

A saúde mental dos estudantes de medicina: reminiscências e conjecturas de um mestre-escola

Medical students' mental health: a school teacher's reminiscences and conjectures

Sergio Zaidhaft

Zaidhaft S. A saúde mental dos estudantes de medicina: reminiscências e conjecturas de um mestre-escola / *Medical students' mental health: a school teacher's reminiscences and conjectures*. Rev Med (São Paulo). 2019 mar.-abr.;98(2):86-98.

RESUMO: A questão da saúde mental dos alunos de Medicina tem sido alvo de crescente preocupação em todo o mundo. Há evidências de que o próprio curso está relacionado com o surgimento de quadros graves, principalmente depressão e ideação suicida, nesta população. Este trabalho busca aprofundar o que exatamente ocorre no ensino de Medicina que acarreta esta situação. Mediante o uso de associação livre, narram-se algumas experiências do autor como estudante e como docente para discutir os fatores envolvidos: o denominado currículo oculto, a ideologia do não envolvimento, o curso de Medicina como instituição total. Sugerem-se medidas para atenuar a aridez do curso, enfatiza-se o papel da arte na medicina e na docência e a formação de vínculos a fim de possibilitar uma experiência prazerosa de aprendizagem tanto para docentes como para discentes. Propõe-se que a docência – assim como a Medicina - seja ciência e arte, e o próprio artigo busca – assim como Medicina e docência o fazem - agregar ciência e arte.

Descritores: Saúde mental; Promoção da saúde; Educação médica; Relações médico-paciente; Ciência; Arte.

ABSTRACT: The issue of medical students' mental health has been the subject of increasing concern worldwide. There is evidence that the course itself is related to the appearance of severe disorders, mainly depression and suicidal ideation, in this population. This paper seeks to deepen what exactly occurs in the teaching of medicine that entails this situation. Through the use of free association, we narrate some experiences as a student and as a teacher to discuss the factors involved: the so-called hidden curriculum, the ideology of non-involvement, the medical course as a total institution. We suggest measures to mitigate the aridity of the course, emphasizing the use of art and the formation of bonds to enable a pleasant learning experience for both teachers and students. It is proposed that teaching – as well as medicine- be science and art, and the paper itself seeks – as well as medicine and teaching do it - to aggregate science and art.

Keywords: Mental health; Health promotion; Education, medical; Physician-patient relations; Science; Art.

Professor de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá. Mestre em Psiquiatria. Psicanalista. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6973-2053>. Email: sergio.zaidhaft@gmail.com.

Endereço para correspondência: Sergio Zaidhaft. Rua Jardim Botânico, 635 apt. 606. Jardim Botânico - Rio de Janeiro, RJ. CEP: 22470-050.

INTRODUÇÃO

Isso é escrever? (...) Brincar de ser livre? Até mesmo ser livre?¹ (Leonardo Padura)

1971

...primeira semana de aula na Faculdade de Medicina da UFRJ, 17 para 18 anos de idade, adolescente solitário, nenhum amigo na turma (não muito mais fora dela), relação com mundo via literatura de ficção, música e cinema, namoros prévios apenas um breve, numa aula ouço um professor dizer “*de agora em diante esqueçam-se de ir a cinema, ler livros, namorar; vocês estão casados com a medicina*” (o que faço aqui? acho que vou embora, olho em volta, 320 alunos na sala, não tenho com quem falar, quero namorar – quem? –, que foi que vim fazer aqui, acho que vou pra casa, ouvir música, ler livro).

De 1980 até agora

...primeiro dia de aula de Psicologia Médica, entro na sala, 25 alunos, balbúrdia, tenho vontade de sair (sempre assim no primeiro dia, certa dose de fobia social que – creio- não tem mais jeito, só resta me acostumar mesmo), não saio – claro! –, digo “*boa tarde*”, mas tão baixo que ninguém me ouve, tento novamente sem sucesso, alguém – provavelmente por se compadecer – diz alto “*gente, o professor tá?*”, agradeço à gentil alma, fazem silêncio, peço que se sentem em roda, barulho de cadeiras se arrastando, meus ouvidos sofrem, parece que estiletos são enfiados no meu cérebro, finalmente arrumados lhes digo que, já que vamos nos encontrar uma vez por semana durante todo o semestre, gostaria que se apresentassem, expressões de enfado, alguém diz “*já nos conhecemos*”, digo “*mas eu não conheço vocês*”, “*é pra dizer o quê?*” – alguém pergunta –, “*o que vocês considerarem importante para se darem a conhecer*”, “*qual a ordem?*”, “*como vocês quiserem*”; resolvem como fazer e se apresentam, alguns mais retraídos, outros mais desinibidos, risos, brincadeiras, por vezes um certo padrão estabelecido a partir do primeiro que responde, geralmente nome, idade, onde nasceram, times de futebol, se têm animais de estimação, onde estudaram, por que a escolha da Medicina, como estão levando o curso. Após o último se apresentar, pergunto “*o que acharam?*”, dizem “*interessante*”, “*não sabia da história desse colega*”, daí por diante. Correlacionando com o que ocorre quando se entrevista um paciente, comento, a partir do que disseram, o que me remeteu a aspectos de minha própria vida quer por semelhança quer por contraste. Perto da hora de terminar, falo sobre a Disciplina: ementa, objetivos, métodos de avaliação etc. Pergunto, então, “*faltou alguma coisa?*”, silêncio, alguém – tateando – diz “*o senhor não se apresentou*”, todos concordam, digo “*mesmo? E por que não falaram antes?*”, “*ah! o senhor podia não gostar*”, “*como assim não gostar? Peço a todos para se apresentarem, não me apresento, no mínimo é falta*

de educação e vocês não dizem nada”, “*é que o senhor é o professor; nós somos alunos, tem uma hierarquia*” (no último semestre, disse uma aluna: “*o senhor usa camisa de botão e nós camiseta*”. Olhei em volta. Era verdade). Pedem que eu me apresente, brincando digo “*agora também não falo, não perguntaram, agora é tarde*”.

Por que estas duas cenas num texto que pretende discutir a saúde mental dos estudantes de Medicina? Poderia simplesmente ser dito que alguns estudantes têm mais problemas pessoais que outros, problemas esses anteriores à entrada no curso, como este aluno aqui, descrito no primeiro parágrafo deste artigo. O que fazer? Encaminha-se para tratamento como qualquer pessoa que dele precise.

Pronto. Fim do trabalho. Grato pela atenção

Não, não vou encerrar aqui, somente uma brincadeira a que não resisti. Sobre as duas cenas, os comentários ficam mais para frente, então, seguindo: os alunos com dificuldades certamente apresentarão menos condições para lidar com as pressões inevitáveis de um curso naturalmente exigente como o de Medicina e necessitarão, portanto, de algum auxílio psicológico-psiquiátrico para nele se manterem. Seguindo nesta linha, seria muito mais produtivo que, ao invés de se esperar que o aluno comece o curso e se depare com estas dificuldades já estando matriculado, se fizesse um mapeamento psicológico-psiquiátrico de todos os aprovados, utilizando-se dos questionários já consagrados para avaliação de resiliência, possíveis traços depressivos e mesmo de alguns transtornos psiquiátricos ainda mais graves, e aqueles que não tivessem uma avaliação satisfatória sequer se matriculariam. Há críticas de que esta seria uma atitude eivada de preconceitos, que isto remeteria à época em que o campo da Psiquiatria buscava evidências quanto à degenerescência que alguns indivíduos acarretavam à sua prole por apresentarem transtornos graves, e a conduta indicada nestes casos era o da esterilização visando a uma eugenia². No entanto, seus defensores alegam que ter um diploma de médico significa ter a vida de outras pessoas em suas mãos e não se pode dar este direito a qualquer um, o que é um argumento consistente e que dá o que pensar. Por outro lado, o que fica de fora nesta argumentação: que critérios se usarão para avaliar quem tem condições de ser médico? Os avaliadores possuem essas condições? Seriam eles Simão Bacamarte e acabariam por internar todos como loucos?³. Um corte transversal na vida de uma pessoa é preditivo do que ela será para sempre? Alguém que escolhe um ofício em que diariamente terá que lidar com sofrimento e morte já não tem algum parafuso frouxo? Quantos e quais parafusos podem estar frouxos para alguém poder ser médico? Quais não? O curso não seria um fator importante para o desencadeamento de problemas nos alunos?

Como não há possibilidade de discutir todas estas questões neste trabalho, vou me ater à última. Nas 2 a

3 últimas décadas uma enorme quantidade de trabalhos vem sendo publicada, em que se evidencia que o curso de Medicina promove uma progressiva diminuição da empatia nos alunos⁴, sua motivação diminui durante o curso⁵, e que depressão e ideação suicida estão associados ao desenrolar do curso⁶, mesmo que combinados com condições prévias de autoexigência dos alunos⁷. Ou seja, a ideia de que alguns alunos têm problemas prévios à entrada na faculdade e que tratá-los resolveria o problema apenas arranha toda a complexidade do que acontece durante o curso médico e mesmo depois dele para os que continuam nesta profissão.

Por que isto ocorre? O que pode ser feito para diminuir estes dados assustadores? Estas as questões que se pretende discutir daqui por diante.

MATERIAL E MÉTODOS

Em Psicanálise, associação livre é o nome que se dá ao que se solicita ao analisando que faça em suas sessões: que ele fale o que vier à sua mente, independentemente de considerar o pensamento que lhe ocorre como trivial ou inoportuno, ou que provoque sentimentos como vergonha. Já o psicanalista deve, durante as sessões, ficar num estado que se denomina atenção flutuante, ou seja, deve ouvir o que o paciente diz, mas não ficar preso somente às palavras, ou seja, há que se ouvir também todo o colorido emocional carregado pelo que é dito e pelo que não é dito. Como se faz isto? Deixando a própria mente flutuar e, deste modo, ficar livre para a percepção do seu próprio colorido emocional, possivelmente despertado pelo que o paciente transmite⁸.

Não me recordo de ter lido qualquer trabalho científico que apresentasse como material as associações livres do próprio autor e, como método para examinar este material, sua própria atenção flutuante, mas é o que será tentado aqui. Por favor, não se assustem, não terei como nem quero – é claro⁹ – escrever tudo que me vem à mente, assim como um analisando não tem como dizer tudo que está num determinado momento em sua mente. Nenhum de nós tem esta possibilidade em momento algum de nossas vidas. Sempre há filtros, escolhas, seleções. A seleção aqui será no sentido de escolher o que tem ligação com o tema em pauta. Em Psicanálise, as lacunas – silêncio, relutâncias – são tão ou mais importantes do que o que é dito e, evidentemente, tudo que o analisando diz – assim como as lacunas – tem a ver com sua história, assim como os caminhos por onde a atenção do analista flutua têm a ver com sua própria história. O mesmo se dará aqui. Tudo que será escrito está relacionado à minha história e espero que as lacunas que aqui deixarei – proposital ou inconscientemente – sirvam para que os leitores possam buscar preenchê-las com suas próprias histórias. Quanto à atenção flutuante do psicanalista, que, no caso de uma psicanálise espera-se que seja o mais isenta possível, será que consigo? Isenção quanto a si mesmo? Se, em relação ao analisando já é difícil, vou conseguir em relação a mim

mesmo? Será que alguém consegue? Impossível, claro. Entretanto, se estão pensando que meu viés será pesar a mão a meu favor, estão enganados. É exatamente o oposto. Na verdade, o máximo que consigo, após mais de 20 anos de análise pessoal, é que meu tribunal interno – em que o assento de réu é de minha propriedade exclusiva e perpétua –, pelo menos, já tem certo equilíbrio de forças entre os advogados de acusação e defesa, e até mesmo o juiz consegue ser um pouco mais compreensivo sem ser pusilânime ou leniente. Já o carrasco – o executor da pena – infelizmente ainda não foi convencido a ser mais suave, se é que algum dia vai ser.

Como estou na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro direto desde 1971 (graduação, especialização, residência e mestrado), $\frac{3}{4}$ de minha vida, portanto, sendo quase 40 anos de docência, além de quase 20 em outra (Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá), isso perfaria um total de quase 60 anos de docência. Nestes 60 anos, o que mais penso, o tema que mais me apaixona, intriga, inquieta e desespera é exatamente este: o que acontece com os alunos que, ao entrarem no curso parecem ser de um jeito e, ao saírem, parecem ser outras pessoas que não reconheço mais. Claro que o crescimento, o amadurecimento, a progressiva confiança adquirida no curso e em 6 anos de vida são fundamentais para a profissão e para a própria vida (estudantes de Medicina ou não), mas não é a isso que me refiro e sim ao que é descrito como a progressiva perda de empatia durante o curso. Há 30 anos, no meu livro *Morte e Formação Médica*¹⁰, concluía que o curso de Medicina espera e exige dos alunos uma extinção da própria subjetividade, o que acaba por transformá-los naquilo que os seres humanos mais tememos, ou seja, a morte. Assim sendo, o provento professor aqui poderia ficar desfiando suas reminiscências destes “60” anos de docência, somados aos anos de graduação, e ficaria – como Catilina – abusando de vossa paciência por horas, mas acalmem-se, o pior que me pode ocorrer é ser considerado chato. (Há muitos anos, numa avaliação anônima sobre a disciplina que ministro, quando de seu final, um aluno escreveu: “o Zaidhaft é um chato”. No grupo de 25 alunos, 24 gostaram, claro que com críticas e sugestões, mas “é um chato” vindo de um aluno em 25, quase provocou um suicídio) (Modo de falar. Se alguém aí estiver assumindo a posição do psicanalista ao me ouvir, por favor, é força de expressão, ok? Não tenho intenção suicida não. Posso continuar falando?) Estão percebendo? Este foi um exemplo – discussão do tema Saúde Mental dos alunos, reminiscências e conjecturas do autor, seu próprio colorido emocional, a atenção de quem em mim está observando tudo – de como será neste trabalho.

DISCUSSÃO

O primeiro passo para se discutir a saúde mental

dos alunos é definir o que se está chamando saúde mental. Somente esta definição seria tema para um trabalho inteiro – vários, na verdade. Como não é esta a proposta aqui, abaixo uma definição da Organização Mundial de Saúde: *“Trata-se de um estado de bem-estar no qual um indivíduo realiza suas próprias habilidades, pode lidar com as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de fazer contribuições à sua comunidade”*¹¹.

À primeira vista, a definição parece não ser suficiente para a complexidade da questão, mas, examinando-a melhor, é bastante clara e atende à necessidade deste trabalho, ou seja, discutir o que seriam “tensões normais da vida” para quem estuda ou pratica o ofício da Medicina, e se é possível, diante das tensões que este ofício ou seu estudo impõem, ter um “estado de bem-estar” para “trabalhar de forma produtiva” e realizar “suas próprias habilidades”.

A OMS explicita quais os determinantes da saúde mental e, entre eles, encontramos os seguintes, que antecedem os fatores psicológicos, de personalidade e possíveis causas biológicas: *“as pressões socioeconômicas contínuas são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades (...) condições de trabalho estressantes (...) estilo de vida não saudável”*¹¹.

Não faz parte dos objetivos deste trabalho, mas é imperioso incluir o que também consta do documento, que, de tão óbvio, talvez nem necessitasse de ser transcrito, mas parece não ser óbvio para os governantes de alguns países no momento: *“Um ambiente que respeite e proteja os direitos básicos civis, políticos, socioeconômicos e culturais é fundamental para a promoção da saúde mental. Sem a segurança e a liberdade asseguradas por esses direitos, torna-se muito difícil manter um elevado nível de saúde mental”*¹¹.

Para a promoção da saúde mental, o que se preconiza: *“ações para criar condições de vida e ambientes que apoiem a saúde mental e permitam às pessoas adotar e manter estilos de vida saudáveis”*. E, entre elas: *“Intervenções de saúde mental no trabalho”*¹¹.

Diante de tantas evidências quanto ao sofrimento de alunos de Medicina durante o curso, poderíamos incluir: intervenções de saúde mental no ensino de Medicina. Um instante. O que estou fazendo? Isso que escrevi acima deveria estar no final do trabalho como uma de suas conclusões e não aqui. Que jeito? Fui dizer que o material seriam as associações livres. Fui ser livre e agora não tem volta. O que foi dito está dito. Entretanto, mesmo podendo ter misturado as seções deste artigo com esse *spoiler*, vamos examinar um pouco melhor como se chegou a essa conclusão e – aí sim, deixando para o final do trabalho – que possíveis intervenções seriam essas.

Habitualmente, os alunos que são objeto de preocupação por parte de professores (isto quando o são. Alguns professores consideram que não é função deles se preocupar com seus alunos, que o curso é duro mesmo, eles também passaram por tudo isso e superaram quaisquer

dificuldades. Agora vêm os alunos dessa geração, todos cheios de “mimimi”. (Aliás, de onde vem esta expressão mimimi? Posso escrever mimimi num trabalho científico? Eu de novo com essa mania! Associação livre agora não. Deixa eu voltar ao ponto. Ainda por cima, parênteses dentro de outros parênteses. Isso não vai dar certo). Quanto ao papel dos professores eu volto depois. Assim vai ficar tudo entrecortado. Onde é que fecho os parênteses? Achei. Aqui). Voltando: que alunos são alvo de preocupação? Os que são reprovados, os que faltam em demasia. Alguns deles eventualmente têm a liberdade de conversar com algum professor mais solícito sobre suas dificuldades pessoais, sociais, econômicas, o que for (não vou – prometo – me deixar levar pela vontade de falar que esses professores não são todos, quando deveriam, afinal ser professor não é só... Agora não. Prometi que agora não. Em frente). Claro que todos esses citados alunos merecem alguma preocupação e esperam de nós algum tipo de cuidado para acolhê-los, saber o que está lhes afligindo, oferecer algum tipo de ajuda seja uma conversa seja a abertura para conversar sempre que quiserem seja um encaminhamento para tratamento quando necessário.

Pois bem, e os que não têm dificuldades no curso? Estão todos muito bem, obrigado. Não há por que se preocupar com quem está funcionando a contento e seu desempenho no curso atesta isso, não? Pois digo com todas as letras: Não! Não é assim! Há pouco tempo, perguntei a alguns alunos dos dois cursos em que leciono quanto tempo por semana dedicavam à Medicina, incluindo permanência na faculdade e tempo de estudo fora dela. Algumas respostas: de 2^a a 6^a feira são 8 horas/dia na faculdade. O turno livre? Ocupado, por exemplo, com disciplinas eletivas (eletivas sim, mas com número obrigatório de créditos a cumprir), programa de iniciação científica, monitoria, liga acadêmica. Não estou contabilizando uma hora de almoço (isso quando têm realmente uma hora para almoçar) nem o tempo de transporte de ida e volta (numa cidade como o Rio de Janeiro, alguns chegam a ficar mais de 4 horas/dia viajando. Perguntei a uma aluna nesta condição se ela conseguia estudar durante as viagens. Seu olhar que dizia “o senhor não sabe como é o transporte que uso para vir à faculdade” é inesquecível). Seguindo: 8 horas por dia de 2^a a 6^a: 40 horas. Em casa: para os que chegam por volta de 18 horas, um pequeno descanso, jantar e, depois, 3 horas de estudo toda noite, ou seja, mais 15 horas por semana: 55 até agora. Fim de semana? Acordar cedo, como nos dias úteis, e estudar das 7 às 19 com pequeno intervalo para almoço. Ou seja, mais 12 horas sábado e domingo: 24 horas. Total: 79 horas por semana. Média por dia: quase 12 horas! Estes números se referem aos que moram com suas famílias, não têm que cozinhar, arrumar a casa, lavar a própria roupa, pagar contas, enfim, tudo que alguém que mora só ou em companhia de colegas tem de fazer. 12 horas por dia incluindo fim de semana. Vocês não sei, mas não é de estarrecer? A duas jovens alunas com este

ritmo de estudo, perguntei se saíam para algum programa com amigos, se namoravam. Uma disse que sim, que seu namorado ia à sua casa nos sábados à noite, mas, então, ela já está cansada de estudar, tem que acordar cedo no dia seguinte e antes das 10 o namorado vai embora e ela vai dormir. A outra não namora, “e você sai?” perguntei, “sai uma vez neste semestre. Uma sexta-feira de noite em fevereiro, na primeira semana de aulas, mas fui embora logo. Tinha que acordar cedo no sábado para estudar”. “Sai uma vez em fevereiro”: a conversa foi no final de abril.

Jovens nos seus 20 anos com esse tipo de vida 10 meses por ano (as alunas citadas acima estavam no 6º período, tinham 2 meses de férias/ano, e assim é até o internato). Oitenta horas por semana, e isso quando não dão plantão de 12 horas mais à frente no curso. Isto é razoável? Independentemente da idade e da profissão, isto é razoável? Alguém pode “realizar suas habilidades”¹¹ (OMS) desse jeito? Há uma frase que se atribui a Freud como sendo a definição do que seria saúde mental: capacidade de amar e trabalhar. Na verdade, não há registro de que tenha escrito isso. No entanto, esta frase seria a síntese de alguns pensamentos encontrados em diferentes trabalhos seus, a mais conhecida sendo “*Em última análise, precisamos amar para não adoecer*”¹². Aceitemos, portanto, essa definição por servir a nossos propósitos aqui e perguntar: alguém consegue amar e trabalhar desse jeito? Bem, para amar não sobra tempo. Por outro lado, poderia ser argumentado, mas trabalhar (estudar, no caso) sim. Está bem, já posso ouvir os questionamentos. Qual o problema de alguém querer ou precisar trabalhar/estudar nesse ritmo? Qual a média delas com este ritmo de estudo? Acima de 9. Gostam do que fazem? Parece que sim. Então, qual o problema? Estão se dedicando a fundo àquilo que escolheram e de que gostam, sabem que as notas dependem de seu esforço e – claro – boas notas correspondem a uma prova de competência e sucesso profissional futuro. Mesmo? Quanto ao sucesso profissional futuro, não há como se prever. É claro que dedicação, esforço, abnegação são elementos importantes para se atingir esse objetivo, mas ouçam só a continuação da conversa com essas excelentes e queridas alunas. Uma delas estava decepcionada consigo mesma pelo fato de sua média acumulada ter baixado de 9,4 para 9,2 no último semestre (e não disse isto brincando nem com alguma autoironia que denotasse uma reflexão sobre sua própria autoexigência descabida por conta destes míseros 2 décimos). Alguns professores dizem a seus alunos (será que eu já disse também? Espero que não) que, se a média para aprovação numa disciplina é 5,0, isto significa que quem passa com essa média matará metade de seus pacientes, logo, há que se tirar 10 sempre. Ou seja, com 9,2, a aluna mataria 8 em cada 100 pacientes seus. É um raciocínio absurdo, não estão de acordo? Expectativa da aluna de ser perfeita, não admitir que falhar acontece a todos nós? Expectativa essa anterior ao próprio curso? Pode ser que sim. Mas isso inegavelmente é reforçado pelos professores

(devo admitir: tenho o maior prazer em dar 10 a algum aluno e sei que começo a vê-lo de modo diferente daquele com que olho outros alunos. Por mais que eu mesmo ache isso uma bobagem, sei que é assim. Estou tirando os outros por mim, como diz a canção?¹³. Pode ser, mas vou tirar os outros por quem, se não por mim mesmo?). Ou seja, e aí vai outra conclusão precipitada deste trabalho: para que essa história de nota em vez de simplesmente se considerar o aluno apto ou não para seguir adiante? Tolice? Sou só eu que penso assim não⁶. O que esse critério de notas promove? Um ambiente de tamanha competição que muitos alunos sequer conseguem tirar dúvidas com os professores durante as aulas porque seria uma prova de sua “burrice”. Ora, já foi inventado algum meio diferente de saber algo sem antes admitir a própria ignorância? Além disso, como um modelo para o futuro, fomentar a ideia de que se deve ser perfeito só pode acarretar um ideal de onipotência que nunca terá correspondência na realidade, e qualquer falha – que sempre há –, por mínima que seja, é considerada como o reverso da medalha da onisciência, ou seja, ou eu sou perfeito e sei tudo ou sou um péssimo profissional e totalmente incapaz de seguir na profissão.

Mas ainda não falei do que mais me estremeceu na referida conversa com as alunas: elas se queixaram que não dava tempo para estudar toda a matéria exigida pelos professores e, em vez de estudar nos livros como indicado, estudam em resumos feitos por colegas, o que as deixa insatisfeitas consigo mesmas e se sentindo culpadas. Acabo de escrever essa frase e tenho vontade de dizer: para tudo, agora a coisa é séria. 80 horas por semana se dedicando a estudar Medicina e se sentem devedoras de algo? Não é possível! Desculpem o tom indignado, mas é impossível me conter e falar de outro jeito. Está bem, vou tentar me acalmar e falar de um modo mais ponderado. Estou de acordo, a Medicina exige que estudemos sempre, cada caso novo nos impõe desafios que, para deles darmos conta, temos que pesquisar, pedir auxílio a colegas, enfim, é um ofício que nunca nos dá descanso ou a sensação de que estamos prontos, que somos perfeitos e infalíveis (quer dizer, pode ser que alguns médicos acreditem que deus será eles em algum momento, mas espero que isso seja só uma piada, embora saiba que não), mas isso é diferente do que as alunas sentem. Uma coisa seria dizer: estudo um bocadinho, e percebo que vou ter que estudar sempre, eu me canso, mas sei que no final das contas é bom, vou ter sempre coisas a aprender. Outra diferente é: eu me mato de estudar, não correspondo à expectativa dos professores nem à minha própria e me sinto trapaceando quando estudo por resumo em vez de ler os livros indicados e sei que, por isso, vou ser uma péssima profissional.

Preparando o terreno para outra conclusão (desse jeito, quando eu chegar à hora das conclusões não vai ter mais. Paciência. Associação livre só podia dar nisso), claro que professores acreditamos que aquilo de que gostamos é o mais importante que existe. Se assim não fosse, não teria

escolhido para ser minha especialidade, e quero contagiar os alunos com essa minha paixão para que leiam os livros e artigos que indico para se aprofundarem e depois desejem ser monitores e sigam minha especialidade. Legal tudo isso, nada contra. Sem ironia. Mesmo. Certa dose de narcisismo é fundamental. No entanto, o ponto é que todos os professores pensamos assim e, com isso, surge um problema: num curso com diversas disciplinas num mesmo semestre, como regular a quantidade de matéria para estudar se todos quiserem ensinar tudo que desejam? A conclusão, como disseram as alunas, é: mesmo com 80 horas por semana não dá tempo. O que fazer? Primeira recomendação deste trabalho: que os objetivos das disciplinas sejam compatíveis com a formação de um generalista e não de um especialista. Em Português claro: que abram mão – temporariamente, pelo menos – de seu narcisismo, ou seja, que não esperem criar reproduções suas. Sei que é difícil, mas dá para fazer e, em última instância, no fundo é para sermos mais reconhecidos ainda, o que realimentaria nosso narcisismo (não espalhem essa última parte, por favor, que fique só entre nós). Mas a recomendação é factível assim como a seguinte (do jeito que sou, tão pouco objetivo, eu mesmo não acredito estar fazendo isso, mas a causa é justa, então lá vai): os professores deverão estimar quanto tempo de estudo é necessário para dar conta de aprender o que sua disciplina estipula como necessário. Feito isso, os responsáveis pelas disciplinas de um mesmo período se reúnem, contabilizam o total e verificam se o resultado é razoável. O que é razoável? Algo que seja possível aos alunos dar conta de cumprir e que – fundamental- seja reservado um tempo para viver além da Medicina. Se a soma do tempo de estudo estipulado pelas disciplinas for superior ao que for considerado razoável, diminua-se a quantidade e/ou a profundidade dos conteúdos.

Há mais de 20 anos, a então diretora da Faculdade de Medicina da UFRJ solicitou aos coordenadores de todas as disciplinas que lhe enviassem o conteúdo que consideravam imprescindível para a formação dos alunos e de quanto tempo necessitariam para ensinar este conteúdo. Chegaram as respostas, somou-se o tempo “imprescindível” de todas e o tempo do curso seria de 23 anos. Repito: 23 anos somente com as atividades presenciais, sem contar o tempo de estudo fora da faculdade. (Após contar esse fato a uma turma, disse um aluno: “*agora entendi. Vocês embutiram a matéria de 23 anos em 6!*”) Acho que se forem contar a palavra que mais apareceu nesse texto até agora, deve ser essa: isso não é *razoável*. Quer dizer, se há alguma razão, qual seria? Só pode ser nosso narcisismo mesmo, de nos julgarmos tão importantes, imprescindíveis, que tudo que pensamos é inigualável, insuperável, daí por diante. O resultado disso? Só para concluir, outro elemento que as alunas trouxeram – e isto é quase uma unanimidade em todos os alunos com quem conversei, e foram muitos -: o tempo para viver (a pergunta é irresistível: se o tempo fora da Medicina é o de viver, o tempo na Medicina é de quê? De

morrer?) é sempre experimentado com um sentimento de culpa, ou seja, em vez de sair, namorar, se divertir, deveriam estar estudando. Quem aguenta? Como não estourar? Já ouço os argumentos: mas não são todos, a maioria se vira muitíssimo bem e passa pelo curso sem maiores problemas. Sugiro que conversem com os alunos. Sabem como eles se sentem durante o curso? Como se estivessem numa corrida de obstáculos a serem suplantados e cada um que se transpõe é menos um.

Vamos parar um momento e pensar: é este um modelo pedagógico adequado para se formar um futuro médico? Onde fica o prazer com o aprender?¹⁴. Não me esqueço, no começo do terceiro ano, quando finalmente começávamos a estar com pacientes, de perceber a diferença do som timpânico e do maciço ao percutir, de conseguir distinguir uma 4ª bulha e – desculpem, mas vai a gíria de velho, associação livre, lembram? – o barato que era descobrir esse mundo totalmente novo e querer saber mais e tentar entender os mistérios do corpo humano, e conversar com os pacientes e querer entender os mistérios da alma humana. Desculpem novamente, mas isso é tão rico, o prazer da descoberta tão inebriante, que não dá para entender como transformamos isso numa sucessão de obstáculos a serem transpostos sem qualquer prazer. Algo muito errado está acontecendo e, como na canção, os Mr. Jones – nós, os responsáveis – não sabemos o que é¹⁵.

Por que falar de prazer aqui? Outra conclusão (agora penso que não mais precipitada): o sofrimento dos alunos teria como causa a experiência do curso como uma sobrecarga, sem qualquer tempo para o prazer na vida pessoal e muito menos no próprio curso. Ninguém suporta viver sem prazer. Abrir mão do prazer tem consequências desastrosas. Os que aparentemente conseguem vão explodir tendo *burnout* em algum momento¹⁶ ou – talvez pior ainda – não explodem, incorporam este modelo e o reproduzem com seus futuros alunos. A metáfora hidráulica nos auxilia: pode-se tentar espremer um líquido contido num recipiente por algum tempo, mas certamente algum furo vai surgir nas paredes do recipiente. No entanto, se as paredes forem muito rígidas, se não houver escapes, em algum momento a barreira vai explodir tamanha a pressão. Isso é tão óbvio, não parece a vocês também?

Bem, se vamos falar de prazer, é imprescindível lançar mão da Psicanálise. Segundo Freud, haveria dois princípios que regem o funcionamento mental. Abaixo sua definição:

“Princípio de prazer: um dos princípios que regem o funcionamento mental; a atividade psíquica no seu conjunto tem como objetivo evitar o desprazer e proporcionar o prazer. As pulsões¹⁷, de início, só procurariam descarregar-se, satisfazer-se pelos caminhos mais curtos. Fariam progressivamente a aprendizagem da realidade, que é a única que lhes permite atingir, através dos desvios e dos adiamentos necessários, a satisfação procurada”¹⁸.

E o “Princípio de realidade: forma par com o princípio de prazer; e modifica-o; na medida em que consegue impor-se como princípio regulador; a procura de satisfação já não se efetua pelos caminhos mais curtos, mas toma por desvios e adia seu resultado em função das condições impostas pelo mundo exterior. A passagem do princípio de prazer para o princípio de realidade não suprime, porém, o primeiro, (já que) o princípio de realidade garante a obtenção no real das satisfações”¹⁸.

Creio que mesmo os que desconhecem estes conceitos poderão reconhecer como eles se aplicam à sua vida cotidiana, não? Indo adiante: pode-se considerar que o princípio de realidade, mesmo sendo o princípio regulador e que deve prevalecer, tem como finalidade última também assegurar ao sujeito o prazer que ele busca. E mais: as “condições impostas pelo mundo exterior” não são estáticas e definitivas. Como afirma o mesmo Freud¹⁸:

“(...) o ego aprende que existe ainda outra maneira de obter satisfação além da adaptação ao mundo externo que descrevi. É também possível intervir no mundo externo modificando-o, e nele estabelecer intencionalmente as condições que tornam possível a satisfação. Essa atividade então se torna a função mais elevada do ego; decisões quanto a quando é mais conveniente controlar as paixões e curvar-se diante da realidade, e quando é mais apropriado ficar ao lado das paixões e lutar contra o mundo externo – tais decisões compõem toda a essência da sabedoria mundial” (p.229)¹⁸.

Ou seja, há um interjogo entre estes dois princípios (*Uma parte de mim / pesa, pondera; / outra parte: / delira (...). Traduzir-se uma parte / na outra parte / – que é uma questão / de vida ou morte – / será arte?*)¹⁹: adequar-se à realidade é imprescindível, porém, submeter-se inteiramente a ela como se fosse um dado que sobrepõe qualquer interferência do sujeito é retirar dele a possibilidade de expressar suas habilidades - componente fundamental da saúde mental –, além de inviabilizar qualquer possibilidade de sonhar, de ter esperança de intervir na realidade e de buscar melhorá-la. Portanto, lá no início deste trabalho, “*de agora em diante esqueçam-se de ir a cinema, ler livros, namorar; vocês estão casados com a Medicina*” transmite: ou vocês se casam com a Medicina ou saiam fora. Ou ainda: a partir de agora vocês estão impedidos de ter qualquer prazer fora da Medicina. E ainda outra: o casamento com a Medicina – como no celibato – exclui qualquer possibilidade de prazer dentro desse casamento. O que o professor disse no início do curso e que é repetido de diferentes formas durante todo ele, todas elas tendo o mesmo sentido, nos leva a poder concluir que se pretende que o curso de Medicina (e seu futuro exercício) seja uma instituição total²⁰, que o que nele ingressa deve abrir mão de todo e qualquer prazer, ou seja, deve amputar sua identidade prévia que incluía a busca de prazer e deve adquirir uma nova identidade, submetendo-se a esta realidade preconizada como a única possível para

quem pretende ser médico.

Já posso ouvir a pergunta: se é assim, o que me fez me manter no curso? Não sei bem. Até tentei desistir nos dois primeiros anos. O que me sustentou não foram as matérias. Tirando uma ou outra curiosidade maior despertada por algum tema ou por algum professor, revendo agora, o que realmente me manteve foram as amizades que fui criando, namorar, as rodas de violão, um grupo de teatro amador de cuja criação fui um dos responsáveis, até começar a ter contato com pacientes, o que ocorreu somente no 3º ano, quando passei a gostar do curso, mesmo assim com altos e baixos, estes últimos principalmente por conta do denominado currículo oculto (oculto, mas presente o tempo todo, transmitido por máximas como: “*não se envolva com os pacientes. Aprenda logo isso ou você vai sofrer tanto que vai largar o curso*”).

Acabo de escrever o parágrafo acima e me dou conta (atenção flutuante em jogo e um *insight*) do que me fez não desistir do curso: a criação de laços e a arte. E mais: o que me fez gostar do curso a partir do 3º ano? Os laços estabelecidos – o envolvimento- com os pacientes. E por que razão? Por me darem prazer, é óbvio. Como Arquimedes, vou sair da banheira gritando *eureka* e anunciar ao mundo essa descoberta. Vou ganhar o Prêmio Nobel. (Desculpem o entusiasmo. Faz parte. Acho interessante ver pessoas que falam consigo mesmas na 2ª pessoa e em voz alta. Nunca faço isso. Penso sobre mim mesmo na 1ª pessoa. Nunca falo comigo como se fosse um outro, muito menos de modo audível por mim ou por outros, sei lá por que, para mim se assemelha a coisa de doido. Deve ser pelo medo de enlouquecer de vez. Mas agora não tem ninguém vendo e vou tentar dizer a mim mesmo: calma, Sergio, menos. Descoberta nenhuma isso. Nada de Prêmio Nobel. Repetindo a frase alto, gostei não. Soou estranho. Acho que vou cortar essa parte depois. Ou não, não sei).

Só um instante: será que – titubeando aqui, mas tentando ir atrás dessa hipótese – não é por aí o caminho para que o curso seja experimentado como algo também prazeroso? Será que laços e arte não podem ser um antídoto a essa pretensa instituição total com proibição ao prazer? (Se estão desconfiados de que eu já tinha isso em mente o tempo todo, mesmo antes de começar a escrever este artigo, devo dizer que têm toda a razão, é só para ter certo suspense no texto. Acho que fica divertido assim. Para mim, ao menos. Afinal, se é para ter prazer no curso, por que não também ao escrever artigos?²¹⁻²⁶. O problema é se vai dar prazer a quem lê, mas quanto a isso não tenho como saber. O encarregado da atenção flutuante está se remexendo na poltrona. Acho que está querendo me dizer para eu retomar o que estava falando. O dever – o princípio de realidade – me chama).

Já que estamos falando de arte, segue frase que ouvi assim que entrei no curso, ouço até hoje e nunca entendi muito bem o que se pretende dizer com ela: Medicina é

Ciência e Arte.

Pois bem, fui ao dicionário para tentar descobrir. São inúmeras acepções para cada um dos termos e impraticável transcrever todas elas aqui, mas, para quem ficar interessado, vale a pena ver²⁷. Curiosamente, tanto para Medicina como para Ciência é dedicada menos de uma coluna para cada. Já para arte são quase duas. Algumas das acepções:

Medicina: conjunto de conhecimentos relativos à manutenção da saúde, bem como à prevenção, tratamento e cura das doenças, traumatismos e afecções, considerada por alguns uma técnica e, por outros, uma ciência;

Ciência: processo racional usado pelo homem para se relacionar com a natureza e assim obter resultados que lhe sejam úteis; corpo de conhecimentos sistematizados que, adquiridos via observação, identificação, pesquisa e explicação de determinadas categorias de fenômenos e fatos, são formulados metódica e racionalmente; conjunto de conhecimentos teóricos, práticos ou técnicos voltados para determinado ramo de atividades;

Ciência aplicada: disciplina que visa à aplicação prática e/ou técnica de resultados científicos. Por oposição à pura (sem qualquer aplicação prática ou técnica).

Medicina, então, seria uma ciência aplicada. Parece claro, não?

Já quanto à **Arte**, o que encontrei que pode nos auxiliar: (...) habilidade ou disposição dirigida para a execução de uma finalidade prática ou teórica, realizada de forma consciente, controlada e racional; (...) conjunto de meios e procedimentos através dos quais é possível a obtenção de finalidades práticas ou à produção de objetos; técnica. Por extensão dessas acepções: uso dessas habilidades nos diversos campos da experiência e da prática humana.

Posso estar enganado, mas não percebo uma diferença substancial entre o que se denominou ciência aplicada e essas duas acepções de arte. No entanto, ainda sobre arte, mais adiante: produção consciente de obras, formas ou objetos voltada (...) para a expressão da subjetividade humana; capacidade especial, aptidão, jeito, dom.

Talvez seja isso. Talvez a arte na frase Medicina é Ciência e Arte signifique “capacidade especial, aptidão, jeito, dom”. Mas, o que exatamente será “capacidade especial... etc.”? Quais serão os atributos que alguém tem ou não para dele se dizer que possui o jeito, o dom? A que características os alunos deverão estar atentos para saber se estão ou não aprendendo a Medicina também como arte?

Há ainda outra acepção para arte: habilidade para fascinar, seduzir ou enganar; ardil, artimanha, astúcia. Bem, suponho que não seja essa a intenção de incluir a arte na Medicina (ou será que é? Não, não é possível, se bem que a quantidade de relatos do abuso de poder que o lugar do médico possibilita, pelo fascínio que suscita, é tão grande que dá o que pensar, mas essa questão fica para

outro trabalho).

Final, o que é arte? Se, no dicionário, são duas colunas – em sua letra minúscula – somente para dar as acepções, espero contar com a compreensão de vocês, pois a amplidão de conceitos e complexidade necessárias para a definição me levam a exemplificar, relatando duas situações recentemente trazidas por alunos, para depois tentar conceituar.

A primeira: no 6º período da Medicina – UFRJ, os alunos têm a atribuição de acompanhar um paciente internado no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho desde sua entrada até sua alta (ou óbito). A disciplina de Psicologia Médica – no mesmo período – solicita um trabalho que inclui a anamnese de um paciente acompanhado por eles, sua evolução e a relação estabelecida entre eles e os pacientes. A riqueza do material que os professores recebemos é tão grande que a ideia de publicar um livro com esses relatos vem sendo amadurecida há algum tempo. O problema é como selecionar e ter de excluir alguns. Muito bem, no último semestre, a uma aluna (a mesma da “*camisa sem botão*”, lá do início, lembram?), foi designada uma senhora de mais de 70 anos, internada para investigação de náuseas, inapetência e emagrecimento importante. Ela relata que se apresentou à paciente dizendo seu nome, que é estudante e que iria acompanhá-la durante sua internação, colheu sua identificação e perguntou à senhora o que estava havendo. A paciente diz: “*estou tendo enjoos, vomito às vezes, digo aos médicos que estou grávida, mas ninguém acredita*”. A aluna relata ter pensado: mais de 70 anos, internada, “gravidez”, será que é *delirium*? Verifica a expressão da paciente, ela está com um sorriso matreiro, certamente sabe que não está grávida, a filha da paciente perto também sorri, e pensa: ela está brincando. Diz, então, à paciente, também brincando: “*pois eu acredito*”. A paciente – surpresa e exultante- diz: “*mesmo? Então já sei, você vai ser a madrinha. De agora em diante, você é minha comadre*”. (Cá entre nós. Por favor, não espalhem. Não fica bem num artigo científico escrever o que vou, mas, já que a regra da associação livre assim me exige, lá vai: fofo toda vida, não?).

A segunda situação: há poucos anos, foi introduzido na Medicina – UFRJ o tema Habilidades de Comunicação, com sua inserção em disciplinas de vários períodos e com a participação de professores de diferentes Departamentos da Faculdade. A primeira inserção é na disciplina Atenção Integral à Saúde do Departamento de Medicina de Família e Comunidade, no 3º período, primeira vez no curso em que os alunos têm contato com pacientes. O que é básico neste momento? Enfatizar a importância de saber ouvir o outro. O que pensamos? A partir da hipótese de que para ouvir o outro, para conhecer o outro é preciso – antes de tudo – se ouvir e se conhecer minimamente, e com a ideia da importância da criação de laços durante o curso, no primeiro dos dois encontros com nosso grupo das Habilidades de Comunicação, os 100 alunos são solicitados a formarem

grupos de 4. É fornecido um roteiro de entrevista²⁸ onde consta nome, origem, percurso até chegar à Faculdade, sonhos e expectativas para o futuro. A cada vez que um é entrevistado (15 a 20 minutos para cada) os outros três ouvem sem interromper e, ao final de cerca de uma hora e meia, os alunos relatam como foi a experiência. (Abram-se parênteses: ao final do encontro da semana seguinte, descendo as escadas do hospital, passo por um grupo de alunos e uma diz que na semana anterior tiveram a melhor aula desde que entraram no curso. Curioso, pergunto: “aula de que matéria?” Responde: “ora, a gente ter se apresentado um ao outro”. Minha reação foi de orgulho, claro, mas também de espanto e preocupação. Por que não logo no primeiro período? O que houve antes para que uma simples apresentação seja tão valorizada? E curiosamente chamam a isso “aula”. Ou vai ver que isso não tem nada de simples no sentido de sem importância. Simples sim, mas fundamental. Ou seja, uma verdadeira aula). Para o segundo encontro, os alunos devem conversar com alguém – conhecido por eles ou não- sobre sua história. Não a história médica, mas sua história de vida. Os alunos podem escolher quem quiserem e, como vão a postos de saúde pela disciplina, alguns escolhem conversar com pacientes.

Agora sim a segunda situação: um aluno relata que na sala de espera de um posto de saúde viu um grupo de pacientes sentados num banco e, em sua extremidade, havia um com as costas viradas para o grupo. Pelos movimentos que fazia com seus dedos, pensou que ele estaria tenso e resolveu tentar conversar com ele. Aproximou-se, apresentou-se dando seu nome, o que estava fazendo ali e perguntou ao paciente se eles poderiam conversar. Resposta: “*depende do que você for perguntar*”. Convenhamos: qualquer um de nós, por mais experiente que seja, frente a uma resposta dessas, se surpreenderia, ficaria desconcertado e possivelmente pediria desculpas pelo incômodo e se retiraria. Ou, caso fosse um pouco mais insistente (ou teimoso), diria ao paciente que, então, ele respondesse somente o que quisesse. Talvez até alguém mais vaidoso se sentisse pessoalmente ofendido e resolvesse dar uma bronca no paciente. Pois bem, o que disse o aluno? “*Então, em vez de eu fazer perguntas, o senhor pode me falar o que quiser*”. (Se tivesse sonoplastia neste trabalho, vocês estariam ouvindo minhas palmas neste momento. Quase consigo ouvir as de vocês). O que o paciente quis falar? Sua história. Veio sozinho do Nordeste para o Rio ainda adolescente, agora com 60 anos, após desemprego há alguns anos foi perdendo o que tinha, mora na rua, decepcionado com a vida e pensando em dar cabo dela. No meio da conversa, é chamado para a consulta médica, levanta-se e pede ao aluno: “*você me espera?*” (Escolham: palmas ou choro? Pode ser ambos também.) Volta da consulta, continua a contar sua história. Após mais de uma hora, o aluno lhe diz que tentou ouvi-lo o melhor que pôde, que espera poder tê-lo ajudado de alguma forma, e lhe agradece. O paciente diz que quem agradece

é ele e apertam as mãos efusivamente. O aluno vai a outro ambiente arrumar suas coisas para ir embora e, ao sair, vê o paciente no mesmo banco em que o encontrara, mas agora de frente para os outros e conversando alegremente com eles.

Querem saber das “comadres” aí de cima? A paciente teve o diagnóstico de câncer de estômago, recebeu alta duas semanas após a internação, vindo a falecer em casa poucos dias após a alta. Durante a internação, mesmo com o progressivo agravamento do quadro, a receptividade da paciente à sua comadre, o carinho estabelecido na relação entre as duas, os votos da paciente para o sucesso da futura doutora, o pedido para que nunca deixasse de ser assim, o retrato que a filha tirou das duas com a paciente segurando o rosto da “*minha doutora*” (além de comadre, assim a paciente chamava a aluna) é de enternecer o mais endurecido dos seres humanos. Posso ouvir: está bem. Muito bonito tudo isso aí, mas é para discutir o que é arte na Medicina, esqueceu?

Pretensioso que sou, vou direto a uma proposta de definição do que seja arte na Medicina em uma linha: a produção de um ato criativo que, por ser expressão da subjetividade humana, estabelece uma conexão entre médico e paciente. Eu sei, podem deixar. Reconheço que é simplória toda vida, risível e, além do mais, para ter algum valor, teria que examinar cada termo desta definição tão manca. Quem souber de alguma outra, agradeço. Entretanto: “acredito na sua gravidez” e “o senhor, então, fale o que quiser” são ou não são arte? O que houve nessas duas situações? Observação, reflexão, criatividade, senso estético (ambas de uma beleza incrível), capacidade de tocar, de afetar o outro, invenção de um novo caminho, produção de sentidos, abertura para uma relação nova e profunda, e – por último e muitíssimo importante – fez bem a todos os envolvidos, trazendo prazer – sim, prazer! – a pacientes e alunos. Se isso não é arte, não sei o que pode ser.

Uma ressalva importante a se fazer: espero estar sendo claro, e não esteja dando a entender que basta ter essa arte, esse jeito, esse dom - como os alunos citados tiveram – para ser um bom médico. Claro que não. Há que se estudar e treinar muito, por vezes, virar a noite, por exemplo, tentando dar conta de um caso em que se está empacado, enfim, não se trata de dar moleza a ninguém, seja estudante seja médico (seja quem pretende escrever artigos para publicação). Trata-se sim de questionar a ideologia carreada por alguns docentes sobre o que é ser médico, baseando-se em pressupostos ancorados em suas próprias dificuldades emocionais, em suas dificuldades de estabelecer laços com os outros (e consigo mesmos). É curioso: com toda a razão se preconiza que a Medicina deve ser baseada em evidências, que nenhum profissional pode justificar suas condutas baseando-se unicamente no que ele chama de sua experiência, sem refletir sobre isso ou sustentar o que pretende numa fundamentação teórica e prática testada e comprovada. Muito bem, se é para

ser assim, onde está a evidência científica das máximas: “esqueçam-se dos prazeres que tinham antes de fazer Medicina” ou, então, “não se envolva com pacientes. Você vai sofrer e largar o curso”? Alguém viu algum artigo com a prova disso? Fizeram algum estudo duplo-cego? Ou quem sabe com uma metodologia qualitativa? Algum grupo focal? Análise do discurso? Onde está publicado? Onde? Em que livro? Que revista indexada? Por favor, me digam. Eu lhes digo: não existe.

Por que me estendo nesse ponto? Inúmeras vezes, alunos me procuram para relatar situações que poderíamos chamar de assédio por parte de professores ou de colegas, por razões como características físicas, sexo, gênero, cor de pele, situação econômico-social, se cotista ou não, enfim, toda e qualquer característica de que alguém pode se utilizar se quiser ser grosseiro ou desrespeitoso. Creio não ser necessário me alongar sobre o impacto que a repetição de atitudes como essas causa na saúde mental de quem a sofre. Isso me parece absolutamente inquestionável e cada instituição deve tomar as medidas necessárias para prevenir, impedir, punir essa violência. O que quero enfatizar aqui é o mal causado por esta ideologia “não se envolva”. Como algum ser humano faz para não sentir o que está sentindo? Alguém inventou a fórmula? Quem sabe extirpando do cérebro o *locus* de algum sentimento? Sério: alguém aí já conseguiu deixar de sentir o que sente por alguma decisão do tipo: não vou mais – qualquer coisa – amar, ter ciúme, sentir raiva, me preocupar etc.? É bem verdade que em alguns transtornos graves o sujeito realmente não consegue se dar conta do que sente, mas não é a isso que me refiro aqui, mas sim à tentativa consciente de não sentir o que se sabe que se sente. Pois bem, peguem-se jovens em seus 20 anos, grande parte deles pela primeira vez encarando situações de doença grave, de morte e que certamente ficarão assustados, pensarão em seus pais, avós, neles mesmos, se darão conta de que todos somos mortais e diga-se a eles: vão se acostumando, é assim mesmo, não dá para ficar sentindo isso, vocês escolheram Medicina, têm que ser fortes, encarar a realidade. Como qualquer um ouve isso: não sinto nada, sentir é fraqueza, quem é fraco não pode ser médico. O que se faz: engole-se o choro, engole-se o sentimento, não se fala sobre o que se sente com ninguém para não dar mostra da “fraqueza” e assim o sujeito pensa que consegue se forjar e se constituir como médico.

Qual o resultado deste processo exemplificado pela máxima “não se envolva” na saúde mental de alunos e de médicos? Depressão, ideação suicida, *burnout*^{6,7}. Apesar de todas as evidências de que faz bem poder sentir, poder falar das próprias inquietações, se sentir compreendido, perceber que não se está só, ouvir as dúvidas e as falhas de outros, se reconhecer humano, falível e capaz de se envolver, e perceber que isso não compromete o ofício de ser médico, muito pelo contrário, isso é bom para pacientes e médicos, e dá prazer – e repetindo, para dar maior ênfase: apesar de todas as evidências-, cotidianamente repete-se

essa ideologia do distanciamento, do não envolvimento. Desculpem, mas não tenho muito mais tempo nem para o artigo e nem de vida, portanto, tenho que dizer com todas as letras: até quando se repetirá essa total e rematada estupidez?

Ao invés disso, o que se há de fazer para a promoção da saúde mental de alunos e professores: criar espaços e tempo para troca de experiências, rodas de conversa sobre ser aluno de Medicina e sobre a vida, mentoria (idem para conversar sobre o curso e sobre a vida), sessões de cinema, teatro, recitais de música e poesia pelos alunos e professores (se possível juntos). Ou seja: arte e criação de vínculos.

Preciso confessar algo a vocês. Acabei de escrever essa parte e a próxima diz respeito ao ensino de Medicina, ou seja, como conseguir que alunos reconheçam que Medicina é Ciência e Arte e a pratiquem dessa forma. A hipótese que pensei em apresentar é que Docência é Ciência e Arte e estava empacado sem saber como fazer a leitura fluir para o que vem. Pensava um jeito, pensava outro, a mente voava nem sei para onde (associação livre, lembram?) e nada de encontrar um caminho que me satisfizesse. Ao fundo, o piano de Keith Jarrett (como praticamente toda a redação deste trabalho) e, de repente, um *insight*: vou falar sobre Keith Jarrett. Isso mesmo! Se me vissem quando me deu esse “estalo”, aí sim me internariam como Simão Bacamarte fez consigo mesmo³. Por que Keith Jarrett? O que me fascina nele? Dono de uma técnica inigualável – certamente, à custa de estudo e treino permanentes- ele entra no palco para tocar sem nada em mente previamente. Somente improvisa. Às vezes uma única peça de mais de uma hora com diferentes movimentos, às vezes pequenas peças. Ouvir seus concertos ou vê-los (vi um no Rio de Janeiro) é uma experiência única e inigualável. Por ser tudo improvisado, o que experimentamos? Um artista no momento mesmo de sua criação, se entregando totalmente a ela, tateando, buscando, se debatendo com a própria criação, encontrando caminhos, retrocedendo, indo em frente novamente, tocando por vezes de pé, debruçando-se sobre o piano, sendo delicado, intenso, furioso, gemendo, grunhindo, acompanhando o ritmo com seus pés e com todo seu corpo. A intensidade é tamanha que em alguns momentos parece que ele e o piano estão se fundindo numa única entidade. O impacto de presenciar esta entrega e sentir seu resultado é absolutamente incomparável e – devo dizer – tão belo que chega até a nos reconciliar com a humanidade. A minha pretensa definição do que é arte na Medicina cabe perfeitamente aqui: a produção de um ato criativo que, por ser expressão da subjetividade humana, estabelece uma conexão entre médico e paciente (no caso, artista e plateia). Medicação prescrita sem restrições. Usem e abusem.

E isso a ver com Docência ser Ciência e Arte? Pensem assim num professor de Medicina à Keith Jarrett (como eu quero ser quando crescer): de posse do conhecimento que tem (a ciência), entra na sala de aula,

sente o clima da turma e ele e os alunos improvisam a partir do que surge à mente de todos naquele momento. Não seria fantástico?

Estou aqui me divertindo imaginando a reação de vocês ao ler esse parágrafo acima. Não pude resistir. Sabem como é, né? A gente vai conversando, vai desenvolvendo uma intimidade, se envolvendo e aí a gente se permite uma brincadeira.

Brincadeira nada. Seriíssimo o que estou dizendo. Tive um professor assim na Faculdade: Eustachio Portella Nunes Filho, Professor de Psicologia Médica no 3º ano. A turma tinha 320 alunos, mas o auditório onde ocorriam as aulas não comporta este número, então suponho (faz 46 anos, não me lembro dos detalhes) que o grupo fosse dividido em 2 e deveria haver 160 alunos presentes às suas aulas. Ele chegava ao auditório, descia a rampa, se sentava à grande mesa e começava a falar. Imaginem 160 jovens em seus 20 anos e a balbúrdia que havia na sala enquanto ele descia a rampa até começar a falar. E, quando isso acontecia – sem microfone, sem *slides*, sentado atrás da mesa-, parecia haver um fenômeno de encantamento coletivo, todos ficávamos em absoluto silêncio por uma hora ouvindo o Professor. Tento me lembrar do que exatamente ele falava e não consigo recuperar. Sei, pelo programa da Disciplina – de que vim a ser professor 7 anos depois –, que havia pontos relativos à relação médico-paciente, noções básicas de Psicanálise (mecanismos de defesa, aparelho psíquico, desenvolvimento – infância a velhice –), mas o que exatamente acontecia ali que me marcou tanto? Não somente a mim. O professor foi escolhido para ser paraninfo de nossa turma por conta dessa atividade na Psicologia Médica. Recentemente num simpósio sobre metodologias ativas de aprendizagem, lembrei-me dele ao me deparar com um texto que defende que metodologia ativa é toda aquela que faz o aluno pensar¹⁴. Bingo! Era isso que acontecia nas aulas. Do que ele falava? Que associações suas ele nos comunicava? Shakespeare, Machado de Assis, filosofia, cinema, suas relações, sua vida, enfim. Qual o efeito disso em mim (talvez em todos)? A sensação de que falava de mim, da minha vida, que falava comigo e eu ficava querendo ouvir mais para pensar melhor sobre mim mesmo e sobre o mundo em que vivia. Diga-se que 1973 era o momento mais duro do regime sob o qual vivíamos – dele gostássemos ou não, como dizia o colunista Carlos Castello Branco – e essas aulas eram um verdadeiro oásis de liberdade de pensamento, uma injeção de esperança que tempos melhores viriam, além de me transmitir que – sim! – eu poderia ser médico gostando de arte. Há algumas páginas, escrevi sobre o que me manteve no curso e propositalmente reservei esta experiência para perto do final deste trabalho. Até muito recentemente, pensava que me tornar professor de Psicologia Médica fora um acaso do destino, mera oportunidade que surgiu. No entanto, no ano seguinte a essa disciplina, fui ser estagiário do Serviço de Psiquiatria em hospital de outra faculdade (UERJ), do

qual o professor Portella viera a ser Chefe e, de 1976 – no internato – até 1980 – período em que fiz especialização, residência e mestrado no IPUB-UFRJ -, o Diretor quem era? Professor Portella.

Gostaria de ter o talento necessário e encontrar as palavras certas para agradecer e homenagear o Professor Portella aqui. Como não tenho, só posso dizer que, se é para se entregar ao piano como Keith Jarrett faz, ou a um texto como tento fazer aqui, perceber a influência do Professor neste meu percurso de tantas décadas me emociona profundamente. (Pausa para choro. Já volto).

O que há de comum nestes dois exemplos – Keith Jarrett e Professor Portella? Como definir o que eles promovem em quem presencia seus concertos / suas aulas? Talvez algo assim: ambos entregues por inteiro no que fazem, trazendo seu conhecimento, sua técnica (ou seja, sua ciência), mas, ao lado disso, algo – chamemos assim– mais profundo, mais diretamente ligado às suas subjetividades e, por este motivo, podendo nos tocar em nossa própria subjetividade, daí fazer sentido para nós, nos sentirmos envolvidos, enlaçados por eles, ou seja, não estamos sós, e nos dá prazer por nos sentirmos vivos, existentes, reconhecidos, compreendidos. É isso o tal do jeito, talento, dom que definem como arte.

Ainda lançando mão do que seria arte na Medicina – produção de um ato criativo que, por ser expressão da subjetividade humana, estabelece conexões entre médico e paciente- basta substituímos médico e paciente (ou artista e sua plateia) por professor e alunos.

Ouçó um professor descrente dizendo: “*muito bonito tudo isso. Na prática a teoria é outra. Quero ver a arte em dar um monte de matéria para as turmas enormes em que dou aula*”. Tenho que concordar, claro. Muito mais fácil poder improvisar com um grupo pequeno de alunos com quem se estabelece uma relação de confiança ao longo de um semestre, e todos se sentindo livres para trazer suas dúvidas, aprender juntos, discutir, divergir, brincar. E numa aula eventual para uma turma imensa de alunos que nunca se viu antes? Uma proposta: que a aula faça sentido para os alunos! Como? Começando pelo fundamental em toda e qualquer aula: a serventia daquele conteúdo, ou seja, como, onde, quando aquele conhecimento será necessário em sua futura vida profissional. Mas isso ainda é da técnica, não é a arte. Arte realmente seria agregar a subjetividade do professor, mesmo na aula com o conteúdo mais duro a ser transmitido (se bem que isso se resolve com os alunos estudando antes e, na aula, as dúvidas – os improvisos – aparecem). Calma, “agregar a subjetividade do professor” não é para expor as questões de sua intimidade, nada disso, mas sim, por exemplo, suas próprias dúvidas ao atender um caso em que precisou daquele conhecimento específico, sendo a ênfase dada igualmente ao conhecimento e às suas dúvidas. Quem sabe relatar uma falha, já que somos todos falíveis? O que e como aprendeu com os próprios percalços e como lida com suas dúvidas hoje em dia. Além disso...

O quê? Desculpem, mas o da atenção fluante resolveu parar de fluir e me avisou que estamos na hora de encerrar. Mas já? Puxa. Só mais um pouco? Acho que estou triste de terminar. Logo agora que me entrosei com esse pessoal com quem conversei durante todo este trabalho? E não vou encontrar mais? Do mesmo jeito que acontece com cada turma ao final de cada semestre? Não precisa me dizer. Eu sei. A vida é assim mesmo. Encontros e despedidas, eu sei, mas é duro. Pensando: será que é por isso que tem gente que prefere não criar vínculos? Olha só. Mas, se é por isso, vou ter que reescrever todo o trabalho. Não tenho mais tempo? Como paro com minhas associações? Entendi, elas continuam quando eu sair daqui. Posso só tentar sintetizar? Para não ficar tudo jogado? Rapidinho. Obrigado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como cada professor pode contribuir para a saúde mental de seus alunos e a sua própria? Antes de qualquer outra coisa, reconhecer que:

- sua própria subjetividade está sempre presente

Agradecimento: Aos alunos de Medicina, por alimentarem com seu sangue jovem este velho vampiro.

Conflito de interesses: “As pessoas ou instituições que se sentirem afetadas ou prejudicadas por opiniões expressas neste livro devem compreender que essas opiniões não passam de desvarios de uma mente senil” (Mario Levrero)³⁰.

REFERÊNCIAS

1. Padura L. A Transparência do tempo. São Paulo: Cia das Letras; 2018.
2. Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 3a ed. Rio de Janeiro: Campus; 1981.
3. Assis M. O alienista. São Paulo: Ática; 1984.
4. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011;86:996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615.
5. Silva GMC, Borges AR, Ezequiel OS, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Comparison of students' motivation at different phases of medical school. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(10):902-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.64.10.902>.
6. Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal JB, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;316(21):2214-36. doi:10.1001/jama.2016.17324.
7. Heiman N, Davis R, Rothberg B. A deeper understanding of depression and suicidality among medical students. *Med Teach*. 2018. doi:10.1080/0142159X.2018.1467559
8. Laplanche J, Pontalis J-B. Vocabulário da psicanálise. Lisboa: Moraes Editores; 1970.
9. Dylan B. Letras (1961-1974). “*If my thought-dreams could be seen / They'd probably put my head in a guillotine*”. E se meus sonhos-ideias pudessem ser vistos / Eles provavelmente me punham a cabeça na guilhotina. (*It's alright, Ma. I'm only bleeding*). Tradução: Caetano W. Galindo. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
10. Zaidhaft S. Morte e formação médica. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1990.
11. ONUBR – Nações Unidas no Brasil. Saúde mental depende de bem-estar físico e social, diz OMS em dia mundial. Brasília, DF; 2016. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/saude-mental-depende-de-bem-estar-fisico-e-social-diz-oms-em-dia-mundial/>.
12. Freud S (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
13. Gil G, Azevedo Filho JA. Roda. Intérprete: Gilberto Gil. Louvação. Rio de Janeiro: Philips; 1975. (Posso falar, pois eu sei / Eu tiro os outros por mim).
14. DiCarlo SE. Too much content, not enough thinking, and too little FUN! *Adv Physiol Educ*. 2009;33:257-64. doi:10.1152/advan.00075.2009.
15. Dylan B. Letras (1961-1974). “*Something is happening here / but you don't know what it is / Do you, Mister Jones?*”. Alguma coisa está acontecendo aqui / Mas você não sabe o que é / Sabe, Mister Jones? (*Ballad of a thin man*). Tradução: Caetano W. Galindo. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
16. Ziring D, Danoff D, Grosseman S, Langer D, Esposito A, em suas aulas.

- Jan MK, Rosenzweig S, Dennis Novack D. How do medical schools identify and remediate professionalism lapses in medical students? A study of U.S. and Canadian medical schools. *Acad Med*. 2015;90(7):913-20. doi: 10.1097/ACM.0000000000000737
17. Pulsões: processo dinâmico que consiste numa pressão ou força que faz tender o organismo para um alvo. In: Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulário da psicanálise*. Lisboa: Moraes Editores; 1970.
 18. Freud S (1927). A questão da análise leiga. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, vol. XX. Rio de Janeiro: Imago; 1974.
 19. Gullar F. *Na vertigem do dia*. São Paulo: Companhia das Letras; 2017.
 20. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
 21. Zaidhaft S. Andei pensando.... *Cad IPUB (UFRJ)*. 2000;9:108-20.
 22. Zaidhaft S. Ao pé do fogo. *Trieb*. 2009;8:115-31.
 23. Zaidhaft S. É conversando que a gente se entende. *Cad ABEM*. 2014;10:28-35.
 24. Zaidhaft S. 'Fol espoir': a process of curricular reform. In: AMEE International Congress 2013, Prague. Conference abstracts. Prague; 2013. p.339-40. Available from: <https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-Past-Conferences/AMEE-Conference-2013/AMEE-2013-ABSTRACT-BOOK-updated-190813.pdf>.
 25. Zaidhaft S. The times they are a-changin`? Death and euthanasia Bob Dylan`s way. In: AMEE International Congress 2015, Glasgow. AMEE 2015 Abstract Book. Glasgow; 2015. p.664. Available from: <https://amee.org/getattachment/Conferences/AMEE-Past-Conferences/AMEE-2015/Final-Abstract-Book-updated-post-conference.pdf>.
 26. Zaidhaft S. I`m not there: (medical) identity in Bob Dylan`s songs. In: AMEE International Congress, 2017, Helsinki. AMEE 2017. Abstract book. Helsinki; 2017. p.271. Available from: <https://amee.org/getattachment/amee-news/AMEE-2017-Abstracts/AMEE-2017-Abstract-Book.pdf>.
 27. Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
 28. Ahmed S, Morahan P, Wells R, Magrane D, Carvalho P, Shah H. Creating a community of practice using learning circles: a unique design. *MedEdPORTAL*. 2014;10:9896. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.9896.
 29. *O Sétimo Selo (Det Sjunde Inseplet)*. Diretor: Ingmar Bergman. Suécia; 1956.
 30. *Levrero M. O romance luminoso*. São Paulo: Boitempo; 2018.
- Recebido: 30.01.19
Aceito: 08.03.19