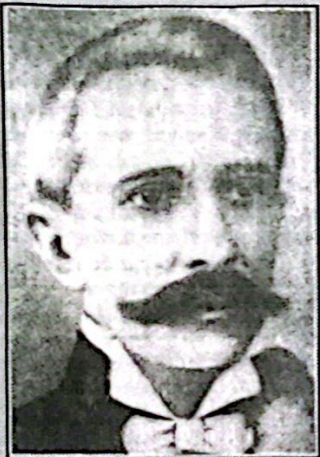




Pedro Henrique
Miranda Fonsêca *

O SANITARISTA NINA RODRIGUES



Nina Rodrigues (1862 - 1906)

* Médico e membro da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.

Uma das facetas da obra de Nina Rodrigues é a sua preocupação com a Saúde Pública, preocupação essa que se manifestou bem cedo, pois, quinto-anista de Medicina, publicou em 1886 "A morphea em Anajataba - Maranhão", folheto de 16 páginas in 8º, onde já se evidencia sua inquietação com os fatores sociais relacionados à doença. Isto lhe valeu o cognome de "Pai da Medicina Social no Brasil", dado por Hilário Veiga de Carvalho (Prefácio à obra Medicina Social, São Paulo, Editora da USP/ Secretaria da Segurança Pública de São Paulo, 1964, página 7).

Ampliando seus estudos sobre o mal de Hansen, publicou, alguns anos mais tarde, "Contribuição para o estudo da lepra na província do Maranhão" (Gazeta Médica da Bahia volumes VI, VII, 1888/90). Aliás, em relação à hanseníase, o seu interesse também fora despertado por uma razão familiar, pois tinha uma irmã que sofria desse mal (Lamartine de Andrade Lima - Roteiro de Nina Rodrigues, Salvador, Centro de Estudos Afro-orientais da UFBA, 1980, página 2).

Estudou a hanseníase também na Bahia, Estado onde se radicou, traçando-lhe a frequência nos diferentes grupos étnicos e distribuição geográfica, chamando a atenção para o fato de que a doença, nesse Estado, não respeitava a condição social, acometendo também pessoas da alta sociedade "... que viviam cercadas das melhores condições higienicas." (Brasil-Médico 5, 1891, página 31).

Desse seu trabalho vale transcrever, para refletirmos, o seguinte trecho: "Devemos confessar. Tem sido mais o egoísmo por temor do contágio do que os impulsos generosos da ciência, ou um simples sentimento de caridade que neste paiz há produzido o pouco que se tem feito pelos leprosos. Esse zelo supposto tem fluctuado sempre à mercê do favor que encontra na opinião pública a afirmação ou a negação do contágio." (Ibidem, página 31).

Em 1891, durante as discussões que se travavam para a elaboração do Serviço Sanitário no Brasil, publica "A organização do serviço sanitário no Brasil" (Brasil Médico 5: 331 - 332, 336 - 338, 1891), onde defende a administração estadual centralizada, com uniformidade da legislação sanitária no país, sem, contudo, representar esta centralização uma peia para o serviço: "Combateremos sempre com energia todas as organizações centralizadas que se modelarem pelo complicado sistema de absorção e asphyxia que constituiriam os erros capitais das Organizações Sanitárias do Império." (Brasil-Médico 5, 1891, página 337).

Explicando o que chamou de administração estadual centralizada, assim se manifesta: "... a centralização sanitária bem compreendida repousa de implicar uma subordinação razoável e nunca uma absorção completa dos poderes locais." (Ibidem, página 338). Encerra este estudo com um voto de fé e, coisa rara, sem personalismo, que bem deve servir de exemplo, pois este, infelizmente, muito tem atrapalhado a nossa evolução: "Dominados, como nos achamos, pelo mesmo desejo ardente de ver dotado o nosso paiz de uma boa organização sanitária, devem ser mais aparentes do que reais as divergências que nos separam." (Ibidem, página 338).

Quanto à transferência para o município das responsabilidades sobre a Saúde Pública, lembra que uma lei de 30 de agosto de 1828 já o fizera. Entretanto as municipalidades não cuidaram absolutamente dos seus encargos ficando a higiene pública no mais completo abandono, preparando-se terreno fértil para receber as epidemias de febre amarela que começaram a nos assolar a partir de dezembro de 1849. (Brasil-Médico 5, 1891, página 332).

Denuncia em seu artigo "A febre amarela" (Gazeta Médica da Bahia 23: 289 - 295, 1892)

o completo abandono em que se encontrava a Saúde Pública na Bahia: "... a responsabilidade recahe inteira sobre a incúria e lamentável desprezo com que em matéria de hygiene publica o governo do paiz tratou sempre as questões mais sérias e momentosas.

Condescender, porém, com um estado de cousas que não deve, que não pode se manter por mais tempo, seria mais do que uma falta, seria um crime confessável."

Vemos por aí que o descaso dos governos com a Saúde Pública é histórico, aplicando-se muito bem ao caso a máxima: "Não é a História que se repete, os homens é que continuam a fazer as mesmas coisas."

Denuncia também a ausência de recursos da Saúde do porto para organizar um serviço de quarentena; o hospital mal situado e também sem os recursos necessários para executar bem a sua função; a desinfecção mal feita, não inspirando a menor confiança. Isto tudo numa cidade (Salvador, final do século XIX) com "... condições higienicas detestáveis de uma cidade sem esgoto, sem abastecimento d'água sufficiente, de uma edificação sem o menor respeito aos princípios higienicos mais elementares, com uma população em sua grossa maioria sem uma educação feita nos hábitos do acao domiciliario;

Adicionem-se por outro lado, a desarmonia e as desintelligencias de repartições sanitárias dependentes de administrações diferentes, uma federal, outra estadual;

E se adquirirá a convicção de que atingimos a mais lamentável das anarchias no serviço sanitário, revelando-se o mais completo desprezo pela hygiene publica, apenas acobertado com promessas de medidas sanitárias que não se realizarão..." (Gazeta Médica da Bahia 23, 1892, página 292).

Em outro estudo, "Organização de um serviço demographo-sanitário" (Brasil-Médico 7: 384 - 385, 1893), ressalta o valor das estatísticas para os planejamentos da Saúde Pública, cita a máxima de Jacques Bertillon: "A demografia é o juiz da hygiene" e continua: "Por conseguinte, sem a eloquência dos algarismos, sem poder invocar em seu auxilio a demonstração palpável e incontrastável dos números, por mais esforçado e competente que pudesse ter sido o higienista brasileiro, jamais teria conseguido justificar sufficientemente as exigências dos serviços de sanidade, sempre muito onerosos para os cofres públicos." (Ibidem, página 384).

Em relação à municipalização dos serviços sanitários, lembra ainda que os obstáculos que cercam este tipo de organização são inúmeros: "Em primeiro lugar, as influencias locais e n'este paiz a formidável potência eleitoral, constituirão sempre um obstáculo invencível à realização de medidas que terão muitas vezes de ferir interesses particulares. A falta de recursos pecuniários não é um embaraço menor. E em casos de flagellos epidemicos são de imperiosa necessidade medidas harmonicas e de conjunto que a descentralisação nunca poderá fornecer. Finalmente n'um paiz como o nosso, só nas capitais dos estados e em poucas cidades mais se encontrará pessoal habilitado para desempenhar e promover a realização das medidas higienicas (Brasil-Médico 5, 1891, página 332).

Dando parecer para o Conselho Geral de Saúde Pública da Bahia, juntamente com os médicos Eduardo Gordilho Costa e Eduardo Araujo, propõe a criação de um corpo de médicos verificadores de óbitos (embrião dos Institutos Médico-Legais), de cujos diagnósticos se confeccionariam as estatísticas de mortalidade, fato já corrente então em diversas cidades da Europa. (Brasil-Médico 7, 1893, página 401).

Insurge-se contra o artigo 74 do Regulamento do Registro Civil que permitia que o atestado de óbito fosse passado por duas pes-

soas qualificadas que tenham presenciado ou verificado o óbito, quando no lugar do falecimento não houver médico ou cirurgião. (Ibidem, página 401).

Advoga a adoção de uma nomenclatura nosológica rígida, evitando-se, desta forma, duplos termos para uma mesma doença, o que muito dificulta a confecção das estatísticas.

As estatísticas de mortalidade geral, morbidade e mortalidade dos hospitais, enfermarias, asilos, hospícios e todos os serviços de assistência médica, bem como as de natalidade, deveriam ficar a cargo da Inspeção de Higiene, além de dados sobre vacinação e revacinação, sendo-lhe fornecidos ainda mapas sobre observações meteorológicas, análises bromatológicas, etc.

Essa mesma comissão (Nina Rodrigues, Eduardo Gordilho Costa e Eduardo Araujo) elaborou o Regulamento do Serviço de Estatística Demographo-sanitária da Inspeção de Higiene da Bahia, que foi aprovado com ligeiras modificações pelo Conselho Geral de Saúde Pública.

O abastecimento de carnes verdes em Salvador também mereceu sua atenção. Examinou rigorosamente os matadouros, denunciando, pela imprensa diária, as suas detestáveis condições e sugerindo os principais melhoramentos que exigiam.

O seu trabalho "Administração sanitária no Brasil" (Brasil-Médico 9:344 - 345, 359 - 360, 366 - 367, 1895; 10: 8 - 10, 1896), apesar de decorrido um século, apresenta ainda hoje, infelizmente, grande atualidade. Senão, vejamos: "Está prestes a encerrar-se a presente sessão annual do parlamento estadual bahiano. E ainda uma vez hão de ser preteridos e sacrificados os interesses da hygiene publica às conveniências partidárias que de todos os tempos searrogam, no paiz, o direito de definir a importância dos assumptos legislativos e marcar-lhes a precedência na ordem em que devem ser attendidos.

O parlamento estadual tratou de tudo. Mas as repartições sanitárias estoadoais, que até hoje só tem tido uma existência puramente nominal, em vão reclamaram meios que lhes dessem utilidade prática.

Em uma palavra - continua Nina Rodrigues - a repartição sanitária não tem outra existência além das que lhe dão a letra da lei que as criou e o escasso pessoal que as dirige na tarefa ingrata e affanosa de um expediente rico de officios palavrosos e de ordens escriptas que ninguém cumpre, nem leva a sério. (Página 344).

Nas iminencias de invasões epidemicas, clama a opinião pública, o governo agita-se, pede planos de medidas sanitárias, o Conselho de Salubridade se reúne, e, após largas discussões, escreve um parecer que encerra invariavelmente uma larga enumeração de medidas urgentes porque tudo falta. Mas o governo tranca o parecer, declara que o parlamento não votou créditos, serena-se pouco a pouco a agitação pública e tudo volta à morna apathia moral em que vivemos." (O grifo é nosso).

Neste mesmo artigo volta a criticar a descentralização municipal da Saúde Pública e o falso espírito liberal que a norteia: "... miragem illusoria de falsos princípios liberaes - princípios que tanto fallam ao espírito das massas e ao animo desprezavido dos legisladores incompetentes, - poreja por todos os lados quando se aperta em cerrada analyse os fundamentos em que elle descansa." (página 345).

Defende uma centralização poderosa da administração sanitária em nível federal, com sanções severas e eficazes para as infrações das prescrições sanitárias.

Hoje, cem anos após a publicação desses trabalhos de Nina Rodrigues, convém refletirmos sobre as suas idéias, bem como questionarmos as razões da permanência das coisas que ele viu e denunciou.

Há várias maneiras de ver a medicina. Há modos diversos de ver o médico.

Uma dessas maneiras é a tradicional. O médico de que nos lembramos em nossa infância. O médico que assistiu ao nascimento de um irmão, que cuidou de nossa dor de garganta, que, certa noite, veio à nossa casa para atender um mal-estar indefinido de nossa mãe; o médico que assistiu à morte de algum parente querido.

Era o médico.

Figura tranqüila, fala mansa, gestos pausados.

Conhecia todas as doenças e seus correspondentes remédios. Não tinha dúvidas, não tinha pressa, não tinha angústias. Boa posição social, economicamente estável, respeitado pelo seu saber.

Era o médico. O bom e querido médico de família.

Imagem boa mas imprecisa. Um pouco romântica demais.

Em parte correta, em parte fruto da imaginação e da nostalgia.

Outra maneira de vê-lo é através do pensamento mágico: o médico como fiura mística, o médico herói. O homem capaz de transplantar corações, que coloca dispositivos eletrônicos no cérebro humano; que mexe em cromossomas e muda o curso de doenças inexoráveis; que recebe celebrações para, com seu toque genial - e à custa de muitos dólares - mudar-lhes, de leve, a curva do nariz.

É o homem que dá entrevistas à televisão e é notícia de jornais. Rico, famoso, influente, está acima - muito acima - da média dos homens comuns.

É uma visão mágica. Tem muito pouco a ver com a realidade.

Outra imagem é a que se forma a

partir da imprensa diária. O médico relapso que atende mal e por curtíssimo tempo nos postos de saúde; o irresponsável que deixa crianças morrerem na fila de espera, porque acabou sua hora de serviço; o pilantra que cobra para internar em hospital do INPS; o malandro que fraudava a previdência.

É o médico mau caráter. Infelizmente, tem alguma coisa de verdade mas, nem de longe, representa a classe a que pertence. É uma exceção. Uma execrável exceção.

Todos esses modelos que acabei de apresentar são clichês. Modelos estereotipados, falsos, incompletos, românticos, fantásticos. Têm muito pouco a ver com a medicina verdadeira. Praticamente, não têm nada com a medicina que vai ser apresentada neste curso. Medicina que é vivida no dia-a-dia, criada, feita e refeita a toda hora, repleta de contradições, dúvidas, hesitações; medicina que tem mil portas abrindo para mil direções diferentes. Medicina viva em que os conceitos são transitórios e a verdade não passa de uma hipótese fugaz. Medicina sem limites, cheia de perguntas não respondidas e de respostas que não satisfazem; medicina nunca acabada, sempre por se fazer.

Medicina praticada por profissionais sérios - na maior parte das vezes, modestos e competentes. Médicos que trabalham duro - 12, 14, 18 horas por dia -, que entram pela noite a dentro

trabalhando e, com frequência, continuam o dia seguinte, sem interrupção. Médicos cansados. Médicos tensos pela incerteza de um diagnóstico, angustiados pela má resposta a um tratamento, amedrontados com a possibilidade de um erro que pode ser fatal. Médicos atormentados por se sentirem sós, sós para tomar uma decisão da qual vai depender a dor ou alegria, a vida ou a morte de um seu semelhante.

Médico em que a emoção varia rápida e amplamente da grande alegria à tristeza profunda, do orgulho à percepção de impotência, da glória ao fracasso, do entusiasmo à desesperança, do zênite ao nadir.

Médico de poucas horas de descanso, de férias adiadas ou interrompidas; médico que tem dificuldade para trocar seu carro ou comprar sua casa, muitas vezes, até mesmo, para sustentar os filhos na universidade. Médico que envelhece e se aposenta com um salário ridículo. Homem que, apesar disso tudo, trabalha com dedicação e, quase sempre, com alegria e orgulho pelo serviço que faz.

Medicina não é uma ciência. Medicina é a arte de aplicar ciência e tecnologia para a prevenção e cura de doenças. Medicina é, ao mesmo tempo, arte e ciência.

Durante toda a história, as artes, ofícios e ciências, foram muito influenciados pelo ambiente político e econômico. A medicina não escapou a

essa regra. Infelizmente, todos sabem vivemos num tempo e lugar em que as condições da política e economia são muito ruins. Isto tem feito um mal enorme ao trabalho do médico. A remuneração é baixa, o que obriga a longas jornadas de serviço; as escolas, os hospitais, os lugares de estudo e trabalho, com frequência, são precários, o que prejudica a formação do profissional e a qualidade do seu atendimento.

Além disso, hoje, em nosso meio, dá lobo falar mal de médico. A nossa sociedade com suas falhas, distorções, mazelas e contradições, escolheu a classe médica para ser um de seus bodes expiatórios.

Dizem que somos orgulhosos e autoritários.

Sim, de fato, sou orgulhoso. Tenho um grande orgulho pelo que faço. Não o orgulho vazio - que se confunde com arrogância e presunção - daquele que pouco sabe e pouco tem para dar. Tenho orgulho dos meus muitos anos de estudo e treinamento, de minha clínica, de meus alunos, de meus colegas.

Tenho orgulho porque sou capaz de realizar prodígios que só aqueles que praticaram a arte e estudaram as ciências médicas são capazes de realizar: sou capaz de aliviar a dor e a angústia; com outros elementos que não a saliva e o barro sou capaz de repetir a cena bíblica e fazer com que cegos vejam, com que mudos falem, que surdos

onalista de Bilac, ao civilismo de Rui, à Liga Nacionalista e ao Partido da Mocidade, de Eurico Branco Ribeiro. E assim lutou até a concretização da Universidade de S. Paulo com Júlio de Mesquita F^o, Armando de Sales Oliveira, Ernesto Leme, A.C. Pacheco e Silva.

Catedrático da Escola de Arnaldo, seguidor das diretrizes da Universidade de Johns Hopkins, Baltimore, e do Instituto Oswaldo Cruz, de Manguinhos. Jornadeia pela Europa e América do Norte em projetos para a ereção da cidadela médica do Araçá. Recolhe elementos para planos de um centro de ensino médico em que houvesse congregações dos laboratórios com o hospital.

Em 1930 as tropas da ditadura tentam acantonar no edifício da Faculdade em construção. Só restou a figura impávida de Ernesto a impedir seu ingresso "On ne passe pas", por esta porta ninguém entra: os soldados se retiraram para os lados do Instituto de Higiene.

Escreva correito, deixou-o: re-

A Profissão Médico

* Hudson Hubner França

**Ernesto
de Souza
Campos**

Duílio Crispim Farina

Da antiga "Campinas do Mato Grosso", inserta no Caminho das Minas dos Goias, Vila de S. Carlos, Terra de Barreto Leme, fulgente afirmação da civilização dos Paulistas, a Providência brindou Piratininga com um homem de prol, nomeada e de não menos sabença.

De antigas cepas, Ernesto de Souza Campos herdaria do progenitor, o médico doutor Antônio, as virtudes de uma grei, premissas do amanhã promissor, certezas dos dias futuros, desvelos e renúncia, ciência e cultura, civismo, componentes essenciais do lidador imbatível sempre a unir, congregar, sonhar, programar, executar, erigir.

O sábio professor Bernardo Houssay, prêmio Nobel de Medicina, ao decantar ser Ernesto de Souza Campos homem mais versado nas questões referentes ao moderno ensino médico referiu: "precisaríamos de várias vidas para realizar o que fez em apenas uma". Existência laboriosa. Formar-se-á na Escola Politécnica em 1906; na Fac. de Medicina de S. Paulo, 1^a Turma em

1918. Levará já que fora participe da fundação do Grêmio Politécnico em 1906, a centelha de um ideal, ao fundar e estruturar o Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, em 1913, na então Fac. de Medicina e Cirurgia, sediada no casarão do Brigadeiro Tobias, e nos solares de Almeida Lima, e Paes de Barros, na rua que reverenciava Tobias de Aguiar e que fora do Seminário.

A passagem pela Casa de Paula Souza será marcante e influenciará seus passos, sua obra imensa de planejamento e construção de edifícios, hoje cimérios da arquitetura, peças essenciais da Memória Histórica. O prédio majestoso da Fac. de Medicina de S. Paulo na colina do Araçá, o projeto do Hospital das Clínicas, a praça de Esportes do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, a Cidade Universitária, nosocômios vários, e edifícios, templos de ensino, e casas santas para minorar a dor e aliviar o sofrimento.

Membro de antiga confraria prestigiosa do dístico da mocidade estudiosa, amar a liberdade acima de todas as coisas: integrou-se à campanha naci-

A segunda fonte de minha autoridade é a moral.

A tradição hipocrática exige que o comportamento do médico seja irrepreensível. Tudo que o médico faz e aconselha deve ser socialmente correto e individualmente bom.

A terceira fonte é a carismática.

É o dom de que fala o apóstolo Paulo em sua primeira carta aos coríntios. Para se exercer bem a arte médica, não é suficiente que se tenha grande inteligência, cultura ou disposição para o trabalho. É preciso ter carisma, vocação. É preciso carisma para não só compreender mas, também, assumir o sofrimento do próximo; é preciso dom para infundir num homem com angústia, um pouco de paz; é preciso graça para curar ou, pelo menos, aliviar.

Se você, meu caro amigo, não tiver esses dons, não venha para a medicina. Se vier, poderá até completar o curso, conseguir o diploma, talvez ganhar dinheiro ou fama, mas nunca, nunca será verdadeiramente médico.

Porém, se você possuir esses dons, se tiver disposição para o trabalho e estudo, se tiver desprendimento para se doar e, principalmente, se tiver compaixão e amor pelo próximo, então venha e junte-se a nós: aqui, em nosso meio, na medicina, você encontrará o campo e os instrumentos necessários para sua realização pessoal e profissional.

(*) Hudson Hubner França é professor titular de cardiologia na faculdade de medicina de Sorocaba e diretor geral do centro de Ciências Médicas de Sorocaba.

miniscências dos dias iniciais da escola médica, memória prodigiosa, perquiridor incansável de nosso antanho em que se evidenciam os dotes de historiador. Cultura humanística polimorfa, escreve sobre o Japão, a ombrear-se com as obras de Miguel Couto, Bruno Lobo e Luis Guimarães. A Misericórdia Paulistana, a Universidade de S. Paulo, a Santa Casa de Santos, a Ordem de Malta, os Livros de Horas, Oxford, Cambridge, Sorbonne, Coimbra, Bolonha merecem sua atenção em tomos pertinentes, plenos de erudição. Com elas vai adentrar o Inst. Histórico e Geográfico de S. Paulo (seu presidente no período de 1950-56) e a Academia Paulista de Letras, onde tomou assento, recebido pelo egrégio Ernesto Leme, na Cadeira que tem como patrono Pedro Taques e em que foram antecessores Basílio de Magalhães e Fernando Nobre.

Ministro de Estado dos Negócios de Educação e Saúde (1946), Interino da Justiça, Embaixador Especial, lente universitário, formador de escola de microbiologia e Micologia, colecionador

de arte, louça, Companhia das Índias, da China e do Mikado, liberal, Constitucionalista, revolucionário de 1932, honrou seus pares, a sociedade e glorificou os amados chãos paulistas. A atingir vértices dificilmente atingíveis, e impossíveis de serem ultrapassados, ficará alumiando um alto momento da Universidade e da Inteligência no Brasil.

Neste dia maior, 1º de novembro de 1994, 1º centênio de fundação do IHGSP, o eminente presidente Hernâni Dorato, tão grande em suas realizações como em sua generosidade, distinguiu o epígono, antigo aluno, discípulo de Ernesto de Souza Campos para expressar a gratidão da coletividade de historiadores de Piratininga por ter sido magno presidente e insigne responsável pela ereção deste prédio que passa a ter seu nome, por méritos e justiça. Ave presidente Ernesto Souza Campos, Ave IHGSP.

(*) Duílio Crispim Farina é médico, membro da Academia Paulista de Letras e Academia Paulista de História.

Pesquisa Inútil e Perversa

—Irany Novah Moraes



França - novembro de 1959. Temperatura gélida, 20º Centígrados negativos, neve intensa. Dias curtos, escuros e encobertos emoldurando Strasbourg - na Alsácia, linda, maravilhosa! Em toda parte se vê a evidência da Guerra: até as reconstruções, evidenciando o contraste entre o velho e o novo reconstituído, mostra a lesão da Guerra! Nos campos circunjacentes, sobre enormes escombros cobertos de neve, estavam os fantasmas dos tanques de guerra, caminhões militares tombados e abandonados ao lento. No céu encoberto, o ruído contínuo e aflitivo de vôo militar permanente. Vigorava a lei do terço, pela qual a aviação aliada mantinha parte das aeronaves no ar, indo e vindo em direção ao país inimigo mais próximo, a Checoslováquia, para precaver-se de ataque, de surpresa. O ruído dava impressão da guerra contínua. Era angustiante, triste e temeroso... Foi com o que me deparei ao chegar na Universidade de Strasbourg para usufruir uma bolsa de estudos que havia conquistado do Governo Francês/Capes para trabalhar no Serviço de Cirurgia Vascular de Leriche - já na ocasião do Prof. René Fontaine.

Coube-me pesquisar a irrigação do nervo ciático. Para tal fui atualizar os conhecimentos na Anatomia, na qual o Prof. Pierre Meyer acabara de conquistar a Cátedra. Fiz com ele sua primeira visita geral ao Laboratório.

A visita chocou-me profundamente. Num corredor com vitrines altas, tomando toda a extensão das paredes, numa construção de pé direito elevado, as janelas refletindo o brilho da neve, conservávamos, o Prof. Meyer e eu, o mais absoluto silêncio. Quebrando-o, ele disse: é a primeira vez que retorno aqui. Estas peças nas vitrines são de um estudo de métodos de conservação da

cor da pele, feito pelo Coronel Hirt, aquele que ocupa esta cátedra, durante o período de ocupação nazista, o qual telefonava ao Campo de Concentração Strutof, aqui perto, requisitando indivíduos mortos por gás carbônico. Os falecidos pelo monóxido de carbono mantêm cor rosada, uma vez que a hemoglobina, combinada com o monóxido de carbono, torna-se estável no interior da célula, e assim, o cadáver mantém a pele rosada.

Vendo cada meia peça, em cubos de vidro, como quem vê o indivíduo, dizia seu nome, falava de sua profissão e indicava alguns com mais detalhes, como seus vizinhos. Reconhecia todos... O silêncio, a tristeza e as circunstâncias angustiavam-me, minha pele ficava cada vez mais eriçada. O mesmo "pesquisador" interessava-se, também, por outros assuntos, usando métodos estranhos como estudar o edema da desnutrição e, para tal, mantinha animais vivos em estado de fome absoluta.

Visitei em seguida o Porão da Anatomia, onde estava cravado na porta, a fogo, o Sinal da Justiça Francesa, que registrara naquele local trezentas mortes. O autor dessa tétrica façanha suicidou-se na Floresta Negra quando foi capturado!

O quepe que ilustra esse artigo, e a fotografia daquele homem, mostram que ele era um microcéfalo de grande periculosidade, que fez muita gente morrer numa pesquisa inútil que não levou a nada, apenas destruir, para o mal da humanidade - a nódoa da pesquisa perversa.

Irany Novah Moraes é Assistente Estrangeiro da Universidade de Strasbourg.

A dicotomia existente no exercício profissional da Psicologia e da Medicina é absolutamente contrastante com a afinidade existente entre estas duas disciplinas. Desenvolvendo uma tentativa de compreensão da dinâmica implícita nesta dicotomia, considero possibilidades práticas de intercâmbio interdisciplinar.

O enfoque das atuações dos profissionais em Psicologia e em Medicina nos coloca diante de uma repetição do distanciamento e disruptividade observados entre as especialidades médicas, as quais exibem um funcionamento como se fossem disciplinas estanques.

Em realidade, assim como as especialidades médicas não deveriam se constituir em abordagens recortadas de um paciente, sendo este um *continuum* biopsicossocial, a Psicologia e a Medicina não atingem na prática a integração desejável e necessária.

Na medida em que se viabilize uma colaboração interdisciplinar entre estes profissionais, estaremos na prática melhorando a relação médico-paciente, promovendo um melhor encaminhamento dos casos clínicos, assim como concretizando um intercâmbio profissional e pessoal extremamente produtivo para médicos e psicólogos.

Na maior parte das vezes, a distância e a falta de diálogo entre eles ocorre por um certo desconhecimento da área de atuação do outro, ou até por desconhecer as possibilidades variadas de contribuição. Sem dúvida alguma, o conhecimento é, neste caso, um instrumento importante contra antagonismos e rivalidades infundadas na maior parte das vezes.

Sejam psicólogos ou médicos, podemos nos sentir intimidados e demasiadamente exigidos se encarmos o diálogo com profissionais de outras disciplinas como uma obrigatoriedade de dominarmos e atuarmos como profissionais polivalentes. Esta interpretação deturpada é um dos fatores que produzem o nosso enclausuramento nas disciplinas e especialidades que não se comunicam, como defesa contra um nível de exigência que nos impondo absolutamente sem sentido.

Na medida em que o psicólogo puder ser olhado como um colaborador que traz seus conhecimentos específicos para serem integrados aos aspectos médicos, estará atuando na prática um intercâmbio que não tem por que ser temido ou repudiado. Se enquanto profissionais pudermos nos ouvir uns aos outros, com certeza estaremos aprimorando nossa capacidade de compreender também nossos clientes.

A prática clínica

Na prática, o médico é, em geral, o primeiro profissional procurado pelo paciente, e isto, na maior parte das vezes, independentemente da sintomatologia apresentada. É indiscutível que a forma como se processar este primeiro atendimento vai determinar todo o encaminhamento subsequente do caso.

Primeiramente é preciso que se tenha em mente que quem procura o médico é o doente, e como tal deve ser focado, não corre-se o risco de tratar a doença e não o doente.

"O médico trabalha não com doenças, mas com o doente, por isso deve considerar o ser humano na sua unidade". (Groddeck: "A doença como linguagem" - pg. 78)

O desaparecimento da figura do médico de família, assim como a escassez da figura do clínico geral, reflete, entre outros aspectos, a condição atual de privilégio das especialidades em detrimento do acompanhamento longitudinal e da visão de conjunto sobre o paciente. Em função disto, é imprescindível que cada profissional médico, independentemente da sua área de especialização, conte com sólidos conhecimentos básicos de Medicina geral e sobre aspectos psicossociais, de modo a estar apto a proporcionar um atendimento necessariamente mais amplo e completo aos pacientes.

Não podemos deixar de considerar que hoje em dia é o paciente quem se dirige com prioridade aos especialistas, buscando um atendimento creditado como mais aprimorado e valorizado, mas que muitas vezes pode incorrer em falta de visão de conjunto. Os motivos pelos quais isto tem se constituído em prática cada vez mais frequente, necessitaria uma análise detalhada dos aspectos sociais envolvidos. Psicologicamente, podemos dizer que muitas vezes é exatamente esta a conduta dos pacientes que não desejam se expor por inteiro na sua relação com o médi-

Psicólogo e Médico

* Eliane Michelini Marraccini

co. Entregam ao especialista somente uma parte de seu corpo para ser tratada, circunscrevendo assim a ação terapêutica a um campo por eles controlado, tentando impedir de modo inconsciente o acesso do médico a uma visão global de sua pessoa.

Não é infrequente que, por dificuldade de compreensão do que está se passando com o paciente, o médico acabe se escudando atrás da demanda de exames cada vez mais requintados e especializados, ou até realize um encaminhamento a médico ainda mais especializado, acreditando com isto completar os dados que sente estarem faltando para a total apreensão do que se passa com o paciente e para o estabelecimento do diagnóstico final.

É frequente haver uma fantasia opoente do paciente, de que sua doença possa ser curada magicamente e que possa ser o médico um concretizador desta fantasia, sem que na maior parte das vezes o profissional se aperceba disto. Isto promove dificuldades na relação com o paciente e no correto seguimento da terapêutica indicada. Outras vezes, o médico poderá executar inconscientemente os comandos manipulativos do paciente, direcionando o tratamento para onde o paciente deseja que vá, e não para onde deve seguir em termos médicos.

Poderá ainda ocorrer do médico se colocar em posição de superioridade como o conhecedor absoluto junto ao paciente, tentando deste modo garantir a hegemonia total de seu conhecimento, o que, ao invés de aproximá-lo, produz uma distância difícil de ser transposta e que resulta em um atendimento clínico bastante prejudicado, quando não totalmente inadequado. Na medida em que se estabelece uma relação médico-paciente que se caracteriza pela assimetria e absoluta falta de contato com o doente em si, isto será responsável por desencontros e desacertos no encaminhamento e tratamento prescritos.

Os atos de rotina na prática médica muitas vezes são responsáveis pela negligência do ser humano em si, com um privilégio da doença em seu aspecto pessoal e fragmentado, gerando contatos distantes e muito pouco significativos para as necessidades do paciente. Em contrapartida, promove uma atuação profissional muitas vezes pouco gratificante para o próprio médico, o qual optou por atender ao ser humano e, em especial, o doente que se encontra necessitado de ajuda.

O trabalho interdisciplinar e suas possibilidades

A forma mais tradicional de contribuição interdisciplinar é o encaminhamento do paciente para um psicólogo clínico experiente que, através de sua prática especializada, possa contribuir com a descrição da dinâmica psicológica subjacente às dificuldades e sintomas específicos apresentados pelo paciente. Este procedimento cria oportunidade do médico e psicólogo discutirem e complementarem o raciocínio clínico em torno do caso, concretizando uma proposta de atendimento global do paciente. Esta interação é especialmente importante quando o paciente necessitar ser acompanhado terapêuticamente por ambos. No meu entender, esta troca deve ser cada vez mais intensificada, pois a participação do psicólogo com uma visão da dinâmica psíquica do paciente, esclarece muitas vezes pontos cruciais do quadro clínico, contribuição importante para o diagnóstico final.

Na relação médico-paciente, é preciso que o profissional aprenda a "ouvir" o paciente estando sensível ao que é apresentado como queixa, atento à forma como o paciente vivencia seus próprios sintomas, dando a eles uma personalização própria naquele momento específico de sua vida, escolhendo inclusive apresentar-se ao médico de uma determinada maneira e não de outra.

É fundamental "ouvir" ao paciente e não substituí-lo por seu acompanhante, pois o paciente sabe muito mais de sua própria do-

ença do que qualquer outra pessoa. Se atentamente ouvido, com certeza indicará ao médico a natureza de seus problemas de modo muito mais dinâmico e completo do que se a abordagem adotada fosse essencialmente da doença e do órgão por ela atingido. Nosso paciente é o doente, e como tal se manifesta biopsicologicamente inserido num contexto familiar e social. Esta orientação em seu atendimento pode auxiliar enormemente ao médico na elaboração diagnóstica e na conduta terapêutica adotada, nela incluída a possibilidade de recorrer a outro especialista, inclusive para o psicólogo, caso seja necessário.

"Porque é a linguagem do doente que o médico deve aprender e não lhe impor a sua, se quer entendê-lo". (Groddeck: "A doença como linguagem" - pg. 149)

É imprescindível que o médico também aprenda a "ouvir" a si próprio enquanto está em contato com o paciente. Estar presente por inteiro, com atenção sensível a suas próprias sensações e idéias, é a maneira mais completa de atendimento clínico de um paciente. Muitas vezes a intuição pode apontar para a investigação de uma possibilidade diagnóstica ou uma prescrição terapêutica que não ocorreria se o médico estivesse apenas parcialmente presente, focalizando a doença em um órgão impreciso, o qual necessita ser focado na sua inserção dinâmica na vida do paciente em dado momento. O médico sensível que se encontra disponível para "ouvir" a si mesmo no seu contato com o paciente é o profissional mais completo que o doente pode aspirar.

Finalmente, o médico deverá integrar os dados obtidos ao "ouvir" junto a si e ao paciente com todos os outros dados clínicos, efetivando uma integração de valor inestimável para o atendimento global do paciente. É deste modo que o médico se sente gratificado com sua atuação prática, experimenta um crescimento pessoal e profissional com o atendimento de cada caso, sem se deixar limitar por uma rotina massificante, que despersonaliza ao paciente, mas despersonaliza ainda mais ao próprio médico, colocando-o como uma espécie de enciclopédia automatizada.

Uma outra proposta de colaboração interdisciplinar da Psicologia e da Psicanálise, é praticamente uma consequência da conduta médica acima explicitada. Ao "ouvir" a seu paciente e a si próprio, reunir a estes os demais dados clínicos observados, o médico poderá chegar a dúvidas quanto à atuação dos componentes de ordem psicológica no quadro clínico. Minha sugestão é que seja seriamente considerada a possibilidade do paciente ser encaminhado para um psicólogo clínico experiente, a fim de que seja feita uma avaliação destes fatores psicológicos e suas consequências em seu estado geral. Com um auxílio desta natureza, complementado pela consequente discussão do caso, penso que o profissional de Psicologia estaria servindo de esteio importantíssimo ao médico que teve a sensibilidade de aprender algo em termos psicológicos com significação no quadro clínico apresentado.

É fundamental que cada profissional guarde a sua especialidade para entrar exatamente através dela para a discussão interdisciplinar com outros especialistas. Esta discussão será mais produtiva quanto mais os profissionais envolvidos tiverem uma postura aberta ao diálogo e à possibilidade de "ouvir" colegas profissionais de outras áreas, sem contudo se confundir ou perder sua identidade profissional.

Através de condutas e abordagens como as que acabo de colocar, é que cada profissional se sentirá menos solitário no momento de tomar decisões em relação a seus pacientes. O profissional de Medicina muitas vezes acaba desenvolvendo uma auto-exigência, identificada muitas vezes com a expectativa de seu paciente a seu respeito, acreditando que como médico deve ser totalmente auto-suficiente, com poderes quase ilimitados de conhecimento e de poder, sentindo-se inconscientemente obrigado a produzir uma conclusão diagnóstica e um encaminhamento do qual pode ainda não se sentir seguro. Abrir-se para a possibilidade de se fazer acompanhar de profissionais de outras áreas afins poderá auxiliar o próprio médico a fazer de sua profissão algo menos desgastante e solitário, o que sempre oferecerá melhores condições de exercício de sua prática profissional.

(*) Eliane Michelini Marraccini é psicóloga e psicanalista.

Vida Cultural

Saiu mais um número do "Chiaderni Internazionali di Storia Della Medicina e Della Sanità", uma das principais revistas do mundo em matéria de história médica.

O responsável pela edição é o professor Arnaldo Cherubini, catedrático de História da Medicina da Universidade de Siena, o qual escreve um artigo, de grande importância, sob o título seguinte: "La memoria storica nella formazione del medico contemporaneo".



A revista Notícias Bibliográfica e Histórica dedicou o seu último número à divulgação de importante estudo da historiadora campineira Maria Lúcia de Souza Rangel Ricci, que trata, com profundidade, da obra do publicista Antonio Borges da Fonseca. O periódico é editado pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.



Marcel Bienfait publicou pela Summus Editorial o excelente livro "Os Desequilíbrios Estáticos", que sintetiza cinquenta anos de prática profissional, na França, do laureado fisioterapeuta. Há, no livro, um aspecto polêmico: é o tratamento da escoliose idiopática proposto por Bienfait, com determinação do âmbito de atuação do fisioterapeuta e médico. O autor esclarece que o papel do fisioterapeuta é o da prevenção. Ao médico cabe a redução da deformidade já instalada, através de aparelhos ou através da cirurgia. O livro é um curso de terapia manual destinado a todos quantos estejam ligados à área.

Adequado e didático, com mais de 200 ilustrações, funciona como manual para ser consultado sempre que houver dúvidas. O livro é dividido em três partes: fisiologia, patologia e prática.



Guido Fonseca foi eleito recentemente, com expressiva votação, para ocupar a cadeira nº 32 da Academia Paulista de História.

O novel acadêmico tem grandes méritos literários e históricos. Entre os seus livros há três que são verdadeiras obras primas: "História da Prostituição em São Paulo", "História dos Toxicômanos e dos Traficantes de Drogas" e "Crimes, Criminosos e a Criminalidade em São Paulo". Basicamente esses três começam citando os primeiros casos registrados nos arquivos policiais e judiciários paulistas, além de utilizar outras fontes históricas. As narrações vão até o ano de 1950. Esperamos que Guido Fonseca venha, em breve, nos brindar com os mesmos temas, abordando o assunto de 1950 até estes atormentados anos de final de século.



A Editora Agora lançou "Psicodrama e Psicoterapia" de Alfredo Correia Soeiro, para estudiosos e praticantes do psicodrama. O livro descreve a origem e as técnicas que norteiam o mister, mostrando as suas aplicações práticas, procurando ligar, a um só tempo, a parte física com a psíquica. Apesar do tema ser técnico, é de fácil compreensão, servindo para estudantes de medicina e de psicologia e para interessados no assunto. O autor é médico formado na Casa de Arnaldo e fundador da Associação Brasileira de Psicodrama.

G.A.P.