



DENISE VIUNISKI DA NOVA CRUZ

**ENSINO DE MEDICINA BASEADO EM AFETIVIDADE:
A FILOSOFIA DE ESPINOSA NA EDUCAÇÃO MÉDICA**

Itajaí
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVALI
UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação, Extensão e Cultura - ProPPEC
Curso de Pós - Graduação Stricto Sensu

DENISE VIUNISKI DA NOVA CRUZ

**ENSINO DE MEDICINA BASEADO EM AFETIVIDADE:
A FILOSOFIA DE ESPINOSA NA EDUCAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao colegiado do PMAE como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação – área de concentração: Educação – Eixo Temático de Pesquisa - Desenvolvimento Humano e Processos de Aprendizagem. Linha de Pesquisa - Tecnologias de Informação e Comunicação.

Orientadora: Prof^a Dr^a Solange Puntel Mostafa

ITAJAÍ (SC)

2009

Dedicatória

Dedico esta dissertação a minha mãe, primeiro encontro;

Aos meus amigos queridos, que sempre encontro;

Ao meu sempre R3, porto seguro;

À Carolina, encontro mágico;

Aos meus pacientes, obrigada;

Aos meus alunos, muito obrigada;

Aos meus colegas, obrigadíssima;

À Solange, o que pode um encontro!

“Na existência do dia-a-dia os sentimentos revelam, simultaneamente, a nossa grandeza e a nossa pequenez.”

(António Damásio, 2003)

“Mas todas as coisas notáveis são tão difíceis como raras.”

(Espinosa, 1678)

Resumo

A medicina está fundada em um paradoxo provocado pela natureza dualista da constituição humana. Ao mesmo tempo somos corpo, enquanto conjunto de órgãos e sistemas e, por outro lado temos necessidades singulares difíceis de serem compreendidas pelas ciências empíricas. A prática da clínica médica e, por conseguinte, o ensino da medicina se depara em sua realidade com este paradoxo.

Como conceber uma medicina que contemple todos os avanços tecnológicos possíveis, na sua compreensão mecanicista e, ao mesmo tempo, permita o atendimento integral das necessidades de um indivíduo sempre singular em suas emoções e sentimentos?

Dentro desta perspectiva o ensino contemporâneo da medicina tem procurado visões e alternativas de abordagem que contemplem estas diferenças humanas, desenvolvendo disciplinas heterogêneas englobadas sob o nome de Humanidades Médicas.

Esta dissertação propõe a construção de uma nova abordagem para a educação médica baseada nos conceitos filosóficos de Espinosa. Particularmente o conceito de Alegria e a perspectiva de compreender a clínica médica como a repetição de potenciais encontros alegres.

Para a construção desta nova concepção de ensino foi criada uma metodologia própria com o uso de questionários aplicados a formandos do Curso de Medicina da UNIVALI que identificaram médicos docentes que, no entendimento de seus alunos, estabelecem encontros alegres com os pacientes. Estes médicos, através de entrevistas semiestruturadas, relataram exemplos clínicos reais de encontros que trouxeram aumento nas suas próprias potências de existir ou permitiram que seus pacientes passassem de uma menor perfeição de vida para um estado de maior perfeição.

Narrativas de encontros alegres que contrapostos aos conceitos principais de Espinosa e da apresentação de filmes de cinema também indicados pelos sujeitos da pesquisa permitiram a construção de uma cartografia de encontros alegres na clínica médica.

Desta cartografia de casos, conceitos filosóficos e filmes foi desenhada a abordagem de ensino que é apresentada inicialmente de forma discursiva e nos capítulos finais, didaticamente, na forma do plano de ensino e nos planos de aula.

O projeto ético de Espinosa foi fazer do homem racional um indivíduo livre para, dentro da ordem imanente da vida, ser capaz de construir afecções ativas e estabelecer encontros alegres em sua vida que assim se tornará virtuosa e feliz. Esta dissertação vislumbra uma abordagem que aponte para a mesma ética de encontros na clínica médica.

Palavras-Chave

Educação Médica; Humanidades Médicas; Filosofia; Baruch Espinosa; Cinema.

ABSTRACT

Medicine is founded on a paradox caused by the dual nature of human beings. We are body, as a set of organs and systems, yet at the same time, we have unique needs that are difficult to understand by means of empirical sciences. Thus, practicing medicine, and consequently, teaching medicine, is faced with this paradox.

How can a clinical practice be designed that will embrace all the possible technological advances, in terms of its mechanistic understanding, while fully meeting the needs of individuals who are always unique in their emotions and feelings?

Within this perspective, contemporary medical education has sought visions and alternative approaches to dealing with these human differences, developing heterogeneous disciplines within the field of Medical Humanities.

This dissertation proposes the construction of a new approach to medical education, based on the philosophical concepts of Espinosa, and in particular, the concept of Joy, understanding medical practice as a repetition of potential joyful encounters.

For the construction of this new approach to teaching, a new methodology was created using questionnaires applied to Medical students of UNIVALI, who identified some of their teachers, all of them physicians who, in their students' understanding, establish joyful encounters with their patients. These doctors were interviewed and reported examples of real clinical encounters that have increased their own powers of living, or enabled their patients to move from a lower perfection of life to a higher state of perfection.

Narratives of joyful encounters that embodied Espinosa's key concepts, and the presentation of movies - also indicated by the research subjects - enabled the construction of a cartography of joyful encounters in medical practice.

From this cartography of cases, philosophical concepts and movies, a teaching approach was designed which is initially presented discursively, and then in the final chapters, didactically, in the form of a teaching plan and classroom plans.

Espinosa's ethical plan was to make rational man an individual, with the freedom, within the immanent order of life, to build active affective links and establish joyful encounters throughout his life that will make him virtuous and happy. This work envisions a strategy that proposes this same ethic in medical encounters.

Keywords

Medical Education; Medical Humanities; Philosophy; Baruch Espinosa; Cinema.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAI – Atividade Acadêmica Integrada

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

PBL – Problem Based Learning (aprendizagem baseada em problemas)

UNIVALI- Universidade do Vale do Itajaí

LISTA DE FIGURAS

Ilustração 1: Deslizamento dos Planos	28
Ilustração 2: Robin Williams em Patch Adams.....	54
Ilustração 3: Capa da versão brasileira do filme As Invasões Bárbaras.	66
Ilustração 4. Cartaz do Filme O Homem Elefante, 1980.	73
Ilustração 5: Sarah Polley em Minha Vida Sem Mim	79
Ilustração 6. William Hurt em Um Golpe do Destino.....	85

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO	7
1.1 Medicina: Ciência, Arte ou Filosofia?.....	7
1.2 Um pouco de História.....	10
1.2.2 Do Renascimento à Modernidade: Medicina como Estratégia Bio-política	14
1.2.3 O século XX, o Relatório Flexner e nós	20
1.3 Muito de Acontecimento	25
1.4 Filosofia.....	27
1.4.1 A filosofia segundo Deleuze e Guattari.....	27
1.4.2 Baruch Espinosa	30
1.5 Humanidades Médicas.....	33
CAPÍTULO 2 – OBJETIVO, CONTEÚDO, RELEVÂNCIA E METODOLOGIA DESSA DISSERTAÇÃO.....	36
2.1 Objetivo Geral	36
2.2 Objetivos Específicos	36
2.3 Metodologia.....	37
2.3.1 Estudo quantitativo:.....	38
2.3.2 Estudo qualitativo:.....	39
CAPÍTULO 3 – ENCONTRO COM ESPINOSA	42
CAPÍTULO 4 – ENCONTROS ALEGRES NA CLÍNICA MÉDICA: Primeiro caso	46
4.1 Do Caso, ao caos, à Alegria.....	46
4.2 Filosofia.....	49
4.2.1 Substância, Atributos e Modos.....	49
4.3 Amor é Contagioso.....	53
CAPÍTULO 5 – ENCONTROS ALEGRES NA CLÍNICA MÉDICA: Segundo caso	55
5.1 A morte e a morte de Seu Guillermo.....	55
5.2 Filosofia.....	58
5.2.1 Afecções	58
5.2.2 Gêneros de Conhecimento. (Escólio II da proposição XL do Livro II)	60
5.2.3 Paixões versus Ações.....	63
5.2.4 Imaginação e Memória	63

5.3 Invasões Bárbaras	66
CAPÍTULO 6 – ENCONTRO ALEGRE 3.....	67
6.1 Encontros e reencontros.....	67
6.2 Filosofia.....	69
6.2.1 Paralelismo	69
6.2.2 Alegria, Tristeza, Bom e Mau	71
6.3 O Homem Elefante	73
CAPÍTULO 7 – ENCONTRO ALEGRE 4.....	74
7.1 Cuidados Paliativos e o Esforço de Perseverar no Ser	74
7.2 Filosofia.....	78
7.2.1 Conatus.....	78
7.3 Minha Vida Sem Mim	79
CAPÍTULO 8 – ENCONTRO ALEGRE 5.....	81
8.1 Direto ao caso	81
8.2 Filosofia.....	83
8.2.1. Bom para o próximo, bom para mim.....	83
8.3 Um Golpe do Destino	84
CAPÍTULO 9 – A NOVA ABORDAGEM PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA.....	86
9.1 A Abordagem	86
9.2 Cinema.....	87
9.3 Plano de Ensino e Plano de Aula.....	88
9.2.1 Plano da Aula 1	89
9.2.2 Plano da Aula 2	90
9.2.3 Plano da Aula 3	91
9.2.4 Plano da Aula 4	92
9.2.5 Plano da Aula 5	92
9.2.6 Plano da Aula 6	93
9.2.7 Plano da Aula 7	93
9.2.8 Plano da Aula 8	94
9.2.9 Plano da Aula 9	95
9.2.10 Plano da Aula 10	95

9.2.11 Plano da Aula 11	96
9.2.12 Plano da Aula 12	96
9.2.13 Plano da Aula 13	97
9.2.14 Plano da Aula 14	98
9.2.15 Plano da Aula 15	98
9.2.16 Plano da Aula 16	99
9.2.17 Plano da Aula 17	99
9.2.18 Plano da Aula 18	100
9.3 Plano de Ensino	101
CAPÍTULO 10 – PARA CONCLUIR	112
REFERÊNCIAS	117

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

1.1 Medicina: Ciência, Arte ou Filosofia?

A Medicina está fundada na natureza dual do ser humano, na sua complexa identidade corpo-alma, desde sempre reconhecida e, que, de alguma maneira, constitui um grande paradoxo. O objetivo final da medicina vista em seu escopo de grandes áreas ou especialidades, é trabalhar com a saúde da humanidade. A questão, aparentemente simples, com que se depara esta afirmação é que os indivíduos que constituem a humanidade são, peculiarmente, criaturas complexas, constituídas de corpos e almas.

Cada paciente que procura atendimento médico é por um lado um organismo, constituído de moléculas, e, portanto, matéria governada pelas leis gerais da natureza. Por outro lado, este mesmo indivíduo, humano, apresenta-se com identidade própria, idéias, idiossincrasias, necessidades, desejos e comportamentos... Enfim... Singularidades que desafiam os métodos científicos, as equações matemáticas e as leis da física, da química ou da biologia.

Ainda, dentro desta mesma constatação de dualidade, a prática da medicina tem sido vista, ao longo dos séculos, como uma ciência biológica e, portanto, regida pelas leis mecânicas e científicas próprias do estudo dos fenômenos da natureza. Entretanto, a partir dos estudos de filósofos contemporâneos - nesta dissertação focados os de Michel Foucault, Gilles Deleuze e Felix Guattari - a medicina tem sido considerada em seus aspectos sócio-políticos, constituindo-se, desta forma uma área do conhecimento que requer instrumentos de análise próprios das ciências humanas. (MARTINS, 2006, FOUCAULT, 1979).

Praticar medicina revela-se então este desafio paradoxal. Atender pacientes - escutar suas queixas, examinar seus corpos, diagnosticar suas doenças e prescrever tratamentos - requer, portanto, mais do que o domínio de um muito vasto manancial de conhecimento técnico e científico.

Trata-se, também, de perceber a humanidade presente em cada indivíduo e de como estes indivíduos estão inseridos nas condições políticas de sua realidade, compreendendo de que maneira o processo saúde-doença interfere nas suas condições de vida.

Trata-se, como mostraremos a seguir, mais que tudo, da habilidade de estabelecer encontros que auxiliem na compreensão do processo saúde-doença em que se encontram os pacientes, objeto primeiro da medicina. Ser médico, então, de forma ideal, é aprender a estabelecer tais encontros, de forma que a simples afecção provocada pelo próprio encontro possa significar, por si mesma, uma oportunidade de aumentar a potência de vida do paciente e do próprio médico!

Assim, estudar medicina, por esta ótica deve, certamente, abranger conteúdos teóricos essenciais para a compreensão dos mecanismos fisiopatológicos das enfermidades, dominar as disciplinas que embasam estes mecanismos e estudar os meios diagnósticos e terapêuticos disponíveis para enfrentar os sofrimentos e doenças dos pacientes.

Por outro lado, é hoje consenso que a educação médica deve incluir pensamento crítico, estranhamento diante de cada problema colocado, olhares ampliados sobre a condição humana, aprofundamento no autoconhecimento e no conhecimento do outro: todos estes, objetos da filosofia. Portanto, introduzir filosofia na formação de futuros médicos se afigura essencial para a compreensão da medicina em toda sua complexidade.

Como ponto de intercessão entre ciência e filosofia e, ainda, compondo a terceira grande forma de pensar a existência está a arte. Desde a Grécia antiga e de acordo com muitos autores contemporâneos ligados à educação médica (BRAUER, 2006) se teoriza que seria possível atingir uma ética equilibrada através do desenvolvimento estético. Ética esta preocupada com o ser humano em suas duas dimensões, corpo e alma.

O objetivo dessa dissertação é, portanto, propor a construção de uma nova abordagem para o ensino de medicina que coloque o aluno frente a problemas reais (casos) e propostas estéticas (filmes), permitindo a apreciação tanto dos aspectos científicos destes casos, quanto das questões filosóficas propostas.

No decorrer das páginas que se seguem esta abordagem será desenhada a partir de relatos de casos clínicos e da apresentação de filmes trazidos por médicos, professores de medicina, a quem se propôs o conceito filosófico de encontros alegres.

É da alegria de Baruch de Espinosa (1632-1677) que se há de tratar, mais especificamente da sua manifestação em possíveis encontros alegres; na medida em que a teorização que se pretende é a de que a medicina, em seu exercício diário de clínica médica, traduz na prática, a constante repetição, ou o retorno destes incontáveis encontros.

Encontros entre o médico e seu paciente, entre médicos, pacientes e familiares. Encontros entre indivíduos, seus corpos e suas idéias. A apresentação desses encontros, nessa dissertação - tanto nos casos clínicos reais relatados, quanto nos filmes escolhidos e apresentados - tem como finalidade trazer a medicina e, mais especificamente, o ensino da medicina a uma zona de intercessão entre ciência, filosofia e a arte: as três grandes formas do pensamento.

A concepção de ensino da medicina, aqui proposta, se baseia nas definições trazidas por Deleuze e Guattari (1997) a respeito das três formas de pensar: Arte, ciência e filosofia; na perspectiva de que a medicina engloba, e é permeada por, estas três maneiras de se pensar a existência, e, por conseguinte, a saúde e as doenças dos indivíduos.

A abordagem que se aqui se afigura, apesar de complexa e inesgotável, é, basicamente, simples. A partir de casos reais relatados por médicos identificados por seus alunos como promotores de encontros alegres em suas práticas clínicas; aliados à exposição de filmes também por eles indicados, construir um mapa destes encontros. Uma cartografia da alegria.

Uma dissertação que contenha uma possibilidade didática que coloque lado a lado os conhecimentos e competências necessárias à formação de futuros médicos; bem como a apresentação de conceitos filosóficos e de manifestações artísticas e midiáticas (filmes) que componham uma possibilidade de ampliação de conteúdos e competências estéticas e filosóficas que tragam um horizonte mais amplo e iluminado para estes médicos em formação.

Essa é uma dissertação teórica, apresenta uma nova abordagem para a educação médica. Traz também uma demonstração de como construir um arsenal didático com novas ferramentas de ensino médico. Por outro lado, é uma aventura em novas áreas do pensamento e do conhecimento, conquanto vem ao encontro da seguinte afirmação: “*dá-se um curso sobre aquilo que se busca e não sobre o que se sabe*” (DELEUZE, 1992).

1.2 Um pouco de História

O termo medicina provém do latim: *Ars Medica* que significa, literalmente, a arte de curar. Entretanto, na etimologia da palavra (medicina) encontra-se o prefixo *medi* que tem a pretensão de denotar mediação (*mediare*) e, ainda, a possível conotação de medicação (*medicare*) (AIUB, 2008).

O certo é que estas tantas origens do substantivo já trazem em si as inúmeras possibilidades de conceituação da medicina. O exercício desta profissão coloca, obrigatoriamente, dois indivíduos frente a frente; o paciente, com seu desejo de receber tratamento, seja este curativo ou de alívio - e o médico, detentor, teoricamente, das capacidades e competências necessárias para prestar tal atendimento.

O papel desempenhado por estes indivíduos nesta relação que é reconhecida desde que o homem é homem e se viu capaz de registrar sua história, depende, certamente, de uma visão de mundo que em um determinado momento perpassou esta relação. Entretanto, de nada vale conhecer a história de uma forma tradicional, posto que se o tempo for considerado em sua linearidade - como presente, passado e futuro - nada do que é visitado, aproveita-se no momento atual. Isto porque o que ficou no passado já não existe, o presente deixa de existir assim que proferimos cada palavra e o futuro ainda não se configura. Para dar conta do tempo e da história da medicina, essa dissertação se fará valer do conceito de Acontecimento, tal como o entende Deleuze e Guattari (1997).

Será feita, inicialmente, uma incursão nos fatos históricos com a pretensão de revisar a visão ocidental de medicina desde a antiguidade até o século XVIII. A partir de então, os fatos históricos concernentes aos séculos XVIII e XIX serão considerados sob a ótica de Michel Foucault, filósofo que foi capaz de demonstrar como a Modernidade deu a luz à medicina contemporânea. Os conceitos de Foucault trazidos nesta introdução são os que

concernem à relação do saber médico com o poder exercido socialmente, o nascimento e consolidação das instituições hospitalares contemporâneas, bem como os papéis desempenhados por médicos e pacientes na construção da medicina como a conhecemos hoje.

Quanto à abordagem trazida por esta dissertação cabe adiantar que propõe que o ensino de medicina pode ser efetuado, retirando-se o foco dos sujeitos envolvidos na relação (médico e paciente), mas não se permitindo, tampouco, a tentação de focar toda atenção no objeto - doença.

A proposta é deslocar, didaticamente, o centro do ensino da medicina para o **encontro** dos indivíduos envolvidos, construindo junto com conceitos de Espinosa e de outros filósofos colocados na mesma imagem do pensamento, uma nova maneira de olhar esta relação. Como salientam Deleuze e Guattari em seu livro *O que é a Filosofia?* (1997): “*Idéias criadoras que não são conceitos (filosóficos), que pertencem às ciências e às artes, que têm sua própria história e seu próprio devir, e suas próprias relações variáveis entre elas e com a filosofia*”.

1.2.1 Dos Gregos à Idade Média

Na Antiguidade eram os sacerdotes que tinham o poder de mediar a relação entre o homem doente e os espíritos ou deuses que detinham os desígnios de saúde dos mortais sofredores. Os primeiros médicos da história da humanidade de que se tem registro foram justamente aqueles a quem os deuses permitiram a iniciação nesta arte esotérica de mediar a relação entre criaturas transcendentais e os sofrimentos humanos: os sacerdotes. Na medida em que estes médicos foram conhecendo as vontades e os poderes divinos, também desenvolveram habilidades e capacidades de minorar e algumas vezes curar tais padecimentos. Surgia aí a arte de curar: *Ars Medica*.

“Submetido a necessidades quotidianas para sobreviver num mundo que apreende apenas parcialmente, o homem sente carência de um intermediário entre aquilo que é tangível, visível, e o invisível que lhe escapa” (SOURNIA, 1992, p.17).

Entretanto, foram os gregos os fundadores da medicina ocidental, como a conhecemos hoje. Para Michel Foucault a medicina grega não era, de forma alguma, uma ciência social e sim, práticas centradas no indivíduo, cabendo à Modernidade a introdução das condições que levaram ao enfoque social da medicina atual, como veremos a seguir (FOUCAULT, 1979, p. 79).

Mas, retornemos por ora aos gregos... A mitologia grega foi extremamente fértil na criação de deuses e semideuses capazes de invocar males e doenças como armas para punir ou vingar os simples mortais. Por outro lado, estas mesmas inalcançáveis criaturas eram também detentoras do poder de curar estes males.

A herança atualizada desta origem mitológica é, como ficará ilustrada pelos casos relatados, a entrega dos desígnios das doenças e principalmente a morte a entidades e motivos que estão longe das causas explicáveis por fenômenos naturais e ou científicos! Transcendência... Isto tendo passado 25 séculos de história...

Apolo, o mais belo e amável dos filhos de Zeus, senhor das artes, da poesia e da música, tinha poderes de cura. Conta a mitologia que Apolo apaixonou-se por Coronis que não lhe foi fiel. Avisado por um corvo e transtornado com ódio mortal, Apolo mata sua amada com uma facada no peito. Antes de morrer, Coronis revela estar esperando um filho de Apolo, para quem implora perdão. O deus misericordioso salva a vida de seu filho chamado Asclépio e o entrega para ser educado no monte Pélion por Quíron, o mais sábio e sensato dos centauros. O nascimento de Asclépio, ou Esculápio como ficou conhecido pelos romanos, traz o simbolismo da vitória da vida sobre a morte. Esculápio aprende com o centauro a tratar as doenças através das palavras, das ervas e da faca (SOURNIA, 1992, p. 40).

As duas primeiras filhas de Esculápio ainda são homenageadas pela medicina moderna: Hígia que ensina as práticas mais sadias para conduzir a vida e Panaceia (aquela que tudo cura) madrinha dos medicamentos em geral. Mas é na 17ª geração de Asclepiáde que surge Hipócrates, o primeiro dos descendentes de Esculápio a registrar seus ensinamentos, considerado o pai da medicina. É o juramento de Hipócrates, nascido 450 anos antes de

cristo – contemporâneo de Sócrates e Platão - que ainda hoje é proferido por médicos nas cerimônias de formatura em praticamente todo o mundo ocidental!

Com Hipócrates, a medicina grega, apesar de não abrir mão das crenças mitológicas, passa a ser racional. Os aforismos e ensinamentos hipocráticos foram reunidos em uma obra intitulada *Corpus Hippocraticum* que serviu de base para tudo o que foi realizado na medicina na Grécia, no império romano e, por conseguinte em toda Europa no próximo milênio! A principal explicação de Hipócrates para o surgimento das doenças era baseada em sua Teoria Humoral, ou seja, que do desequilíbrio entre os quatro humores: sangue, fleuma, bÍlis amarela e bÍlis negra, decorria o surgimento das mais diversas doenças (HIPÓCRATES, 2002).

A personalidade forte de Galeno dominou a medicina no início da era romana e embora contrariando Hipócrates em muitos pontos importantes, adota sua teoria dos quatro humores. Assim, a associação entre o equilíbrio destes humores e os quatro elementos: água, fogo, ar e terra; irá cultivar na Idade Média uma absurda medicina aritmética. Ainda outras descobertas falsas de Galeno perduram até o século XVI, uma vez que praticava dissecações e experimentos em cães e macacos e extrapolava seus achados para a anatomia humana. Os dois grandes méritos de Galeno foram insistir na observação cuidadosa dos doentes e de ter compilado os as doutrinas filosóficas ligadas à medicina.

Foucault alerta que os primeiros séculos da era cristã estabeleceram a criação e a fundamentação de um poder pastoral que vai se refletir na organização das regras higiênicas e sanitárias de controle da população séculos à frente.

Trata-se de um poder que pretende guiar os homens ao longo de toda sua vida e em cada circunstância dessa vida, um poder que consiste em querer encarregar-se da existência dos homens em seu detalhe e isso para os conduzir a uma forma de se comportar, a empreender sua salvação” (FOUCAULT, apud MARTINS, 2006, p. 179).

1.2.2 Do Renascimento à Modernidade: Medicina como Estratégia Biopolítica

Os anatomistas do Renascimento foram sacudidos pelas audácias científicas de seus contemporâneos. O mundo descrito por Platão e Aristóteles como “esfera de astros fixos” estava sendo revolucionado por Copérnico. O universo aumentava enquanto os limites do próprio planeta eram redesenhados através das grandes navegações.

O Cristianismo se vê abalado com a descoberta de novas populações, novas crenças e novos hábitos e a Reforma põe em causa a autoridade inabalável da igreja católica romana. É neste momento que a invenção da imprensa na Alemanha aproxima os homens de uma maneira não antes pensada. As descobertas científicas e a curiosidade provocada por elas incendeiam a Europa e a medicina se deixa contaminar por esta febre de criatividade.

Na Itália, o Renascimento surge como a grande corrente de pensamento do século XVI e com ele aparecem os primeiros humanistas que se atrevem a avaliar e criticar os textos antigos que lhes serviram, até então, de embasamento teórico. As artes também se voltam ao estudo e apreciação do corpo humano e Michelangelo demonstra a preocupação com os detalhes anatômicos que até então seriam impensáveis na pintura ou na escultura. Os artistas escolheram retratar o corpo nu dos heróis mitológicos da Antiguidade e surgem, então, novos critérios estéticos em todos ateliês de arte na Europa. Todas as medidas devem estar corretas, todas as proporções adequadas à forma humana como bem representado pelo homem proporcionado dentro do círculo de Leonardo da Vinci – símbolo da beleza ideal.

A dissecação de cadáveres, proibida até então pela igreja, e realizada secretamente através da violação de sepulturas e rápidas incursões em cadáveres muitas vezes putrefatos, dá lugar à prática regulamentada por professores que cunham nesta época o termo anatomia. Estas dissecações são realizadas ao ar livre, devido ao mau cheiro, ou em um lugar espaçoso, como um anfiteatro improvisado. Como o público permitido nessas sessões era limitado, torna-se necessário o registro dos achados anatômicos para que sirvam de material de estudo para a educação dos futuros médicos.

Assim, vários pintores dedicaram-se a registrar a anatomia do corpo humano, mas foi, sem dúvida alguma, o médico Andréas Vesalius (1514-1564) que produziu a mais completa obra de registro da anatomia humana: *De humani corporis fabrica*. O principal mérito de Vesalius foi, de uma vez por todas, embora com mais de um milênio de atraso, corrigir erros grosseiros descritos por Galeno e utilizados sem crítica até o século XVI. Outra importante contribuição deste anatomista foi o estabelecimento de uma nova nomenclatura anatômica (VESALIUS, 2003).

A medicina do século XVI pode ser resumida da seguinte maneira: Se por um lado a anatomia descritiva marca uma etapa irreversível da evolução da ciência médica, com o estudo do corpo humano não conhecendo limites, enriquecendo-se de geração em geração, não consegue libertar-se do controle religioso e das limitações filosóficas de sua época.

Os hospitais desta época não eram lugar de produção de conhecimento. Nem ao menos eram instituições pensadas para promoção de bem estar para pacientes ou tinham ambição de alcançar a cura de suas doenças. O hospital que atravessa a Idade Média e chega à Modernidade tem a vocação de atender os pobres, incapacitados e doentes, necessitados de alojamento, alimentação e cuidados básicos. Os procedimentos realizados nestas instituições não estavam centrados na figura do médico e eram deixados àqueles que se dedicavam a estas tarefas como uma forma consolidada pelo cristianismo hegemônico da época como caminho para salvação de suas almas (FOUCAULT, 1979, p. 101).

A Modernidade trouxe outro olhar para a humanidade, para a ciência e, conseqüentemente para a medicina. O Racionalismo de Descartes (1596-1680) descreveu o ser humano composto por duas substâncias completamente separadas e distintas: corpo e alma (DESCARTES, 2005). Alma que apesar de dotada da capacidade de pensar, se configurava submetida ao corpo que poderia ser dissecado e explicado mecanicamente como mais uma das máquinas que a Modernidade e o Empirismo se propunham a analisar.

O corpo humano passa a ser encarado através dos mesmos olhos da física, da química, da astronomia que tiveram no século XVII as contribuições científicas de Galileu, Newton, Kepler, Huygens e tantos outros. (DAMÁSIO, 2003)

O espírito científico incorporou esta imagem de pensamento mecanicista e segmentado e a medicina não ficou de fora desta forma de pensar e se tornou, neste período histórico, uma ciência que utilizava os princípios das ciências naturais, a saber: isolar os corpos, observá-los em suas constantes e variáveis, medir, comparar, experimentar, testar e, finalmente, estabelecer uma norma e uma lei universal que explicasse todos os fenômenos e ocorrências. O indivíduo doente substituído, ou pelo menos apartado de sua doença.

Nessa visão de medicina, segmentada, mecanicista e científica, a doença é vista como “*uma entidade independente que ataca as pessoas, e por isso pode ser classificada, estudada e podem ser propostos diferentes tratamentos para as respectivas doenças*” (YAARI e AIUB, 2008).

A medicina do século XVIII prolonga o gosto pelos experimentos e a curiosidade pelas novidades trazidas pela ciência afasta cada vez mais os médicos e as escolas de medicina da influência da igreja e das considerações metafísicas. Entretanto, os meios de observação e de exame físico que o médico dispõe nesta época são ainda muito limitados o que restringe o arsenal diagnóstico à observação externa e aos achados anátomo-patológicos. O médico praticamente não toca seu paciente e não possui instrumentos para examiná-lo.

Até o século XVIII a medicina não é uma prática hospitalar, sendo o hospital, até então uma instituição dedicada à assistência aos pobres, como explica Foucault:

Instituição de assistência e também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doenças e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna”. (FOUCAULT, 1979, p. 101)

É justamente nas análises da medicina europeia dos séculos XVIII e XIX que Michel Foucault estabelece os princípios de como a medicina participa de um “*conjunto de procedimentos de saber e de técnicas de intervenção sobre a vida dos corpos e das populações*” (MARTINSI, 2006, p. 177); configurando-se parte da rede de poder que

Foucault incluirá dentro do termo bio-política em sua teorização da relação saber-poder característica da contemporaneidade.

Foucault escreveu duas obras específicas sobre a história da medicina - A História da Loucura e O Nascimento da Clínica - ambas na década de 1960, fase dos trabalhos iniciais do filósofo francês. Entretanto, esta visão da emergência da medicina no cenário histórico da Europa do século XVIII pode ser bem compreendida com o estudo de duas conferências publicadas no Brasil, em 1979, traduzidas e organizadas por Roberto Machado em um volume conhecido como Microfísica do Poder (FOUCAULT, 1979).

Como salienta Machado (1979), Foucault realiza um

[...] projeto que deixou de considerar a história de uma ciência como o desenvolvimento linear e contínuo a partir de origens que se perdem no tempo e são alimentados pela interminável busca de precursores [...] O objetivo da análise é estabelecer relações entre os saberes [...] para que destas relações surjam, em uma mesma época ou em épocas diferentes, compatibilidades e incompatibilidades que [...] permitem individualizar formações discursivas” (MACHADO, 1979, p. VII-VIII).

Através de estudos sistemáticos, Michel Foucault foi capaz de identificar os mecanismos que sujeitam os corpos dentro de relações complexas de poder e dominação.

Como ressalta Martins:

A história dos corpos pode ser feita em diferentes perspectivas. Os corpos podem ser estudados no campo da demografia ou das patologias históricas [...] Os corpos, no entanto, também estão diretamente mergulhados em um campo político. As relações de poder têm alcance imediato sobre eles: elas os investem, os marcam, os dirigem, os supliciam, sujeitam-nos a trabalhos, obrigam-nos a cerimônias [...] Tal investimento político dos corpos está ligado [...] a seu uso econômico. Como força de produção, os corpos são investidos por relações de poder e de dominação. [...] Os

corpos só se tornam força útil se são, ao mesmo tempo, corpos produtivos e corpos submissos” (MARTINS, 2006, p. 178-179).

Foucault afirma:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”. (FOUCAULT, 1979, p. 80).

No século XVIII, Foucault investiga a medicina da Alemanha, França e Inglaterra e identifica três etapas na formação da medicina social, respectivamente: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho.

Com o crescente mercantilismo estabelecido pelas nações européias, se fez necessário “*calcular a força ativa de suas populações*”. Assim, são estabelecidas as estatísticas de natalidade e de mortalidade, enfim, a contabilidade de população estabelecida desde o século XVII. (FOUCAULT, 1979, p. 82)

Na Alemanha surge uma instituição oficial chamada polícia médica, com a finalidade de observar e registrar a morbidade da época através de relatórios solicitados aos médicos e aos hospitais. Inicia-se então, uma normalização crescente da prática e do saber médicos. “*Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico. O médico foi o primeiro indivíduo normalizado na Alemanha*”. Aparece, em seguida, uma conseqüente organização administrativa para regulamentar a prática médica e é, portanto, necessária a criação de cargos públicos para médicos que terão a responsabilidade de praticar a administração da saúde (idem, p. 83-84). É desta época, então que se origina a “pirâmide de médicos”, com graus hierárquicos progressivos que distanciam cada vez mais o paciente de seu médico e, pior que isto, o médico da solução do problema do paciente!

Na França, em Paris mais especificamente, Foucault identifica a medicalização das cidades, através da análise dos medos urbanos provocados pelas grandes aglomerações de pessoas e

das soluções encontradas para regulação das instituições responsáveis pela saúde, vida e morte das populações. Surge a constatação das condições salubres e insalubres e com elas as medidas higiênicas necessárias para melhorar as condições de saúde na cidade.

A solução encontrada pela sociedade francesa pós-revolução contou com os seguintes objetivos: “*analisar os lugares de acúmulo e amontoamento de tudo que, no espaço urbano, pode provocar doença; o controle e o estabelecimento de uma boa circulação de água e ar; organização das distribuições e seqüências*”. Estas medidas estão contidas na noção emergente à época de “*higiene pública, técnica de controle e de modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer, ou ao contrário, prejudicar a saúde*”. (FOUCAULT, 1979, p. 89-93)

A terceira consideração a respeito do nascimento da medicina social, descrita por Foucault, vem da análise do sistema médico inglês e da assistência ao pobre, ao trabalhador. A instituição de uma medicina administrativa e a coexistência de uma medicina privada para as classes privilegiadas identifica um sistema complexo que se reflete na medicina atual.

[...] a medicina social inglesa, esta é sua originalidade, permitiu a realização de três sistemas médicos superpostos e coexistentes; uma medicina assistencial destinada aos mais pobres, uma medicina administrativa encarregada de problemas gerais como a vacinação, as epidemias, etc., e uma medicina privada que beneficiava quem tinha meios para pagá-la”. (IDEM, p. 97-98)

Cabe ao século XIX organizar na Europa a estrutura de ensino de medicina que se continua até hoje, aliando os conteúdos teóricos ensinados nas universidades às atividades práticas dos hospitais das principais cidades. O hospital, então, deixa de ser o destino dos miseráveis, sem lar ou sem sanidade mental para tornar-se um centro de aprendizagem e pesquisa, definitivamente separado da influência da igreja católica. Também é importante enfatizar que durante este período os médicos se afastam, também, das questões metafísicas e filosóficas, passando a encarar a medicina como uma atividade com afinidade às ciências exatas.

Para ilustrar o século XIX, foi somente em 1819 que Laennec brindou o mundo da medicina com uma invenção simples – o estetoscópio – colocando à disposição dos médicos um instrumento que enriquecia as possibilidades diagnósticas de uma forma que nem o próprio médico francês poderia supor (FRIEDMAN e FRIEDLAND, 2001). Nestas épocas de imprensa rápida, cada nova descoberta científica era prontamente absorvida por toda a Europa e América do Norte, estando disponível rapidamente para incentivar novas e novas descobertas em uma espiral de novidades nunca antes percebida pela medicina.

As escolas de medicina precisavam de organização e sistemática para oferecer aos seus alunos tantos novos conhecimentos em todas as áreas da medicina.

1.2.3 O século XX, o Relatório Flexner e nós

A virada do século XIX para o século XX inunda a Europa de descobertas maravilhosas. A medicina é transformada pela intervenção das descobertas da física, da química e da biologia. O mundo agora conta com eletricidade, que disponibiliza um requintado instrumental diagnóstico: eletrocardiograma, aparelhos de raios X cada vez mais sofisticados e eficientes, laboratórios específicos de patologia, microbiologia e bioquímica. Pela primeira vez na história da medicina, surge um arsenal terapêutico, propriamente dito, capaz de, por um lado, erradicar agentes etiológicos somente agora descobertos, como as bactérias e, por outro, corrigir mecanismos fisiopatológicos antes desconhecidos. A noção de prevenção é pela primeira vez explicitada e difundida, tanto com as medidas simples de assepsia até então desconsideradas, quanto com a aplicação de vacinas à maioria da população.

É preciso situar a descoberta da penicilina por Alexander Fleming em 1928, e mais que isto, a fabricação em grande escala desta substância pela indústria farmacêutica em 1942, pois, neste momento, houve uma ilusão eufórica de que a humanidade se veria livre das infecções bacterianas que eram a causa de tantas moléstias e fantasmas!

Este deslumbramento da medicina com os avanços tecnológicos conquistados pelos empreendimentos científicos e empíricos aparta, de uma vez por todas, o olhar dos médicos e, conseqüentemente, das escolas de formação de novos médicos da relação médico

paciente e das considerações existencialistas ou humanistas que ainda persistiam da medicina dos séculos anteriores.

Esta escolha, por assim dizer, positiva da educação médica, fica explícita em uma afirmação de Virchow, um dos mais importantes médicos desta virada de século:

A posição que nos propomos adotar... É simplesmente a das ciências exatas... O desenvolvimento preciso e consciente das experiências anatômicas e clínicas será nosso primeiro e essencial dever. Estas experiências conduzirão pouco a pouco à verdadeira teoria da medicina, a fisiopatologia [...] O investigador científico reconhece apenas corpos e as propriedades dos corpos; chama transcendental a tudo que os ultrapassa, e considera o transcendentalismo um extravio do pensamento humano". (VIRCHOW, apud SOURNIA, 1992, p. 260)

Não se pode deixar de lembrar que é também deste século o privilégio de ter conhecido uma nova teoria que revolucionou, mais uma vez, os conceitos sobre a complexidade da condição humana. Sigmund Freud (1856-1939), médico de formação "científica", estudou neurologia com os mestres da época, portanto estando apto a explicar, de acordo com condições orgânicas, comportamentos humanos que fugiam ao padrão da normalidade. Estudando pacientes com o que ele chamou de histeria, percebeu que havia uma determinação além do conhecido pela medicina científica que poderia explicar tais condições patológicas. Freud revolucionou a medicina, teorizando a idéia de que somos movidos pelo inconsciente.

Mais que isto, Freud foi capaz de desenvolver um método de tratamento para tais condições. Método este que lançava mão de uma técnica inovadora permitindo que os pacientes ao falarem com o médico, em livre associação de idéias, aliviassem seus sintomas e, em alguns casos, até mesmo obtivessem cura. Estava criada a psicanálise que sempre e até hoje tem sido motivo de infundável controvérsia na medicina. Justamente por não poder ser comprovada por outros meios científicos a teoria de Freud explica a si própria e por isto não é considerada ciência por muitos.

Freud se preocupou em descrever, sistematicamente, a alma humana. Entretanto, preferiu usar o termo psiquismo, uma vez que o termo alma sempre fez referência a uma entidade que existe separada do corpo e que, para muitos, continua existindo mesmo após a morte do corpo (ESTEVAM, 1985). Freud dividiu o psiquismo humano em consciente e inconsciente explicando os mecanismos pelos quais atitudes, ditas conscientes eram causadas por desejos e necessidades inconscientes. Foi também Sigmund Freud aquele que percebeu o papel dos sonhos como ponte reveladora de tais desejos submersos no inconsciente (JONES, 1979).

Nunca mais, depois de Freud, a medicina e a humanidade seriam as mesmas. Todas as questões existenciais e filosóficas poderiam ser agora vistas de outro ângulo, especialmente sob a ótica desconfortável de perceber que nossa consciência não controla nem nossas próprias atitudes. Como acomodar tal teoria às certezas tradicionais da medicina mecanicista, tão baseada nos conhecimentos e métodos das ciências matemáticas?

Todas estas teorias, inovações e possibilidades de diagnósticos e tratamentos repercutem grandemente no ofício da medicina. Os estudantes são peremptoriamente obrigados a estudar as disciplinas básicas e organizar o currículo de formação para englobar toda a gama de conhecimentos que surgem incessantemente, por todos os lados.

Nos Estados Unidos a situação do ensino médico está caótica no início do século XX, não havendo qualquer regulação ou sistematização dos mais de 160 cursos de medicina que se espalham pelo país. A diferença de nível acadêmico e de conquistas científicas entre a América e a Europa é alarmante. Para isto, o governo norte-americano convoca um especialista em educação para avaliar a situação do ensino médico em escolas e hospitais nos Estados Unidos e Canadá.

Os resultados apontados por Simon Flexner são mais do que assustadores e, o famoso Relatório Flexner publicado em 1910 determina normas e esquemas didáticos rigorosos a serem cumpridos pelos cursos de medicina de uma forma obrigatória (COOKE et al, 2006). Metade dos cursos de medicina foram fechados nos Estados Unidos e um incentivo financeiro sem precedentes estabeleceu um padrão de qualidade e excelência que fizeram de alguns hospitais, centros de referência mundial em muito pouco tempo (Mindrum,

2006). É o caso do hospital John Hopkins em Baltimore, Harvard em Boston, ou ainda a Clínica Mayo em um lugar tão remoto quanto Minnesota.

Os resultados positivos desta iniciativa norte-americana são evidentes. As escolas de medicina são organizadas em um ciclo de disciplinas básicas obrigatórias e os últimos anos da formação são dedicados sistematicamente aos estudos das diversas áreas do conhecimento científico organizados por áreas e por especialidades cada vez mais restritas e específicas. Também, outro grande mérito foi o de ter aproximado as escolas e seus currículos teóricos dos hospitais em construção e permitir assim, o avanço concomitante da teoria e de sua aplicação prática imediata. Os hospitais, por sua vez, também foram organizados em serviços e unidades especializadas e a formação de médicos residentes surgiu como consequência desta nova maneira de encarar a formação médica.

Os resultados foram imediatos. Nunca em outro lugar do mundo moderno, em tão curto espaço de tempo, uma ciência evoluiu, criou, descobriu, inventou e aplicou tanto como na América do Norte do século XX.

Entretanto, todos os avanços relacionados a esta explosão de avanços tecnológicos e científicos trouxeram alguns reveses, por vezes de compreensão complexa. Ao invés de uma sensação de medicina plena, cada vez mais os médicos e a medicina sofreram acusações de não satisfazer as necessidades dos pacientes. Aparentemente, quanto mais a tecnologia avança, quanto mais o médico se especializa, menos alcança os anseios de atendimento dos seus pacientes.

Desta maneira, a partir dos anos de 1960 há a necessidade crescente de resgate de valores humanos à prática e ao ensino da medicina. Para um bom médico, dentro deste novo paradigma humanista, já não basta mais somente competência técnica. É preciso que, de alguma forma, sejam agregados valores filosóficos, éticos e estéticos para que o médico compreenda as singularidades de seus pacientes e que adapte suas habilidades técnicas a uma profissão diretamente relacionada com o encontro com outros seres humanos.

A partir dos anos de 1960, portanto nos últimos quarenta ou cinquenta anos, houve também, em diversas escolas de medicina na América do Norte e na Europa, o

desenvolvimento de uma disciplina conhecida como Humanidades Médicas. Esta nova disciplina do currículo de formação do estudante de medicina abriga sob sua curvatura, diversas subdisciplinas envolvidas com artes, filosofia e história da medicina. A idéia principal é que as humanidades médicas contribuam na construção do médico mais preocupado com a complexidade da condição humana, ou seja, um médico humanista. (SHAPIRO, 2006)

Segundo Johanna Shapiro, cerca de 75% das escolas de medicina dos Estados Unidos e do Canadá oferecem, de forma curricular ou eletiva, a disciplina de humanidades médicas. As propostas desta nova disciplina são muitas e incluem o desejo de ampliar os objetivos educacionais nas escolas de medicina no que diz respeito à condição humana, ajudando os alunos em formação a compreender diferentes pontos de vista que possam ampliar suas “empatias clínicas”, estimulando a reflexão e o pensamento crítico, facilitando seus sentimentos de ambigüidade e permitindo maior tolerância com suas incertezas e, principalmente reconectando os médicos em formação com os mistérios maravilhosos da prática médica. (SHAPIRO, 2006)

Várias disciplinas foram criadas em diversos países que utilizam artes, literatura e cinema como estratégias ou conteúdos da disciplina de humanidades médicas. (LOSCOS et al, 2006). Cada uma das escolas procurou adaptar o currículo desta nova disciplina, dentro desta idéia de médico humanista, aos interesses singulares do corpo docente. Assim, algumas escolas concentram seus conteúdos nas artes, em suas diversas manifestações: pintura, escultura, literatura, música ou cinema. Outras optam por incluir nas humanidades o ensino da história da medicina, antropologia e sociologia. Ainda, há disciplinas dedicadas exclusivamente à filosofia ou em particular à ética médica, como o trabalho de Kidd e Connor (2007).

No Brasil há uma tendência, descrita nas Diretrizes Curriculares do Ministério da Educação e Cultura de aproximar os currículos das escolas de medicina às humanidades médicas, por exemplo, a inclusão de filosofia no programa dos vestibulares de acesso aos cursos de medicina e a presença na grade curricular, em quase todas as faculdades do país de disciplinas de ética médica, história da medicina, antropologia, etc.

Há algumas iniciativas isoladas de criar disciplinas preocupadas com o desenvolvimento estético do aluno de medicina no Brasil. Na UNIVALI, a disciplina de Introdução ao Exame Clínico (Semiologia Médica) tem desenvolvido atividades interdisciplinares com jovens estudantes do curso de medicina. O objetivo desta iniciativa é aproximar o aluno de medicinas das artes, tanto para ampliar seus conhecimentos humanísticos, quanto para permitir que expressem sentimentos suscitados de suas aproximações com os pacientes (CARVALHO et al, 2003). Entretanto, é notável a ausência sistemática destas disciplinas multidisciplinares preocupadas com as chamadas humanidades médicas, especialmente a falta de encontro e intercessão entre as disciplinas ditas científicas das estéticas ou filosóficas.

Esta dissertação ao propor esta nova concepção de ensino que, discutindo a afetividade, aproxima as três formas do pensamento, tem a pretensão de propor uma nova abordagem que ofereça uma contribuição à formação do médico. Médico que seja capaz de perceber a complexa organização existencial do seu paciente e de si próprio, especialmente focado na constituição de encontros alegres durante sua atividade profissional.

1.3 Muito de Acontecimento

Apesar de, na maior parte das escolas de medicina tradicionais do mundo ocidental, a história da humanidade e, em particular da medicina ser contada dentro de uma linha de tempo linear, procuramos nesta dissertação situar os fatos históricos do ponto de vista das epistemes propostas, ou seja, dentro de recortes discursivos possíveis para cada uma das épocas relatadas.

Foi escolha conceitual desta dissertação introduzir, a partir deste ponto o conceito de atual. Este conceito se relaciona com os acontecimentos e deve ser diferenciado do conceito de presente.

Deleuze e Guattari, filósofos contemporâneos tão caros às idéias de Espinosa, deram importância fundamental a este conceito de atual em seu livro *O que é a filosofia?*, obra que

resume o pensamento destes autores no que diz respeito ao lugar e à utilidade das artes, da ciência e da filosofia.

Pois bem, no tempo chamado por nós de histórico, tradicional e linear, encaramos o passado, o presente e o futuro. Nesta imagem do pensamento, o passado já aconteceu, o presente é agora e o futuro está sistematicamente relacionado aos dois tempos anteriores.

No plano de imanência habitado pelo conceito de atual, o agora é uma questão de devir. Deleuze e Guattari trazem de Péguy esta noção de *internal* que afirma que o acontecimento não é nem histórico, nem eterno. O acontecimento que se efetua contra o tempo, em um entre-tempo, em um sobre-o-tempo, em favor de um tempo por vir.

É uma questão de recolocar o tempo, redimensioná-lo: “*Não é mais o tempo que está entre dois instantes, é o acontecimento que é um entre-tempo...*” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 203). É, certamente, uma nova maneira de encarar o tempo.

Maravilhosa realização, na medida em que retira do tempo-instante o seu significado e, devolve ao acontecimento, nesta superposição de entre-tempos, a singularidade de mesmo quando já passado, estar sempre lá; *inter-mezzi*, com todos os componentes do acontecimento se atualizando, efetuando-se naquele instante.

Conferindo ao acontecimento, diferente do tempo-instante, este privilégio de sempre recomeçar mesmo quando o tempo já é passado! “Quando o tempo passa e leva o instante, há sempre um entre-tempo para trazer o acontecimento” (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 204)

Isto é devir; não um instante, não o presente que desaparece tão logo tenha ocorrido. Dizemos agora e o agora já é passado; tomamos uma decisão presente e ela já ficou para trás; não é o presente que conta. “*O presente é o que somos e, por isso mesmo, o que já deixamos de ser*”. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 145)

O que realmente importa, na imanência deste plano, é o devir, o que decidimos agora, o que fazemos agora, o que atualizamos em nossas vidas: “*O atual não é o que somos, mas antes*

o que nos tornamos, o que estamos nos tornando, isto é, o outro, nosso devir-outro”. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p. 145)

Nesta mesma imagem de pensamento, ressoa Nietzsche insistindo em que nos tornemos o que somos, tornar-se quem se é, devir, *becoming*. Diagnosticar os devires, eis a função da filosofia quando cria conceitos.

A filosofia e a não-filosofia, a história da filosofia, a história da medicina, a história da humanidade, a educação, a educação médica... Trata-se agora... De novo pensar... De pensar no novo... Pensar o devir-filosofia...o devir-história...o devir-não-filosofia...o devir-educação médica.

1.4 Filosofia

1.4.1 A filosofia segundo Deleuze e Guattari

A arte e a ciência compõem junto com a filosofia as três grandes formas de pensamento. Todas estas formas de pensar têm em comum a força criadora e a capacidade de realizar movimentos no pensamento, ainda que os movimentos **absolutos** do pensamento caibam à filosofia, como vamos ver através deste capítulo, seguindo a teorização de Deleuze e Guattari.

O pensamento aqui é definido pelo enfrentamento que faz ao caos, ao infinito, às possibilidades virtuais que dão conta de nossas necessidades de vida. É diante deste caos, que se nos apresenta sempre a cada momento. E é este caos que enfrentamos, é lá que vamos a busca de uma consistência possível para organizar nossas vidas.

O caos é o virtual e cabe à filosofia, através da criação de seus conceitos e da construção do plano de imanência, realizar a atualização deste virtual, traçando na vida uma consistência possível, os acontecimentos vividos (DELEUZE e GUATTARI, 1997).

A arte também enfrenta o caos e tem a pretensão de fixá-lo em suas obras, em seus monumentos. “*A arte quer criar um finito que restitua o infinito*” (Deleuze e Guattari,

1997). A arte traça, o chamado plano de composição, e o faz através da invenção de suas figuras estéticas.

Desta forma, quando o artista senta diante de sua tela em branco, ele se confronta com o caos! Quando o pintor quer de alguma forma expressar alguma sensação especial provinda de si mesmo e, ao mesmo tempo provocar afecções em quem olha sua obra, ele está diante do virtual. Mas, o que ele está pintando? Ele vai ao caos infinito, recorta este caos, traz um pedaço dele, fixa aquela sua visão do infinito. Arte, uma incorporação estética, o infinito recortado pelo artista que eternamente reconstituirá aquele pedaço de caos por ele percebido e fixado. Por exemplo, que outro girassol fixará aquele devir-girassol-de-Van-Gogh como aquela encarnação em tela do pintor holandês? *“Estes universos não são nem virtuais, nem atuais, são possíveis, o possível como categoria estética”*. (DELEUZE e GUATTARI, 1997, p.230)

E o que dizer do cinema, imagem-tempo; imagem-movimento? Por que a arte cinematográfica é muito mais que uma estória bem contada? Quais movimentos e recortes são feitos pelos diretores e todos os artistas envolvidos com a grande tela, ao ali fixarem porções de caos em monumentos inesquecíveis?

Vamos tratar deste plano de composição da arte e de seus deslizamentos e conexões com as referências científicas e com a filosofia durante a construção desta dissertação. Elaboramos para tal, a seguinte figura:

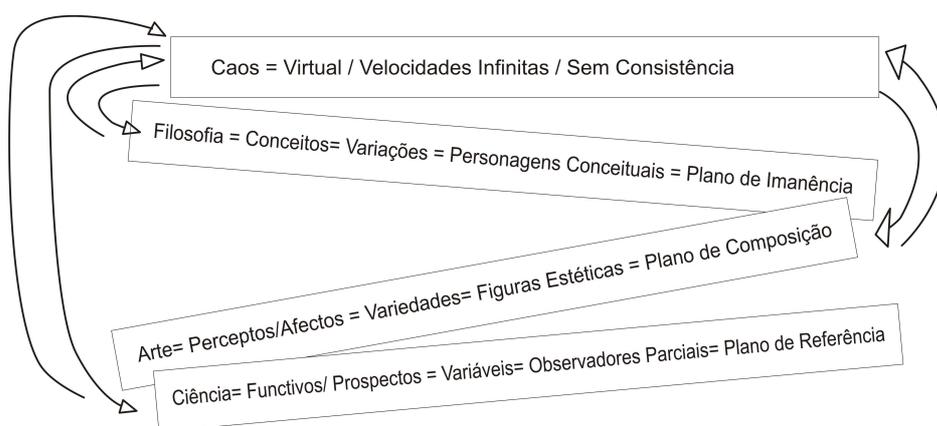


Ilustração 1. Deslizamento dos Planos. Fonte: MOSTAFA e NOVA CRUZ, 2009, p. 96.

Os planos das três formas de pensamento superpõem-se e deslizam uns sobre os outros, mas não formam síntese já que cada um possui especificidade própria. Os planos ressoam uns nos outros, produzindo ecos. Tal processo não depende de intencionalidades ou vigilância. Tudo acontece por dom ou captura, esclarece Deleuze (1992, p.156).

Significa, na interpretação de Mostafa e Murguia (2006, p.86) que uma forma pode se apropriar do que a outra produz, sem ato doador. Como também se pode doar sem apropriações determinadas. O que cada grande forma de pensamento produz se expande e desliza como ondas imprevisíveis sobre as outras formas. Mas nada disso é intencional. São ressonâncias e ecos que ciência, filosofia e arte produzem entre si.

A ciência, por sua vez, também vai ao caos, o recorta, seleciona uma porção finita do infinito; mas, ao contrário da arte e da filosofia, abre mão deste infinito, desiste de apreendê-lo, para ganhar referência. A ciência quer resolver problemas imediatos, traçando um plano de coordenadas variáveis, funções e proposições que vão definir o chamado estado das coisas.

Imagine-se o médico confrontado com o caos das possibilidades diagnósticas quando examina um paciente portador de uma enfermidade grave. O médico, enquanto cientista, vai ao mesmo caos, ao virtual, das infinitas possibilidades... É necessário que o médico em seu devir-ciência, desista destas velocidades infinitas. Complete uma desaceleração tal, que de seu crivo sobre o caos, retire uma proposição estática, possível, referencial. Um movimento de lentificação, de parada, que lhe permita traçar um plano de referência; construir variáveis, funções, trabalhar colocando-se em uma posição de observador parcial e traduzir todo este movimento em um planejamento sistemático, que lhe permita um plano diagnóstico, de manejo e com muita sorte e talento, talvez até terapêutico!

Mas, e quando o médico realiza a arte da anamnese, recolhendo a história da doença de seus pacientes? E, o que dizer da arte de examinar os corpos? E a atividade estética do cirurgião que com seus bisturis e cinzéis constrói verdadeiros novos órgãos e corpos?

Enquanto isto, a filosofia, por sua vez, tem a intenção de salvar o infinito, de preservar as velocidades infinitas do caos. A filosofia também faz um crivo no caos, uma escolha, um recorte e traça um plano de imanência, inventa personagens conceituais e faz o movimento de levar seus conceitos consistentes, os acontecimentos, ao infinito.

A primeira questão colocada nesta pesquisa foi: É a medicina arte, ciência ou filosofia? Assim como não se deixa, constantemente, de perguntar: De que trata a educação? Ciência, arte ou filosofia?

Para Deleuze e Guattari cabe à filosofia e somente a ela a criação de novos conceitos. E, mais importante que tudo, somente novos conceitos são capazes de movimentar o pensamento humano.

Neste sentido e sob esta imagem do pensamento é que se pensa um movimento de transformação na educação médica. A formação de um novo médico, capaz de reconhecer nos encontros com seus pacientes uma sucessão de encontros repetidos e ao mesmo tempo singulares. Encontros capazes de se transformarem em encontros alegres e trazer aumento de potência de vida ao paciente e ao próprio médico.

1.4.2 Baruch Espinosa

Aproximar a ciência médica da filosofia é, aparentemente, uma tarefa natural. Simples, uma vez que ambas as disciplinas se preocupam com problemas da existência humana. Entretanto, incluir no currículo médico do século 21 filosofia para jovens estudantes de medicina constitui um desafio.

Os jovens acadêmicos de medicina estão assoberbados de infinitos conteúdos teóricos que devem ser dominados em cinco ou seis anos de faculdade. Além disto, estão encantados e deslumbrados diante de tantos avanços tecnológicos que os aguarda no futuro exercício da profissão.

Como fazê-los “perder tempo” com questões metafísicas complicadas, complexas e inatingíveis? Usando dois artifícios: Trazendo o cinema como estratégia de ensino e,

escolhendo um filósofo irresistível. Um filósofo que nos arraste em seus conceitos como um vento que impulsiona folhas secas de outono. Uma filosofia preocupada com a vida, com o vivido, com o experimentado. Conceitos que dêem conta de resolver nossos estranhamentos e nossos questionamentos em relação ao que somos, que lugar ocupamos no universo e, principalmente o que podemos nos tornar – que tal... Virtuosos e felizes!

Mais que tudo, um filósofo que nos ensine a encarar a vida de maneira simples e nos dê armas para atingir estes objetivos. Uma filosofia possível de ser compreendida por nossos intelectos, enfim, um filósofo racionalista.

Por fim, precisávamos de uma filosofia radicalmente não transcendental, que não deixasse para depois, nem para espaço algum acima de nossas cabeças (no céu, por exemplo), a ocasião e o lugar para a resolução de nossos estranhamentos... Um filósofo radicalmente comprometido com a imanência!

Existe tal filosofia, tal filósofo? Sim! Baruch Espinosa, o filósofo dos filósofos!

Como afirma PEIRCE:

“As idéias de Espinosa são eminentemente idéias que afetam a conduta humana. Se devemos julgar as doutrinas éticas e de filosofia pelos seus resultados práticos, temos que considerar Espinosa como uma grande autoridade; provavelmente nenhum escritor dos tempos modernos tem feito tanto para levar os homens a seguir um modo de vida elevado” (DAMÁSIO, p.335).

Além disto, como salientam vários de seus leitores críticos contemporâneos, sua leitura se faz como “... *se um vento forte me impulsionasse pelas costas. Não compreendi tudo, (...) mas quando tocamos em tais idéias é como se segurássemos uma vassoura de feiticeira. Eu não era o mesmo homem...*” (Malamud, *The Fixer*, citado em DELEUZE, 2002 e em DAMÁSIO, 2003).

Esta dissertação quer enfatizar, acima de tudo, a questão da afetividade humana em Espinosa, trazida para reflexão dos infinitos encontros da clínica médica. A este propósito,

Marcos Gleizer (2005) afirma que a teoria da afetividade de Espinosa exerce uma função essencial no projeto ético do filósofo que pode ser aplicado, em nossa maneira de pensar, como abordagem de ensino para médicos em formação.

“ Aquilo que muitos anos atrás tinha me parecido impenetrável era agora perfeitamente familiar, estranhamente familiar, de fato, e inteiramente relevante para diversos aspectos do meu trabalho recente. Não se tratava de concordar com tudo o que Espinosa dizia. Algumas passagens continuavam tão opacas quanto antes, e havia conflitos e inconsistências de idéias que mesmo as leituras repetidas não apagavam. Continuava perplexo e até exasperado. Contudo, na maior parte do tempo, encontrei uma agradável ressonância com as idéias, um pouco como o personagem de *The Fixer* de Bernard Malamud, que leu algumas páginas de Espinosa e continuou sem parar como se um vento a favor o empurrasse para diante: (...) não é que percebesse todas as palavras, mas quando se depara com as tais idéias uma pessoa sente-se transportada num tapete mágico”(DAMÁSIO 2003 p. 19).

Especialmente útil, para as questões existenciais – e para o ensino da medicina - é o princípio de buscar alegria, enquanto afeto que aumenta a potência de ação e a preservação do esforço vital (*conatus* de Espinosa).

A experiência cotidiana de fazer uso absoluto da razão e o objetivo supremo de, com o uso do intelecto, vir a conhecer as causas adequadas das verdades existenciais e alcançar conhecimento intuitivo (do terceiro gênero) e assim, sentir-se finalmente livre para agir, reagir, viver em sentimento de paz e amor consigo próprio, com os outros, com as coisas e com a natureza parece ser ideal para introduzir o estudante de medicina na disciplina de humanidades médicas.

Afinal, é sobre esta liberdade de ser humano e especialmente do uso absolutamente racional desta liberdade no exercício de uma medicina alegre que trata esta dissertação.

1.5 Humanidades Médicas

A definição do *Oxford English Dictionary* é adequada em conceituar as humanidades médicas como “o ensino ou a literatura preocupados com a cultura humana: um termo que inclui os vários ramos de uma formação cultural”. Para estes autores, as humanidades médicas são aquelas disciplinas que contribuem para a compreensão da condição humana: filosofia, ética, história, antropologia, sociologia, literatura e artes.

Cada uma destas subdisciplinas que compõe as humanidades médicas daria oportunidade ao estudante de medicina de encarar o paciente não apenas pelo seu lado orgânico ou corporal, mas colocá-lo frente às reconhecidas necessidades de ser empático aos problemas de seus pacientes, compreendendo os significados de seus sintomas e dos sinais de suas doenças. Reconhecidamente, empatia, compaixão, como outros tantos sentimentos, são difíceis de conceituar e muito mais ainda, de ensinar ao outro.

Neste sentido é que a introdução das humanidades médicas no currículo das escolas de medicina parece ser uma via adequada para estimular, através de disciplinas filosóficas e estéticas, esta percepção no jovem médico em formação. A *American Association of American Colleges* recomendou a partir de 1998 a introdução desta disciplina no currículo, opcional ou obrigatório, de todas as escolas de medicina na América do Norte (KIDD e CONNOR, 2007).

Como salientam Edgar e Pattison (2006) algumas resistências à introdução desta disciplina no currículo médico existem. Principalmente em países mais pobres, como é o caso do País de Gales, nos quais investimentos na saúde e na educação médica geralmente são dirigidos para atender necessidades primárias e prementes de saúde pública. Portanto, cabe aos professores envolvidos com as humanidades médicas deixar clara a sua importância e utilidade na formação destes novos médicos com olhar “humanista”:

As humanidades, a despeito de seus limites, podem nos ajudar a refletir quem e o que somos e o que podemos nos tornar... Habilidades de argumentação crítica, disciplinada e imaginativa sobre os desígnios, significados e motivações das pessoas são importantes para que

vislumbremos todos a potencialidade dos desafios humanos” (EDGAR e PATTISON, 2006).

Como já foi definida na introdução desta dissertação, a disciplina de humanidades médicas possui currículos muito variáveis de escola para escola e em diversos países. É consenso, entretanto, que um amplo currículo de humanidades médicas deveria incluir as tradicionais disciplinas ligadas às humanidades: história, filosofia e artes; lado a lado com abordagem modernas (ou pós-modernas) tais como estudos culturais, artes e multimídia, cinema, diversidade e diferenças, como, por exemplo, questões de raça e gênero.

O que todas as ementas e as propostas das disciplinas de humanidades médicas têm em comum é a colocação do problema: O que é ser humano? A discussão desta questão – como os seres humanos entendem, experienciam e praticam esta sua tal condição humana - no domínio desta disciplina, é feita, indiretamente, estudando os produtos, propriamente ditos, da existência humana: sua história, seus pensamentos, as produções artísticas e a forma como tudo é organizado na sociedade.

Esta tentativa das humanidades a diferencia de outras subdisciplinas estudadas tradicionalmente nos currículos médicos, tais como biologia que analisa o ser humano do ponto de vista das ciências exatas, em sua condição física-química-biológica.

As humanidades se preocupam em dizer o que é ser humano no seu devir biológico, mas também em seu devir histórico, em seu devir ecológico, social, cultural e artístico. Enfim, uma preocupação em responder “O que é ser humano” olhando o que se produz enquanto tal e o que se pode chegar a ser com esta condição!

Nesta concepção de ensino que propomos, a medicina é aproximada das artes através do cinema e da filosofia pela *Ética* de Espinosa. A escolha da fundamentação teórica se fez com a intenção de responder à questão acima proposta “O que é ser humano” fugindo de sua preocupação com o sujeito em si, e também afastando o foco de sua resposta dos objetos com quem o indivíduo interage.

Para Baruch Espinosa os animais e as coisas e, portanto, o ser humano é definido não por suas características próprias, mas sim por sua capacidade de afetar e ser afetado pelas coisas e pelos outros.

Esta dissertação tem como escolha filosófica o olhar sobre os encontros que definem o ser humano. Especialmente um olhar sobre o encontro do médico e seu paciente, de como desta afecção mútua se pode resgatar alegria e vislumbrar uma potência de vida aumentada para cada paciente atendido; ao mesmo tempo em que oferece ao médico em formação um vislumbre de uma vida profissional gratificante e virtuosa, enfim... alegre.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVO, CONTEÚDO, RELEVÂNCIA E METODOLOGIA DESSA DISSERTAÇÃO

2.1 Objetivo Geral

O objetivo desta dissertação é elaborar uma nova concepção de ensino de medicina baseada na articulação de casos clínicos, com filmes de cinema e a filosofia de Espinosa. A construção desta nova abordagem permitirá a composição de uma cartografia de casos clínicos e de filmes de cinema que representam encontros alegres entre médicos e seus pacientes, relacionando os mesmos aos principais conceitos espinosistas. A proposta didática visa permitir a mediação de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias ao processo de ensino e aprendizagem do curso de medicina.

2.2 Objetivos Específicos

Através do método desenvolvido para esta pesquisa, essa dissertação será capaz de identificar os professores do curso de medicina da UNIVALI, médicos, cujas práticas profissionais os formandos do curso relacionaram às idéias filosóficas de Espinosa, especialmente à promoção de encontros alegres com seus pacientes.

Desta forma será possível cartografar experiências de alegria na clínica médica, relatando e estabelecendo possíveis linhas rizomáticas entre estas histórias da prática clínica e os conceitos filosóficos escolhidos como teorização da dissertação.

Ainda, a dissertação se propõe a apresentar e descrever filmes de cinema completando as relações rizomáticas entre as três formas do pensamento: arte, ciência e filosofia - colocadas em uma intersecção que sirva de ferramenta de ensino das habilidades, competências e conteúdos necessários ao médico em formação.

2.3 Metodologia

Estudo quantitativo e qualitativo com aplicação de questionário e realização de entrevistas.

O projeto da pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Após informação detalhada sobre os procedimentos do estudo e, assegurado o sigilo completo de suas identidades, os sujeitos, tanto alunos como professores foram convidados voluntariamente a fazer parte da pesquisa e assinaram consentimento informado.

A construção da dissertação foi feita a partir de entrevistas com médicos, professores de medicina da UNIVALI, para os quais se solicitou a narrativa de um caso clínico real que ilustrasse o conceito de encontro alegre, conforme os preceitos filosóficos de Espinosa. Para estes médicos também se solicitou a indicação de filmes de cinema que também corroborassem os conceitos de encontro alegre e de alegria.

Os médicos a serem entrevistados foram indicados por seus alunos, formandos do curso de medicina da UNIVALI. Assim, após breve exposição dos conceitos de Espinosa, solicitou-se aos alunos que indicassem professores que estabelecem, segundo as impressões do aluno, encontros alegres com pacientes atendidos.

Os alunos do último ano da medicina foram escolhidos para realizar a indicação dos médicos, sujeitos das entrevistas, por julgarmos que o convívio próximo, por mais de cinco anos na condição de aluno permitiu aos acadêmicos, tão sensíveis à observação dos atendimentos aos pacientes, condições de apontar médicos que promovem, sistematicamente, encontros alegres com seus pacientes.

A partir das entrevistas com os médicos, a cartografia destes encontros alegres foi desenhada ligando e discutindo os casos em suas particularidades clínicas (ciência),

considerações filosóficas (conceitos de Espinosa) e possibilidades estéticas (filmes associados aos casos).

2.3.1 Estudo quantitativo:

Para indicação dos sujeitos das entrevistas (estudo qualitativo) foi aplicado um questionário simples, aos alunos concluintes do Curso de Medicina da UNIVALI, com posterior análise de frequência destes dados. Os questionários foram aplicados durante uma das AAI (atividade acadêmica integrada), que é um momento curricular, quinzenal, no qual todos os alunos da turma se encontram juntos na sala de aula.

O número total de alunos do último ano do curso de medicina da UNIVALI era 66 em novembro de 2008, momento da coleta dos dados: 34 alunos do 11º período e 32 do último semestre. Estavam presentes 53 alunos nas duas datas em que se propôs a coleta dos dados da pesquisa. Todos os alunos participaram respondendo ao questionário, representando 80% dos alunos formandos do curso de medicina.

Uma apresentação de 15 minutos a respeito dos conceitos fundamentais de Espinosa com ênfase na teoria da afetividade, da potência de existir e agir, de alegria e tristeza foi feita aos alunos com a utilização de recurso de multimídia – apresentação de filme de duração de 7 minutos elaborado no programa *videomaker*®.

Após estarem familiarizados com o pensamento filosófico de Espinosa os acadêmicos foram instados a responder um questionário, com uma única questão formulada com a intenção de identificar, aos olhos dos alunos, professores médicos que lhes remetessem ao conceito de alegria de Espinosa nas suas práticas médicas. Os alunos listaram nomes de professores, médicos que segundo suas avaliações, estabelecem com seus pacientes encontros alegres.

O curso de medicina da UNIVALI contava, em novembro de 2008, com 146 professores em seu corpo docente, sendo 116 médicos. Destes, 54 professores não foram citados sequer uma vez como promotores de encontros alegres com os pacientes, correspondendo a 46% dos médicos docentes do curso.

Quarenta e nove professores, ou seja, 42% dos docentes médicos foram citados mais de uma vez por seus alunos como sendo médicos alegres!

Os cinco professores mais frequentemente citados pelos alunos foram selecionados como sujeitos das entrevistas. Estes cinco médicos foram apontados por seus alunos por terem sido relacionados aos conceitos de alegria em Espinosa por, respectivamente, 77%, 62%, 58%, 56% e 51% dos seus alunos.

2.3.2 Estudo qualitativo:

Os dados quantitativos coletados pelo questionário aplicado aos alunos revelaram-se significativos para a escolha dos sujeitos da fase qualitativa da pesquisa; uma vez que a frequência de indicação dos médicos docentes demonstrou congruência e sensibilidade dos formandos em relacionar os conceitos filosóficos propostos à prática clínica dos professores.

Foram, então, realizadas entrevistas individuais, com cada um dos cinco médicos indicados pelos formandos do curso de medicina como promotores de encontros alegres com seus pacientes. Após convite para participar da pesquisa, os médicos foram esclarecidos dos objetivos da dissertação e, após seus consentimentos informados, fez-se uma rápida exposição dos conceitos filosóficos de Baruch Espinosa, principalmente sobre alegria e encontros alegres, tema da dissertação.

Cada entrevista foi marcada com antecedência e realizada em ambiente apropriado, três delas nos consultórios dos médicos entrevistados, uma na sala de descanso médico da área de plantão e outra na sala de reuniões do hospital.

Após uma breve apresentação das intenções da dissertação e da razão de ter sido convidado a fazer parte da pesquisa, houve, em cada entrevista uma exposição breve, de cerca de 5 minutos dos conceitos fundamentais de Espinosa com ênfase na teoria da afetividade, da potência de existir e agir, de alegria e tristeza e da relação dos encontros cotidianos dos médicos com seus pacientes.

A entrevista seguiu um roteiro semiestruturado e procurou colher a narrativa de um caso real, da experiência clínica do médico, considerado um encontro alegre por ter aumentado a potência de vida do paciente ou do próprio médico.

Também, durante a entrevista, foi solicitada a indicação de filmes de cinema que lhes tenham marcado a formação como indivíduo, ou mais especificamente, como médico e que ilustrasse, de alguma forma o conceito de alegria de Espinosa.

Durante as entrevistas foram feitas anotações das informações relevantes e todas entrevistas foram imediatamente transcritas logo após terem sido realizadas.

Cada uma das entrevistas, após transcrição literal, foi submetida à exaustiva leitura flutuante, até que em cada uma foram selecionados problemas afetivos que pudessem compor a cartografia de encontros alegres, colocados ao lado dos filmes indicados e dos conceitos filosóficos de Espinosa.

De um total de nove filmes citados foram escolhidos cinco filmes que melhor ilustravam os problemas colocados nos casos clínicos e apresentados na seqüência de cada um dos casos clínicos e das considerações filosóficas pertinentes. Os filmes selecionados para estratégia do plano de ensino foram assistidos repetidas vezes e, de cada um, selecionados “problemas” a serem utilizados nas aulas expositivas e nos instrumentos de avaliação propostos, conforme descritos, detalhadamente nos planos de aula no capítulo 8.

Da mesma forma, a obra principal de Baruch Espinosa, *Ética Demonstrada à Maneira dos Geômetras*- referida nesta dissertação como a *Ética*- foi exaustivamente lida e de cada um dos 5 livros que a compõem foram escolhidos conceitos específicos para serem apresentados e discutidos em relação aos casos relatados e aos filmes citados. Estes conceitos são apresentados - e contrapostos à luz do referencial teórico escolhido – na seqüência de cada um dos casos clínicos apresentados.

Os dados assim colocados: Os cinco casos clínicos relatados pelos médicos e então transcritos de forma didática, os filmes de cinema escolhidos para ilustrar as situações-problema e os conceitos principais de Espinosa (e de outros pensadores que lhe são

complementares) permitiram a descrição desta nova concepção de ensino para a educação médica.

CAPÍTULO 3 – ENCONTRO COM ESPINOSA

“Então, estar no meio de Espinosa... implica um modo de vida, uma maneira de viver” (DELEUZE, 2002, p.127). Com esta frase Gilles Deleuze, um admirador confesso da filosofia de Espinosa, revela duas características fundamentais dos conceitos espinosistas.

Primeiro, Espinosa é um filósofo comprometido com a vida, com o experimentado. Seu livro principal, *Ética*, resume todo seu pensamento e, didaticamente, ensina como proceder para se alcançar uma vida virtuosa e feliz.

Depois, Deleuze ressalta que não é preciso compreender a filosofia de Espinosa de forma completa, para que se seja espinosista. Isto porque alguns de seus conceitos, simples, podem ser aplicados de forma sistemática, através do uso da razão, para que se alcance uma vida mais proveitosa, mais alegre.

Ao estudar Espinosa, sem esforço, é possível compreender suas idéias e sentir-se afetado por seus conceitos de alegria, de comunhão com a natureza. Parece clara a proposta de procurar as causas adequadas dos problemas e acontecimentos que a vida nos afigura a cada instante.

Não é que se seja espinosista sem sabê-lo. Mas, bem antes, há um curioso privilégio de Espinosa, algo que só ele parece ter alcançado. É um filósofo que dispõe de um extraordinário aparelho conceitual, extremamente avançado, sistemático e sábio; e, contudo ele é, no nível mais alto, o objeto de um encontro imediato e sem preparação, tal que um não-filósofo, ou ainda alguém despojado de qualquer cultura, pode receber dele uma súbita iluminação, um raio”. (Deleuze, 2002, p. 134)

Outro motivo pelo qual a filosofia de Espinosa soa tão bem aos ouvidos dos jovens, foco da abordagem construída nesta dissertação, é o seu tom libertário, corajoso e revolucionário.

Nas palavras de Marilena Chaui:

É o radicalismo da razão livre e da alegria de pensar sem submissão a nenhum poder constituído – seja este religioso, político, moral ou teórico –

e a decisão de afastar tudo quanto nos cause medo e tristeza que torna Espinosa perigoso e odiado, para uns, mas também tão amado, para outros” (Chauí, 2005, p 13).

Para a construção da dissertação, ou usando as palavras de Almeida, em sua dissertação de mestrado, 2005, para desenhar uma “cartografia da alegria na clínica” foi escolhida a obra mestra de Espinosa: *Ética*, demonstrada à maneira dos geômetras.

A *Ética* foi concluída em 1675 mas somente publicada em 1677, logo após a morte do filósofo. É nesta obra, composta de cinco livros que Espinosa expõe de maneira didática - geométrica, como descrita por ele – seus conceitos sobre Deus e a natureza.

Na *Ética*, Espinosa conceitua as coisas e os seres vivos; os seres humanos – com seus corpos e almas; descreve os encontros, seus afetos – alegres e tristes- , suas paixões – medo e esperança; desejos, vontades e apetites. Sobretudo, é na *Ética* que Espinosa ensina como se libertar do jugo das paixões. Como se livrar desta servidão que acorrenta o homem ao que vem de fora, das afecções e, através da razão, vir a conhecer as causas adequadas de seus afetos. Tornar-se livre, ou seja, ativo em suas escolhas, em sua comunhão com a natureza e com todos, enfim...feliz. É, nas palavras de Gleizer, 2005, “*um projeto de busca da beatitude pelo conhecimento – no qual o verdadeiro contentamento e autêntica liberdade nascem do ato de inteligência que nos une a nós mesmos, a Deus e às coisas...*”.

Nas palavras de Deleuze:

Este será o tríplice problema prático da *Ética*: Como alcançar um máximo de paixões alegres, e a partir daí, como passar aos sentimentos livres ativos (quando o nosso lugar na Natureza parece condenar-nos aos maus encontros e às tristezas)? Como conseguir formar idéias adequadas, de onde emergem precisamente os sentimentos ativos (quando a nossa condição natural parece condenar-nos a ter de nosso corpo, de nosso espírito e das outras coisas apenas idéias inadequadas)? Como chegar a ser consciente de si mesmo, de Deus e das coisas (quando a nossa consciência parece inseparável de ilusões)” (DELEUZE, 2002 p. 34).

Antes de entrarmos nos casos, propriamente ditos, revisaremos os conceitos básicos de Espinosa que permeiam toda sua teoria da afetividade. E o primeiro destes conceitos é a identificação de Deus com a Natureza.

Este Deus de Espinosa tão revolucionário em sua época quanto nos dias de hoje é um Deus imanente a todas as coisas. Essência, existência e potência de tudo que existe, infinitamente capaz de se manifestar em infinitos atributos e modos. Deus, gênese de todos os corpos e idéias, e por isto mesmo, isento de qualquer finalidade específica, não possuidor de qualquer atribuição antropomórfica que a ilusão humana possa ter criado.

É deste conceito sintético de Deus e da Natureza que Espinosa desenvolve todas suas teorias, especialmente a que aqui nos interessa: a afetividade. O filósofo sempre preocupado em demonstrar as causas e os efeitos, mostrando como o que vemos no dia-a-dia, o que sentimos, nosso poder de afetar e de ser afetado pelos outros corpos e idéias são nada mais que os efeitos, os signos que nossa imaginação informa a nossa consciência. Tudo o que nossos sentidos percebem e imaginam (criando imagens de...) são efeitos e não as causas adequadas de suas existências.

O conhecimento das causas adequadas, a construção de noções comuns, a passagem de gênero de conhecimento, de idéias inadequadas, fragmentárias e ilusórias até uma chamada ciência intuitiva é o caminho percorrido por Espinosa em sua Ética. Ao atingir, de si mesmo, dos outros, da natureza, o conhecimento de terceiro gênero, a ciência intuitiva, o homem será capaz de experimentar uma alegria ativa, ou seja, deixar de ser escravo de suas paixões, dos afetos que vêm do exterior, e atingir a liberdade de poder agir. Mesmo quando submetidos aos maus encontros, de uma forma iluminada, alegre, beatificada.

Para Espinosa, todos os corpos, no caso, os seres humanos e também suas idéias não podem ser definidos por espécie ou gênero. Também não é possível definir pessoas por suas formas, ou seus órgãos ou suas funções. Não. Para Espinosa a definição de algo ou de alguém não é adequada nem mesmo como substância nem como sujeitos isolados.

Para todos os pensadores espinosistas, filósofos ou não filósofos, um corpo, é definido pela capacidade de afetar e ser afetado por outros corpos. E é desta complexa dinâmica de

encontros que a individualidade humana se estabelece, tanto na sua extensão ou corpo, quanto nos seus modos de pensamento.

E o que é a profissão médica a não ser uma sucessão infinita de encontros entre corpos e almas? A relação médico-paciente, os encontros entre as pessoas e suas dores e doenças, encontros entre corpos e pensamentos, corpos que afetam e são afetados e que, segundo Espinosa, na maneira como se encontram e são afetados provocam aumento ou diminuição na suas potências de agir; traduzindo encontros alegres quando os afetos aumentam a potência de agir; ou tristeza quando os afetos levam a diminuição desta mesma potência de agir.

Então, nesta dissertação pretende-se construir uma abordagem de ensino espinosista, uma visão de medicina espinosista, demonstrar uma ética possível. Um caminho ético que soe bem aos ouvidos dos jovens estudantes de medicina. Um caminho racional, uma receita intelectual, tão ao gosto dos médicos contemporâneos que permitam, quem sabe, uma relação médico paciente e uma clínica médica ativa, livre e feliz para os médicos e seus pacientes.

Deixemo-nos levar por Espinosa neste aprendizado. Aprendamos a transformar nossos encontros ao acaso em encontros alegres...Passemos a alguns destes encontros...

CAPÍTULO 4 – ENCONTROS ALEGRES NA CLÍNICA MÉDICA:

Primeiro caso

4.1 Do Caso, ao caos, à Alegria

Aguardei, ansiosa, esta primeira entrevista, na expectativa de como seria... Como nós, colegas médicos, colegas de docência, nos sentiríamos nesta situação de pesquisador-sujeito-de-pesquisa. Aguardei cerca de 30 minutos na sala de espera, observando o ambiente e a última paciente do dia que esperava para ser atendida. Um belo consultório, moderno, confortável, com uma maravilhosa vista do rio Itajaí-Açu entrando no mar.

Ao ser recebida, já entrando no consultório encontrei meu colega sorridente, tranqüilo, um pouco cansado, eu diria, mas visivelmente satisfeito em me ter ali para a entrevista.

Como tinha planejado, expliquei os objetivos da minha pesquisa, fiz uma síntese dos passos metodológicos, com ênfase na sua indicação como médico alegre pelos alunos formandos. Logo em seguida, falei de Espinosa e sua definição de encontro alegre. Enquanto eu explicava o conceito de alegria para Espinosa, meu colega procurou, rapidamente, no seu *notebook* que estava na mesa, entre nós, um *site* a respeito do filósofo! Interessante...

Então lhe pedi, objetivamente que me contasse um caso de um paciente que tivesse aumentado a potência de agir do próprio paciente, dele, ou de ambos; ou que os tivessem feito passar de uma perfeição menor para um estado de maior perfeição.

Também solicitei que ele citasse um filme, ou uma cena de filme, que tivesse relação com este caso ou que tivesse, de alguma forma contribuído para sua formação como médico. A resposta foi imediata:

Hum... um caso? Não sei, tenho tantos... Mas o filme não tenho dúvida: “- Logo que me perguntou já lembrei do filme relacionado com medicina que foi muito importante para mim, como médico”.

Mas antes, gostaria de falar sobre a alegria em fazer medicina. Sou alegre por personalidade. Meu “eu” e a medicina fazem uma parceria perfeita, maravilhosa! Trago isto sempre comigo... Sempre ouço dos pacientes: conheci o senhor há pouco, mas é como se nos conhecêssemos há muito tempo, o senhor nos transmite alegria. E isto alavanca o relacionamento. Sei que assim é mais fácil ser médico. A medicina humanista é sempre mais eficiente e a gente aprende, se inspira e mantém esta postura.

O caso... não sei. Mas o filme me saltou à lembrança: William Hurt em o Golpe do Destino! Todo estudante de medicina e médico tem que assistir. Porque o médico se coloca, por um golpe do destino, na situação do paciente, se vê na situação do paciente.

A gente percebe que pode estar naquela situação a qualquer momento. E, imediatamente sabemos como gostaríamos de ser tratados. No filme o médico revê toda a forma de ser com os colegas e com os pacientes.

Deixa sua atitude arrogante, pedante, diante da eminência da morte. Assusta-se e procura para seu cuidado um colega que tenha o que chamo de inteligência emocional, muito mais importante para o atendimento que a própria eficiência técnica.

Em relação ao caso, tem que ser um com final feliz? Respondi, não. Tem que ser um que exemplifique a coisa do aumento de potência de agir.

Bem, vou contar um caso que marcou a minha vida porque aprendi, *entre aspas*, a tomar decisões como médico. E sempre que uma situação semelhante ocorre, e há pouco tempo tive um caso igualzinho, agora sei pensar duas vezes e rever minha decisão inicial.

Eu era médico residente diante de uma cirurgia de grande porte e o médico assistente, um expoente da área, me pediu que conversasse com a paciente na noite anterior, a examinasse e deixasse tudo pronto para a cirurgia no dia seguinte.

Eu, como um jovem R2, acompanhado da mais jovem ainda R1, fui ao quarto da paciente para prepará-la para a cirurgia que apesar de ser delicada estava muito bem indicada e seria feita em caráter eletivo. Quando chegamos no quarto, a primeira coisa que ela disse foi:

Doutor. Estou com medo! Não quero me operar, não amanhã, não agora, tenho um mau pressentimento...

Explicamos para a senhora que tudo correria bem... que a bola vinha crescendo...que chegara no limite no qual a cirurgia estava indicada... que ela seria acompanhada pelo cardiologista durante a cirurgia...e que o seu cirurgião era a pessoa mais indicada a realizar este procedimento. Enfim, convencemos a paciente a se operar.

Na manhã seguinte, cheguei cedo ao centro cirúrgico, me preparei para entrar na cirurgia, a paciente logo dormiu, coloquei os campos, e meu professor chegou e se colocou à esquerda da paciente, indicando claramente que eu poderia iniciar a operação. Assim eu fiz, iniciei, toda a equipe na sala, o cardiologista presente porque a paciente tinha se submetido a uma angioplastia recentemente. Justamente para estar em condições ideais para esta cirurgia que tanto necessitava.

Fiz a incisão, iniciei a cirurgia e meu professor deu sinais de que eu poderia ir adiante, enfim, fiz todo o procedimento com segurança e tranquilidade. Tudo correu dentro da normalidade. Quando estava fechando a pele, o meu professor e o cardiologista se despediram e já saindo me disseram que dariam as boas notícias para a família que aguardava ansiosa na porta do centro cirúrgico.

O que aconteceu a seguir, marcou minha vida de cirurgião para sempre: o anestesista avisou que a paciente estava ficando bradicárdica e que eu conferisse seu pulso femoral, o que fiz rapidamente para perceber que estava batendo muito devagar. De repente, parou! A paciente, sem motivo aparente, tinha feito uma parada cardíaco-respiratória. Fizemos de tudo, 40 minutos de manobras de ressuscitação, chamamos os dois professores de volta... Moral da história, a paciente morreu na mesa.

Naquele momento aprendi, algo que fez com que eu me tornasse um cirurgião melhor: Este caso que não foi feliz me ensinou a escutar o paciente. Rever decisões, esperar o momento certo...

Talvez ao invés da cirurgia que propusemos, uma outra, um outro procedimento...

Quando o paciente tem uma visão, uma idéia do que acontece com ele, mudo minha conduta, respeito o que dizem, o que querem.

O caso bom é gostoso, mas a gente cresce é na adversidade. A morte para o médico é a derrota. Os casos felizes são maravilhosos e os tenho todos os dias, está cheio.

Mas é com estes casos tristes que devemos buscar ser melhores médicos.

Assim como o paciente tem que ouvir, nós também temos que ouvir.

Há uma relação do saber e do poder entre o médico e o doente. Muitas vezes o médico tem que se despir de sua prepotência para ouvir e conversar com seu paciente.

4.2 Filosofia

4.2.1 Substância, Atributos e Modos

Espinosa afirma, em sua *Ética* – mais que isto – nos **ensina** que as normas que regulam nossas condutas durante a vida devem ser construídas a partir de um profundo entendimento da condição humana nas suas relações com a natureza.

De que forma o nosso médico associou a perda da paciente que tanto lhe representava naquele momento de formação profissional? Como derivar alegria de uma experiência amarga? E, principalmente, como fazer uso do intelecto, da razão para suplantar encontros tristes e transformá-los em experiências que aumentem nossa força de existir?

A resposta de Espinosa é clara, concisa e direta. Entretanto, o caminho para alcançar esta beatitude e felicidade na vida é árduo e o filósofo nos lembra destas dificuldades ao longo do caminho percorrido nos cinco livros da *Ética*.

Tudo começa com a compreensão de que somos todos, seres e coisas, modos derivados da Substância única, infinita e eterna. Por Substância, Espinosa compreende: “o que existe em

si e por si é concebido, isto é, aquilo cujo conceito não carece do conceito de outra coisa do qual deva ser formado” (Definição III, Ética I).

Desta substância nosso intelecto percebe dois atributos: Pensamento (idéias) e extensão (corpos) que serão, portanto, diversas e infinitas expressões da mesma substância, da mesma realidade.

Desta forma, o universo infinito, Deus e a natureza, tudo o que é material ou mental são apenas expressões diferentes de uma mesma realidade! Tudo e todos imanentes à natureza. Este é o segredo revelado por Espinosa.

Tudo e todos são, ou somos, modos diferenciados infinitamente expressando a mesma substância divina – ou natural. A Substância de Espinosa pode se diferenciar em infinitos modos porque sua essência é igual a sua potência! O ser da Substância corresponde a esta potência de diferenciação em modos infinitos que por menores e mais diferenciados que sejam expressão indefinidamente a essência da Substância!

Como explica Marcos Gleizer:

“O conceito de potência não designa em Espinosa uma virtualidade cuja atualização seja contingente, mas sim uma atividade causal inesgotável na qual a substância é determinada exclusivamente por sua essência a produzir nela mesma infinitas coisas em infinitos modos, isto é, tudo que é concebível”. (GLEIZER, 2005, p. 18)

As conseqüências práticas e importantíssimas destas considerações são:

a) Deus não é antropomórfico. Nem “antropo-ligado”. O Deus Natureza de Espinosa não dispõe de vontade onipotente e muito menos tem a finalidade de fazer seja o que for para um fim humano qualquer. Nas palavras de Marilena Chaui: “Deus não é um super-homem dotado de entendimento onisciente nem de vontade onipotente...e não é, como crê a imaginação uma Pessoa Transcendente, Monarca do Universo e Juiz do homem”. (CHAUI, 2006, p. 11).

b) Assim, Deus, ou seja, a Natureza, não existe, e não age, tendo em vista qualquer fim!

c) E, o homem, definitivamente, não é livre para escolher indiscriminadamente entre escolhas possíveis. Espinosa põe por terra o tão sagrado livre-arbítrio humano. Para Espinosa os homens, por serem parte da Natureza divina respondem a esta imanência! É imanente à natureza humana ser pensante e dotado de forças internas para pensar e agir por si mesmo, mas, Espinosa enfatiza, tudo na imanência da ordem natural

c) Portanto, se Deus é Natureza e o homem está submetido a esta relação direta, não há necessidade da intercessão de seitas, religiões ou, o que é mais importante, Espinosa acaba com as noções religiosas de bem e mal, de pecado e perdão.

Com estes novos conceitos Espinosa se coloca como um pensador da liberdade de pensar, de se expressar e de agir e livre, portanto, finalmente da escravidão da moral religiosa vigente em sua época.

Como lembra Chauí (2006): os leitores cristãos sempre afirmaram que a obra espinosana retira a liberdade de Deus, uma vez que esta liberdade é substituída pelas leis imanentes à natureza, fazendo também, pela mesma lógica, desaparecer a responsabilidade do homem.

Exatamente por isto é que aos 24 anos Espinosa estava expulso da sinagoga de Amsterdã e apartado da igreja católica e mesmo dos protestantes mais liberais da época porque havia livrado a humanidade da Providência divina e dos milagres e dos temores ou esperanças de castigos ou recompensas transcendentais!

Espinosa que no nascimento havia recebido de seus pais portugueses o nome de Bento, tinha sido batizado Baruch na sinagoga de Amsterdã, agora assumia o nome em Latim – Benedictus – e nesta língua escreveria sua *Ética*, seu manual de libertação do homem!

Mas, voltemos ao nosso caso clínico. Por enquanto, seguindo a *Ética* de Espinosa, compreendemos que as diversas escolhas que realizamos na nossa existência não são, de forma absoluta, contingentes (poderiam ser assim ou de outra maneira). As nossas vidas seguem uma ordem natural, tudo na imanência da condição humana! Nas palavras da *Ética* (Proposição XXIX, livro I): “Na natureza nada existe de contingente; antes, tudo é determinado pela necessidade da natureza divina a existir e agir de modo certo”.

No prefácio do livro III da *Ética*, Espinosa fala por si e deve ser lido com atenção:

“A maior parte daqueles que escreveram sobre as afecções e a maneira de viver dos homens parecem ter tratado, não de coisas naturais que seguem as leis comuns da Natureza, mas de coisas que estão fora da Natureza. Mais ainda, parecem conceber o homem na Natureza como um império num império. Julgam, com efeito, que o homem perturba a ordem da Natureza mais que a segue, que ele tem sobre seus atos um poder absoluto e apenas tira de si mesmo a sua determinação. Procuram, portanto, a causa da impotência e da inconstância humana, não na potência comum da Natureza, mas não sei em que vício da natureza humana, e, por essa razão, lamentam-na, riem-se dela, desprezam-na, ou, o que acontece mais freqüentemente, detestam-na...”

E conclui:

“Nada acontece na Natureza que possa ser atribuído a um vício desta; a Natureza, com efeito, é sempre a mesma; a sua virtude e a sua potência de agir são unas e por toda a parte as mesmas isto é, as leis e as regras da Natureza, segundo as quais tudo acontece e passa de uma forma a outra, são sempre e por toda a parte as mesmas; por consequência, a via reta para conhecer a natureza das coisas, quaisquer que elas sejam, deve ser também uma e a mesma, isto é, sempre por meio das leis e regras universais da Natureza.”

Nesta altura da *Ética*, Espinosa introduz a noção de que devemos conhecer as causas adequadas de nossas afecções para caminharmos em direção à liberdade, mas passemos ao próximo encontro...

4.3 Amor é Contagioso

No filme *Patch Adams: O Amor é Contagioso*, dirigido por Tom Shadyac e protagonizado por Robin Williams a alegria é, na verdade, a estrela principal!

A apresentação do filme seguirá, no plano de ensino proposto ao final da dissertação (capítulo 8), a exposição do primeiro caso e da leitura das partes selecionadas da *Ética de Espinosa*. A estratégia proposta para avaliar os filmes assistidos será, de maneira geral, em forma de *brain storm*. Para consolidação das propostas didáticas desta ferramenta, *brain storm*, os alunos serão instigados com problemas e situações planejados e outros que surjam de suas próprias associações. Para tanto, cada filme será aqui, na dissertação, descrito por uma sinopse compilada de *sites* especializados de cinema e citados na seqüência de cada texto.

No ambiente silencioso e esterilizado de um hospital, um palhaço com sapatos gigantescos e um enorme nariz vermelho surge pela porta. Os pacientes que se cuidem... Rir é contagioso. A história real de Patch, paciente e, mais tarde, médico de uma instituição para doentes mentais, celebra o triunfo da busca insistente por um ideal. Sua vontade de tornar-se médico surgiu quando, ainda adolescente, foi internado numa clínica devido a uma depressão. Seu sonho começou a se tornar realidade no final dos anos 60, quando Patch estudou na Escola de Medicina da Virgínia e, em seguida, abriu o Instituto *Gesundheit* com uma abordagem mais personalizada da prática médica. Tudo estava bem, mas em meados dos anos 80, o Instituto *Gesundheit* começou a receber atenção da mídia sobre seus procedimentos terapêuticos nada ortodoxos. Os conflitos começaram. Em 1993, Patch escreveu um livro sobre seu trabalho explicando suas prescrições inspiradas no humor e o porquê de querer vestir-se de gorila, de encher uma sala com balões ou uma banheira com macarrão - tudo para conseguir um sorriso, realizar uma conexão emocional com seus pacientes, ou conseguir levar um simples momento de prazer aos doentes. O doutor Patch proclama: "Todos sabemos como o amor é importante e, mesmo assim, quão freqüentemente o demonstramos? Quantas pessoas doentes neste mundo sofrem de solidão,

tédio e medo que não podem ser curadas com uma simples pílula?". Utilizando métodos nada convencionais e surpresas incríveis para aplacar a ansiedade dos pacientes, Patch foi o pioneiro na idéia, até então radical, de que os médicos devem tratar as pessoas, e não apenas a doença. Compaixão, envolvimento e empatia têm tanto valor quanto remédios e avanços tecnológicos.” (Sinopse disponível em <http://www.webcine.com.br/film4essi/patchada.htm> . Acesso em 29 de março de 2009).

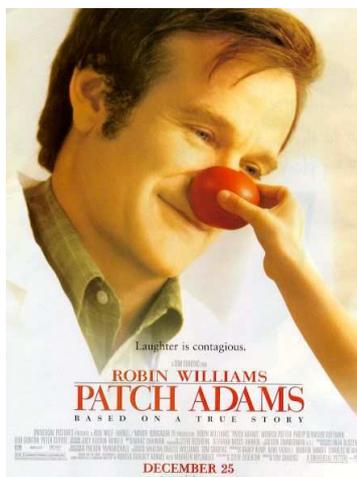


Ilustração 2 Robin Williams em Patch Adams.

Fonte:

http://images.google.com.br/imgres?imgurl=http://slog.thestranger.com/files/2008/01/patch_adams_ver1.jpg

CAPÍTULO 5 – ENCONTROS ALEGRES NA CLÍNICA MÉDICA:

Segundo caso

5.1 A morte e a morte de Seu Guillermo

Era uma daquelas noites de plantão na CTI. Naquela época nós, médicos, descíamos para atender intercorrências nos andares. Os chamados nas enfermarias poderiam significar desde uma receita de dipirona, até... até a parada cardio-respiratória do Seu Guillermo.

Quando eu poderia imaginar que uma longa história estaria escrevendo seu primeiro capítulo naquele próximo instante...

As paradas, como ensino aos meus alunos, uma verdade dolorosa que levei muito tempo para me acostumar... são sinônimos de morte. Diz-se que a cada minuto de parada, perde-se 10% de chance de sobrevivência. Assim, quando massageamos um paciente por cerca de 10 minutos (o que são dez minutos em outras situações...) temos quase certeza de que vamos perder o paciente.

O fato é que o Seu Guillermo, um senhor de compleição débil, frágil, estava internado já há alguns dias por complicações relacionadas a uma recente prostatectomia.

Quando a enfermeira avisou que se tratava de uma parada cardíaca e já se encaminhava para o quarto do seu Guillermo, tive tempo apenas de ler em sua papeleta: Homem, 68 anos, Insuficiência Renal Aguda, Insuficiência Cardíaca Congestiva Classe III, em hemodiálise há 3 ou 4 dias... Aparentemente estável naquela manhã, durante a visita do médico assistente. Mau prognóstico, pensei. Mas... Vamos lá, mais uma parada para contar...

Realizei todos os procedimentos de rotina: Intubação, drogas, massagem, um minuto, dois, três e... Seu Guillermo saiu da parada. Animação geral! Segurem o elevador, vamos levá-lo para a CTI.

Maior surpresa, ao chegar na CTI, ritmo regular, bom pulso, pressão mantida, acordando...acordando, acordado!

Seu Guillermo olhou fixamente para mim, com ternos olhos de um azul pacífico e perguntou: - O que houve doutor? Onde estou? E, tão logo lhe expliquei, de forma sucinta o que havia acontecido, voltou a me lançar um olhar inquisidor e acrescentou: Como é seu nome, doutor? Gostaria de agradecer o que fez por mim agora há pouco...

Respondi com aquelas palavras adequadas, quase jargão, dizendo que não tinha feito mais que a minha obrigação, e coisa e tal... No fundo, sentindo uma alegria enorme, um poder incrível, uma sensação tão diferente daquela impotência paralisante que tantas vezes sentimos no exercício da profissão médica...

Que incrível, Seu Guillermo estava morto e... De repente reviveu, estava ali, conversando comigo, quase sorrindo do fundo de seus olhos azuis!

Bem, a história não termina assim, pelo contrário, este é só o começo.

Acontece, que o processo de ressuscitação não fora perfeito... Seu Guillermo estava vivo, isto era indiscutível, mas, como eu estava prestes a descobrir... Nunca mais seria o mesmo...

Na verdade, quem não o conhecia anteriormente teria dificuldade em notar as seqüelas deixadas por sua parada e pela conseqüente hipóxia cerebral transitória... Ele parecia normal, um velhinho simpático, ingênuo, meio atrapalhado, afetivo e engraçado... Mas, ele não era o mesmo Guillermo de antigamente...

Este Guillermo ressuscitado estava com incontinência urinária (mais pela prostatectomia do que pela parada), cheirava a urina, andava com as calças sempre molhadas, já não tinha aquela antiga atenção com a higiene. Perdera uns dentes, teria sido eu, manejando o laringoscópio?

Ele parecia não ligar... Falava o que queria, onde queria, da forma como melhor lhe conviesse. A falta de oxigênio no cérebro parecia ter eliminado tão apenas seu superego, como eu costumava dizer.

Nada disto me incomodaria não tivesse Seu Guillermo levado tão a sério a expressão: “Você é responsável por quem você cativa”.

A partir de sua saída do hospital, onde permaneceu não mais que duas semanas após sua estada na CTI, Seu Guillermo se achou no direito de consultar comigo e mais tarde com toda minha equipe, na hora que lhe fosse aprazível. Fosse no consultório, no ambulatório da universidade, nos corredores do hospital, ao vivo, por telefone...

Minha vida estava a ponto de ser virada ao avesso por um idoso de não mais de 55 quilos!

Enfim, como dizer a um velhinho simpático, quase demente que foi tirado das profundezas da morte por minhas próprias mãos que ele não poderia consultar comigo sempre que quisesse?

Bem, qual seria a solução para o seu Guillermo... Entramos em um acordo: Ele poderia vir todas as quartas-feiras no ambulatório da universidade, beijar as mãos de todas as meninas da equipe (beijos molhados), contar e recontar quantas vezes quisesse o milagre perpetrado por minhas “santas mãos” em uma noite fria do inverno catarinense... desde que...

Deixasse os alunos ouvirem os dois maravilhosos sopros que trazia em seu peito. Um sopro de Insuficiência Mitral, com a irradiação perfeita para o dorso e outro indiscutivelmente sistólico, de ejeção com irradiação para o pescoço... Ainda mais, Seu Guillermo anos mais tarde teve uma fístula artério-venosa construída em seu braço esquerdo o que lhe conferiu ainda um outro sopro maravilhoso de ser ouvido.

Assim passamos anos, eu e o meu querido paciente de estimação. Muitas risadas demos juntos. Ele, comemorando o fato de estar vivo. Sorrisos honestos como só os dementes e os desdentados são capazes de exibir! Eu, por ter realizado meu trabalho de médico, tanto na parada cardíaca quanto no atendimento semanal de Seu Guillermo e sua esposa.

E, ainda, por ter visto o brilho nos olhos de meus alunos todas as vezes que percebiam os sopros no peito daquele velhinho simpático, mal sabendo que tudo havia começado com algumas pancadas e outros tantos choques naquele mesmo peito há alguns anos...

Agora já não tenho o prazer de ver Seu Guillermo arrastando os pezinhos entrando no ambulatório. Há uns 8 meses ele faleceu em diálise, que pena... Sinto saudades.

Bem, pelo menos guardo comigo a história deste encontro.

5.2 Filosofia

5.2.1 Afecções

Há neste relato uma referência literária interessante. A citação do Pequeno Príncipe, de Saint-Exupéry, cuja tradução para o português é a seguinte:

“- Não – disse o príncipe”. – Eu procuro amigos. Que quer dizer “cativar”?

- É algo quase sempre esquecido – disse a raposa. – Significa “criar laços”...

- Criar laços?

- Exatamente – disse a raposa. – Tu não és ainda para mim senão um garoto inteiramente igual a cem mil outros garotos. E eu não tenho necessidade de ti. E tu também não tens necessidade de mim. Não passo a teus olhos de uma raposa igual a cem mil outras raposas. Mas, se tu me cativas, nós teremos necessidade um do outro. Será para mim único no mundo. E eu serei para ti única no mundo...

... Minha vida é monótona. Eu caço galinhas e os homens me caçam. Todas as galinhas se parecem e todos os homens também. E isso me incomoda um pouco. Mas se tu me cativas, minha vida será como que cheia de sol. Conhecerei um barulho de passos que será diferente dos outros. Os outros passos me fazem entrar debaixo da terra. Os teus me chamarão para fora da toca, como se fosse música. E, depois, olha! Vês, lá longe, os campos de trigo? Eu não como pão. O trigo para mim vale nada. Os campos de trigo não me lembram coisa alguma. E isso é triste! Mas tu tens cabelos dourados. Então será maravilhoso quando me tiveres cativado. O trigo, que é dourado, fará com que eu me lembre de ti. E eu amarei o barulho do vento no trigo...

A raposa calou-se e observou por muito tempo o príncipe:

- Por favor... Cativa-me! – disse ela.

- Eu até que gostaria – disse o príncipezinho -, mas não tenho muito tempo. Tenho amigos a descobrir e muitas coisas a conhecer.

- A gente só conhece bem as coisas que cativou - disse a raposa. – Os homens não têm mais tempo de conhecer coisa alguma. Compram tudo já pronto nas lojas. Mas como não existem lojas de amigos, os homens não têm mais amigos. Se tu queres um amigo, cativa-me.

- Que é preciso fazer: - perguntou o pequeno príncipe.

- É preciso ser paciente – respondeu a raposa. – Tu te sentarás primeiro um pouco longe de mim, assim, na relva. Eu te olharei com o canto do olho e tu não dirás nada. A linguagem é uma fonte de mal-entendidos. Mas, cada dia, te sentarás um pouco mais perto... – Adeus - disse a raposa. – Eis o meu segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível aos olhos” (SAINT-EXUPÉRY, 2006 p. 68-72).

Já na definição de individualidade, Espinosa a refere como a capacidade de afetar e ser afetado por outros corpos.

Percebe-se que o médico, apesar de dar características de espécie, gênero, de forma ao seu paciente, só o define como indivíduo quando relata a maneira como seu corpo afetou e foi afetado pelo outro. É deste encontro entre corpos, e também de idéias como vamos ver em outros casos discutidos nesta dissertação, que a natureza constitui a existência dos indivíduos.

Daí que sem afecção, o encontro entre dois corpos não será considerado relação entre indivíduos. Por isso a raposa adverte, é preciso tempo, paciência, sentar cada dia mais perto, observar, aproximar-se, afetar-se.

Desde aí, já há uma inferência importante para a relação entre médicos e pacientes, ou seja, o tempo permitido para que este encontro aconteça.

Um trabalho de pesquisa simples foi realizado no Ceará, (CAPRARA e RODRIGUES, 2003) procurando estabelecer o vínculo terapêutico possível em consultas de clínica médica realizadas por médicos do programa de saúde da família.

Vários dados foram coletados, durante 400 consultas realizadas por 20 médicos, durante mais de um ano de pesquisa. Um dado, especialmente, me parece relevante para esta discussão. O tempo dedicado a cada paciente! As médicas “permitiram” consultas que em média duraram 11 minutos, enquanto que os médicos homens “toleraram” seus pacientes no consultório por cerca de 7 minutos.

Da porta do consultório, à coleta de uma anamnese, da execução do exame físico até a construção de uma hipótese diagnóstica ou ao menos um plano de ação... Sete minutos? A pergunta que fica em suspenso é: Seria possível estabelecer um conhecimento adequado de uma paciente, seja de qualquer ponto de vista levado em consideração (clínico, filosófico, matemático, ético) em sete minutos?

Isto nos remete ao segundo pensamento de Espinosa que pode ser regatado deste caso.

5.2.2 Gêneros de Conhecimento. (Escólio II da proposição XL do Livro II)

Espinosa distingue três gêneros de conhecimento hierarquicamente superiores, sendo o primeiro um tipo de conhecimento inadequado, ilusório e fragmentado, o segundo o conhecimento racional e o terceiro, ou ciência intuitiva o encontro das causas adequadas dos efeitos percebidos pelos sentidos, a harmonização das coisas e dos seres com sua gênese comum à substância eterna.

Alcançar conhecimento intuitivo de terceiro gênero permitiria ao indivíduo se apoderar da verdade e se tornar completamente livre em suas decisões e ações por estar agindo de acordo com sua razão absoluta.

Analisemos melhor estes crescentes gêneros de conhecimento.

Na verdade, Espinosa divide o primeiro gênero do conhecimento. Mais primitivo, seriam em suas próprias palavras “*noções das coisas que os sentidos representam mutiladas,*

confusas e sem ordem à inteligência, por esta razão tomei o hábito de chamar estas percepções de conhecimentos pela experiência vaga”.

Espinosa prossegue definindo assim: “... *noções dos sinais, por exemplo, do fato de termos ouvido ou lido certas palavras, nos recordamos das coisas e delas formamos idéias semelhantes àquelas pelas quais imaginamos as coisas.*”.

Para fins didáticos, provavelmente, Espinosa engloba as duas idéias acima: “*Para o futuro, chamarei a estas duas maneiras de considerar as coisas: conhecimento do primeiro gênero, opinião ou imaginação*”.

Há que ser salientado aqui o comentário de Marcos Gleizer (GLEIZER, 2005) que enfatiza que para Espinosa as idéias imaginativas indicam na verdade o estado do corpo humano, como foi afetado, e não a natureza em si dos corpos exteriores. É importante esta referência para que se entenda que o efeito de um corpo exterior sobre o nosso, provoca uma idéia na consciência que é muito mais a tradução mental desta afecção do que a verdade sobre o corpo exterior.

Ao conhecimento de segundo gênero ou Razão, Espinosa dá a seguinte definição: “... *finalmente do fato de termos noções comuns e idéias adequadas das propriedades das coisas*”.

Aqui, devemos esclarecer o significado da expressão noções comuns (Corolário da proposição XXXVIII, livro II). *As coisas que são comuns a todas as coisas e existem igualmente no todo e nas partes não podem ser concebidas senão adequadamente.*

Espinosa explica, nas palavras de Marilena Chaui (2006), que o que compõe a estrutura comum a todos os corpos, as leis que regem as relações necessárias entre as partes e o todo podem ser conhecidas pela razão e são fundamentais para se conceber a idéia adequada e, portanto, a causa adequada de qualquer fenômeno detectado pelos sentidos.

Ou seja, se a cada encontro, só ficarmos no conhecimento de primeiro gênero, aquilo que nossos olhos vêem, nossos ouvidos captam, nosso corpo percebe, haverá a construção de uma imagem (imaginação) que será oferecida à consciência como sendo correta e

adequada. Entretanto, como afirma Espinosa, esta é somente **a percepção do efeito**. Não corresponde às noções comuns ou às causas adequadas.

A razão, neste nível, ainda não buscou as ligações necessárias à formação de noções comuns, de forma a compreender qual a relação daquele indivíduo particular na frente do médico, seu papel na natureza, na sociedade, na comunidade, na família e na própria vida do médico! Enfim, conhecimento de segundo gênero.

Já o terceiro gênero Espinosa considera: *“Ciência intuitiva. Este gênero de conhecimento procede da idéia adequada da essência formal de certos atributos de Deus para o conhecimento adequado da essência das coisas.”*

A ciência intuitiva, na acepção de Espinosa, é o verdadeiro caminho para resolver eticamente as questões práticas da existência. No caso em questão as relações entre médicos e pacientes.

Na medida em que se reconhece a essência única da substância *Deus sive Natura* e, portanto, intuitivamente, atinge-se a compreensão, indubitável, desta verdade, as relações estarão resolvidas. Naturalmente, as pessoas se respeitarão e farão o máximo para aumentar sua potência de agir e também a do seu próximo, no caso da clínica médica, do paciente.

E assim, Espinosa afirma na proposição XLI, XLII e XLIII do livro II:

“O conhecimento do primeiro gênero é a única causa da falsidade, ao contrário, o conhecimento de segundo e do terceiro gênero é necessariamente verdadeiro.”

“O conhecimento do segundo e do terceiro gênero, e não do primeiro, ensina-nos a discernir o verdadeiro do falso”.

“Aquele que tem uma idéia verdadeira sabe, ao mesmo tempo, que tem uma idéia verdadeira e não pode duvidar da verdade da coisa.”

Portanto, permanecer durante toda uma vida de médico nas relações de conhecimento do primeiro gênero **não é um erro**, uma vez que a consciência percebe o que lhe foi

informado, imaginado. É, melhor dizendo **uma falta de uso da razão**, é um desconhecimento das causas adequadas. É ignorância.

Somente com o uso e o exercício absoluto da razão pode-se evoluir para conhecimentos do segundo gênero e com muito exercício intelectual alcançar a verdade da ciência (do conhecimento) intuitiva.

5.2.3 Paixões versus Ações

Voltando ao nosso doutor e seu caro paciente: Não seria uma atitude “normal”, ou pelo menos aceita a de um médico que, cumprindo suas obrigações profissionais (atender uma parada em um plantão noturno) se sentisse incomodado com a atitude de demanda inesgotável de seu paciente seqüelado?

Não seria a conduta de muitos afastar, repelir, não suportar o assédio e a maçada de ter este paciente no encalço em situações “intoleráveis”?

O médico que assim se comportasse estaria encarando somente o efeito de um fato ocorrido: a parada, a seqüela, o paciente que incomoda. Noções fragmentárias, inexatas, imagens borradas, confusas percebidas pelos sentidos humanos. Afetos do corpo, provocados por motivos exteriores, ou seja, para Espinosa, paixão.

As paixões são afetos que dependem única e exclusivamente do que vem de fora. E que não é capaz de promover **ação**. Ação, definida por Espinosa como afetos livres de influência exterior, afetos considerados positivos que advém das idéias adequadas e que por conceito aumentam nossa capacidade de ação, nossas potências de ação, nossa força vital, nosso conatus, enfim, alegria! Como afirma Antônio Damásio : “*A felicidade é a capacidade de nos libertarmos da tirania e das emoções negativas.*”. (DAMÁSIO, 2003 p. 188)

5.2.4 Imaginação e Memória

Dois aspectos são pertinentes a este caso e às afirmações da raposa no Pequeno Príncipe. Primeiro, a imaginação é uma representação das afecções corporais que são traduzidas em imagens e oferecidas à mente.

“Imaginar não é uma atividade da alma, mas do corpo. Afetando outros corpos e sendo por eles afetado de inúmeras maneiras, o corpo cria imagens de si a partir do modo como é afetado pelos demais corpos. Imaginar exprime a primeira forma da intercorporeidade, aquela na qual a imagem do corpo e sua vida é formada pela imagem que os demais corpos oferecem do nosso”.
(CHAUI, 2006 p. 56)

Em segundo lugar, são as imagens que são registradas na memória e persistem mesmo quando os corpos exteriores não estejam mais presentes. Assim, toda vez que qualquer imagem se repita, ou mesmo uma afecção igual à relacionada com aquela imagem ocorra, a idéia afirmará a existência do objeto exterior.

Isto explica como um cheiro específico qualquer, nos faz remeter imediatamente a imagens, lembranças e memórias passadas; memórias algumas vezes deixadas para trás tão longe quanto nossas infâncias.

Esta teoria, muito bem explicada por Espinosa - que, no século XVII só contava, além da sua incrível genialidade, com a observação racional, intelectual das coisas, dos homens e da Natureza - foi corroborada agora quatrocentos anos depois, com as possibilidades tecnológicas da neurobiologia.

Antônio Damásio, neurocientista português radicado nos Estados Unidos elabora um livro impressionante por aproximar as teorias filosóficas de Espinosa aos conhecimentos mais modernos de neurobiologia. As teses de Damásio se concentram em demonstrar como Espinosa acertou ao afirmar que mente e corpo são atributos de uma mesma substância e que respondem, corpo e mente, em paralelo aos encontros e afecções a que somos submetidos infinitamente. (A chamada tese do paralelismo de Espinosa será discutida em outro caso desta dissertação).

Também, Espinosa parece ter antevisto que, nos séculos adiante dele, seria possível comprovar como o corpo e a mente interagem e como as imagens são guardadas na memória e podem ser resgatadas quando um estímulo externo provoca sua invocação.

O homem experimenta pela imagem de uma coisa passada ou futura a mesma afecção de alegria ou de tristeza que pela imagem de uma coisa presente (ÉTICA, Parte III, proposição XVIII).

O que não pode deixar de ser dito aqui, é que cada vez que a raposa vir os campos de trigo, lembrará de seu amigo príncipe, simplesmente porque seus cachos são dourados! E cada vez que ouvir seus passos conhecidos terá sensação de segurança, alegria e coragem para sair da toca!

Marcos Gleizer resumiu assim esta questão:

“[...] dado que as imagens registradas no corpo persistem mesmo quando suas causas exteriores não mais existem, sempre que qualquer uma delas for reativada por causas internas ao corpo, sua idéia afirmará a existência de seu objeto exterior, presentificando assim um objeto ausente”.
(GLEIZER, 2005 p.26)

Assim, também Seu Guillermo, a cada semana, todas as quartas-feiras procura o seu médico, pois, sua presença, ou mesmo a invocação de sua imagem lhe traz alegria. Sua potência de agir aumenta, sua saúde melhora e ele se carrega positivamente para seguir sua vida, até que uma paixão (externa) maior que a sua lhe sobrevenha (doença) e a morte aconteça. *“A morte como mau encontro inevitável na ordem das existências naturais”*.
(DELEUZE, 2002, p. 18)

Também o médico, ao considerar o Seu Guillermo da forma que o fez, conhecendo-o por suas causas adequadas, reconhecendo nele um elo comum a si próprio, atributo e modo finito da Substância ou Natureza infinita pode, toda vez que se encontrar com pacientes semelhantes evocar um sentimento de aumento de potência, um movimento ativo de se relacionar e de atender seus pacientes.

5.3 Invasões Bárbaras

Imanência da morte como vida

No caso do seu Guillermo há um instante entre a vida e a morte. O paciente estava morto e em consequência de encontros e afecções voltou à vida. *“Entre sua vida e sua morte, há um momento que não é mais do que o de uma vida jogando com a morte”* (DELEUZE, 2009).

O filme conta a história do professor de história, Rémy, que internado em um hospital público do Canadá, por uma doença rara, vai rever sua vida diante da iminência da morte. A morte voluntária de Rémy vai reunir os amigos e a família em torno da fogueira; a morte vai, ainda, reafirmar o mistério da natureza ou da vida; neste filme é a morte que humaniza os homens.



Ilustração 3: . Capa da versão brasileira do filme As Invasões Bárbaras. Disponível em:
 fonte ;<http://www.portalvmmnet.kit.net/As%20Invasoes%20Barbaras.jpg>

Na disciplina aqui construída, o filme que conta a morte de Rémy segue a narrativa do caso de Seu Gillermo em sua trajetória entre a morte, a volta à vida e o fim, propriamente dito de sua jornada, sempre acompanhado pelo médico que encontra alegria neste caminhar!

CAPÍTULO 6 – ENCONTRO ALEGRE 3

6.1 Encontros e reencontros

Esta foi minha terceira entrevista e mais uma vez fica patente a sensibilidade que os alunos demonstraram em apontar médicos, ou melhor, indivíduos que promovem encontros alegres.

Novamente, ao solicitar a entrevista a este meu colega pediatra, a resposta foi imediata. – Claro, será um prazer! O horário foi combinado, final de tarde, no plantão do berçário: quando tudo estará tranqüilo...

Logo que me viu, meu colega me acenou e sorrindo pediu que eu esperasse um pouco, enquanto terminava de conversar com um casal que embalava seu filhote prematuro, recém-nascido.

Esperei alguns minutos, tempo suficiente para observar um outro bebê, já maiorzinho que me fitava agitando os bracinhos como quem tentava dizer alguma coisa. Quando meu colega se aproximou, perguntei: - O que tu achas que ele estaria pensando? E ele me respondeu com muita calma e certeza: -Ele se pergunta onde estará sua mãe que o abandonou aqui há mais de 30 dias... Pensei comigo mesma...Encontros e desencontros...

Fomos até ao quarto do plantonista, nos sentamos e após lhe explicar os motivos de minha pesquisa e da definição espinosista de alegria e de encontros alegres, lhe pedi que me descrevesse um destes encontros que ele considerou exemplo de encontro alegre.

São tantos... Posso contar uma consulta que fiz ontem à tardinha no consultório. A mãe veio para uma consulta de pré-natal. Uma história muito trágica, um daqueles momentos em que o médico se depara com a dor e o sofrimento de uma família que está preste a trazer outro bebê ao mundo.

O que aconteceu foi que, há poucos meses, esta mãe estava caminhando na rua com seu filho saudável de 10 anos, quando, subitamente, ele desfaleceu. Foi levado para o hospital e morreu! Assim, de repente, ela saiu de casa com seu filhinho e voltou sozinha!

O mais incrível é que, provavelmente, uma semana depois, engravidou. E como tragédia pouca é bobagem, este bebê tem meningomielocoele, e certamente terá seqüelas importantes pelo resto da vida. A mãe, muito esclarecida, veio ouvir minhas impressões de como seriam os cuidados, os problemas com os esfíncteres, e tudo o mais que enfrentaria em breve com seu bebê portador desta má formação congênita.

Eu chorei internamente, e os pais ao vivo, a tragédia da perda do filho. Tive, obrigatoriamente que perguntar detalhes sobre a morte do pequeno. Os pais dizem que foi do coração... Mas quem sabe?

Pensei com empatia e muita dor em meus próprios filhos. Como poderia viver sem meus dois filhos... Disse para os pais que podia, mais ou menos, avaliar seus sofrimentos e que era natural que eles chorassem e sentissem esta dor. Que todos, no lugar deles estariam sofrendo. E aí, penso que a mãe saiu melhor desta consulta, porque usei uma das minhas expressões para estes momentos: A tristeza que aconteceu, já aconteceu. Agora, temos que nos preparar para receber este novo bebê. Este foi o momento em que lhes perguntei o que eles sentiam em relação ao que havia acontecido e quais as possíveis mensagens que tiraram destes acontecimentos que vêm passando nos últimos meses.

Este tipo de abordagem permite que os pais verbalizem seus sentimentos, suas convicções, seus temores e suas dores. Faço questão que eles apontem suas crenças, seus sentimentos, suas esperanças, seus consolos...

Expliquei, da maneira mais clara e otimista, que a meningomielocoele deste bebê era muito baixa e que de todas as apresentações possíveis esta seria a melhor...Com menos seqüelas e conseqüências.

Mas a ênfase da minha consulta foi a de que estaria presente, sempre, para atendê-los e auxiliá-los nos cuidados deste bebê como sempre faço para todos os bebês que acompanho. Que sempre que precisassem de ajuda, orientação, atendimento, eu estaria lá, como médico, disposto a cuidar do filho deles, junto com eles...A idéia é esta, atender, amparar!

Costumo dizer que o tempo é assim; o ontem já foi, e o hoje ainda não veio...está aí, para ser construído. Como dizia Gandhi: a felicidade se faz no caminho, não se alcança no final.

O melhor dia de nossas vidas é hoje, porque podemos fazer alguma coisa no hoje. Ontem não dá mais...e... amanhã...quem sabe? Quem poderia supor há 7 ou 8 meses atrás que esta mãe estaria aqui, na minha frente, sem o seu filho mais velho, morto!? E grávida de um outro filho, portador de necessidades especiais!? O futuro nos é totalmente desconhecido, temos que ser felizes hoje, ou nunca!

Bom, em relação a filmes...Me ocorre um filme muito direto, de médico, uma história de um médico com quem me identifico: Patch Adams. Médico não é somente um objeto transformador e sim a ser transformado.

6.2 Filosofia

6.2.1 Paralelismo

Marilena Chaui inicia o capítulo 2, *intitulado Contra a superstição e a servidão*, de seu livro *Espinosa uma filosofia da liberdade*, com a seguinte afirmação: “A filosofia espinosana é um racionalismo absoluto”. E explica, mais adiante: “Racionalismo absoluto significa, portanto, libertar-se das causas da ignorância para com isso libertar-se das causas do medo e da esperança...”

Entretanto, a maneira pela qual o racionalismo de Espinosa tem o poder de praticar escolhas alegres é através da percepção de que o controle das ditas paixões depende das **emoções** guiadas pela razão, e não, simplesmente, da razão pura. Este entendimento é inovador na filosofia moderna.

Até Espinosa, desde a Grécia antiga, o corpo e a mente eram descritos como entidades completamente separadas. Para Platão, o corpo significava simplesmente uma morada temporária para a alma que comanda! Aristóteles define o corpo como um instrumento da alma, ou seja o corpo seria a ferramenta da qual a alma pensante faz uso para agir no mundo. Em ambas as visões clássicas a alma é vista como o princípio e a responsável pelos movimentos dos corpos.

Descartes, que contava com 32 anos na data de nascimento de Espinosa, introduz na filosofia uma separação radical entre o corpo e alma definindo cada uma das partes como

tendo substâncias e essências próprias e diferentes. Leis separadas para a alma e para o corpo, sem comunicação. Para Descartes o corpo é descrito por leis da física mecânica e funciona como uma máquina, respondendo às leis da inércia e do movimento. A alma, por sua vez, é descrita como substância pensante, dotada de imaginação, memória, sentimento e vontade. Enfim, a alma é a casa da razão, para Descartes.

O jovem Espinosa logo percebeu que a teoria de Descartes a respeito da separação do corpo e da alma era insustentável. De uma maneira geométrica, através de proposições, demonstrações, axiomas e escólios, Espinosa provoca uma mudança radical, sem precedentes no pensamento filosófico, colocando o corpo e alma em situação de paralelismo – “A ordem e a conexão das idéias é a mesma que a ordem e a conexão das coisas” (Proposição VII, Livro II, *Ética*).

Sem preeminência hierárquica de um sobre o outro. Isto porque, como explicamos mais acima, para Espinosa, corpo e alma são atributos (extensão e pensamento) da mesma Substância. Espinosa critica assim, de uma só vez, tanto o dualismo cartesiano como a idéia platônica de alma que comanda o corpo.

Na explicação de Marilena Chaui:

Porque são efeitos simultâneos da atividade de dois atributos substanciais de igual força ou potência e de igual realidade, corpo e alma não estão numa relação hierárquica de comando, o corpo comandando a alma na paixão e no vício, a alma assumindo o comando sobre o corpo na ação e na virtude. Corpo e alma são isonômicos, isto é, estão sob as mesmas leis e sob os mesmos princípios, expressos diferenciadamente” (CHAUI, 2006, p. 54).

Então como se dá esta relação? Espinosa nos explica, claramente, no livro II da *Ética* que o “objeto da idéia que constitui a alma humana é o corpo” (Demonstração da Proposição XIII, Livro II, *Ética*). Isto é, nas palavras literais de Espinosa, nós temos as idéias das afecções do corpo. Espinosa insiste na mesma demonstração: “o objeto da nossa alma é o corpo existente, e não outra coisa.” E mais, na proposição XIX, do mesmo livro II,

Espinosa explica: “A alma humana não conhece o próprio corpo humano nem sabe que este existe, senão pelas idéias das afecções de que o corpo é afetado”.

O corpo humano para Espinosa é um indivíduo complexo formado de inúmeras pequenas partes. Graças a esta complexidade, o indivíduo é capaz de afetar e de ser afetado de diferentes maneiras pelos corpos e idéias exteriores. Assim, a alma é capaz de perceber um sem número de coisas, proporcional à capacidade que o corpo tem de afetar e ser afetado.

Concluindo, o que define a individualidade de um corpo, no caso em questão, de um corpo humano, é justamente esta capacidade de constante relação entre as diversas partes de seu próprio corpo e os corpos e idéias que vêm de fora. Portanto, as relações de movimento e repouso e os conseqüentes encontros que resultam destes movimentos é o que define os seres.

Nas palavras de Gilles Deleuze:

Cada leitor de Espinosa sabe que os corpos e as almas não são para ele nem substâncias nem sujeitos, mas modos. Todavia, se a gente se contentar em pensá-lo teoricamente, não será suficiente... definiremos um animal, ou um homem, não por sua forma ou por seus órgãos e suas funções. E tampouco como sujeito: nós o definiremos pelos afetos de que ele é capaz.” (DELEUZE, 2002, P.29)

6.2.2 Alegria, Tristeza, Bom e Mau

Seguindo o pensamento de Espinosa compreendemos porque Marcelo Gleizer afirma que “a afetividade fornece a matéria-prima da vida ética”.

Espinosa conceitua afecção na Definição III do Livro III da Ética: “Por afecções entendo as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir desse corpo é aumentada ou diminuída, favorecida ou entravada, assim como as idéias dessas afecções.”

E, quando podemos ser a causa adequada destas afecções Espinosa chama este afeto de ação; quando a causa desta afecção é externa e, portanto, não somos a causa adequada da mesma, o afeto se chama paixão.

O segredo de Espinosa para atingirmos a felicidade e a vida virtuosa está em conhecendo as causas adequadas das afecções, através de nosso intelecto, podemos nos libertar das paixões, ou seja das afecções externas de causas confusas e inadequadas e passarmos a ser ativos, promovendo encontros alegres com as idéias e as pessoas com quem convivemos.

Nas palavras de Espinosa (Escólio I da Proposição XXXVII do livro IV, da Ética):

A verdadeira virtude não é outra coisa que viver só sob a direção da Razão, e, por conseguinte, a impotência consiste só em o homem se deixar conduzir pelas coisas que estão fora dele e em ser determinado por elas a fazer aquilo que a constituição comum das coisas externas reclama e não o que reclama a sua própria natureza...”

Alegria para Espinosa são todas as afecções que nos fazem passar de uma potência menor para uma potência maior de existir. Tristeza é aquela afecção que decompõe com nosso corpo ou com nossas idéias fazendo-nos passar para um estado de menor perfeição, diminuindo nossa potência de existir.

De forma encantadora, agora Espinosa conceitua o Bem e o Mal, sem qualquer possibilidade de julgamento moral ou de conceitos universais de Bem ou Mal. Nas suas palavras textuais: “Por bem entendo aqui todo o gênero de alegria e tudo o que, além disso, a ela conduz, e principalmente tudo o que satisfaz ao desejo, qualquer que ele seja. Por mal, ao contrário, entendo todo o gênero de tristeza, e principalmente o que frustra o desejo”.

O desejo, para Espinosa é “a essência ou natureza de cada indivíduo, na medida em que é concebido como determinado a fazer qualquer coisa pela sua constituição...portanto, conforme um indivíduo é afetado por causas exteriores por esta ou aquela espécie de alegria, de tristeza, de amor,..., o seu desejo será necessariamente este ou aquele...Assim, há tantas espécies de desejo quantas as espécies de alegria, de tristeza, de amor, e,

conseqüentemente, quantas as espécies de objetos pelos quais somos afetados.”
(Demonstração da Proposição LVI, livro III, Ética)

Enfatizando, “O desejo que nasce da alegria é mais forte que o que nasce da tristeza”
Proposição XVIII, livro IV da Ética.

Assim, de forma prática, as afecções nos fazem variar a potência de agir. Variação positiva na alegria; negativa, na tristeza. E, ao invés das noções moralistas ou religiosas e de Bem e Mal, Espinosa define como Bom, aquilo que compõe com nossos corpos e idéias, aquilo e aqueles que convém a nossa potência de vida, aquilo que desejamos no nosso esforço de perseverar no nosso ser. Mas deixemos este conceito para o próximo caso clínico.

6.3 O Homem Elefante

Perguntamos junto com Espinosa: O que pode um corpo? O melhor exemplo desta questão, nos traz David Lynch em seu Homem Elefante, de 1980. Uma obra prima da estética cinematográfica. Conta a história de John Merrick (protagonizado pelo excelente John Hurt), um inglês que vive recluso em um circo por ter uma doença que desfigurou seu rosto. Ele é descoberto por um médico (Anthony Hopkins), que deseja integrá-lo à sociedade não como um "esquisito", mas como alguém normal e culto. O problema é que as pessoas não estão prontas para isso, e John terá que sofrer muito para ser tratado como ser humano. (Sinopse e ficha técnica disponível em <http://www.cineplayers.com/filme.php?id=691> . Acesso em 29 de março de 2009).



Ilustração 4. Cartaz do Filme O Homem Elefante, 1980.

fonte: http://marciavidal.files.wordpress.com/2008/04/homem_elefante.jpg

CAPÍTULO 7 – ENCONTRO ALEGRE 4

7.1 Cuidados Paliativos e o Esforço de Perseverar no Ser

Há três ou quatro semanas encontrei meu colega A. nos corredores do hospital e comentei que precisava conversar com ele a respeito de minha dissertação de mestrado. Mais uma vez, como aconteceu com meus outros colegas “alegres” a resposta foi imediata: será um prazer. Perguntei quando seria mais conveniente e ele me disse que a próxima semana seria muito conturbada, mas que na outra seria oportuno conversarmos.

A questão é que na semana combinada, Itajaí sofreu a maior enchente de sua história. Praticamente toda a cidade ficou coberta de água, milhares de pessoas tiveram suas casas alagadas e centenas perderam tudo o que tinham. O hospital, a rede pública e nós médicos tivemos nossas atividades, literalmente, viradas de cabeça para baixo.

Assim, foi uma surpresa agradável ao encontrar A. esta semana e ouvir dele, espontaneamente, podemos conversar amanhã à tardinha no meu consultório, que tal? É rara esta disponibilidade entre os médicos, especialmente quando sei que este colega está constantemente assoberbado de trabalho. Mais uma vez fiquei com a sensação de que os colegas apontados pelos alunos formandos do curso de Medicina, definitivamente tinham algo de especial, algo que os alunos reconheciam como que estabelece relações alegres em suas atividades profissionais cotidianas.

Ao chegar na clínica, no horário marcado para a entrevista, novamente percebi que a secretária havia sido avisada do encontro marcado. Mais uma vez, surpresa porque convivo com colegas que nem ao menos sabem os dias e os horários em que devem ir ao consultório, muito menos se lembrariam de entrevistas combinadas com uma colega docente que poderia soar como um incômodo em um dia atribulado.

Um ambiente muito agradável, moderno, bem decorado que conta com duas poltronas confortáveis colocadas frente a frente o que certamente permitiu que a entrevista transcorresse de forma muito agradável.

Em poucos minutos expliquei como tinha delineado minha dissertação e expliquei rapidamente o conceito de Espinosa sobre a alegria e os encontros alegres e solicitei que me contasse um caso clínico alegre, no qual a potência de vida do paciente ou a sua própria havia variado de forma positiva.

Eu me considero um médico que antes de promover encontros alegres, provoca encontros propriamente ditos, isto é, procuro estabelecer estes encontros que às vezes são alegres, outras tristes, muitas vezes chocantes...

Sinto-me muito gratificado em ter sido identificado pelos alunos como um médico que estabelece encontros alegres com seus pacientes. Acho que os alunos são muito perceptivos ao reconhecer o médico que – não é uma questão de atender bem ou mal - é interessado no paciente.

Trata-se de, durante a consulta, literalmente provocar encontros, perguntando como o senhor ou a senhora se sente, como está sua família, como a enchente afetou sua casa... A propósito, esta enchente tem me ensinado muito...Pacientes muito pobres que tudo perderam para as águas dizem, não há de ser nada, doutor, estamos vivos e isto que importa; ao contrário de pacientes com posses que atendo no SUS que se queixam e se lamuriam por ter perdido seu carro ou bens materiais. Enfim, estamos sempre aprendendo com nossos pacientes.

Mas se tu me perguntas de um caso em especial, me lembro de um encontro muito intenso que se deu com uma paciente chamada E. Esta paciente me ensinou muitas coisas nos três meses de internação, nos quais a visitei diariamente. Esta paciente me fez lidar com a sua própria incapacidade de falar sobre sua doença e principalmente com minha limitação de dizer sua real situação clínica. Tratava-se de uma paciente de cinquenta e poucos anos portadora de câncer de cólon com metástases hepáticas. Doença disseminada para a qual somente poderia propor tratamento paliativo.

Entretanto, E. não queria falar sobre a morte. Nunca verbalizou ter compreendido sua situação de paciente terminal. Ela sempre se manteve firme em sua postura de querer ser tratada a cada dia, encarando cada procedimento como um tratamento potencialmente efetivo.

Eu, neste longo período em que a atendi no hospital, me senti sempre muito sozinho em seu atendimento. Cercado de vários colegas - oncologista, cirurgião torácico, endoscopista - que a todo o momento me diziam: não há nada a fazer, esta paciente está morta... Mas ela não estava morta, estava viva e solicitava meus cuidados de médico!

Foi um período muito intenso e difícil para mim. Ao ser diariamente questionado pela paciente sobre as possibilidades cirúrgicas eu repetia que sua doença estava já localizada no fígado e, portanto, sem condições de ser operada. A paciente parecia compreender, mas em seguida, me perguntava, como se nada tivesse sido dito: Mas eu vou ficar boa, não é doutor? Para esta pergunta, a resposta que utilizava era: Sim, E. hoje você vai se sentir melhor, vai ficar boa, hoje...

E logo, E. propunha: que procedimentos faremos hoje para que eu me sinta melhor, doutor? E assim, passamos tantas semanas, convivendo com este momento tão perto da morte, tão cheio de vida para Elisabeth.

E neste tempo aprendi com ela o quanto as verdades são relativas: Nunca me senti potente para dizer que ela estava morrendo porque em nenhum momento ela se sentiu morrendo!

Suas frases sempre eram: Eu quero me sentir melhor, doutor, a cada dia. E assim, muitas vezes realizei paracenteses de alívio (retirada de líquido da cavidade abdominal que rapidamente se refaz ao ser drenado pela presença do tumor). E a cada drenagem desta ascite ela se sentia melhor e reconfortada. Apesar de sua condição grave, da perda de peso importante que a fez caquética; apesar de toda dor e sofrimento fazia questão de fazer as unhas e se maquiar para receber a visita daquele que havia sido seu namorado há apenas três meses atrás!

Lembro desta paciente e dos encontros que estabelecemos como um período difícil, intenso, no qual sofri bastante, mas mesmo assim, alegre. Todos os dias quando sabia que teria que

visitá-la no hospital e percebia que como cirurgião não tinha nada a oferecer sentia o quanto poderia oferecer como médico para fazê-la se sentir atendida, reconfortada e acompanhada nesta fase final de sua vida.

Quando me lembro dela, não me sinto triste. Foi importante compartilhar os momentos finais de sua vida, sempre reprimindo a “verdade” de sua condição que ela, por si não conseguia enxergar.

A cada dia fazíamos planos para aquele dia de tratamento. Não para meses ou para anos. Um médico que junto com sua paciente encara a vida a cada dia, talvez a cada hora, de uma forma positiva. Não falamos, abertamente sobre a morte. Nos preocupamos, porque assim ela decidiu, sobre como viver cada dia, o melhor possível.

Eu, enquanto cirurgião, estou preparado e acostumado a abrir, operar, tirar com a mão, resolver. De repente, percebi que como médico poderia atender E. em suas necessidades, de acordo com sua escolha e isto para mim foi muito importante. Beneficiar o paciente com o não agir, ao invés de agir sempre, como estava acostumado. Um verdadeiro encontro alegre.

Foram tantas conversas gratificantes, sua história de vida, sua vivacidade, sua alegria em estar simplesmente viva. Sua autonomia ao escolher viver daquela forma e em, por exemplo, não pedir que o filho voltasse da Espanha para acompanhá-la, deixando que ele seguisse seu sonho enquanto ela vivia sua vida aqui, da melhor maneira que podia.

Enfim, E. ficou em condições mínimas de ir para casa. Mas ela não tinha casa para onde ir, não sozinha... Foi acolhida por sua irmã em outra cidade e morreu um mês depois, atendida por uma equipe de cuidado domiciliar.

Tenho a impressão que esta minha paciente, assim como eu, saía melhor de cada um de nossos encontros e por isto, considereei ao me perguntares este um de meus casos de encontro alegre!

7.2 Filosofia

7.2.1 Conatus

Proposição VI do Livro III da *Ética*: “Toda a coisa se esforça, enquanto está em si, por perseverar no seu ser”. Espinosa chama este esforço de *conatus* que também pode ser entendido como tendência. Todo o corpo e todo o pensamento tem a tendência de perseverar, de durar, de se manter vivo!

Aqui, há uma referência direta ao caso clínico apresentado. A paciente E se esforça, como todas as coisas, de acordo com Espinosa a perseverar na existência. E mais, Espinosa prossegue na Proposição VII do mesmo livro: “O esforço pelo qual toda coisa tende a perseverar no seu ser não é senão a essência atual dessa coisa”! A este propósito Marilena Chaui afirma: “Na verdade, os humanos não possuem conatus, são conatus (CHAUI, 2006, p, 59)”.

A nossa paciente expressa sua essência na potência de seu *conatus* e o médico aqui, explicitamente, estabelece com ela, independente de seu prognóstico fechado uma **boa** relação, uma relação de composição de corpos e de idéias, um genuíno encontro alegre!

E, de acordo com a Proposição XII do mesmo livro: “A alma esforça-se, tanto quanto pode, por imaginar as coisas que aumentam ou facilitam a potência de agir do corpo” e, na proposição anterior: “Se uma coisa aumenta ou diminui, facilita ou reduz a potência de agir do nosso corpo, a idéia dessa mesma coisa aumenta ou diminui, facilita ou reduz a potência de pensar da nossa alma”.

Fica fácil entender porque o médico referiu este encontro com a paciente preste a morrer, como um encontro alegre e mais, cada vez que paciente imagina o médico, ou, por outro lado, cada vez que o médico se depara com a imagem ou com a idéia de uma paciente na mesma situação, a potência de vida de ambos aumenta! Eis um exemplo de como determinados afetos potencialmente passivos (vindos de fora, confusos e inadequados)

podem se transformar em afetos ativos, mais fortes do que as paixões, invertendo uma situação de tristeza em uma de completa alegria!

Como afirma Gleizer: “Não se trata de suprimir as paixões, mas de alterar a dosagem entre passividade e atividade... O conhecimento intelectual pode interagir com as paixões, moderando-as e transformando nossa vida afetiva... O desejo racional,..., é um esforço para fazer o que serve à nossa conservação e auto-realização...” (GLEIZER, 2005, p. 50-53)

Uma citação comovente que faria uma bonita homenagem à paciente E é de autoria de Gilles Deleuze em seu livro dedicado à Espinosa: “Tal é pois a diferença final entre o homem bom e o homem mau: o homem bom ou forte é aquele que existe de maneira tão plena ou tão intensa que conquistou, ainda em vida, a eternidade, e que a morte, sempre extensiva, sempre exterior, é para ele pouca coisa.”

7.3 Minha Vida Sem Mim

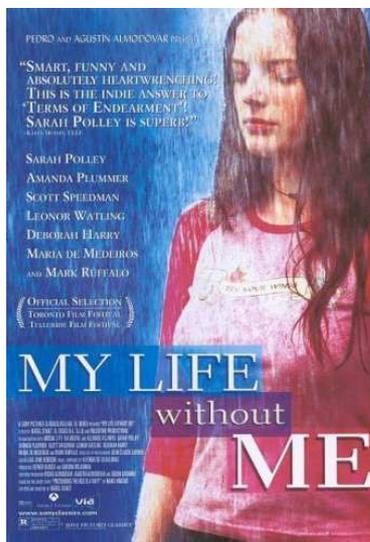


Ilustração 5: Sarah Polley em Minha Vida Sem Mim

Fonte: <http://www.adorocinema.com.br/filmes/minha-vida-sem-mim/minha-vida-sem-mim-poster02.jpg>)

Este filme produzido por Pedro Almodóvar e dirigido com sensibilidade por Isabel Coixet vem ao encontro do caso clínico narrado neste capítulo da dissertação. O que você faria se recebesse a notícia de que tem apenas dois meses de vida?

Esse é o tema central deste filme comovente:

“Ann (Sarah Polley) é uma batalhadora jovem de 23 anos, que foi precoce em tudo na vida, especialmente na constituição de sua família. Foi mãe aos 17 anos, e novamente aos 19, e vive com o sossegado marido Don (Scott Speedman) e as encantadoras filhinhas em um trailer no quintal da casa de sua perturbada mãe (Debbie Harry). Trabalha à noite como faxineira em uma Universidade e, embora seja bastante reservada, tem como melhor amiga uma paranóica companheira de trabalho, Laurie (Amanda Plummer). Repentinamente Ann começa a sentir enjôos e ter desmaios frequentes. Desconfia estar novamente grávida, mas ao procurar um médico recebe a trágica notícia de que tem um tumor. O médico lhe explica que, por ser muito jovem não há possibilidade de cura, já que suas células são rápidas demais e o tumor já está se espalhando. O médico lhe dá uma expectativa de dois meses de vida.

Ao contrário do que seria previsível diante da proximidade da morte, Ann decide não contar a ninguém seu destino, tentando ser objetiva para fazer tudo o que for possível no tempo que lhe resta. Elabora então uma lista de "coisas a fazer antes de morrer", lista essa que inclui transar com outro homem para ver como é, dizer o que pensa sobre as pessoas, arranjar uma nova mulher para o marido e gravar mensagens de aniversário para as filhas. Competentemente, Ann vai cumprindo suas "tarefas", sem cair na autopiedade. Conhece um homem que se apaixona por ela (Mark Ruffalo, encantador), e inicia com ele uma tórrida e ao mesmo tempo doce relação de paixão e amizade. Enquanto isso, grava dezenas de fitas com mensagens para os aniversários das filhas.” (Sinopse disponível em <http://www.cinedicas.com/DetalheFilme.asp?F=864> Acesso em 29 de março de 2009)

CAPÍTULO 8 – ENCONTRO ALEGRE 5

8.1 Direto ao caso

Bem, tenho vários casos que posso considerar encontros alegres... Mas um deles, o caso de uma menina, uma jovem de 30 anos que me procurou no consultório por tosse. Já tinha passado por outros colegas, sem ter tido diagnóstico...

Examinei, fiz uns exames, investiguei e enfim...a tosse era por compressão extrínseca e o diagnóstico foi de linfoma!

Desde a primeira consulta fiquei especialmente sensibilizado porque a paciente e o esposo tinham praticamente a minha idade e ela tão jovem, a idade da minha esposa, com um filho pequeno como nós... Enfim... Poderia acontecer conosco...

É importante a maneira como o médico se comporta em todos os casos, especialmente nessas situações de doença neoplásica em paciente jovem, com filho pequeno. A paciente aceitou muito bem o tratamento proposto e submeteu-se à quimioterapia, com boa resposta. O que aconteceu durante a quimioterapia é que foi inusitado. Mesmo com toda orientação, a paciente engravidou!

Este caso eu vejo como que tenha extrapolado a relação médico-paciente. Eu sempre abordava a paciente considerando as respostas e as condutas se pudesse ter acontecido com minha própria família. Jovens, inteligentes, diferenciados, praticamente sozinhos em uma cidade nova, construindo a família, trabalhando, e, de repente se ver diante de uma doença como esta, uma enorme pedra no caminho.

A relação toda durante o tratamento e a gravidez foi muito boa, muito gratificante. Deu tudo certo, a paciente está curada e o bebê nasceu bem.

Atender esta paciente foi como ter diante de mim uma imagem no espelho, eu podia me imaginar naquela situação e perceber a incerteza da paciente e seu esposo diante da vida e da iminência da morte...

Acho que eles encararam tão bem, com tão bom astral o diagnóstico e o tratamento, talvez por uma certa ignorância da gravidade do caso; mas em parte pela confiança que depositaram em mim, médico.

Eu procurei esclarecer bastante, mas sempre preocupado em enchê-los de esperança. Obviamente sem loucuras, ou seja, esperanças quando não há possibilidade de cura é um absurdo. Mas num caso como este, se há 20-25%, devem virar os 100%.

Um encontro alegre, como este, no qual tanto o médico quanto o paciente têm uma experiência alegre, depende tanto de um como de outro.

Não sei explicar porque alguns médicos estabelecem estas relações afetivas com seus pacientes e outros não. Existem colegas médicos que são muito bons tecnicamente e péssimos nas suas relações, não conseguem estabelecer relações afetivas com seus pacientes.

É algo que, na minha opinião, é muito difícil de ensinar. Certamente não está nos livros. É algo espiritual, ou que se aprende com as experiências da vida. Tanto experiências boas, quanto ruins. A gente vai peneirando e desenvolvendo esta afetividade, esta capacidade de estabelecer estes encontros com os pacientes nos quais o afeto representa um papel tão importante! O papel de traduzir para o paciente e sua família aquilo que lhe é totalmente estranho, que o assusta.

Considero um privilégio, esta capacidade de estabelecer encontros alegres com meus pacientes. Porque os conhecimentos teóricos, técnicos, estão totalmente disponíveis nos livros textos de medicina, acessíveis ao estudo. Mas esta capacidade afetiva é da gente. Considero um grande privilégio porque acredito que a coisa mais importante no sucesso terapêutico com nossos pacientes é justamente esta habilidade de demonstrar afeto em nossas relações.

É um grande poder, quem já passou por uma situação de doença grave, sabe que a relação afetiva com o médico e a equipe que cuida, a sensibilidade do médico é fator determinante do sucesso do tratamento proposto.

É importante que se diga que o paciente também é responsável pela construção desta relação. Uma grande parte dos pacientes que nos procuram são muito instáveis. Não sabem lidar com suas frustrações e confundem esta dificuldade com doenças e também não conseguem estabelecer relacionamentos alegres com ninguém, muito menos com o médico que os atende.

Em relação ao filme, poderia indicar o Golpe do Destino que é um filme direto e explícito sobre o médico que aprende o valor do afeto na relação médico paciente quando se vê doente, do outro lado... É muito significativo.

8.2 Filosofia

8.2.1. Bom para o próximo, bom para mim

Esta dissertação se preocupou com a afetividade em Espinosa. Nas relações do homem com a natureza, com Deus, com seus encontros e afecções. Entretanto, Espinosa tinha um projeto ético-político. Em outro livro intitulado Tratado Teológico-Político o filósofo demonstra suas idéias de democracia, governo justo e relações éticas entre governantes e governados.

É claro que esta ética-política foge à proposta desta dissertação, mas este último caso nos remete ao pensamento de que projeto político de Espinosa não foge da sua teoria da afetividade.

A ética exige seres capazes de agir por si próprios, seres ativos e Espinosa nos ensina a concretizar este objetivo através do conhecimento de segundo e terceiro gênero, isto é, da causa adequada dos efeitos daquilo que se passa conosco.

“Ninguém pode desejar ser feliz, agir bem e viver bem que não deseje ao mesmo tempo ser, agir e viver, isto é, existir em ato”. (Proposição XXI, livro IV, Ética) E ainda: “O bem que cada um dos que seguem a virtude deseja para si, deseja-lo-á também para os outros homens, e tanto mais quanto maior for o conhecimento que tem de Deus” (Proposição XXXVII do mesmo livro).

Este foi o segredo do encontro alegre relatado acima. O médico desejou para sua paciente e para a família dela tanta alegria quanto poderia imaginar para si próprio e para sua família. Espinosa, o filósofo tão maldito por judeus e cristãos, é de todos os pensadores, talvez o que melhor define o conceito cristão de amor ao próximo.

A ética de Espinosa é simples de ser explicada, muito difícil de ser alcançada. Fortalecendo os afetos mais alegres, de forma que os desejos nascidos dos sentimentos tristes se tornem mais fracos. “Passar dos desejos tristes aos alegres é passar da fraqueza à força”. (CHAUI, 2006, p. 64)

E isto, então é ser livre: ter a noção de que somos causa eficiente e adequada de nossos desejos, libertos do jugo das paixões daquilo que vem de fora. Também somos felizes porque somos parte ativa da natureza e compartilhamos sua potência e atividade infinitas. Estamos prontos para estabelecer encontros alegres, optar por esta alegria, fazer uso de nosso intelecto na compreensão de nosso lugar na ordem natural, imanente da vida. E mais, querer esta alegria para nós, para os que amamos, para os que conosco convivem, nossos familiares, amigos, alunos e pacientes! Pensemos uma medicina espinosista...

8.3 Um Golpe do Destino

Este filme, *The Doctor*, foi escolhido nesta dissertação como tema do trabalho de conclusão da disciplina construída. Esta ferramenta de avaliação será descrita em detalhes no plano de ensino e no plano da última aula (capítulo 8). Este filme foi citado por três dos cinco médicos entrevistados. Todos cinco médicos ao serem questionados sobre o filme insistiram em sua utilidade didática para a formação de um sentimento humanista na prática da medicina.

O roteiro foi baseado na história real do Dr. Edward Rosenbaum que escreveu um livro autobiográfico de sua experiência intitulado "*A Taste of My Own Medicine: When the Doctor Becomes the Patient*". E esta é exatamente a questão que se impõe quando assistimos o filme. Como gostaríamos de ser tratados se, por um “*golpe do acaso*” (Espinosa diria: seguindo a ordem imanente da natureza, é claro!) passássemos da condição de médico a de paciente gravemente enfermo?

Pois nos parece que esta insinuação provocada pelo enredo do filme, aliada à interpretação magistral de William Hurt, permite a elaboração de um raciocínio comprometido com a sensibilidade que esperamos ter atingido nesta altura da disciplina construída!

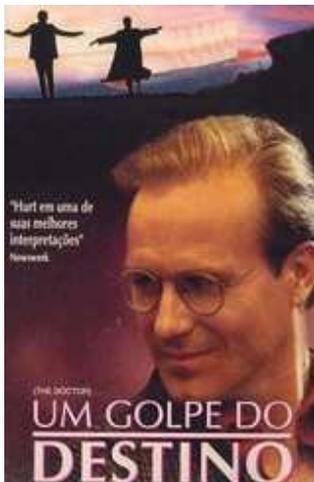


Ilustração 6. William Hurt em Um Golpe do Destino.

Fonte: <http://4.bp.blogspot.com/>

Assim, os objetivos propostos para encerrar a disciplina são do tipo: extrapolar os conceitos espinosistas para a prática clínica, questionar a utilização prática da filosofia da afetividade na clínica médica; julgar diferentes encontros entre médicos e pacientes de acordo com os conceitos de Alegria/Tristeza, Bom/Mau de Espinosa. Enfim, a proposta pedagógica é que ao final dos 18 encontros, 36 horas/aula, cinco casos clínicos reais e cinco obras estéticas escolhidas, os alunos tenham tido a oportunidade de se familiarizar com Espinosa e sentir de perto as possibilidades de utilização deste pensamento tão revolucionário e profundo como arma para uma ética livre e virtuosa.

CAPÍTULO 9 – A NOVA ABORDAGEM PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA

9.1 A Abordagem

A seguir, na próxima parte da dissertação vamos apresentar um plano de ensino e seus respectivos planos de aula para instrumentalizar a abordagem de ensino que propusemos nesta dissertação.

Entretanto, é importante deixar claro que, mais do que uma estratégia de ensino, com ferramentas e instrumentos bem descritos: casos clínicos, filmes de cinema escolhidos e conceitos filosóficos propostos; esta dissertação descreve uma concepção, uma nova abordagem para a educação médica. Pois, segundo Vygotsky, referindo-se aos “problemas de método”:

Em geral, qualquer abordagem fundamentalmente nova de um problema científico leva, inevitavelmente, a novos métodos, adequados às novas maneiras de se colocar os problemas, requer muito mais do que uma simples modificação dos métodos previamente aceitos” (VYGOTSKY, 1989, p. 67).

De sorte que professores de medicina e grupos de alunos interessados na utilização desta abordagem, terão, de maneira simples, de seguir os seguintes passos metodológicos:

- a) Escolher o filósofo a ser estudado que venha ao encontro dos problemas de interesse do grupo;
- b) Estudar os principais conceitos da imagem do pensamento escolhida, esmiuçando aqueles pertinentes aos problemas levantados pelo grupo;
- c) Traçar, linhas rizomáticas que liguem estes conceitos as suas inquietações ou estranhamentos da prática da clínica médica;

d) Colher casos clínicos, junto aos seus professores, como feito nesta dissertação, ou talvez, da própria prática dos alunos em seus percursos acadêmicos (principalmente para alunos do internato médico, mais próximos da experiência prática da clínica médica);

e) Escolher e assistir a filmes de cinema (ou talvez obras literárias, ou pinturas, esculturas, etc.) que representem, ou que permitam estranhamentos frente aos problemas levantados e/ou os conceitos estudados.

f) Por fim, cartografar os casos, as obras de arte e os conceitos filosóficos em uma concepção de ensino da medicina baseada nas, aqui nomeadas, Humanidades Médicas.

Agora, para finalizar, apresentaremos didaticamente, um exemplo de aplicação prática da concepção construída por esta dissertação. Infinitas outras escolhas de conceitos filosóficos, obras de arte e casos clínicos poderiam ser propostas nesta nova abordagem para a educação médica. Nossa escolha recaiu, como fundamentado, nos filmes de cinema, nos casos relatados pelos médicos entrevistados e nos conceitos filosóficos de Baruch Espinosa.

9.2 Cinema

A utilização do cinema enquanto manifestação artística para sensibilização estética e suas aplicações didáticas na educação médica é prática corrente em diversas escolas de medicina em todo mundo. (PINTO, 2000; MURRAY, 2003; BLASCO et al, 2005; LOSCOS et al, 2005).

E por quê o cinema? Bem, a justificativa se faz com uso da retórica própria desta mídia-arte. Nas palavras de Elizabeth Ellsworth:

Eu ficava fascinada e estimulada pela força social, política e estética dos filmes...[por que] aprender as teorias e as práticas desse novo mundo acadêmico chamado “currículo e ensino” na ausência absoluta de qualquer suspense, romance, sedução, prazer visual, música, enredo, humor, dança ou páthos”? (ELLSWORTH, 2001, p.10).

O cinema é arte, é arte contemporânea. Fala aos olhos e corações imediatamente, diretamente. É curto-circuito entre os sentidos e a consciência, nos afeta profunda e rapidamente.

Pablo González Blasco em 2006 publicou o livro *Educação da Afetividade através do Cinema* no qual lista cerca de noventa filmes, salientando em cada um, especificamente, suas possibilidades didáticas. Também nesta obra, o autor descreve diversas experiências pedagógicas com o cinema com alunos do ensino médio e com alunos da medicina.

Entretanto, utilizamos para ferramenta de ensino os filmes, propriamente. Sem leituras de críticos ou estudiosos a eles associados. A idéia é que os próprios filmes, vistos após o conhecimento dos casos clínicos reais narrados, permita que os alunos reflitam sobre os conceitos filosóficos de Espinosa. Afinal, não aprendemos da mesma forma, ou ao mesmo tempo. O objetivo das unidades que se sucedem é de que os alunos, instrumentalizados pelas exposições do professor e pela leitura dos trechos selecionados da *Ética*, sejam capazes de construir uma argumentação sólida que possa ser extrapolada e utilizada na prática da clínica médica dos futuros profissionais.

9.3 Plano de Ensino e Plano de Aula

O plano de ensino é o instrumento pelo qual o professor revela a operação mental que traduz o planejamento de suas aulas. Parte do princípio pelo qual o professor se pergunta como irá conduzir suas aulas para alcançar os objetivos propostos, ou seja, que conteúdos serão abordados, que competências e habilidades deverão ser alcançadas pelos alunos, em que espaço físico, durante que período de tempo... Ainda, abrange a descrição detalhada das estratégias, ferramentas e instrumentos didáticos que serão utilizados para que a disciplina cumpra sua finalidade pedagógica. Por fim, os planos de ensino devem conter os instrumentos de avaliação propostos pelo professor e as referências bibliográficas básicas e complementares para a fundamentação da disciplina.

O plano de ensino utilizado na UNIVALI prevê, além da ementa da disciplina, seu objetivo geral, as informações a respeito dos professores responsáveis, da carga horária e o conteúdo programático que deve ser dividido por unidades. Cada unidade, então indicará seus

objetivos de aprendizagem, conteúdos/habilidades/competências específicas, estratégias utilizadas e instrumentos de avaliação.

Os alunos devem, sempre, ter acesso ao plano, já no início do semestre letivo, pois este constitui o roteiro de trabalho do professor e será referência para plano de estudo dos acadêmicos. Detalhes sobre as diversas fases de construção do plano de ensino estão disponíveis no número 7 dos Cadernos de Formação Continuada da UNIVALI. (UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ, 2007)

O plano de aula, por sua vez, é um documento utilizado pelo professor para elaborar, minuciosamente, o seu dia letivo. O plano é a “apresentação sistematizada e justificada das decisões tomadas relativas à ação a realizar” (FERREIRA apud PADILHA, 2001, p. 36).

Por representar, como um guia, a orientação da prática do professor, não deve ser um documento rígido e absoluto. Entretanto, bons planos de aula revelam um professor comprometido com o planejamento cuidadoso de suas aulas e facilita a condução da boa prática didática.

Para a abordagem de ensino construída nesta dissertação utilizamos a carga horária relativa a dois créditos, divididos em 18 encontros de duas horas, correspondendo ao total de 36 horas/aula.

A disciplina está dividida em oito unidades principais e cada unidade subdividida conforme apresentado no plano de ensino abaixo.

A seguir, cada aula, individualmente foi planejada e organizada de forma a instrumentalizar de imediato uma possível implementação da disciplina.

9.2.1 Plano da Aula 1

Unidade 1 – Aula 1

Objetivos: Nesta aula os alunos deverão:

- a) Revisitar a história da medicina com a intenção de situar no tempo cronológico os fatos mais relevantes.

b) Por outro lado, terão que saber diferenciar este tempo histórico do conceito de Acontecimento-Devir de Deleuze e Guattari.

Estratégias:

a) Durante as férias os alunos receberam a indicação de ler As 10 Maiores Descobertas da Medicina. Quando recebera a tarefa já foram separados em grupos para que cada grupo se preocupasse em apresentar, da melhor forma que lhes parecesse, uma destas 10 descobertas.

b) Aula expositiva dialogada com as definições de Tempo por diferentes pensadores. Ênfase na diferença entre historiografia e devir e entre tempo histórico e acontecimento.

Avaliação: Apresentação dos Seminários. Critérios: Coerência na apresentação, qualidade dos recursos utilizados, participação de todo grupo.

Referências:

a) Do professor: A história da Medicina (Sournia); As 10 Maiores... (Friedman); OQF (Deleuze & Guattari). Para Ler a Filosofia de Deleuze & Guattari (Mostafa & Nova Cruz)

b) Dos alunos: As 10 Maiores... (Friedman); Em Busca de Espinosa (António Damásio)

9.2.2 Plano da Aula 2

Unidade 1 – Aula 2

Objetivos:

a) Entrar em contato com Espinosa. Contexto histórico e contexto do pensamento. A modernidade e seus contemporâneos: Descartes, Leibniz, Rembrandt...

Estratégias:

a) Apresentação do *moviemaker* do Espinosa. (conferir data-show)

b) Aula expositiva dialogada.

Avaliação: Sem instrumento de avaliação específico.

Referências:

a) Chauí, Damásio e Gleizer.

9.2.3 Plano da Aula 3

Unidade 2 – Aula 1

Objetivos:

- a) Assistir o filme Patch Adams.

Estratégias:

- a) Sala de cinema (reservar!)

Avaliação: Memorial a ser entregue na próxima aula

Referências:

- a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer.

Unidade 2 – Aula 2

Objetivos:

- a) Conceituar Alegria e Tristeza; Bom e Mau em Espinosa. Extrapolar para a prática da clínica médica o conceito de Encontro Alegre.

Estratégias:

- a) Exposição em power point da ficha técnica e da sinopse do Patch Adams. Exposição dos conceitos desta unidade.
- b) Leitura da Ética em sala de aula. Discussão em grupos por 15 minutos. Discussão no grande grupo por 30 minutos
- c) Construção do memorial (individual) das duas aulas da unidade 2 em sala de aula: 30 minutos.

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 2. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

- a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer.

9.2.4 Plano da Aula 4

Unidade 3 – Aula 1

Objetivos:

a) Conceituar Alegria e Tristeza; Bom e Mau em Espinosa. Extrapolar para a prática da clínica médica o conceito de Encontro Alegre.

Estratégias:

a) Exposição em power point da ficha técnica e da sinopse do Patch Adams. Exposição dos conceitos desta unidade. (10 minutos)

b) Leitura da Ética em sala de aula. Discussão no grande grupo por 15 minutos

c) Construção do memorial (individual) desta aula: 15 minutos.

Avaliação: Memorial da unidade 3. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer.

9.2.5 Plano da Aula 5

Unidade 4 – Aula 1

Objetivos:

a) Conceituar: Afecções: afetar e ser afetado. Reconhecer os 3 gêneros de conhecimento de Espinosa. Servidão e Liberdade humanas: as paixões e as ações.

Estratégias:

a) Narrativa (leitura) e discussão no grande grupo do caso das Duas Mortes de Seu Guillermo (segundo caso).

b) Leitura da Ética em sala de aula. Discussão em grupos por 15 minutos. Discussão no grande grupo por 30 minutos

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Entrega em 3 semanas, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

- a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer.

9.2.6 Plano da Aula 6

Unidade 4 – Aula 2

Objetivos:

- a) Compreender a vida dentro da imagem de pensamento construída por Gilles Deleuze: Vida (e Morte) na Imanência.

Estratégias:

- a) Apresentação do Filme Invasões Bárbaras (reservar a sala de cinema)

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Entrega próxima semana, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

- a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer. Imanência: uma Vida (Disponível no Dossiê Deleuze: mostrar on line)

9.2.7 Plano da Aula 7

Unidade 4 – Aula 3

Objetivos:

- a) Aplicar todos os conceitos de Espinosa já vistos até aqui e, neste caso, especialmente a idéia da vida e morte na imanência (Deleuze).

Estratégias:

a) Brain Storm (20 minutos): Relacionar, aplicar, extrapolar, julgar, duvidar, argumentar a utilização dos conceitos até aqui estudados o caso clínico e o filme Invasões Bárbaras!

c) Construção do memorial (individual) das três aulas da unidade 4 em sala de aula: 30 Utilizar o texto Imanência: Uma Vida.... para construção do memorial.

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Entrega em 3 semanas, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme..

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação dos casos com os conceitos e com o filme!

Referências:

a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.8 Plano da Aula 8

Unidade 5 – Aula 1

Objetivos:

a) Explicar o impacto que Espinosa teve em seu tempo com seus conceitos a respeito de Deus, da religião, do julgamento moral. Relacionar este impacto nos dias de hoje.

Estratégias:

a) Exposição (narrativa) do terceiro caso clínico.

b) Leitura da Ética, trechos selecionados.

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 5. Entrega em 3 semanas, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos, o caso clínico e o enredo do filme..

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 5. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação dos casos com os conceitos e com o filme!

Referências:

a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer.

9.2.9 Plano da Aula 9

Unidade 5 – Aula 2

Objetivos:

- a) Fundamentar a utilização da Alegria e da relação Bom/Mau na prática clínica. Questionar e argumentar a respeito da possibilidade de construir encontros alegres na clínica médica.
- b) Instigar a questão: O que pode um corpo?

Estratégias:

- a) Apresentação do Filme O Homem Elefante (reservar a sala de cinema)

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 5. Entrega em próxima semana, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre o caso, os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

- a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.10 Plano da Aula 10

Unidade 5 – Aula 3

Objetivos:

- a) Aplicar todos os conceitos de Espinosa já vistos até aqui e, neste caso, especialmente o que pode um corpo? E a possibilidade de transformar em alegres os encontros ao acaso da prática médica diária.

Estratégias:

- a) Brain Storm (20 minutos): Relacionar, aplicar, extrapolar, julgar, duvidar, argumentar a utilização dos conceitos até aqui estudados o caso clínico e o filme Invasões Bárbaras!
- c) Construção do memorial (individual) das três aulas da unidade 5 em sala de aula: 30

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 5. Entrega nesta aula. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme..

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre o caso, os conceitos e o enredo do filme.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer.

9.2.11 Plano da Aula 11

Unidade 6 – Aula 1

Objetivos:

a) Conceituar afetos ativos e passivos. Ação x Paixão. Liberdade x Servidão. Causas adequadas X inadequadas.

Estratégias:

- a) Leitura do caso do tratamento paliativo
- b) Leitura da Ética, trechos selecionados.

Avaliação: Resenha crítica do filme Minha Vida sem Mim que será visto na próxima aula. Entrega da resenha na terceira aula desta unidade.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.12 Plano da Aula 12

Unidade 6 – Aula 2

Objetivos:

a) Comparar dois pensamentos e duas condutas práticas de dois pacientes terminais: a paciente do caso clínico apresentado e a personagem do filme exibido nesta aula.

Estratégias:

a) Apresentação do filme Minha Vida sem Mim (conferir reserva sala de cinema).

Avaliação: Memorial das aulas da unidade 4. Entrega em 3 semanas, construção na terceira aula da unidade. Critérios: linguagem formal; coerência e exposição dos conceitos estudados. Relação entre os conceitos e o enredo do filme..

Avaliação: Resenha crítica do filme Minha Vida sem Mim. Entrega da resenha na próxima aula.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.13 Plano da Aula 13

Unidade 6 – Aula 3

Objetivos:

a) Aplicar todos os conceitos de Espinosa já vistos até na análise do caso e do filme. Definir a postura dos médicos, no caso e no filme, em ativa ou passiva.

Estratégias:

- a) Brain Storm (20 minutos): Proposição para instigar: A Servidão Humana!
- c) Construção da Resenha Crítica (individual) do filme Minha Vida sem Mim.

Avaliação:

Resenha Crítica. Critérios: Deve constar a ficha técnica do filme, uma sinopse coerente e uma crítica pessoal que posicione as idéias próprias do aluno a respeito dos temas elaborados pelo filme relacionando-os aos conceitos de Espinosa estudados até aqui...

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.14 Plano da Aula 14

Unidade 7 – Aula 1

Objetivos:

- a) Relacionar as idéias de Espinosa as suas possibilidades práticas na medicina social.

Estratégias:

- a) Leitura do caso quinto e último caso (quinze minutos)
- b) Leitura da Ética: trechos selecionados.
- c) Explicar a estratégia da próxima aula: Simulação...Teatralização... Divisão da turma em 4 grupos (dois alegres, dois tristes).

Avaliação: Participação na simulação da próxima aula. Cada grupo receberá uma ficha para atribuição de uma nota para os outros grupos e deverão justificar em, no máximo 3 linhas esta nota atribuída.

Referências:

- a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.15 Plano da Aula 15

Unidade 7 – Aula 2

Objetivos:

- a) Demonstrar a aplicação prática dos conceitos até aqui estudados.

Estratégias:

- a) Simulação (teatralização) de casos ou situações (encontros) no ambulatório de clínica médica. Cada um dos grupos simulará um encontro. Dois grupos alegres, dois tristes.
- b) Socialização das notas atribuídas. Oportunidade para comentar os resultados das simulações. Possibilidade de transformar um encontro triste em um alegre? Dando-se conta da ordem imanente das coisas e dos seres?

Avaliação: Simulação. Nota atribuída pelos próprios alunos. Cada grupo receberá uma ficha para atribuição de uma nota para os outros grupos e deverão justificar em, no máximo 3 linhas esta nota atribuída.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. Imanência (Deleuze)

9.2.16 Plano da Aula 16

Unidade 8 – Aula 1

Objetivos:

a) Concluir a idéia da disciplina. A possibilidade de encarar a clínica médica como a transformação de encontros ao acaso (muitas vezes tristes e desagradáveis) em encontros alegres (inseridos na ordem natural, intuitiva, da Natureza).

Estratégias:

a) Apresentação do filme Um Golpe do Destino (conferir reserva sala de cinema).

Avaliação: Ensaio: Trabalho de Conclusão da Disciplina. Entrega na última aula.

Referências:

a) Ética: ; Chaui, Damásio e Gleizer. **Capítulo Espinosa e nós (Deleuze-Filosofia Prática)**

9.2.17 Plano da Aula 17

Unidade 8 – Aula 2

Objetivos:

a) Comparar dois pensamentos e duas condutas práticas de dois pacientes terminais: a paciente do caso clínico apresentado e a personagem do filme exibido nesta aula.

Estratégias:

a) Aula expositiva dialogada com recurso multimídia: Trechos dos filmes e exposição em power point.

Avaliação: Ensaio: entrega próxima aula

Referências:

a) Ética: ; Chauí, Damásio e Gleizer. Capítulo Espinosa e nós (Deleuze-Filosofia Prática)

9.2.18 Plano da Aula 18

Unidade 8 – Aula 3

Objetivos:

a) Última aula. Avaliação da disciplina, do professor, dos alunos... Objetivos alcançados?

Estratégias:

a) Entrega e comentários sobre os Ensaios. Preenchimento das fichas de avaliação: Da disciplina, do professor e auto-avaliação.

Avaliação: Ensaio. Critérios. Mínimo 6 laudas, máximo 20 laudas. Normas da ABNT. Pertinência dos ensaios. Notas: 10= pronto para publicação. 9= pouca coisa para corrigir e enviar para publicação. 8= mais coisas para revisar, publicação possível. 7= bom, mas não recomendado para avaliação. 5=médio, sem condições de aprovação para publicação. Zero= muito ruim, impossível publicar!

9.3 Plano de Ensino

PLANO DE ENSINO				
IDENTIFICAÇÃO			OBJETIVO GERAL	
Curso: Medicina			Aplicar os conceitos filosóficos de Espinosa à prática da Clínica Médica através do estudo de casos clínicos e da discussão de filmes de cinema .	
Disciplina: Medicina baseada em Afetividade				
Período: do 6º ao 12º		Ano: 2009		
C/H teórica: 36	Créditos: 2	C/H prática:		Créditos:
EMENTA				
A filosofia de Espinosa, em especial os conceitos de Afetividade, Alegria e Encontros Alegres aplicados na compreensão de casos da Clínica Médica				

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS

UNIDADE 1 – História e Acontecimento

1.1 Um pouco de História

1.1.1 História da Medicina

1.1.2 As 10 Maiores Descobertas da Medicina

1.2 Muito de Filosofia

1.2.1 Acontecimento

1.2.2 Baruch Espinosa

UNIDADE 2 – A Clínica Médica como Encontros

2.1 Encontros na Clínica Médica

2.1.1 Encontros ao Acaso

2.1.2 Encontros Alegres

2.2 Alegria em Espinosa

UNIDADE 3 – Do Caos, ao Caso, à Alegria

3.1 Primeiro Caso

3.2 Filosofia

3.2.1 Substância

3.2.2 Atributos

UNIDADE 5 – Ciência

5.1 Terceiro Caso

5.2 Filosofia

5.2.1 Paralelismo

5.2.2 Alegria, Tristeza, Bem e Mal

5.3 Arte

UNIDADE 6 – Cuidados Paliativos

6.1 Quarto Caso: Esforço de Perseverar no Ser

6.2 Filosofia

6.2.1 Afecções

6.2.2 Gêneros de Conhecimento

6.2.3 Paixões versus Ações

6.2.4 Imaginação e Memória

UNIDADE 7 – Espinosa e a Clínica “Política”

7.1 Quinto Caso: Direto à Alegria

7.2 Filosofia

<p>3.2.3 Modos</p> <p>3.3 Primeiro Filme</p> <p>UNIDADE 4 – Vida e Imanência - A morte e a Morte de Seu Guillermo</p> <p>4.1 Filosofia</p> <p>5.2.1 Afecções</p> <p>5.2.2 Gêneros de Conhecimento</p> <p>5.2.3 Paixões versus Ações</p> <p>5.2.4 Imaginação e Memória</p>	<p>7.2.1 Bom para o próximo, Bom para mim</p> <p>7.3 Arte</p> <p>UNIDADE 8 – Um Golpe do Destino</p> <p>8.1 Terceiro Filme: The Doctor</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLANO DE ENSINO					
OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS	CRONOGRAMA	ESTRATÉGIAS	AValiação	REF
<p>-Situvar os principais fatos da história da medicina ;</p> <p>-Diferenciar o conceito de “tempo histórico” do de</p>	<p>UNIDADE 1 – História e Acontecimento</p> <p>1.1 Um pouco de História</p> <p>1.1.1 História da Medicina</p> <p>1.1.2 As 10 Maiores Descobertas da Medicina</p>	4 h/a	<p>Seminário em grupos:</p> <p>As 10 maiores descobertas da medicina;</p>	<p>Apresentação dos Seminários</p>	<p>3.</p> <p>4.</p> <p>10.</p> <p>11.</p>

<p>“acontecimento”;</p> <p>-Descrever o contexto no qual a filosofia de Espinosa se situa;</p> <p>-Explicar o impacto dos conceitos filosóficos apresentado na Modernidade</p> <p>-Enunciar o conceito de Alegria e de Tristeza de Espinosa;</p> <p>-Extrapolar os conceitos de Encontro ao Acaso e de Encontro Alegre para a Clínica Médica</p>	<p>1.2 Muito de Filosofia</p> <p>1.2.1 Acontecimento</p> <p>1.2.2 Baruch Espinosa</p> <p>UNIDADE 2 – A Clínica Médica como Encontros</p> <p>2.1 Encontros na Clínica Médica</p> <p>2.1.1 Encontros ao Acaso</p> <p>2.1.2 Encontros Alegres</p> <p>2.2 Alegria em Espinosa</p>	<p>4h/a</p>	<p>Aula expositiva dialogada;</p> <p>Apresentação de multimídia: Baruch Espinosa.</p> <p>Reprodução do filme Patch Adams- O Amor é Contagioso;</p> <p>Leitura e Discussão da Ética (trechos selecionados)</p>	<p>Memorial das duas aulas da Unidade 2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.. 7.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS	CRONOGRAMA	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO	REF
<p>- Enunciar o conceito de Substância, Atributo e Modo de Espinosa;</p> <p>-Explicar o impacto dos conceitos filosóficos na religião e na moral na modernidade e na contemporaneidade;</p> <p>- Relacionar o conceito de Alegria com o caso apresentado.</p> <p>-Conceituar Afecções na filosofia de Espinosa;</p> <p>-Reconhecer os 3 Gêneros de Conhecimento;</p> <p>- Refletir sobre a utilização destes conceitos na Clínica Médica</p> <p>-Narrar experiências clínicas</p>	<p>Caso, à Alegria</p> <p>3.1 Primeiro Caso</p> <p>3.2 Filosofia</p> <p>3.2.1 Substância</p> <p>3.2.2 Atributos</p> <p>3.2.3 Modos</p> <p>UNIDADE 4 – Vida e Imanência - A morte e a Morte de Seu Guillermo</p> <p>4.1 Filosofia</p> <p>5.2.1 Afecções</p> <p>5.2.2 Gêneros de</p>	<p>2 h/a</p> <p>6h/a</p>	<p>Exposição do Primeiro Caso Clínico.</p> <p>Leitura em sala da Ética (trechos selecionados).</p> <p>Exposição do Segundo Caso Clínico.</p> <p>Leitura em sala da Ética (trechos selecionados).</p> <p>Reprodução do Filme Invasões Bárbaras.</p> <p>Brain Storm: Gêneros de Conhecimento, Causa Adequada e Alegria na</p>	<p>Memorial da Aula com os dados relevantes do caso clínico e relato dos problemas éticos levantados.</p> <p>Participação no Brain Storm</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3..</p> <p>7.</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3..</p> <p>7.</p> <p>5.</p>

que ilustrem tais possibilidades de utilização dos conceitos -Duvidar da possibilidade prática de utilização dos conceitos	Conhecimento 5.2.3 Paixões versus Ações 5.2.4 Imaginação e Memória		Clínica Médica	Memorial do Brain Storm	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------	--	----------------	-------------------------	--

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS	CRONOGRAMA	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO	REF
-Explicar o impacto dos conceitos filosóficos na religião e na moral na modernidade e na contemporaneidade; -Fundamentar a utilização do conceito de Bom-Alegria no encontro médico-paciente; -Questionar a possibilidade de transformar encontros	UNIDADE 5 – Ciência 5.1 Terceiro Caso 5.2 Filosofia 5.2.1 Paralelismo 5.2.2. Alegria, Tristeza, Bem e Mal 5.3 Arte: O cinema de David Lynch	6h/a	Exposição do Terceiro Caso Clínico. Leitura em sala da Ética (trechos selecionados). Reprodução do Filme Homem Elefante Brain Storm: Paralelismo, Bem x Mal; Bom x Mau. O que pode um corpo?	Participação no Brain Storm Memorial do Brain Storm	1. 2. 3.. 7.

<p>tristes em encontros alegres;</p> <p>-Narrar outros filmes do mesmo diretor de cinema.</p> <p>-Enunciar o conceito espinosista de Ação e de Paixão;</p> <p>-Constatar experiências ativas na atuação dos médicos dos casos e filmes apresentados;</p> <p>-Avaliar a Alegria dos médicos envolvidos nos casos e nos filmes apresentados.</p>	<p>UNIDADE 6 – Cuidados Paliativos</p> <p>6.1 Quarto Caso: Esforço de Perseverar no Ser</p> <p>6.2 Filosofia</p> <p>6.2.1 Afecções</p> <p>6.2.2 Gêneros de Conhecimento</p> <p>6.2.3 Paixões versus Ações</p> <p>6.2.4 Imaginação e Memória</p>	<p>6h/a</p>	<p>Exposição do Quarto Caso Clínico.</p> <p>Leitura em sala da Ética (trechos selecionados).</p> <p>Reprodução do Filme Minha Vida Sem Mim</p> <p>Brain Storm: A Servidão Humana</p> <p>e o princípio da Autonomia</p>	<p>Resenha Crítica do Filme apresentado</p>	<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3..</p> <p>7.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	------------------------------------------

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDOS	CRONOGRAMA	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO	REF
<p>-Fundamentar a possibilidade do uso dos conceitos de Espinosa na prática clínica;</p> <p>-Relacionar os conceitos da unidade 7 com a medicina social;</p> <p>-Criticar posturas da medicina atual à luz dos conceitos estudados;</p> <p>-Avaliar no filme proposto a presença dos conceitos estudados;</p>	<p>UNIDADE 7 – Espinosa e a Clínica “Política”</p> <p>7.1 Quinto Caso: Direto à Alegria</p> <p>7.2 Filosofia</p> <p>7.2.1 Bom para o próximo, Bom para mim</p> <p>7.3 Arte</p> <p>UNIDADE 8 – Um Golpe do Destino</p> <p>8.1 Terceiro Filme: <i>The Doctor</i></p>	<p>4h/a</p> <p>4h/a</p>	<p>Exposição do Quinto Caso Clínico.</p> <p>Leitura em sala da Ética (trechos selecionados).</p> <p>Simulações de Caso Clínicos Alegres e Tristes</p> <p>Reprodução do Filme Um Golpe do Destino</p> <p>Avaliação Final da Disciplina em Aula</p>	<p>Apresentação das Simulações</p> <p>Trabalho de Conclusão da Disciplina - Ensaio: Medicina no Cinema e a Filosofia da Afetividade.</p>	<p>REF.</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>3..</p> <p>7.</p> <p>4.</p>

<p>-Reconstruir, no ensaio, os principais conceitos de Espinosa;</p> <p>-Conceber uma teorização para a clínica médica baseada no conceito de Afetividade.</p>			<p>Dialogada.</p> <p>Entrega dos Trabalhos de Conclusão.</p>		
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--------------------------------------------------------------	--	--

Referências:**Bibliografia Básica**

1. ESPINOSA, B. **Pensamentos metafísicos; tratado da correção do intelecto; Ética.** Seleção de textos e tradução Marilena de Souza Chaui... [et al,]. São Paulo: Nova cultural, 1991. – (Os Pensadores).
2. CHAUI, M. **Espinoza: uma filosofia da liberdade.** São Paulo: Moderna, 2006.
3. DAMÁSIO, A. **Em Busca de Espinoza: Prazer e Dor na Ciência dos Sentimentos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2003.
4. DELEUZE, G. **Espinoza Filosofia prática.** São Paulo: Ed. 34, 2002.
5. DELEUZE, G. **A Imanência: Uma vida...** Tradução de Alberto Pucheu e Caio Meira. Disponível em:
<http://www.lettras.ufrj.br/ciencialit/terceiramargemonline/numero11/xiii.html> Acesso em 28 de março de 2009.
6. DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** São Paulo: Editora 34, 1997.
7. GLEIZER, M.A. **Espinoza e a Afetividade Humana.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

Bibliografia Complementar

8. BLASCO, P.G. **Educação da Afetividade através do Cinema.** Curitiba: IEF, 2006.

9. _____ et al. **Cinema para o Estudante de Medicina: um Recurso Afetivo/Efetivo na Educação Humanística**. Revista Brasileira de Educação Médica, v.29, n.2, maio/ago, 2005.

10. FRIEDMAN M., FRIEDLAND G. W. **As dez Maiores Descobertas da Medicina**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001

11. SOURNIA, J. **História da Medicina**. São Paulo: Instituto Piaget, 1992.

12. VESALIUS, A. **De Humani Corporis Fabrica**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003.

13. YAARI M; AIUB, M. **A Arte de Curar**. In: Ciência & Vida. Filosofia, Especial. Número 07, 2008.

CAPÍTULO 10 – PARA CONCLUIR

André Martins, em 1999, já propunha um novo paradigma para a saúde reunindo os conceitos espinosistas às descobertas contemporâneas da física quântica que iguala a natureza das coisas e dos homens à Natureza, propriamente dita. Uma nova idéia para a saúde na qual as dualidades das ciências mecanicistas sejam deixadas de lado e onde o paciente possa ser visto como um todo indissociável: corpo e mente; nem bem, nem mau; saúde e doença como processos existenciais; anormalidade não como a falta do normal e sim como diferenciação singular do indivíduo.

Nas palavras do autor:

“Se concebermos uma ciência não mais de domínio do homem sobre a natureza, mas de uma nova aliança entre os dois; uma ciência como meio de compreensão da complexidade do real; a razão como uma razão-afetiva, conhecimento racional-intuitivo, no-mundo, somatopsíquica; os formalismos da linguagem dita ‘natural’ e das matemáticas como não mais tendo a pretensão de enunciar a verdade do real [...] o ser humano como corpo-mente, modalidade da natureza, em continuidade com os outros seres; então este novo paradigma ontológico, epistemológico e por conseguinte ético, paradigma da não-separabilidade, da continuidade dos seres descontínuos, paradigma quântico-espinosiano, os conceitos de vida e de morte, de saúde e de doença, se redefinem” (MARTINS, 1999).

Também Ricardo Teixeira (2004) escreveu um extenso artigo, propondo uma “Grande Saúde”, uma medicina espinosista. Neste trabalho o autor revisa extensamente os conceitos principais de Espinosa e conclui:

“Talvez, a melhor maneira de (o médico) cumprir seu papel, seja praticando uma espécie de” maiêutica da alegria”, seja ajudando a parir a Grande Saúde em seus pacientes, que deixam, assim, de ser pacientes entrando na posse de suas potências[...] Ele deve ser um facilitador no nosso processo

de busca do que realmente precisamos para ser felizes, e um crítico amigo das soluções ilusórias a que vamos nos apegando no caminho” (TEIXEIRA,2004).

Esta é, sem dúvida, uma maneira de se imaginar uma “Medicina Espinosista” ou uma “Grande Saúde”, mas, foi o caminho construído nesta dissertação que nos remete a uma nova maneira de descrever esta proposta. Uma medicina baseada em afetividade, ou uma medicina baseada na alegria, ou ainda, uma medicina dos encontros alegres!

A idéia é, como expresso na introdução, retirar o foco dos sujeitos da relação, sejam eles os médicos ou os pacientes. Por outro lado, não apontar tal foco para o objeto-doença, nem mesmo para o objeto-saúde.

A questão que nos encanta na filosofia de Espinosa, como muito bem enfatizado por Gilles Deleuze, Marcos André Gleizer, Marilena Chaui e António Damásio entre tantos outros a quem recorremos como suporte teórico na construção desta dissertação, é o foco concentrado no **encontro** entre estes indivíduos e em suas capacidades de afetar e serem afetados por estes encontros.

Em cada um dos casos relatados o que se descreve são encontros e afecções. Encontros que poderiam, na sua grande maioria ter se transformado em histórias tristes, em acontecimentos lamentáveis e a serem lamentados e evitados.

Como poderia ser alegre uma sucessão interminável de encontros impostos a uma equipe médica - por anos a fio - por um velhinho demente, inconveniente e sem prognóstico clínico favorável?

Como o nosso médico “alegre” foi capaz de evocar alegria ao contar a história do Seu Guillermo? Sensação de potência, de estar ativo, de compreender a ordem natural das coisas e das existências.

Poder afetar e ser afetado positivamente. Transformar mesmo maus encontros, comuns à prática médica - paradas cardíacas no meio da noite, pacientes insuportáveis no meio do dia, encontros marcados e não marcados com doentes inesperados, situações desagradáveis,

familiares complicados, procedimentos infelizes, atrasos, desencontros, doenças e mais doenças, morte... - em encontros alegres.

Espinosa nos responde: relacionando-os com suas causas adequadas, cada encontro singular, dentro de uma ordem estabelecida pela Natureza. Reconhecer-nos e aos nossos pacientes como imanentes a esta condição natural.

Como afirma Damásio:

“A solução Espinosa pede ao indivíduo que reflita sobre a sua vida, com auxílio do conhecimento e da razão, na perspectiva da eternidade, e não da perspectiva da imortalidade de cada um. E a liberdade é um dos resultados da solução Espinosa, não a espécie de liberdade que habitualmente contemplamos em discussões sobre o livre-arbítrio, mas sim uma liberdade radical, uma redução da dependência em relação aos objetos de que somos escravos. Um outro resultado é a possibilidade de intuir as essências da condição humana. Essa intuição se junta a um sentimento de serenidade cujos ingredientes incluem o prazer, a alegria, o deleite mesmo, mas para o qual a palavra beatitude me parece a mais apropriada. Esse “sentimento intelectual” é sinônimo de amar a Deus de uma forma intelectual - é o amor *intellectualis Dei*” (DAMÁSIO, 2003, p. 288).

Como pode ser alegre, aumentar a potência de agir de um jovem médico um encontro que termina com a morte inesperada de uma paciente na mesa de cirurgia, que horas antes relutava em se submeter ao procedimento?

Como podemos sair de um estado de perfeição menor para um de maior perfeição, sentir genuína alegria depois de ter prestado tratamento paliativo para uma paciente de câncer terminal, por meses e, enfim, sentir-se alegre e recompensado quando sua morte se configura?

Como praticar um encontro alegre com os pais que ao mesmo tempo choram a morte mais que prematura de seu primogênito ao mesmo tempo em que têm que lidar com as afecções, com as emoções e os sentimentos de estarem esperando um segundo filho portador de uma malformação congênita severa?

Aparentemente alegre, somente o último caso apresentado. A mulher jovem que apesar de muito sofrimento e angústia se vê curada de um câncer que lhe ameaçava de morte quando a vida ainda lhe prometia “toda a vida” pela frente! Alegre? Para o médico que se sente afetado ao se reconhecer tão próximo do casal que o procura para ser atendido. Médico jovem, com sua esposa jovem, com seus filhos pequenos, encontrando-se diante de uma dor e angústia que lhe parecem tão próximas e familiares!

Como transformar estes afetos potencialmente tristes em encontros alegres? Este é o conceito filosófico por detrás desta dissertação. Fazer uso do projeto ético de Espinosa para lançar a idéia de uma medicina espinosista que liberte os médicos de suas paixões e lhes façam ativos na construção de uma relação médico-paciente capaz de aumentar a potência de vida do paciente, de seus familiares, do próprio médico...

Enfim, uma Grande Saúde que vislumbre um médico capaz de, através de sua razão, de sua vontade, de sua potência, porque não dizer de sua vontade de potência, transformar os encontros de sua prática médica, encontros ao acaso, em verdadeiros encontros espinosistas – encontros alegres!

Como dissemos, este é o conceito filosófico que permeia esta dissertação. Entretanto, o objetivo desta dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em educação é menos presunçoso, mais pragmático e de caráter didático.

Construímos através da metodologia pensada, uma abordagem de ensino que coloca lado a lado as três grandes formas do pensamento: Arte, Ciência e Filosofia. Esperamos, com a escolha dos casos clínicos, chamar a atenção de nossos jovens alunos tão afoitos pelos conteúdos científicos que a medicina lhes exigem. Igualmente, temos a pretensão de também chamarmos suas atenções através dos filmes escolhidos, pois partimos do pressuposto que o desenvolvimento estético é componente essencial na educação de um médico humanista. Por fim, confiamos que a vassoura da bruxa possa levar, se não todos, ao menos muitos dos jovens alunos de medicina a alçarem altos vãos filosóficos junto com Baruch Espinosa.

Afinal, antes de qualquer coisa, antes de tudo, um médico deve ser livre para pensar e idealmente, através de sua inteligência, da vontade e de seu trabalho estabelecer encontros alegres em sua prática clínica e poder levar uma vida virtuosa e feliz.

Terminamos, com as palavras que usamos na epígrafe, da mesma forma como Espinosa finaliza sua Ética (Última Proposição, do Último livro): “*A felicidade não é o prêmio da virtude, mas a própria virtude; e não gozamos dela por refrearmos as paixões, mas ao contrário, gozamos dela por podermos refrear as paixões*”.

E, ainda Espinosa: “*Se o caminho que eu mostrei conduzir a este estado parece muito árduo, pode, todavia, encontrar-se. E com certeza deve ser árduo aquilo que muito raramente se encontra. Como seria possível, com efeito, se a salvação estivesse à mão e pudesse encontrar-se sem grande trabalho, que ela fosse negligenciada por quase todos? Mas todas as coisas notáveis são tão difíceis como raras*” (Escólio da Última Proposição da Ética).

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B.V. **Cartografias da alegria na clínica e na literatura**. Dissertação de mestrado em psicologia clínica. São Paulo, Pontifícia Universidade Católica, 2005.

ANGEL, Olga Aparecida.; LOUREIRO, Sonia Regina. **A Aprendizagem Baseada em Problemas e os Recursos Adaptativos de Estudantes do Curso Médico**. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro: v. 25, n.º2, maio/agosto, p. 32-41, 2001.

BLASCO, P.G. **Educação da Afetividade através do Cinema**. Curitiba: IEF, 2006.

_____ et al. Cinema para o Estudante de Medicina: um Recurso Afetivo/Efetivo na Educação Humanística. Revista Brasileira de Educação Médica, v.29, n.2, maio/ago, 2005.

BRAWER, J R. **The value of a philosophical perspective in teaching the basic medical sciences**. Medical Teacher 2006; 28:472-74.

CAPRARA A., RODRIGUES, J. **A relação assimétrica médico-paciente repensando o vínculo terapêutico**. Ciência & Saúde Coletiva, 9 (1): 139-146, 2004.

CARLINI, A. L. **Slides da palestra sobre metodologia baseada em problemas**. Disponível em <http://www.virgilio.pro.br/ler.php?noticia=25> . Acesso em 26 ed março de 2009.

CARVALHO, R. P. V. ; CRUZ, Denise Nova ; SILVA, Lireda Meneses ; CRUZ, Carlos Eduardo da Nova ; SBISSA, Antônio S. **Gincana de semiologia: atividade interativa no curso de medicina da UNIVALI**. In: LI Congresso Brasileiro de Educação médica/ XIII Forum Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, 2003, Florianópolis, 2003.

CHAUI, M. **Espinosa: uma filosofia da liberdade**. São Paulo: Moderna, 2006.

COOKE M; IRBY D M; SULL W; LUDMERER M. **American Medical Education 100 Years after the Flexner Report.** N Engl J Med 2006; 355:1339-44.

CUNHA, G.T. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para co-gestão e a clínica ampliada na Atenção Básica.** Tesede Doutorado em Saúde Pública. UNICAMP,Campinas, 2009.

DAMÁSIO, A. **Em Busca de Espinosa: Prazer e Dor na Ciência dos Sentimentos.** São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

DESCARTES, R. **Discurso do Método; regras para a direção do espírito: texto integral** Tradução: Pietro Nasseti. São Paulo: Martin Claret, 2005.

DELEUZE, G. **Conversações.** São Paulo: Ed. 34, 1992.

_____. **A Imanência: Uma vida.** Disponível em <http://acotedelaplaque.blogs.sapo.pt/45282.html> . Acesso em 24 de Junho de 2009, às 12:49.

_____. **Espinosa Filosofia prática.** São Paulo: Ed. 34, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é filosofia?** São Paulo: Editora 34, 1997.

EDGAR, A; PATTISON, S. **Need humanities be so useless? Justifying the place and role of humanities as a critical resource for performance and practice.** *Medical Humanities* 2006; 32:92-98.

ELLSWORTH, E. **Modo de endereçamento: uma coisa de cinema; uma coisa de educação também.** In: da SILVA, T.T (org). *Nunca fomos humanos.* Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ESPINOSA, B. **Pensamentos metafísicos; tratado da correção do intelecto; Ética.** Seleção de textos e tradução Marilena de Souza Chaui... [et al.]. São Paulo: Nova Cultural, 1991. – (Os Pensadores).

ESTEVAM, C. **Freud: Vida e obra.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 18 ed, 1985.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder.** São Paulo: Graal, 1979.

_____. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRIEDMAN M., FRIEDLAND G. W. **As dez Maiores Descobertas da Medicina.** São Paulo: Companhia das Letras, 2001

GLEIZER, M.A. **Espinosa e a Afetividade Humana.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

HIPÓCRATES. **Conhecer, cuidar, amar – O juramento e outros textos.** São Paulo: Landy Editora, 2002.

JONES, E. **Vida e obra de Sigmund Freud.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 3 ed, 1979.

KIDD, M.G.; CONNOR, T.H. **Striving to do Good Things: Teaching Humanities in Canadian Medical Schools.** *J Med Humanit* 2008 29:45–54.

LOSCOS, J. et al. **Medicine, cinema and literature: A teaching experiment at the Universitat Autònoma de Barcelona.** *J Med Mov* 2:138-142, 2006.

MARTINS, A. **Novos Paradigmas e Saúde.** *PHYSIS- Revista de Saúde Coletiva*, v. 9. n.1. p.83-112, 1999.

MARTINS, C. J. **A vida dos corpos e das populações como objeto de uma biopolítica na obra de Michel Foucault.** In: SCAVONE, L. et al. O legado de Foucault. São Paulo: Editora da UNESP, 2006.

MINDRUM, M R. **Time for another revolution? The Flexner Report in historic context, reflections on our profession.** *Coronary Artery Disease* 2006; 17:477-481.

MOSTAFA, S.P.; MURGUIA, E. M. **Percursos transversais nos estudos de comunicação e informação.** IN: Mostafa, S.P.; CRISTOFOLETTI, R. Mídia e Conhecimento: Percursos Transversais. Itajaí: Maria do Cais, 2006.

MOSTAFA, S.P.; NOVA CRUZ, D. V. **Para ler a filosofia de Gilles Deleuze e Felix Guattari.** Campina: Átomo Alínea, 2009.

MURRAY, J. **Development of a Medical Humanities Program at Dalhousie University Faculty of Medicine, Nova Scotia, Canadá, 1992-2003.** *Academic Medicine*, vol. 78, n.10, October, 2003.

PADILHA, R. P. **Planejamento dialógico: como construir o projeto político-pedagógico da escola.** São Paulo: Cortez; Instituto Paulo Freire, 2001.

PIMENTA, R. NOVA CRUZ, D.

PINTO, P.G.H.R. **Saber ver: Recursos Visuais e Educação Médica.** *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 10(1): 39-64, 2000.

PLATÃO. **O banquete.** São Paulo: Martin Claret, 2007.

SAINT-EXUPÉRY, A. **O Pequeno Príncipe.** Rio de Janeiro: Agir, 2006.

SHAPIRO, J. **A Sampling of the Medical Humanities**. *Journal for Learning through the Arts: A Research Journal on Arts Integration in Schools and Communities* 2006; 2:1, Article 1. Disponível em <http://repositories.cdlib.org/clta/lta/vol2/iss1/art1>. Acesso em 07 de janeiro, 2009, às 22:40.

SOURNIA, J. **História da Medicina**. São Paulo: Instituto Piaget, 1992.

TEIXEIRA, R. **A Grande Saúde: uma introdução à medicina do corpo sem Órgãos**. Interface- Comum, Saúde, Educ., v.8, n.14, p. 35-72, set 2003-fev.2004.

_____. O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva. Interface- Comum, Saúde, Educ., v.9, n.17, p. 219-34, mar/ago 2005.

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ. **A universidade: perspectivas e práticas**. Itajaí: Cadernos de Ensino. Formação continuada ensino superior; Ano 5, n.7, 2007

VALE, N.B.; DELFINO J; VALE, L.F.B. **A serendipidade na medicina e na anestesiologia**. Revista Brasileira de Anestesiologia: 55:224-249, 2005.

VESALIUS, A. **De Humani Corporis Fabrica**. Campinas: Ed. UNICAMP, 2003.

VYGOTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

YAARI M; AIUB, M. **A Arte de Curar**. In: Ciência & Vida. Filosofia, Especial. Número 07, 2008.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)