragmentárias. A abertura só ocorre em clima de confiança, na reciprocidade do respeito mútuo e de valorização em reciprocidade.

Antes, porém, de o médico chegar aos chamados diagnósticos "mais profundos", ele necessita aprender a ouvir e a perceber o paciente como pessoa. Precedendo essa técnica, o médico deverá utilizar uma outra : a de descontrair o paciente, criando condições apropriadas para que este possa falar livremente. A capacidade de ouvir implica na reeducação do médico no sentido de perceber o paciente através de suas formulações às vezes confusas, às vezes impregnadas de ansiedade e nas dificuldades em se expressar devido à limitada consciência dos problemas que o envolvem e perturbam-no. Para isso, o médico deverá aprender a ouvir o mesmo tipo de linguagem em si mesmo : suas próprias ansiedades, seus estados psicológicos que, inconscientemente, interferem na sua prática clínica. Segundo BALINT, ao longo desse processo ele descobrirá que não existem perguntas absolutamente diretas, capazes de trazer às claras informações de um nível mais

77. Ibid., p. 120.

profundo.

A estruturação da relação médico-paciente, apenas sobre o padrão do exame físico, pode inibir os processos subjacentes a esse relacionamento e que são de profundo significado para a compreensão do estado patológico em que se encontra a pessoa doente⁷⁸.

O paciente transmite a seu médico segredos zelosamente guardados por muito tempo e que podem parecer insignificantes e pueris a qualquer outra pessoa; ele revela seus sentimentos, sua insegurança, seu medo e esperança frente ao seu estado de doença. E ele solicita do médico a possibilidade de se reequilibrar. São a confiança condiciona tal processo. Este fenômeno desafia o médico a ir além de um desempenho técnico restrito, ou seja, a considerar a pessoa doente em sua totalidade. Nesse contexto, a personalidade do médico e o processo educativo por ele vivenciado representam fatores determinantes na escolha do tipo de interação com o paciente.

JOHN WEINMAN, em "An Outline Of Psychology As Applied To Medicine", também analisa o problema do vínculo da psicologia com a medicina, enfocando, entre outros temas, a importância atual de se considerar a existência dos fatores psicológicos na etiologia das doenças, no equilíbrio biológico e na manutenção da saúde⁷⁹. Ao abrir essa discussão, o au

78. Ibid., p. 121.

79. John Weinman. An Outline Of Psychology As Applied To Medicine. London: Wright, 1981, p. 3.

tor realça, como BALINT, a necessidade de compreensão do relacionamento médico-paciente em sua complexidade, admitindo que nele se localiza o núcleo da prática clínica. Pois, os efeitos profundos desse tipo de ligação proporcionam a direção que os problemas de saúde do paciente irão tomar e permitem sua possível resolução⁸⁰.

WEINMAN afirma que já foi demonstrado que a qualidade da comunicação e a natureza do relacionamento entre o médico e o paciente podem determinar não apenas quais problemas poderão ser discutidos, mas determinar também a que nível o paciente poderá aderir ao tratamento. Em vista disso, começa a se tornar claro que a compreensão do relacionamento médico-paciente contribui para a definição da natureza da patologia e para sua solução.

Um fato sugere a validade da compreensão dessa complexa interação : constitui-se na resposta emocional que o paciente emite, tanto ao seu estado doente, como ao tratamento ministrado⁸¹. O paciente responde emocionalmente às mudanças no seu estado de saúde que freqüentemente resultam em dor, em situações inconvenientes ou em desadaptações sociais. Reações estas que podem ser afetadas pelo envolvimento social da pessoa doente em diversos contextos sociais, como família ou outros agrupamentos⁸². Também surgem dificuldades

80. Ibid., p. 3.

81. Ibid., p. 3.

82. Ibid., p. 4.

desse gênero quando o paciente é hospitalizado ou quando sofre deficiências físicas — em ambos os casos requerendo-se uma readaptação psicológica e social.

A situação torna-se ainda mais delicada quando o paciente é removido do seu ambiente comum de família, trabalho e convivência social, para um ambiente especial - o hospital - sem uma preparação psicológica convincente. Ele se sente mais deslocado quando, além disso, se procura conhecer apenas o seu "lado orgânico". A ruptura entre o componente "orgânico" e o "psicológico" ou a não consideração deste último fator, de forma apropriada, agrava mais o estado do paciente na medida em que o seu nível de ansiedade e de tensão aumenta a ponto de conduzi-lo a uma resistência psicológica ao tratamento e aos profissionais que dele cuidam.

A resposta psicológica do paciente à sua doença deve ser compreendida sempre dentro de sua unidade bio-psico-social. Naturalmente, os componentes psicológicos desempenham um papel significativo, em colaboração com os outros fatores, na determinação do tratamento e na evolução do estado patológico e do restabelecimento. Entretanto, isto somente pode ocorrer na medida em que se efetua uma compreensão da pessoa na dinâmica da sua totalidade : o paciente sendo visto como pessoa que elabora sua doença e que a resolve, como uma unidade bio-psico-social e não simplesmente como alguém com algumas "peças" eventualmente afetadas.

Dentro dessa perspectiva, WEINMAN assinala que a doença acontece dentro do contexto da vida, da história da

pessoa e que o processo patológico não ocorre isoladamente⁸³. Por isso, muitos tratamentos médicos não podem se limitar à simples administração de medicamentos, mas devem abranger toda uma dinâmica de mudanças de atitudes, uma reeducação do paciente. Esse fato começa a se tornar claro agora, sobretudo com referência à incidência de pacientes com desordens respiratórias e cardiovasculares que apresentam melhora ou recidiva de acordo com o próprio estado patológico.

Daí a insistência do autor em considerar a pessoa doente não apenas como um conjunto de órgãos, dos quais alguns adoecem, mas como uma unidade que é atingida e tratada em sua totalidade. Nesse processo dinâmico de doença ou de restabelecimento, manifestam-se determinados fatores profundamente significativos que precisam ser considerados pelo médico, como a personalidade do paciente e a qualidade da interação de ambos⁸⁴.

A respeito da interação médico-paciente, WEINMAN também admite que, enquanto muitos pacientes valorizam o desempenho técnico do médico, com frequência eles expressam insatisfação diante da forma de comunicação que se estabelece entre ambos.

Embora alguns profissionais de saúde queiram arquir que uma comunicação pobre em medicina seria de pouca importância em comparação com o conhecimento técnico específico

83. Ibid., p. 4.

84. Ibid., p. 4 e 5.

co adquirido pelo médico, o autor afirma que uma comunicação adequada, concomitantemente ao nível de conhecimento, desempenha um papel essencial na compreensão da natureza dos problemas do paciente e na determinação da extensão do tratamento que se seguirá⁸⁵. Esse fenômeno demonstra, em última instancia, que a qualidade dos cuidados médicos, na maioria das vezes, depende do tipo de interação médico-paciente e da conotação que ela recebe em seu desenvolvimento.

Outro componente fundamental do relacionamento médico-paciente reside na comunicação não-verbal que ambos, em particular o paciente, emitem. Há a necessidade de o médico passar por treinamentos que lhe permitam reconhecer as mudanças sutis que o doente vivencia e que não se manifestam voluntariamente. O tipo de cumprimento que o paciente executa, suas atitudes e reações durante o exame clínico, sua fisionomia, sua ansiedade, seu estado de humor, suas emoções, enfim, sua personalidade, constituem-se em indicadores profundamente significativos ao médico para a compreensão da natureza do estado clínico da pessoa doente⁸⁶. Essa compreensão pode ocorrer de forma mais plena quando o médico é treinado, reeducado para atuar na sua clínica no sentido de se capacitar a perceber essas realidades sutis que o paciente vivencia.

BALINT introduz um outro elemento de análise para

85. Ibid., p. 173.

86. Ibid., p. 188.

o estudo da interação médico-paciente. Ele esclarece que esse relacionamento é sempre o resultado de um compromisso entre as "ofertas" e exigências do paciente e as "respostas" do médico. Entretanto, assinala o autor, qualquer que seja a atitude adotada pelo médico, ela influirá no tipo de relação com o paciente. E o caráter de tal influência e a possibilidade de que a mesma prometa melhores ou piores resultados terapêuticos, constituem-se num importante problema⁸⁷.

Como o médico deve "responder" às "ofertas" do paciente de maneira a evitar um desfecho indesejável e possibilitando resultados positivos ?

Esse tipo de problemática, garante BALINT, implica em que as respostas do médico podem e com frequência contribuem consideravelmente para a última e definitiva forma da doença à qual o paciente se acomodará⁸⁸. Até chegar a esse estado organizado da doença, entretanto, o paciente passa por todo um processo que progressivamente vai produzindo o delineamento do quadro final. Assim, explica BALINT⁸⁹, algumas pessoas têm dificuldade para lidar com os próprios problemas e apelam para o recurso de adoecer. O médico poderá observar, porém, no início do processo, que esses pacientes, por assim dizer, "oferecem" ou "propõem" várias doenças e que eles precisam continuar oferecendo novas doenças até que

87. Michael Balint. The Doctor, His Patient And The Illness
New York: International Universities Press, Inc.,
1973, p. 220.

88. Ibid., p. 20.

89. Ibid., p. 18.

entre o médico e o paciente seja alcançado um acordo. Assim, de uma fase inicial "não organizada", a pessoa passa a "organizar" sua doença e perseverar nela, embora possa continuar oferecendo ao seu médico novas doenças. E a variedade de doenças disponíveis que uma pessoa oferece é limitada pela sua constituição orgânica, pela educação, condição sócio-cultural e pela sua estrutura psíquica. A doença "proposta" pelo paciente produz nele uma forte reação psicológica — uma estranha mistura de medo e submissão. Precisamente nesta fase de organização inicial da doença torna-se decisiva a capacidade do médico para "prescrever" sua própria pessoa : isto é, torna-se decisiva sua capacidade de proporcionar condições para um relacionamento franco e aberto com o paciente, de ouvi-lo e de compreendê-lo como pessoa doente na dinâmica da sua complexidade.

A "organização" da doença implica no estabelecimento de uma denominação para ela que, por um lado minimizaria a ansiedade do paciente em relação ao seu quadro patológico, e, por outro, permitiria ao médico satisfazer a necessidade de se dar, sempre, um nome para a doença, como resultado do diagnóstico final. Isto, porque o pensamento médico, hoje, está com muita intensidade influenciado pelo medo de não se identificar algum problema, em particular orgânico, para se dar um nome "incontestável" à doença.

BALINT⁹⁰ insiste em que a não consideração destes

90. Ibid., p. 25.

componentes psicológicos pode ser uma forma muito freqüente de irritação e de desapontamentos na relação médico-paciente que ele classifica como outro efeito colateral indesejável da "substância médico". Esta situação, em geral, agrava-se quando o paciente, após um conjunto de cuidadosos exames, recebe a informação de que nada de errado foi encontrado nele. Não raro ocorre também no médico uma reação de surpresa e indignação. Talvez esse tipo de reação pudesse ser minimizado se o médico admitisse que o "nada de errado" não é a resposta às questões que preocupam o paciente e, além disso, não constitui um "nome" para a doença.

O autor justifica essa posição afirmando que, além do temor quase universal de que os resultados dos exames são tão assustadores que nem poderiam ser esclarecidos ao paciente, este sente que "nada de errado" significa ausência de resposta. E que, portanto, não se poderia dizer a ele o que lhe provoca dores e o assusta. Esta situação acaba redundando num processo mais doloroso na medida em que o paciente se torna mais abatido e incapaz de compreender seu próprio estado, seu medo e insegurança. Os problemas que mais afligem o paciente continuam sem resposta e seu pedido de um nome para sua doença, até agora sem uma denominação convincente, deixa-o frustrado, ou, como diz BALINT, sua "oferta" é rejeitada.

Mesmo que o médico efetue um diagnóstico indicando uma cirurgia ou um outro tratamento apenas técnico, o caráter e as atitudes do paciente — com freqüência também desen

cadeadores do seu estado patológico — provavelmente não irão mudar. Verifica-se mais uma vez, então, a necessidade de o médico atuar não apenas como um especialista em ministrar medicamentos ou em aplicar determinadas técnicas terapêuticas, mas em se constituir, de fato, num educador, capaz de compreender a pessoa doente em sua totalidade bio-psico-social e de perceber que grande número de estados patolôgicos relacionam-se diretamente com formas de vida, atitudes e características de personalidade que necessitam ser reeducadas.

O relacionamento médico-paciente, entretanto, não possibilita ao paciente oportunidade para exprimir com liberdade seu estado psicológico : seu medo, suas ansiedades, seus sentimentos, seus desapontamentos e expectativas em face da própria doença. Em vez disso, em geral transmite-se uma confiança questionável como aquela de que "não há nada de errado" com ele, encoberta pela nova aplicação de uma segunda série de exames desagradáveis e com uma promessa de ajuda pouco convincente.

De acordo com BALINT⁹¹, há diversos fatores interligados nestas situações de confusão e de dificuldade de compreensão mútua entre médico e paciente. Um deles resume-se na crescente ansiedade e desespero do paciente, resultando em queixas cada vez mais intensas de necessidade de ajuda. A reação do médico, freqüentemente, consiste em sentimentos de

91. Ibid., p. 26.

culpa e desespero de que seus exames, efetuados de forma a mais cuidadosa possível, não tenham esclarecido corretamente o estado patológico do doente e não abram, pois, perspectivas para um alívio real.

Por outro lado, "é mais cômodo observar, descrever, palpar, medir, manipular um corpo ou um psiquismo a partir do exterior, do que acolher uma linguagem e envolver-se numa participação, num diálogo ou num silêncio atencioso", explica SARANO⁹² em sua obra "O Relacionamento com o Doente - Dificuldades e Perspectivas no Relacionamento entre Terapeutas e Clientes". Realçando o peso da influência das atitudes do médico na relação com o doente, SARANO adianta que "a medicina da pessoa começa pela pessoa do médico"⁹³.

Diante desses elementos até agora delineados, sobretudo dos psicológicos, torna-se necessária a proposta de uma reeducação do profissional médico no sentido de capacitá-lo a perceber de forma mais plena a complexa situação existencial que o paciente lhe apresenta e a trabalhar com ela. Além disso, precisa-se preparar melhor o profissional de saúde com a finalidade de que ele também contribua na reeducação do paciente em face da dinâmica do seu estado patológico, em particular a respeito das atitudes e reações que

92. Jacques Sarano. O Relacionamento com o Doente - Dificuldades e Perspectivas no Relacionamento entre Terapeutas e Clientes. Trad. de Herley Mehl. Sao Paulo : E.P.U., 1977, p. 5.

93. Ibid., p. 6.

o doente deverá assumir nessa circunstância especial de sua vida. E, finalmente, evidencia-se a urgência de um treinamento e de uma reeducação do médico que suscitem vivências mais profundas de relacionamento com o doente, vivências estas que permitam vê-lo e compreendê-lo como pessoa. Pois, mediante esse relacionamento e essa compreensão do doente como pessoa, o médico poderá facilitar a libertação do paciente e transformará a interação profissional-doente numa verdadeira relação de ajuda, possibilitando ao paciente encontrar o caminho de um desenvolvimento desejável para si e, ao médico, permita realimentar o significado da sua prática.

CAPÍTULO VIII

HOMEOPATIA : SEUS FUNDAMENTOS E A VALORIZAÇÃO DA PESSOA

A finalidade de se introduzir uma rápida síntese a respeito da homeopatia neste estudo baseia-se no possível vínculo que ela mantém com a educação. Através da explicitação de alguns dos seus conceitos fundamentais, torna-se proveitoso verificar determinadas perspectivas comuns entre educação e saúde, de maneira específica no que tange à compreensão do doente como pessoa e como uma unidade biopsíquica e aos fatores psicológicos e educacionais contidos no relacionamento médico homeopata-paciente.

Não se pretende efetuar uma abordagem aprofundada da homeopatia. A preocupação limita-se em apresentar de forma sucinta seus principais conceitos fundamentais, destacando-se a relação entre algumas dessas considerações com o processo educacional.

I. HISTÓRICO

Com o objetivo de se compreender adequadamente a natureza da ação da homeopatia no conjunto das posturas clínicas existentes, de início se estabelecerão algumas conside

rações a respeito da prática médica.

As opções de atuação na área da saúde implicam diferentes concepções de homem. No entanto, a prática comum está condicionada por uma política de saúde que tem dificultado a adoção de abordagens diferentes e a utilização de alternativas capazes de abrir novas perspectivas.

De HIPÓCRATES (século V A.C.) até nossos dias, a medicina passou por profundas transformações e divisões. Entretanto, duas correntes estiveram sempre presentes em seu desenvolvimento :

1. De um lado, HIPÓCRATES, ao introduzir o "poder de cura da natureza", instaurou

a) o início de um processo terapêutico baseado nesse poder e desenvolveu o começo de um tipo de relacionamento harmônico do homem com as sutis energias da natureza. A partir daí, ele estabeleceu as bases para o desenvolvimento da medicina fundamentada em padrões naturais, procurando, dessa forma, alertar os médicos da época a dirigirem suas condutas pelas próprias leis da natureza e a evitarem agressões ao organismo doente com o tratamento a ser aplicado;

b) outro conceito fundamental da abordagem terapêutica dentro dessa sistemática criada por HIPÓCRATES, era a concepção "vitalista" do

homem. Segundo ela, o homem, por ser dotado de uma estrutura extremamente complexa, traz em si mesmo uma energia mantenedora das funções e da vida do organismo como um todo biopsíquico. O resultado da ação dessa energia se constituiria no equilíbrio dinâmico, isto é, na homeostase do organismo. A doença — como expressão orgânica ou psíquica, ou como expressão de ambas as dimensões simultaneamente — seria, então, uma perturbação na qualidade, no fluxo, na distribuição e até na disfunção dessa energia. Essas alterações permitiriam que o organismo tivesse maior vulnerabilidade, por exemplo, à proliferação de microorganismos nocivos, manifestando-se, a partir daí, determinadas doenças.

Os procedimentos terapêuticos da escola hipocrática visavam a reorganização dessa energia, na tentativa de reequilibrar o organismo como um todo. Assim, HIPÓCRATES estabeleceu o início da medicina integral e que se estruturou definitivamente na homeopatia com HAHNEMANN (1755 - 1843).

2. A outra abordagem médica teve início posteriormente com GALENO (século II D.C.) e seus seguidores, adotando a concepção de que a doença deveria ser tratada com a utilização de doses maciças de medicamentos que tivessem ação contrária ou diferente a ela. Entendiam que as doenças

eram "ações de uma entidade mórbida" sobre o corpo ou órgãos e acreditavam que esse agente poderia atacar o ser vivo ao acaso. A partir da doutrina de GALENO, teve início a concepção "particularista" da medicina, mais preocupada com a eliminação dos sintomas manifestados pelas agressões sofridas por órgãos específicos. Originava-se, assim, a alopatia.

Com base nestas duas posturas, foram estabelecidos os fundamentos das duas principais correntes do pensamento médico atual - a abordagem "integradora" e a "particularista". Ambas passaram por profundas transformações com o decorrer do tempo. A concepção particularista, alopática, aceita como a única científica, tem partilhado de um sistema que inclui grandes hospitais, centros de pesquisas, faculdades, laboratórios farmacêuticos, indústrias de equipamentos médicos e um complicado aparato burocrático montado para sua manutenção e desenvolvimento.

Por outro lado, a concepção integradora, enriquecida pela homeopatia principalmente, pela fitoterapia e pela medicina oriental, consolidou-se na chamada medicina natural. Embora negada pelos atuais padrões da ciência - por sinal bastante questionados em nossos dias - mas por estar apoiada em bases empíricas e lógicas significativas, a homeopatia conseguiu sobreviver "subterraneamente" por força dos seus resultados.

Provavelmente, a diferença mais significativa entre uma abordagem e outra permanece no fato de que a intervenção "particularista" pode causar dependência do paciente

em relação ao medicamento. Tende, por isso, a empobrecer as possibilidades de reações orgânicas e psicológicas do indivíduo e a diminuir as iniciativas de ação do meio social na sua ação preventiva diante da maciça publicidade dos laboratórios no sentido de se ingerir um volume cada vez maior de medicamentos de ação curativa apenas.

A concepção "integradora", por seu lado, procura devolver à pessoa sua autonomia biológica, sua homeostase. Este equilíbrio dinâmico readquirido, através do qual a pessoa se torna o sujeito do próprio corpo e da própria vida, é entendido como constituindo a sua própria saúde.

II. BASES E PRINCÍPIOS DA HOMEOPATIA

Segundo LINHARES⁹⁴, a homeopatia está estruturada sobre quatro princípios básicos que serão resumidos a seguir:

1. Experiência no homem são
2. Lei dos semelhantes
3. Doses mínimas
4. Medicamento único

1. Experiência no homem são

A fim de se verificar a real ação de um medicamento

94. Waltencir Linhares. ABC da Homeopatia. S. Paulo : Tipografia Vaney, 1979, p. 1.

to, a homeopatia considera que esses medicamentos sã poderão ser utilizados pelo homem saudãvel, dentro dos padrões admi tidos como normalidade, quando se realiza um experimento. Desta forma se estaria eliminando a possibilidade de os re sultados serem confundidos com sintomas de doenças, caso a experimentaçã fosse aplicada no homem doente. Antes de pre parar os remẽdios para serem ministrados aos pacientes, HAHNEMANN ingeria aqueles componentes e estudava os resulta dos dessa experimentaçã. Cada remẽdio produzia um quadro sintomãtico que era cuidadosamente anotado por HAHNEMANN e estudado, elaborando-se a partir daí o seu quadro toxicolõ gico.

2. Lei dos semelhantes

Esta lei significa que o quadro sintomatolõgico apresentado pelo doente ẽ coberto pela substãncia que, quan do experimentada no homem sã, produz um quadro "semelhante". Este princõpio que, na homeopatia recebeu a denominaçã de "similia similibus curentur" (os semelhantes curados pelos semelhantes), reporta-se a HIPÓCRATES, mas foi HAHNEMANN quem o estabeleceu definitivamente atravẽs de experimentos que demonstraram a validade desta lei⁹⁵.

Da maneira como HAHNEMANN a introduziu na homeopa-

95. Garth Boericke. A Compend Of The Principles Of Homoeo- pathy For Students In Medicine. New Delhi : World Homoeopathic Links, 1980, pp. 50 - 56.

tia, esta lei supõe que se colham todos os sintomas da doença em tratamento e se utilize um medicamento cujo conteúdo anteriormente tenha sido aplicado no homem sadio, sem as dinamizações necessárias (que serão explicadas mais adiante) e que tenha produzido exatamente os mesmos sintomas que agora o paciente revela. A este conjunto de sintomas, produzidos por um medicamento no homem sadio, denomina-se de "patogenesia". A cura, portanto, se efetua com a utilização de medicamentos capazes de provocar no indivíduo saudável os sintomas semelhantes àqueles apresentados pelo indivíduo doente⁹⁶.

A fim de que se possa aplicar adequadamente a "lei dos semelhantes", JAMES TYLER KENT sugere que o médico se aprofunde no curso da vida do paciente para colher os verdadeiros sintomas que, posteriormente, constituirão a linha orientadora do tratamento a ser ministrado⁹⁷.

Essa semelhança, adianta HAHNEMANN, deve se dar, a nível da qualidade e da ação do medicamento, com a causa da enfermidade.

3. Doses mínimas

São doses infinitesimais, com uma atuação eficaz e

96. Encyclopaedia Britannica. "Homoeopathy". In The New Volumes Of The Encyclopaedia Britannica. 10a. ed. London: The Times Printing House, 1902, p. 312.

97. James Tyler Kent. Filosofia Homeopática. Trad. do Inglês por Augusto Vinyals Roig. Madrid : Casa Editorial Bailly-Bailliere, 1980, p. 30.

sem sobrecarregarem o organismo toxicamente. E essas doses, adequadamente diluídas e dinamizadas, produzem efeitos mais completos e duradouros.

BOERICKE explica que uma pequena dose de medicamento pode provocar uma secreção no organismo de adrenalina, bile ou de outra substância, resultando nele grandes mudanças que, presumivelmente, reajustariam a dinâmica das funções orgânicas, conduzindo-o ao ciclo natural da cura⁹⁸.

4. Medicamento único

A utilização de um único medicamento durante uma fase do processo de recuperação do doente facilita um melhor controle da ação desse medicamento. Cada pessoa, de acordo com a sua identidade, sua estruturação de personalidade e sua própria maneira de ser, é portadora de um quadro único de sintomas. Por isso, segundo esta lei, a pessoa requer um medicamento único capaz de abranger a totalidade do seu ser e não simplesmente dirigido a órgãos eventualmente afetados.

Esse dado indica a necessidade de uma formação médica que capacite o profissional de saúde a considerar a pessoa doente em todas as suas dimensões e na sua história de vida, ao estabelecer um diagnóstico e ao introduzir um tratamento.

98. Garth Boericke. A Compend Of The Principles Of Homoeopathy For Students In Medicine. New Delhi : World Homoeopathic Links, 1980. pp. 85 - 122.

III. CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA HOMEOPATIA

Além dos seus princípios básicos, a homeopatia adota determinados conceitos fundamentais que imprimem um sentido mais profundo e uma maior eficácia à sua prática clínica. A seguir serão mencionados os conceitos mais comumente conhecidos :

1. Unidade do ser humano
2. Doentes e doenças
3. Medicamento dinamizado
4. Energia vital
5. Exonerações
6. Miasmas

1. Unidade do ser humano

Este conceito é de fundamental importância dentro dos propósitos deste trabalho em virtude do relacionamento médico-paciente se constituir numa oportunidade de se compreender a pessoa doente na sua integridade biopsíquica e no seu contexto de relações. Por esta razão, o próprio relacionamento funciona como uma vivência de reeducação do doente e do próprio médico na medida em que ambos se dispõem a criar as condições para uma interação verdadeiramente dialógica.

Todo processo que envolva a educação e mesmo o restabelecimento de pessoas doentes com determinadas manifesta

ções clínicas, sugere em sua natureza mesma, a necessidade de se compreender o ser humano como uma unidade integrada.

Para a homeopatia, "cada indivíduo é um todo moral, físico e psíquico, em que diferentes 'partes' estão intimamente relacionadas, em uma interação permanente entre si, com o meio e com os outros indivíduos"⁹⁹. Por esta razão, em vez de se preocupar com determinados órgãos ou "partes", a homeopatia procura compreender e tratar o homem como um todo, considerando-o como uma unidade, como uma pessoa integral.

Torna-se, pois, muito mais significativo entender que, além de doenças locais ou de aparelhos, existem indivíduos doentes, com manifestações locais ou de aparelhos.

A homeopatia vê a pessoa doente na dinâmica da sua complexa unidade biopsíquica através do relacionamento médico-paciente - tarefa que desafia o profissional de saúde, sobretudo aquele formado dentro de uma concepção que se preocupa mais com as "partes" do que com o "todo".

O trabalho que se desenvolve aqui vincula-se a essa linha de atuação porque procura apontar o valor da integridade da pessoa doente em sua dimensão biopsíquica e no contexto do seu universo de relações, bem como realçar a força do processo educativo, para ambos, médico e paciente, quando ambos se dispõem a redescobrir o potencial inerente à sua interação.

99. Waltencir Linhares. ABC da Homeopatia. S. Paulo : Tipografia Vaney, 1979, p. 9.

Dentro da abordagem compreensiva da pessoa, o médico homeopata vê o conjunto das condições "orgânicas" e "psicológicas" do paciente, seu modo de vida e seu relacionamento com as outras pessoas. "Um órgão doente é consequência de um todo afetado, de um bloqueio que impede o livre fluxo da energia vital de fora para dentro e de dentro para fora do corpo do doente"¹⁰⁰. É por isso que saúde é sinônimo de harmonia das forças do organismo. Se, pelo contrário, estas forças entrarem em desarmonia, o organismo adoecerá como um todo, podendo esse desajuste manifestar-se topicamente, em órgãos mais vulneráveis ao desequilíbrio dessas forças.

Organismo e psiquismo não constituem entidades estanques e sim uma mesma unidade individualizada e complexa, cujas funções se interrelacionam dinamicamente, tanto na determinação da doença, como na reconquista da saúde. Integração esta que apenas pode ser compreendida quando se adota uma abordagem holística da pessoa doente, explica CLOVER¹⁰¹.

HAHNEMANN afirma que "a idade do paciente, seu modo de vida, sua dieta, profissão doméstica, relações sociais, e assim por diante, devem ... ser levadas em consideração, a fim de verificar se tais coisas contribuíram para

100. Matheus Marim. "Homeopatia, uma Ciência Médica de 190 Anos em Busca de Afirmação - A Lei Natural da Cura". In Folha de S. Paulo. Folhetim, 1981, Março, 22, nº 218, p. 5.

101. Anne M. Clover. "The Origins Of Anxiety As Relevant To Homoeopathy". In The British Homoeopathic Journal. London: Faculty Of Homoeopathy, Vol. 71, nº 3, 1982, p. 100.

aumentar seu mal ou até que ponto podem favorecer ou retardar o tratamento. Da mesma forma, sua disposição física e mental devem ser observadas..."¹⁰².

Portanto, "o médico deve procurar, em diversas conversas com o paciente, obter um quadro tão completo quanto possível de seu mal..."¹⁰³.

Essa totalidade dos sintomas não significa sua totalidade numérica, mas sim "um mínimo de sintomas de valor máximo que caracteriza a maneira pessoal pela qual o doente faz 'sua doença'"¹⁰⁴.

A descoberta desse quadro sintomatológico sugere ao médico o sentido que o ato de adoecer representa para a vida do paciente. Esse fenômeno revela, para este o estudo, o valor de uma educação médica que permita ao profissional de saúde encontrar o significado existencial da doença, através da interação profundamente enriquecedora que ele mantém com o seu paciente.

Com relação aos aspectos psicológicos desse quadro, o médico homeopata francês DENIS DEMARQUE explica que os sintomas reveladores da personalidade das pessoas deverão ser encontrados mediante a observação clínica¹⁰⁵.

102. Christian F. Samuel Hahnemann. Organon da Arte de Curar Trad. de Eric Grllen da 6.^a ed. alemã. S. Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos B.M., 1980, p. 151.

103. Ibid., p. 151.

104. Ibid., p. 209.

105. Denis Demarque. "A Homeopatia - Terapêutica Personalizada". In Revista da Associação Paulista de Homeopatia. S. Paulo: Rumo Gráfica Edit., 1981, p. 25.

Dentro dessa linha de pensamento, o autor garante que a semiologia homeopática não se opõe à semiologia clássica e sim a completa, pois, além de facilitar o encontro dos sinais patognomônicos de uma doença, ela permite a descoberta das nuances mais pessoais da reação do doente como pessoa, como uma unidade psicossomática. O autor reforça a linha de pensamento na direção de uma postura clínica que se capacite a acatar o paciente em sua integridade humana e nas manifestações sutis de sua personalidade. Este fator constituiu-se num ponto comum entre o pensamento do autor e a proposta sugerida no presente trabalho.

A questão da unidade do organismo, segundo CARLOS MOURA RIBEIRO, médico homeopata, resume o que de mais moderno existe na medicina e significa a capacidade que ele tem de se manter em harmonia, reagindo como uma totalidade integrada.

Essa unidade abrange ainda a integração do homem no seu contexto familiar, profissional e social - fatores estes que HAHNEMANN denominou de "circunstâncias da vida". KENT afirma também que há um íntimo vínculo entre essas circunstâncias da vida de um homem e suas ações e reações; seus sintomas e desenvolvimento desses sintomas. Explica o autor que o corpo está associado às circunstâncias e que todas as funções naturais da vida estão em conexão com essas circunstâncias, permitindo à pessoa um estado mais ou menos saudável. E ele alerta sobre a necessidade de o médico homeopata considerar adequadamente todos esses processos quando elabo

ra um diagnóstico e prescreve um tratamento¹⁰⁶.

2. Doentes e doenças

A homeopatia considera que o doente "faz" a sua doença. Cada doente vive sua doença de modo peculiar, segundo sua constituição biopsíquica, sua personalidade, sua hereditariedade, enfim, de acordo com a individualidade do seu próprio "terreno".

Os sintomas são dados que mostram como a pessoa doente trabalha sua doença e a ela reage. Os sintomas ou a doença não se constituem em fenômenos isolados e sim revelam maneiras que o doente assume, a nível orgânico ou biopsíquico, para deixar transparecer as manifestações de desequilíbrio do fluxo da sua energia vital. Eles consistem num processo de dentro para fora que se caracteriza pela peculiaridade de cada paciente.

Por isso, "não basta diagnosticar a moléstia : é preciso diagnosticar o doente com tudo o que decorre do seu modo de vida, do ambiente familiar, da profissão etc... Deve, portanto, (referindo-se ao médico homeopata) atender à totalidade dos sintomas, à integridade do paciente"¹⁰⁷.

106. James Tyler Kent. Filosofia Homeopática. Trad. do Inglês por Augusto Vinyals Roig. Madrid : Casa Editorial Bailly-Bailliere, 1980, p. 228.

107. Sylvio Braga e Costa. "Prefácio Brasileiro". In Christian F. Samuel Hahnemann, Organon da Arte de Curar. Trad. de Eric Gröen da 6.^a ed. alemã. S. Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos B.M., 1980, p. 13.

Segundo HAHNEMANN, não ocorre o processo de adoecimento "sem a cooperação do organismo como um todo"¹⁰⁸. Esta postura se baseia no fato de as partes do organismo estarem intimamente ligadas e em interação funcional, formando um todo indivisível.

De acordo com essa mesma razão, HAHNEMANN sugere que o tratamento médico precisa ser dirigido para o organismo como uma totalidade e não para determinados órgãos. Para ele, uma afecção local depende sempre "de uma doença do resto do organismo, e só deveria ser considerada como parte inseparável do todo, como um dos sintomas mais consideráveis e marcantes de toda a doença"¹⁰⁹.

HAHNEMANN insiste em afirmar em outro parágrafo do Organon que "a afecção local nunca é mais que uma parte dela aumentada em uma só direção pela força vital orgânica, e transferida para uma parte do organismo menos perigosa (externa), a fim de suavizar o mal interno"¹¹⁰.

Também JAMES TYLER KENT, já no início deste século, alertava a respeito da necessidade de se compreender o homem doente, além do corpo doente quando do diagnóstico e do tratamento; também o homem interior, além das manifesta-

108. Christian F. Samuel Hahnemann. Organon da Arte de Curar
Trad. de Eric Grūen da 6.^a ed. alemã. S. Paulo: Grupo
de Estudos Homeopáticos B.M., 1980, p. 142.

109. Ibid., p. 143.

110. Ibid., p. 146.

ções clínicas¹¹¹.

Estas idéias não implicam em desconsideração da existência de doenças, afirmando-se ingenuamente que "não existem doenças, mas sim doentes". Segundo o homeopata LINHARES, "é um extremismo ignorar quadros mórvidos perfeitamente estabelecidos, de sintomatologia e etiologia constantes, como o sarampo, por exemplo"¹¹². Existem doenças e estas constituem a reação do todo orgânico a qualquer agressão. O problema, porém, está em se desvendar a individualidade da pessoa doente e o significado existencial, para ela, da sua doença.

Para a homeopatia, portanto, a cura não ocorre a nível de "tecidos" e "órgãos" simplesmente. Ela envolve a consideração da estrutura psicológica do doente, o contexto de relações ao qual ele pertence e dentro do qual se comporta; envolve ainda a situação específica do relacionamento médico-paciente como fonte de dados e como oportunidade de reeducação e recuperação do paciente. A cura configura-se num processo de reequilibração da pessoa como um todo biopsíquico e social que se desenvolve de dentro para fora da pessoa. Além da recuperação de "órgãos" doentes, abrange todo um contexto de mudanças de atitudes, mais ou menos profundamente, segundo a dimensão das causas determinantes do dese

111. James Tyler Kent. Filosofia Homeopática. Trad. do Inglês por Augusto Vinyals Roig. Madrid : Casa Editorial Bailly-Bailliere, 1980, p. 27.

112. Waltencir Linhares. ABC da Homeopatia. S. Paulo : Tipografia Vaney, 1979, p. 9.

quilíbrio do fluxo da energia vital, manifestado em determinados "órgãos" mais vulneráveis à doença.

Localiza-se especificamente aqui a ação educativa implícita no relacionamento médico homeopata-paciente. O homeopata, além de médico que ajuda a recuperar os tecidos e órgãos afetados, possui a tarefa de reeducação da pessoa doente. Ele assume este processo na medida em que trabalha a transformação, de dentro para fora, daquelas atitudes do paciente que contribuíram para o desequilíbrio que culminou no processo patológico.

3. Medicamento dinamizado

É o medicamento que, após diluído em concentrações extremamente pequenas, é "sucussionado", ou seja, agitado. O presente processo liberta uma energia latente no medicamento que, de outra forma, não se manifestaria. Quanto mais diluído e mais dinamizado, um medicamento possui maior "potência" aumentando seu poder de ação curativa¹¹³. Isto significa que, quanto mais fraca a concentração do princípio ativo dinamizado, maior a sua eficácia. Este princípio se apoia em recentes progressos registrados no campo da vacinação e da imunidade e estaria vinculado ao que os químicos denominam de "polimerização das moléculas", ou seja, um novo arranjo da disposição das moléculas na constituição do medicamento.

113. Ibid., p. 12.

A diluição dos medicamentos pode ser preparada se guindo-se habitualmente duas escalas : a decimal e a cente simal.

Na escala decimal dilui-se uma porção da solução inicial concentrada, em nove porções de outra substância pró pria para receber a porção única do medicamento. Esta subs tância receptora geralmente é álcool etílico. Em seguida, faz-se a sucussão, ou seja, a agitação do medicamento por cem vezes. Desta maneira, conclui-se a primeira dinamização decimal ou primeira potência decimal - 1D. Diluindo-se 1D em nove partes, tomando-se uma parte e diluindo-se esta porção em outras nove porções de álcool etílico (substância recep tora) e sucussionando-se por cem vezes, obtém-se a segunda dinamização decimal, ou seja, 2D, e assim sucessivamente.

A escala proposta por HAHNEMANN e a mais frequente mente utilizada no Brail, é a centesimal. Nesta escala, o procedimento é idêntico à decimal, porém, com algumas altera ções : a diluição da concentração inicial do medicamento faz -se em noventa e nove partes de álcool etílico e o número de sucussões continua sendo de cem vezes. Este procedimento de nomina-se então de primeira potência centesimal - 1C.

HAHNEMANN aconselhou sempre a se mudar de frasco quando se passa à diluição seguinte.

Segundo LINHARES, esse medicamento diluído e dina mizado "age, na maioria das vezes, como estímulo da energia vital, por especificidade, não pela massa. Por isto as doses são infinitesimais. Sua ação é dinâmica, energética, não

substancial"¹¹⁴.

4. Energia vital

Os seres humanos não se constituem em simples aglomerados de matéria ou de órgãos com uma mente, mas são animados por um princípio, uma força que lhes confere vida. A energia vital seria, pois, o poder de vida inerente à natureza humana e ao próprio universo, capaz de manter o organismo vivo e de mantê-lo em homeostase.

Os agentes agressores do organismo atuariam sobre essa energia desequilibrando sua homeostase, e a expressão dessa desarmonia se evidenciaria nos diversos estados de morbidade. Os sintomas representariam a manifestação da tentativa natural da energia vital no sentido de trazer o organismo de volta ao seu estado de homeostase. Eles se estruturam como sinais das perturbações que o organismo está vivenciando em relação à sua energia vital. Os medicamentos estimulariam a ação dessa energia, facilitando o seu reequilíbrio, possibilitando, em consequência, uma cura mais eficaz.

No parágrafo 9 do Organon HAHNEMANN afirma que a força vital anima o organismo e "mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções..."¹¹⁵.

114. Ibid., p. 12.

115. Christian F. Samuel Hahnemann. Organon da Arte de Curar Trad. de Eric Gröen da 6.^a ed. alema. S. Paulo: Grupo de Estudos Homeopáticos B.M., 1980, pp. 48 e 49.

BOERICKE considera a energia vital como a força que desencadeia toda a atividade funcional e metabólica do organismo. Quando alterada ou perturbada, essa energia constitui-se na causa imediata do mal funcionamento ou constitui-se em mudanças do metabolismo. Em outras palavras, ela se converte na origem do processo patológico. Doença essa que não significa apenas a alteração de um órgão ou tecido, mas da vida da pessoa. Por outro lado, o equilíbrio dessa energia permite o reequilíbrio funcional e a partir daí a cura segue-se naturalmente¹¹⁶.

5. Exonerações

As exonerações são mecanismos utilizados pela energia vital do organismo para se livrar de estados mais graves de desarmonia. Essas exonerações manifestam-se nos diferentes sintomas reveladores de um organismo doente. Exemplo comum constitui-se na manifestação da febre como sinal do esforço da energia vital em eliminar o agente agressor do organismo.

6. Miasmas

Os miasmas configuram-se como predisposições mórbi

116. Garth Boericke. A Compend Of The Principles Of Homoeopathy For Students In Medicine. New Delhi : World Homoeopathic Links, 1980, pp. 120 e 121.

das, como susceptibilidade dos indivíduos em contraírem de terminadas doenças. Formam o "terreno" vulnerável do organismo em face dos agentes agressores. Essa vulnerabilidade pode ser determinada por condições genéticas e constitucionais associadas às condições do meio sócio-cultural no qual o indivíduo está inserido.

IV. LEIS DE HERING

Segundo HERING¹¹⁷, no tratamento homeopático o desaparecimento dos sintomas se faz, geralmente, de acordo com os seguintes critérios :

1. De cima para baixo
2. De dentro para fora
3. Dos órgãos mais nobres para os menos nobres
4. Na ordem inversa do seu aparecimento.

O tratamento consiste em "deslocar os órgãos de choque" de uma região interna para uma região mais externa. Por exemplo : deslocamento da agressão do sistema cardíco-respiratório para a pele, ou seja, dos órgãos "mais nobres" para os órgãos "menos nobres". Por esta razão, não se faz uma interiorização das perturbações sofridas pelo organismo e sim uma exteriorização das mesmas, de dentro para fora, até

117. Constantine Hering. In Garth Boericke. A Compend Of The Principles Of Homoeopathy For Students In Medicine. New Delhi : World Homoeopathic Links, 1980, p. 127.

seu completo desaparecimento. Esse processo costuma ocorrer de órgãos localizados superiormente, na região torácica, por exemplo, passando por órgãos localizados em regiões mais abaixo, como membros inferiores.

A homeopatia considera o psiquismo como a "região" mais nobre e mais profunda do organismo. Para ela, a vida psíquica é a maneira mais aprimorada e mais refinada de funcionamento do organismo.

O processo de cura, ainda, segue a ordem inversa à ocorrida por ocasião da instalação da doença. As perturbações do organismo que apareceram ultimamente, tendem a se eliminar por primeiro, e este processo permite que os sintomas mais antigos, possivelmente acobertados, aflorem, até o desaparecimento completo de todos eles.

Torna-se fundamental considerar-se que a verificação das "leis de Hering" não implica num enfoque compartimentalizado de determinados órgãos eventualmente afetados. Sempre o doente é compreendido em sua totalidade, na dinâmica do seu ser integral e na complexidade das suas relações com seu grupo de pessoas.

KENT adota essa mesma postura, explicando que, como são as partes internas do homem as que primariamente entram em desordem na enfermidade e não seus tecidos, também são elas as que reencontram a ordem anteriormente às manifestações externas durante o tratamento. Assim, o processo de cura deve ocorrer do centro do organismo para a periferia, ou seja, dos órgãos "mais nobres" aos órgãos "menos nobres".

Em síntese, pode-se reafirmar que os sintomas desaparecem, portanto, de dentro para fora, de cima para baixo, dos órgãos mais nobres para os menos nobres e na ordem inversa do seu aparecimento¹¹⁸.

Principalmente com relação às doenças crônicas, ainda de acordo com KENT, não há outro caminho de cura a não ser este deslocamento, para a periferia, das manifestações patológicas por muito tempo retidas no interior do paciente¹¹⁹.

HERING e KENT assumem essa postura porque, a nível de saúde, como a nível de enfermidade, para a homeopatia as manifestações exteriores do organismo sempre se constituem em resultados de processos mais profundos.

V. O RELACIONAMENTO MÉDICO HOMEOPATA - PACIENTE

KENT sugere que o médico homeopata deverá ter muito tato e um profundo conhecimento do coração humano no seu relacionamento com o doente. Para ele, conhecer o coração humano significa conhecer o universo interior do paciente, principalmente para uma melhor compreensão tanto da pessoa doente, como do seu estado patológico. Ele acrescenta que co

118. James Tyler Kent. Filosofia Homeopática. Trad. do Inglês por Augusto Vinyals Roig. Madrid: Casa Editorial Bailly-Bailliere, 1980, p. 39.

119. Ibid., p. 41.

nhecer bem o coração humano significa examinar-se a si mesmo, seus impulsos interiores e ser capaz de direcionar seus esforços em função da cura do paciente. Com o tempo, conclui KENT, o médico que age dessa maneira chegará a conhecer o coração humano tão bem que terá a simpatia das pessoas e saberá qual é a verdadeira linguagem do carinho e do respeito¹²⁰.

Estas considerações KENT já as fazia no final do século passado e no início deste século e permanecem atualíssimas para a prática do relacionamento médico-paciente.

Além disso, o médico homeopata deve permitir que o paciente explique seus sintomas, como eles ocorrem e se desenvolvem, como eles fluem e se estruturam, e qual o significado que eles estão revelando no contexto da vida do paciente.

A educação médica homeopática realimenta, portanto, o valor do respeito mútuo na interação médico-paciente e procura preparar o profissional de saúde para compreender o paciente como pessoa, em sua unidade biopsíquica, no seu universo de relações e na linguagem natural que o seu estado patológico revela.

120. Ibid., p. 236.

CAPÍTULO IX

CONCLUSÕES

Após um longo incurso em áreas academicamente com partimentadas - organizadas de forma estanque - a nível, agora de conclusão, percebe-se a existência de um desafio maior do que se esperava.

Esse desafio desmembra-se em duas vertentes que se traduzem, em primeiro lugar, na ontologia da relação médico-paciente e, em segundo lugar, na presença de um rico potencial educativo nessa relação, ainda por ser explorado.

Como transformar ambas as vertentes em hipóteses de trabalho, possíveis de serem vivenciadas, constitui-se no núcleo desse desafio.

No início do presente estudo chamou-se a atenção para a necessidade de interdisciplinaridade de áreas afins, como educação e saúde, com vistas a uma concepção mais aprofundada do relacionamento médico-paciente. Foram considerados elementos contidos no Personalismo e na relação Eu-Tu, do ponto de vista da filosofia, que pudessem ampliar a discussão do tema levantado. Também foram explicitados os componentes da Psicologia Existencial Humanista que pudessem contribuir para um enriquecimento da discussão. Em seguida, houve a preocupação em se analisar com detalhe a interação médico-paciente com a finalidade de se alertar a respeito da

necessidade de aprofundamento na situação interpessoal de médico e paciente. Finalmente, na Homeopatia procurou-se mostrar que esta área da clínica médica oferece oportunidade para a aplicação concreta de determinados fundamentos da ontologia da relação médico-paciente e que poderão ser mais vivenciados não só por médicos homeopatas, como também por médicos que adotam outras abordagens terapêuticas e mesmo por outros profissionais de saúde que estabelecem interações com pacientes, como enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas e outros.

Se até o momento as diversas colocações foram efetuadas de forma compartimentada, embora a partir de cada uma tenha havido extrapolação para a possível prática educativa do relacionamento médico-paciente, resta agora encontrar um núcleo comum de reflexão. Sem dúvida, não se pretende estabelecer conclusões definitivas, mas sim apresentar, como conclusão parcial, sugestões para uma discussão mais ampla a respeito do sentido da relação médico-paciente e do potencial educativo existente nesse processo. Isto significa um esforço de estudar o "compartimentado" evitando-se "compartimentar" e uma tentativa concreta de interdisciplinaridade das áreas aqui pesquisadas.

A interdisciplinaridade dessas áreas, a nível de conclusão geral, portanto, seria a linha diretiva para a proposta de hipóteses de trabalho viáveis no sentido do aprimoramento da interação médico-paciente.

Portanto, com base nas contribuições dessas áreas

do conhecimento científico, agora pretende-se extrair conclusões que representem uma intercompenetração de conceitos na compreensão do relacionamento médico-paciente. Provavelmente, essa integração de concepções estaria traduzindo a necessidade de se incrementar de forma mais intensa uma maior coerência científica a partir da exigência de interdisciplinaridade de diversas áreas do conhecimento, superando-se assim as dicotomias e os estanquismos desnecessários. Também se estaria caminhando dentro de uma visão holista da realidade humana, concebendo-se a pessoa como uma unidade integrada.

A relação médico-paciente, por se envolver de um clima de reciprocidade e por se estruturar numa interação, cuja natureza supõe a intersubjetividade de duas pessoas, coloca-se acima de qualquer classificação estabelecida de forma isolada pelos parâmetros, quer da psicologia, quer da medicina, ou de qualquer outro campo de conhecimento. O sentido ontológico dessa relação tem como pressuposto a unidade do ser humano, seja ele médico ou paciente e as decorrências oriundas dessa postura. E é dentro desse contexto de reflexão que se chegou a algumas conclusões que pudessem contribuir para uma discussão mais ampla da vivência da relação entre o médico e seu paciente.

Com o intuito de tornar a exposição mais didática, procurou-se propor as conclusões de acordo com as seguintes linhas de reflexão :

1. Sobre a formação acadêmica e a educação do médico.

2. A respeito da compreensão do paciente como uni
dade integral.
3. Sobre a interação médico-paciente, de forma es
pecífica.

1. Educação e formação acadêmica do médico

- 1.1. Tendo em vista as conclusões acima mencion
nadas, pergunta-se : o que fazer no sentido do aprimoramento
do relacionamento médico-paciente ?

Em primeira instância seria necessário considerar as condições reais de trabalho que o médico encontra num país como o Brasil, que sofre profundas carências, entre ou tros, nos setores sócio-econômicos, com baixíssimo nível de saúde, com elevados índices de morbidade e mortalidade in-
fantis, com grandes contingentes populacionais à procura de atendimento médico e com reduzidos recursos humanos, t^écnico-
cos e financeiros proporcionados pela atual política de saúde.

Daí decorre uma outra situação : as condições de trabalho dos médicos com vínculos profissionais com os institutos públicos além de se caracterizarem por baixos salários também se apresentam com reduzido tempo de atendimento para cada paciente. Como um exemplo apenas, os médicos que trabalham pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previ-
dência Social não dispõem de mais do que quinze minutos para uma consulta.

Todos conhecem as filas imensas de pacientes à espera de uma consulta, e o tempo abreviadíssimo disponível a cada um. Perguntas rápidas, telegráficas, e posologia. Não há espaço para "algo mais" que transcenda esse interrogatório sumário, pois em seguida vem o chamado da atendente : "o próximo..."

Não se pode ignorar as conseqüências geradas por essa situação. Embora mereçam uma profunda análise do ponto de vista sócio-econômico-político, elas extrapolam, entretanto, os propósitos sugeridos pelo presente trabalho. Mesmo assim, conclui-se que a política de saúde precisa mudar sua atuação no sentido de proporcionar recursos técnicos, humanos e financeiros a um atendimento digno dos direitos da pessoa e para o qual o médico possa ter tempo suficiente e preparo científico e psicológico para um relacionamento de acordo com as solicitações que o estado biológico e emocional do doente apresenta.

A conclusão acima relatada a respeito das dificuldades de trabalho que o profissional de saúde com vínculos com o poder público sofre, embora de ordem geral, elas afetam diretamente o relacionamento médico-paciente, interferindo de forma negativa na qualidade dessa interação, prejudicando, inclusive, o estabelecimento de um diagnóstico mais completo e a evolução do tratamento. Essa situação acaba por se tornar ainda mais onerosa à pessoa do médico e ao doente em termos de desgaste psicológico e aos cofres públicos pois o paciente, com freqüência tem que voltar à procura de aten

dimento mais completo, faltando ao trabalho por mais uma vez, sobrecarregando as já volumosas filas de necessitados que procuram atendimento médico nos institutos públicos de saúde.

Não se pretende neste momento, justificar atitudes inadequadas existentes no relacionamento médico-paciente, transferindo-se ao poder público todas as causas das insatisfações que doente e profissional de saúde vivenciam na prática da medicina. Mesmo porque, nos consultórios e clínicas particulares, onde as condições de trabalho, de tempo e de recursos técnicos e humanos são mais adequados, também existem profundas insatisfações de ambos os lados, sobretudo por parte do paciente.

Portanto, conclui-se que há duas vertentes para estudo :

- a) as péssimas condições oferecidas pela atual política de saúde a grandes contingentes populacionais que sofrem carências sócio-econômicas básicas.
- b) a questão do relacionamento médico-paciente que no geral, estaria sendo insatisfatório para ambos - médico e paciente.

A segunda situação é a que vem sendo analisada no presente trabalho, pois como já foi mencionado, as condições oferecidas pela atual política de saúde, por sua complexidade, extrapolam as finalidades de estudo aqui propostas.

1.2. A formação de uma consciência profissional e ética que ultrapasse as percepções de status e as discriminações financeiras por parte do médico e se direcione no sentido da compreensão do paciente como pessoa, consiste em outra proposta conclusiva. Esse tipo de consciência, portanto, se constitui num conjunto de atitudes coerentes com a dignidade do ser humano que o profissional de saúde deveria assumir em sua prática diária, como respeito pela pessoa do doente, abertura ao diálogo, capacidade de ouvir o outro, compreensão das reações emocionais e dos sentimentos que o paciente denota em sua experiência etc...

Embora perdendo alguns privilégios oferecidos pelo status da profissão, hoje o médico ainda usufrui de uma imagem de destaque no contexto social. As tentativas de manutenção dessa situação, obviamente, não deveriam comprometer sua consciência profissional e ética - deslizes estes demonstrados pela ganância do dinheiro, por exemplo, ao se instituírem determinadas técnicas onerosas e métodos de trabalho desnecessários. O grande volume de cesáreas efetuadas nas maternidades denuncia apenas uma forma dessa corrida ao dinheiro. Médicos estrangeiros mostram-se perplexos com a facilidade do apelo a este tipo, em vez do parto normal.

Em última instância, torna-se uma exigência social a recuperação da dimensão ontológica da pessoa doente, acima de qualquer outra ordem de valores.

1.3. A respeito da atividade clínica, decorre

outra conclusão significativa, qual seja, a consciência da necessidade de uma educação médica voltada para a integração da ciência e da sua aplicação técnica com os valores da pessoa, de tal forma que ciência e técnica estejam a serviço da pessoa e não que esta seja utilizada como objeto de determinados experimentos programados apenas segundo finalidades financeiras ou apenas para se implementar sofisticações tecnológicas desnecessárias.

A educação médica, portanto, deveria estar imbuída da idéia de aprimoramento de uma consciência profissional que estimule o médico a se empenhar na manutenção do respeito para com a pessoa.

1.4. Conclui-se que o médico assumiria, também, o papel de educador no seu relacionamento com o paciente, quando ele desperta no doente a possibilidade de cooperação no seu processo de cura. Esse processo educativo se destaca ainda mais se o médico mostra ao paciente que a cura é uma realidade dinâmica que supõe que o paciente assuma sua função de sujeito participante, superando atitudes de passividade, desenvolvendo reações adequadas à sua recuperação clínica, dentro da compatibilidade que o seu estado patológico impõe.

1.5. O potencial educativo inerente ao relacionamento médico-paciente concretizar-se-ia nas propostas e orientação que o médico efetua no sentido de mudanças de atitudes por parte do paciente, com vistas à cura e à prevenção

de outros possíveis acometimentos.

No geral, o médico não percebe a rica oportunidade educativa contida no seu relacionamento com o doente e que se caracteriza pelas possíveis alterações de atitudes que facilitar_{iam} a evolução para a recuperação clínica e pelas atitudes preventivas diante de situações que implicam em risco de recidiva ou de novos estados de morbidade. Isso diminuiria a ocupação de leitos altamente onerosos aos cofres públicos, ensejando oportunidades para aqueles que realmente necessitam de internação.

Um alerta a respeito do poder educativo que o médico exerceria sobre o paciente cabe neste momento em virtude da recuperação clínica possivelmente mais rápida e eficaz que muitos doentes vivenciariam quando são aceitos, ouvidos e orientados pelo médico sobre sua própria maneira de se comportar, de reagir e de ser em face do estado patológico. Mesmo porque o processo de personalização do doente só acontece quando ele é recebido num contexto que facilite a expansão das próprias qualidades humanas - embora o estado patológico que o acomete interfira no seu desenvolvimento, muitas vezes bloqueando determinadas perspectivas que a vida saudável lhe proporcionaria.

1.6. O potencial educativo do relacionamento médico-paciente ganharia novos espaços se o profissional de saúde, além de cuidar dos problemas atuais de seu paciente, também se preocupar em orientá-lo preventivamente. A educação

ção preventiva em todos os âmbitos da saúde e em específico na interação de médico e paciente torna-se fundamental num país como o Brasil, onde o direcionamento da política de saúde não ultrapassa nem as incumbências curativas, e muito menos chega a concretizar as tarefas preventivas exigidas pelo baixo nível de saúde da população.

Portanto, todas as estratégias preventivas de possíveis recidivas e de surgimento de novos casos de doenças constituem-se em empenhos urgentes. O médico, por seu lado, no relacionamento com o paciente, estaria colaborando com a educação preventiva a partir das possibilidades de orientação e do conhecimento científico que tem em mãos.

A medicina preventiva traz no cerne mais posturas educativas do que quaisquer outras técnicas, recursos ou procedimentos médicos. Parece no entanto, estar sendo ainda privilégio de países desenvolvidos, onde o "prevenir" é captado como efetivo e digno de ser custeado mais do que o mero "remediar", com as implicações que este acarreta.

1.7. A educação presente no relacionamento médico-paciente também se estenderia à família do doente na medida em que esta poderia participar de forma ativa na evolução do tratamento e na prevenção de outros possíveis acontecimentos com outros membros que a compõem.

Evidentemente, a participação da família deveria ocorrer quando necessário em razão da natureza clínica do estado patológico do paciente, em especial em situações de aco

metimentos infecto-contagiosos de alta letalidade, em situações que demandam aconselhamento genético e em estados patológicos crônicos, cuja recuperação exige a consciência colaborativa de todos os membros.

1.8. Esse potencial educativo assumiria nova dimensão através do relacionamento com o doente, se o médico estivesse atento às implicações na comunidade que o estado patológico denuncia. O relacionamento, então, serviria de canal para a atuação junto à comunidade, a nível de educação diante da necessidade de medidas preventivas mais abrangentes. Também seria um vínculo para despertar a consciência de que a saúde é um direito dela e que a doença não é um fenômeno isolado em uma pessoa, mas mantém vínculos sociais com o grupo onde ela surge.

1.9. Por outro lado, o paciente também atuaria como "educador" do médico no seu relacionamento com ele. Cada paciente se constitui num novo desafio que traz ao médico a oportunidade de auto-realização como pessoa e como profissional, mediante o aprimoramento, respectivamente, de suas capacidades de crescimento como pessoa e de suas habilidades científicas e técnicas.

1.10. De que forma, entretanto, se poderia operacionalizar a concretização dos valores e o potencial educativo até o momento relatados? Apenas mediante a modificação isolada da estrutura curricular dos cursos de medicina?

Através da simples introdução de disciplinas de conteúdo "humanista", sem uma linha de pensamento mais profunda ?

É óbvio que o currículo médico, em si, não opera milagres. E como o curso médico, com residência clínica já perdura de seis a oito anos, a simples introdução de disciplinas de caráter humanista, muito provavelmente conduziria os estudantes aos limites da saturação. Além disso, sabe-se que o currículo, em si, não resolve problemas e sua ampliação, sem uma reestruturação básica, resultaria em pouco retorno para a concretização das propostas aqui sugeridas. A modificação da disposição das disciplinas durante o curso, sendo colocadas antes ou depois dos estágios clínicos, também conduziria a um retorno, provavelmente insignificante.

Que medidas, então, e em que direção, poderiam ser tomadas, tendo em vista uma educação médica mais coerente com os valores da pessoa e considerando-se o potencial educativo do relacionamento médico-paciente ?

A conclusão a que se chegou e que envolve determinadas implicações vivenciais profundas, abrange três providências que poderiam ser adotadas de forma integrada :

- a) introdução ou ampliação curricular daquelas disciplinas de conteúdo "humanista", tais como Psicologia, Educação e Ciências Sociais a fim de que se abra maior espaço pedagógico para o debate sobre os valores ontológicos e existenciais do doente como pessoa. Poderiam ser analisados seus sentimentos e vivências emocionais, suas

ansiedades e expectativas, suas capacidades e dificuldades de cooperação na recuperação clínica, suas implicações, como doente, junto à comunidade à qual pertence e as possibilidades de ação preventiva diante de outros riscos.

Essa providência, isolada, contudo, traria pouco resultado. Então há a necessidade de se integrá-la numa segunda medida, que se segue.

- b) mediante as propostas de debate sugeridas pelas disciplinas acima relatadas, já a partir do início do curso, seria preciso que se empenhasse no desenvolvimento de uma consciência profissional e ética capaz de conduzir o médico a uma compreensão do doente como unidade biopsíquica e socialmente situado, superando-se, dessa forma, a concepção que, muitas vezes se limita a enxergar o ser humano sob uma ótica compartimentalizada : apenas órgãos ou aparelhos.
- c) finalmente, essas propostas seriam viáveis através da reestruturação, se for o caso, ou de modificações no desenvolvimento do curso, que de fato permitam a definição e concretização de uma filosofia de educação médica voltada para a compreensão da pessoa. Essa proposta não se limitaria a uma simples alteração de currículo e sim abrangeria uma filosofia de trabalho baseada na intercompenetração e integração de áreas

que se completem - sem que se desemboque em re
duccionismos, como o organicismo ou o psicolo-
gismo.

O empenho nesse sentido traduziria, sobretudo ,
a idéia de que a consciência do médico e seu es
pírito de abertura a uma permanente busca de
aprimoramento técnico e humano, lhe permitirão
entender que, além de conhecer causas e conse-
quências da doença, ele necessitará compreender
a pessoa doente e com ela estabelecer um rela
cionamento interpessoal favorável à recuperação
clínica.

2. A respeito da compreensão do paciente como uni dade integral

2.1. O paciente não poderá ser visto como um
mero detentor de órgãos doentes ou como um recipiente de me
dicamentos e sim necessitaria ser compreendido como uma pes
soa integral que se revela ao médico em sua unidade bio-psi
co-social.

A unidade do ser humano não permite rupturas na es
trutura da sua natureza, sob pena de se converter a integri
dade da pessoa num aglomerado de "partes" classificadas como
"orgânica", "psicológica", "religiosa", "moral" e assim por
diante. Isto não quer significar que o médico deva abandonar
a necessidade de estabelecer o diagnóstico clínico e o trata

mento do paciente em suas doenças específicas que atingem de terminados órgãos mais vulneráveis. O que se quer afirmar é que o médico, em nenhuma circunstância, deveria relegar a se gundo plano o respeito pela unidade da pessoa. E sempre que o paciente se apresentar ao médico solicitando ajuda, cab ria a este tratar da doença e dos órgãos por ela afetados, mas considerando em todo momento a pessoa em sua unidade e o significado existencial que o estado patológico estaria dei xando transparecer.

Constata-se com freqüência que a unidade biopsíqui ca do paciente é fragmentada pela superespecialização médi ca, onde o "órgão" afetado pouco a pouco é separado do orga nismo e este passa a ter apenas um significado de mero conti nente e de um simples veículo que o entrega ao especialista para os devidos reparos. Daí a necessidade de se reavaliar a atividade clínica de forma a preservar a compreensão do pa ciente como pessoa integral, humanizando não apenas os cui dados terapêuticos, como também a fria tecnologia aplicada com base em alta sofisticação e tornando-a mais adaptada às necessidades reais e culturais de um país como este, com pro fundas carências sócio-econômicas.

A unidade biopsíquica do paciente poderá ser pre servada, considerando-se ainda sua inserção no seu universo de relações, respeitando-se seus valores culturais, seu con texto de interações e as ansiedades que ele vivencia a par tir das expectativas inspiradas pelo grupo do qual participa como família, trabalho, comunidade.

2.2. A necessidade de respeito à individualidade do paciente, às características básicas de sua personalidade e à sua maneira de ser se classificaria como outra conclusão deste trabalho que desafia a atuação do profissional de saúde. O médico somente conseguirá evitar a despersonalização do relacionamento com o paciente na medida em que se dispuser a superar o contato frio e apenas técnico que costuma ocorrer sobretudo quando a demanda de seus serviços aumenta. A superação dessa situação, entre outras exigências, supõe a instauração de um clima psicológico favorável a um diálogo franco, além da necessidade da criação de um clima de reciprocidade capaz de garantir a existência do respeito mútuo.

Por outro lado, o paciente também precisaria respeitar a individualidade do profissional de saúde, contribuindo para o estabelecimento de uma interação que permita a ampla coleta de dados, a efetivação do diagnóstico clínico e a administração do tratamento que seu estado patológico inspira.

2.3. A partir das análises anteriores, conclui-se que o paciente "faz" a sua doença e que também é capaz de colaborar no processo de cura. Essa conclusão demonstra que ele não se comporta como um simples receptor passivo do agente que instaura nele a doença. Ele se constitui num sujeito que elabora sua doença como forma de defesa de sua integridade biopsíquica. Razão pela qual o paciente, por outro la-

do, possui condições de colaborar no seu restabelecimento clínico, reconquistando sua autonomia biopsíquica atingida pelo seu estado patológico.

2.4. O ato de adoecer, em determinadas circunstâncias, pode inspirar a busca de um significado existencial para situações pessoais que o paciente não conseguiu resolver através de recursos saudáveis. Na sociedade atual, o "stress" e outros distúrbios funcionais do organismo podem expressar a existência de desequilíbrios biopsíquicos em decorrência de um elevado grau de tensão e de ansiedade. Estas podem ser geradas pela insegurança diante da impossibilidade da pessoa resolver suas dificuldades, quer de natureza pessoal, quer de ordem financeira, numa estrutura social que oferece à família limitadas oportunidades de crescimento humano, de subsistência e de estabilidade econômica.

A doença que o paciente "oferece" ao médico em determinados casos seria a única saída encontrada diante da complexidade dos problemas existenciais que o envolvem. Por isso, o médico possui a tarefa não apenas de diagnosticar a disfunção de um órgão, mas deveria ser capaz também de compreender a dinâmica subjacente à manifestação clínica dos sintomas. Desta forma, estabelecendo com o paciente uma relação de ajuda e não apenas um contato profissional-usuário, seria viável a ele orientar o paciente e não apenas medicá-lo, atuar como alguém que promove a educação nesse relacionamento e não como quem apenas elabora e prescreve um recei-

tuário.

2.5. O paciente sente necessidade de receber orientação adequada a respeito do estado patológico que está vivendo. Ao médico caberia atender a essa solicitação dentro das normas éticas do seu trabalho, dentro da compatibilidade entre a gravidade do estado do paciente e o tratamento proposto e, sobretudo, dentro da exigência de respeito pela pessoa doente.

2.6. Por outro lado, caberia ao paciente, também, colaborar na efetivação da reciprocidade com o médico, embora isto lhe seja muitas vezes difícil, em razão do seu estado patológico.

Na medida em que ele contribuir para a existência do respeito mútuo, ele estará ajudando o profissional de saúde a desempenhar com eficácia maior suas funções e permitindo o surgimento, entre ambos, de uma atmosfera psicológica favorável ao seu restabelecimento clínico mais completo e com a demanda de menor tempo.

Portanto, ao paciente pertenceria significativa dose de responsabilidade diante da evolução do próprio estado patológico no sentido da reconquista da saúde.

3. Sobre a interação médico-paciente

3.1. O relacionamento médico-paciente se estruturaria como condição básica para um diagnóstico mais comple

to e para a proposta e evolução de um tratamento mais adequado. A interação, sobretudo, se tornaria ainda mais significativa nas doenças de ordem funcional em que o paciente deseja explicar ao médico todas as características do seu estado patológico, desde a forma e o contexto onde a doença se manifestou, até as implicações biopsíquicas que agora ela revela.

Assim, torna-se fundamental que haja entre médico e paciente um processo interativo capaz de proporcionar oportunidades para o levantamento dos elementos que desencadearam o estado patológico e, a partir daí, para a evolução do tratamento clínico.

O "rapport", a atmosfera psicológica e a receptividade mútua sobretudo por parte do médico em relação ao paciente, seriam recursos facilitadores de uma interação humana, criativa e eficaz.

3.2. Nessa mesma linha de pensamento, seria válido explicitar que o diálogo - onde médico e paciente se reconheçam como pessoas, independentemente de suas condições sociais, econômicas, profissionais e de saúde - implica na consciência de que entre duas autonomias só cabe o compromisso recíproco do respeito mútuo.

3.3. Como decorrência dessa conclusão acima, surge a necessidade de ambos, médico e paciente, saberem "ouvir" o outro. Na interação, com freqüência este desempenha um papel passivo, de aceitação quase automática das impo

sições do médico. O aparato tecnológico que ele presencia e a linguagem "complicada" que o médico utiliza, entre outros fatores, conduziriam o paciente a reagir de forma passiva di ante das determinações com respeito ao diagnóstico e ao tra tamento. É óbvio que não se pretende desejar aqui que o pa- ciente se coloque numa postura de contestação gratuita em fa- ce das declarações do médico. Sugerir-se-ia, entretanto, que o médico considere o paciente não como um mero receptor pas- sivo de suas imposições, mas como alguém que também possui algo a declarar sobre a situação pessoal que está vivendo e que, por isso, precisa ser ouvido.

3.4. Finalmente, "ouvir", por parte do médico, se constituiria numa exigência mais radical nas aplicações das técnicas de anamnese. Estas técnicas têm sido utilizadas a partir de modelos elaborados com base em questões fecha- das, isto é, não têm permitido ao paciente uma fluência mais livre, sobretudo naquelas circunstâncias em que o número de atendimentos se mostra elevado. Se as questões já estão pron- tas, sem abertura à flexibilidade no desenvolvimento do rela- cionamento, o médico receberá respostas limitadas ao teor das questões. Muito provavelmente, não conseguirá perceber certas nuances e o significado existencial de determinados estados patológicos e não conseguirá perceber a profundidade da situação emocional do paciente. Estes elementos, contudo, tanto poderiam ser úteis a nível do diagnóstico e da escolha do tratamento que de fato conviriam ao caso, como também

proporcionariam economia de tempo e de energia. Uma história clínica mal colhida não permitirá um diagnóstico completo e exigirá que o paciente retorne, demandando mais desgaste des necessário tanto do médico, como do paciente - fatores es-tes que poderiam em parte ser evitados mediante a prática de uma educação médica de acordo com as sugestões aqui suscitadas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 . BALINT, Michael. *The Doctor, His Patient And The Illness*
New York : International Universities Press, Inc.,
1973.
- 2 . BOERICKE, Garth. *A Compend Of The Principles Of Homoeo-
pathy For Students In Medicine*. New Delhi : World Ho
moeopathic Links, 1980.
- 3 . BRAGA e COSTA, Sylvio. "Prefácio Brasileiro". In HAHNE-
MANN, Christian F. Samuel. *Organon da Arte de Curar*.
Trad. de Eric Gr en, da 6.^a ed. alemã. São Paulo : Gru
po de Estudos Homeopáticos B.M., 1980.
- 4 . BRITANNICA, Encyclopaedia. "Homoeopathy". In *The New Vo
lumes Of Encyclopaedia Britannica*. 10.^a ed. London :
The Times Printing House, 1902.
- 5 . BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Introd. e Trad. de Newton Aqu
iles Von Zuben. São Paulo : Cortez & Moraes Editores,
1974.
- 6 . BÜHLER, Charlotte. "Psicologia Existencial e Humanista :
Respostas a Desafios Contempor neos". In GREENING,
Thomas C. *Psicologia Existencial Humanista*. Trad. de
Eduardo de Almeida. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
- 7 . CLOVER, Anne M. "The Origins Of Anxiety As Relevant To
Homoeopathy". In *The British Homoeopathic Journal*.
London : Faculty Of Homoeopathy, Vol. 71, n  3, 1982.
- 8 . COMBS, Arthur W. "New Concepts Of Human Potentials : New

- Challenge For Teachers". In ROBERTS, Thomas B. (Ed.). *Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal*. New York : Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975.
- 9 . DEMARQUE, Denis. "A Homeopatia - Terapêutica Personalizada". In *Revista da Associação Paulista de Homeopatia*. São Paulo : Rumo Gráfica Editora, 1981.
10. HAHNEMANN, Christian F. Samuel. *Organon da Arte de Curar*. Trad. de Eric Grünen, da 6^a ed. alemã. São Paulo : Grupo de Estudos Homeopáticos B.M., 1980.
11. HARMAN, Willis W. "O Futuro da Perspectiva Existencial-Humanista em Educação". In GREENING, Thomas C. *Psicologia Existencial-Humanista*. Trad. de Eduardo de Almeida. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
12. HERING, Constantine. In BOERICKE, Garth. *A Compend Of The Principles Of Homoeopathy For Students In Medicine*. New Delhi : World Homoeopathy Links, 1980.
13. JAPIASSU, Hilton Ferreira. *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro : Imago, 1976.
14. KENT, James Tyler. *Filosofia Homeopática*. Trad. do Inglês por Augusto Vinyals Roig. Madrid : Casa Editorial Bailly-Bailliere, 1980.
15. KOHLBERG, Lawrence and MAYER, Rochelle. "Development as the Aim of Education". In *Harvard Educational Review*, Vol. 42, nº 4, nov., 1972.
16. LAING, Ronald D. In MAY, Rollo. *Psicologia Existencial*. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Editora Globo, 1974.

17. LINHARES, Waltencir. *ABC da Homeopatia*. São Paulo : Tipografia Vaney, 1979.
18. MARIM, Matheus. "Homeopatia, uma Ciência Médica de 190 Anos em Busca de Afirmação - A Lei Natural da Cura". In *Folha de S. Paulo - Folhetim*, 1981, Março, 22, nº 218.
19. MASLOW, Abraham H. "Psicologia Existencial - O Que Há Nela Para Nós ?". In MAY, Rollo. *Psicologia Existencial*. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Editora Globo, 1974.
20. ————. "Some Educational Implications Of The Humanistic Psychologies". In ROBERTS, Thomas B. (Ed.). *Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal*. New York : Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975.
21. MATSON, Floyd W. "Teoria Humanista : A Terceira Revolução em Psicologia". In GREENING, Thomas C. *Psicologia Existencial Humanista*. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
22. MAY, Rollo. *Psicologia Existencial*. Trad. de Ernani Pereira Xavier. Porto Alegre : Editora Globo, 1974.
23. MAYER, Elizabeth Lloyd. "Frederick Perls e a Gestalt Terapia". In FADIMAN, James e FRAGER, Robert. *Teorias da Personalidade*. Trad. de Camila P. Sampaio e Sybil Soffie. São Paulo : Harper & Row do Brasil, 1979.
24. MOUNIER, Emmanuel. In SEVERINO, Antonio Joaquim. *A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier*. São Paulo : Saraiva Editores, 1974.
25. PERESTRELLO, Danilo. *A Medicina da Pessoa*. Rio de Janeiro

ro : Livraria Ateneu, 1974.

26. PIAGET, Jean. *Psicologia e Epistemologia - Por Uma Teoria do Comportamento*. Trad. de Agnes Cretella. Rio de Janeiro : Forense Univ. Editora, 1978.
27. ROBERTS, Thomas B. (Ed.). "Humanistic Psychology". In *Four Psychology Applied To Education: Freudian, Behavioral, Humanistic, Transpersonal*. New York : Halsted Press Division, John Wiley And Sons, 1975.
28. ROYCE, Joseph. "Three Ways Of Knowing And The Scientific World-View". In *Methodology and Science*. Vol. 11, 3, 1978.
29. SARANO, Jacques. *O Relacionamento com o Doente - Dificuldades e Perspectivas no Relacionamento entre Terapeutas e Clientes*. Trad. de Herley Mehl. São Paulo : E.P.U., 1977.
30. SEVERINO, Antonio Joaquim. *A Antropologia Personalista de Emmanuel Mounier*. São Paulo : Saraiva Editores, 1974.
31. SILVA, Maria da Glória Ribeiro da. *Prática Médica : Dominação e Submissão*. Rio de Janeiro : Zahar, 1976.
32. VON ZUBEN, Newton Aquiles. "Introdução". In BUBER, Martin. *Eu e Tu*. Introd. e Trad. de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo : Cortez & Moraes Editores, 1974.
33. WEINMAN, John. *An Outline Of Psychology As Applied To Medicine*. London : Wright, 1981.

RESUMO

TÍTULO : O RELACIONAMENTO MÉDICO - PACIENTE : IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS

AUTOR : FLORINDO STELA

O presente estudo pretendeu colocar em pauta a questão das implicações educacionais contidas no relacionamento médico-paciente, por ser esta uma área potencialmente significativa e pouco explorada pela psicologia da educação.

Foram estabelecidos alguns propósitos iniciais que se mantiveram no centro das preocupações, de forma explícita ou implícita, no decorrer de todo o trabalho.

Em primeiro lugar, foi proposta a ampliação da discussão em torno da necessidade de o médico ver o doente como pessoa, numa abordagem compreensiva, holista, do ser humano. O respeito pela pessoa doente exige que o médico supere a concepção fragmentária, tradicionalmente adotada e que consiste em ver apenas a doença ou em admitir o paciente com determinados órgãos afetados ou como um recipiente de medicamentos. A necessidade desta superação baseia-se no fato de que o doente, como qualquer pessoa, precisa ser compreendido como um ser integral, em sua unidade biopsíquica e no contexto do seu universo de relações.

Outro propósito constituiu-se na tentativa de se evidenciarem as possibilidades educativas inerentes à ação médica, mas nem sempre percebidas ou vivenciadas, comprometendo sua dimensão humana e afetando sua eficácia mais completa. Estas possibilidades educativas se tornam manifestas quando o médico, além de compreender o paciente como uma pes

soa integral, é também capaz de estabelecer com ele uma relação dialógica, recriada a partir do respeito mútuo.

No início do trabalho foram apresentadas algumas considerações a respeito de um imperativo científico e metodológico, qual seja, da interdisciplinaridade, inferindo-se a necessidade inarredável deste enfoque para integrar Educação e Saúde.

Em seguida, buscou-se, na relação "Eu-Tu" e no "Personalismo", um conjunto de contribuições que pudessem imprimir ao trabalho um sentido mais profundo da relação médico-paciente. Enfoques estes que foram acrescidos das proposições fornecidas pela Psicologia Existencial Humanista.

No capítulo seguinte, procurou-se direcionar este tipo de análise para uma abordagem mais específica do relacionamento médico-paciente, destacando-se aqueles elementos significativos presentes nesse processo interativo. Verificou-se que o médico, ao prescrever um medicamento, também estaria prescrevendo sua própria pessoa, ou seja, haveria a interferência da "substância médico" no relacionamento médico-paciente. Procurou-se ainda enfatizar o potencial educativo existente na ação do médico quando este se propõe a orientar o paciente no sentido da mudança daquelas atitudes que o estariam conduzindo para a determinação do seu estado patológico. Por outro lado, o médico também recebe as solicitações de mudanças na sua maneira de diagnosticar, de medicar e de ser que o paciente lhe proporciona, pois este, ao mesmo tempo, estaria despertando no médico a necessidade de aprimoramento da sua própria conduta como pessoa e como profissional de saúde.

O vazio que muitas vezes pode se instaurar nos contatos médico-paciente, pode disparar no médico, consciente ou inconscientemente, uma sensação indefinível de perda de substância da sua ação. Este fator provocaria uma rotina semelhante à ilusão do burocratismo, ou, o que será mais significativo, uma reflexão de como redimensionar este relaciona

mento, como modo de realização humana e profissional.

Também se inseriu um estudo da Homeopatia por ser esta uma área da pesquisa e da clínica médicas que tem se preocupado de forma intensa em compreender e valorizar a pessoa como uma totalidade integrada e de onde o médico pode emergir como educador do paciente, além de clínico.

A nível de conclusão, foram efetuadas algumas propostas no sentido do aprimoramento do relacionamento médico-paciente, com base nas sugestões provenientes da abordagem holista do doente desenvolvida no decorrer do trabalho. Nesse contexto, destacou-se a necessidade de que o médico assumira sua função também de educador, sobretudo naquelas circunstâncias em que o processo de cura e as medidas preventivas impliquem em mudanças de atitudes por parte da pessoa doente. Antepõe-se-lhe a opção por uma das alternativas de educar ou deseducar como modo de realizar-se ou de frustrar-se, em seu crescimento como pessoa que se desenvolve para desenvolver, na reciprocidade fecunda dos efeitos interativos de uma relação em dimensão desejável. O paciente é ou pode ser também um educador.

Estas sugestões a nível educacional trazem a expectativa otimista de que o médico seja capaz de perceber a dimensão do seu relacionamento com o paciente e se faça disponível para estabelecer com ele uma relação dialógica e de observador participante e que se torne apto a induzir no paciente as necessárias mudanças de atitudes. Ao mesmo tempo o médico deve estar apto a antecipar ou concomitantemente estabelecer mudanças em sua própria maneira de ser e de efetuar sua prática clínica, tendo em vista, sempre, o respeito pela pessoa como uma unidade integrada e dinâmica e a amplitude do sentido de vida como homem e como profissional de saúde.