

O sentido ético do sofrimento na relação estudante, médico e paciente

The ethical sense of suffering in the student, doctor and patient relationship

El sentido ético del sufrimiento en la relación estudiante, médico y pa-ciente

Recebido: 29/04/2021 | Revisado: 06/05/2021 | Aceito: 20/06/2021 | Publicado: 04/07/2021

Jonas Severino Costella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6863-9597>

Universidade Franciscana, Brasil

E-mail: jonas.costella@gmail.com

Silvério Costella

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2976-7876>

Centro de Referência do Trabalhador, Brasil

E-mail: silveriocostella@yahoo.com.br

Resumo

Esta reflexão apresenta o sentido ético do sofrimento na relação médico, paciente e estudante, a partir de uma abordagem fenomenológica da ética em Levinas. Descreve também alguns desafios da contemporaneidade nestas relações. O principal desafio do médico é fazer face ao sofrimento do outro pela sensibilidade ética, colocando-o como centro onde planeja seu tratamento. O paciente também é convocado a fazer parte do tratamento, podendo também assumir, em certa medida, a responsabilidade pelo adoecimento, como um modo de contribuir para sair da passividade e tornar mais efetiva a recuperação. Outro desafio é o médico lidar com pacientes que são informados por redes virtuais, como se houvesse uma banalização do saber médico, já que “todos sabem sobre medicina”. Contudo, para além desse equívoco, há o reconhecimento do saber do doente que também pode contribuir para uma nova narrativa de sua doença juntamente com a escuta médica.

Palavras-chave: Médico; Paciente; Ética; Relação e desafio.

Abstract

This reflection presents the ethical sense of suffering in the medical, patient and student relationship, based on a phenomenological approach to Levinas's ethics. Some contemporary challenges are presented in the doctor and patient relationship. The main challenge of the doctor is to face the suffering of the other by the ethical sensibility, placing the patient as the center in which he plans his treatment. However, the patient is also invited to be part of the treatment and in some way taking also responsibility for illness, as a way of helping to get out of passivity and make recovery more effective. Another challenge is the doctor dealing with patients who are informed by virtual nets, as if there were a banalization of medical knowledge, since "everyone knows about medicine". However, beyond this misunderstanding, there is a recognition of the patient's knowledge that can also contribute to a new narrative of his illness along with medical listening.

Keywords: Medical; Patient; Ethical; Relationship and challenge.

Resumen

Esta reflexión presenta el sentido ético del sufrimiento en la relación médico, paciente y alumno, a partir de un enfoque fenomenológico de la ética en Levinas. También describe algunos desafíos contemporáneos en estas relaciones. El principal desafío del médico es enfrentar el sufrimiento del otro por sensibilidad ética, ubicándolo como el centro donde planifica su tratamiento. El paciente también está llamado a ser parte del tratamiento, pudiendo también, en cierta medida, asumir la responsabilidad de la enfermedad, como una forma de contribuir a salir de la pasividad y hacer más efectiva la recuperación. Otro desafío para el médico es tratar con pacientes que están informados por redes virtuales, como si se tratara de una banalización del conocimiento médico, ya que “todo el mundo sabe de medicina”. Sin embargo, además de este malentendido, existe el reconocimiento del conocimiento del paciente que también puede contribuir a una nueva narrativa de su enfermedad junto con la escucha médica.

Palabras clave: Doctor; Paciente; Ética; Relación y desafío.

1. Introdução

O tema sofrimento é ainda insuficientemente mencionado nos cursos relacionados à saúde. Refletir sobre o sofrimento tem sido um desafio na filosofia e na área da saúde em geral. Por ser um fenômeno invisível. É mencionado no discurso universitário, mas sem pontuar com profundidade o modo como aparece na relação entre os profissionais do cuidado e os

pacientes. Com a contribuição de Emmanuel Levinas sobre a análise fenomenológica do sofrimento, foi feita uma reflexão fenomenológica sobre o sofrimento que emerge na relação do cuidado ao outro em sofrimento, em específico, na relação entre médico e paciente. Mas esta relação médico e paciente é antecedida pela relação do estudante como o usuário, um primeiro contato onde se sente o outro antes de saber o que ele tem ou do que está sofrendo, por uma percepção inicial a partir de um suposto conhecimento clínico. É possível constatar essa precoce e positiva proximidade do estudante de medicina com a população, nas graduações do Curso de Medicina, ao qual suscita o contato do estudante com a população antes do período de estágio, já conhecendo a realidade desta em relação as condições de saúde nas demandas do cuidado. Este convívio desde o início do curso, faz emergir a sensibilidade ao sofrimento do outro como escuta, no dizer “Eis-me aqui” no sentido ético em Levinas, antes do domínio de técnicas clínicas para lidar com o sofrimento, ao predominar a curiosidade e o saber como sensibilidade que precede ao saber clínico na relação do cuidado. A noção de sofrimento, que envolve o sofrimento de si (estudante) e sofrimento do outro (usuário) tem ficado muito abstrata e deslocada da apreensão educativa dos estudantes. A partir desse contato direto com a população, o estudante de medicina vai se apropriando da responsabilidade médica e vai assimilando do outro seu próprio conhecimento, como uma nova narrativa sobre suas queixas relacionadas a doença, permitindo que o outro também se ajude na promoção de sua saúde. Há nisto um sentido de responsabilização pelo modo como emergiu a doença, emergindo na relação médico e paciente, novos desafios para fazer frente ao sofrimento do outro. Entre outros desafios presentes na pesquisa, predomina o desafio ético no acolhimento ao outro.

2. Metodologia

Este trabalho apresenta um enfoque teórico com base na literatura ética tendo como principal fio condutor Emmanuel Levinas. As interpretações e análises possuem uma abordagem qualitativa obtida através de um levantamento bibliográfico e reflexões sobre o mesmo (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018; Koche, 2011).

A teorização contou pela busca bibliográfica de artigos em bases de dados científicos, como a Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

3. Resultados e Discussão

A escuta ao sofrimento antes da prática clínica

O contato inicial dos estudantes de medicina com a população, permite um envolvimento ao outro sem reduzi-lo a conceitos clínicos. Envolve-se ao que aparece e desenvolve a sensibilidade de percepção da realidade tal qual aparece, em um intenso espírito de curiosidade, como o “pequeno cientista” denominado por Freud, onde se encanta e pergunta sem cessar. Dentro da perspectiva levinasiana, pode-se dizer que o estudante aprende com o outro que também ensina porque “é o que eu não sou”. Aprende-se no modo como o usuário lida com a realidade, no seu sofrimento e estratégias de sentido nas condições precárias de sua existência vulnerável ao adoecimento. Assim, antes de saber o que fazer com o outro doente, surge a disposição ética oriunda da sensibilidade na categoria “Eis-me aqui”. Levinas extraiu do sentido bíblico essa expressão e dá um caráter fenomenológico e ético, onde, inicialmente, o que cuida do outro, se coloca como sensibilidade, disponibilidade sem conceitos e pre-conceitos, ficando receptivo ao conhecimento do outro, pois este é da ordem do infinito e nunca se reduz às categorias do conhecimento médico. Isto se dá de fato, onde o estudante se põe como escuta autêntica às demandas dos usuários.

O ponto extremamente positivo dessa proximidade inicial estudante de medicina com o usuário, aprofunda o conhecimento sobre o sofrimento de pacientes e seus familiares. O melhor saber é a sensibilidade que antecede ao conhecimento racional no domínio de técnicas. Se expor ao sofrimento do outro permite partilhar a sua dor, fazendo emergir um processo de cura pela escuta autêntica de suas queixas. Neste sentido, conforme Arruda et al. (2020) a noção de auto-ética apresenta-se como uma qualidade subjetiva e individualizada de pensar e agir sem as influências éticas tradicionais.

Sofrimento medico na responsabilidade e culpa pela morte do outro

A relação da morte do outro se torna ainda mais impactante para o estudante de medicina, estando ainda mais distante do currículo pela natureza do próprio tema e a tendência cultural em encobrir esta questão. O tema morte tem ocupado um lugar de destaque do ponto de vista filosófico na história do pensamento ocidental, contudo, ainda distante do ponto de vista médico, sobretudo por se apresentar sempre como um desafio à medicina. A filosofia pode contribuir na aproximação e reflexão sobre o tema morte no campo da medicina, como um fenômeno natural, mais do que algo a ser combatido pela tecnologia médica.

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2005) situa a finitude como uma condição inalienável para a dimensão humana. Em certa medida, tudo se resolve no projeto para o fim. Contudo, Levinas vai referir que o projeto heideggeriano é insuficiente para lidar com o fim, devido ao Há [*Il y a*], uma expressão de Levinas que indica a impossibilidade do nada, onde o ente não termina ao morrer, como sustentava Heidegger. Há a consciência objetiva da própria mortalidade, mas subjetivamente, almeja a imortalidade, pois, o inconsciente, nega a morte. O mistério do início e do fim da vida ainda tem um caráter mítico, pois ainda é um mistério. Mas é preciso lidar com o paradoxo do sofrimento humano, ainda não redutível fenomenologicamente. Os mitos do início e fim da vida são necessários para engendrar a identidade dos membros de toda e qualquer civilização e cultura, e a maneira pela qual cada uma enfrenta a morte dá sentido ao sofrimento, à dor e à doença (Rodrigues, 1983). Nesta perspectiva, a fenomenologia de Levinas pode ser anunciada como uma contribuição importante no ensino médico, ao fazer face a uma significação ética onde não só a morte pode dar sentido à dor e o sofrimento, como um processo natural de deposição, bem como, a dor e sofrimento podem ser melhor suportados através do sentido atribuído ao ato de morrer, como um fenômeno natural.

A mudança da cultura também afetou o processo para a morte. O cuidado humano, através de pessoas próximas, familiares que assistiam ao moribundo foi substituído pela mecanização institucional, onde permanece como resquício humano os profissionais que fazem a função do cuidado e sempre muito atarefados, uma morte mais solitária (Coelho, 2001). Aqui o autor anuncia a importância de preparar o profissional para fazer face a morte do outro e por ter que conviver, de alguma forma, para mediar a morte do outro, sobretudo nas condições de abandono de seus familiares ou por não ter familiares.

Na relação com o outro, é diante da sua morte que o médico faz face ao mais elevado nível de responsabilidade, como uma exigência interna e como um ter que responder a exigência do outro, familiar. O médico é tido no imaginário social como o que vai salvar o outro. Infelizmente, o médico enfrenta muita pressão dos familiares do doente, considerando a morte sempre prematura, nunca atendendo a expectativa do familiar, que sempre está acima do que recebe do médico, mesmo que este faça tudo o que pode para salvar o paciente em estágio terminal.

O médico tornou-se o responsável por combater e vencer a morte; é o ser tanatolítico (Simon, 1971). É atribuído ao médico uma elevada responsabilidade para lidar com a morte do outro. Quando a morte se dá de fato, o médico é questionado, no sentido de que sempre haveria algo a ser feito e não foi feito, como uma insuficiência no cuidado e prevenção. O familiar não aceita o anúncio médico: “Não há mais nada a ser feito”, pois a morte sempre é negada, e isto não é um problema médico. É atribuído uma insuficiência médica, um problema da medicina, da ciência médica, morte como um fracasso. É interessante pontuar que o sentido ético anárquico em Levinas, como responsabilidade sem limite, atribui ao médico, ou daquele que cuida da morte do outro, uma responsabilidade ainda maior que a do limite técnico. Uma espécie de justificação da crítica que os familiares fazem ao médico face a morte do outro, como uma falha médica, uma insuficiência no cuidado. Nega-se a morte como consequência de processo natural de deposição. Aqui cabe ao médico perceber essa função anárquica e atribuir um sentido ético para além do sentido médico clínico. Assim, poderá transcender ao falatório cotidiano que emerge no processo para a morte focando sempre uma insuficiência diagnóstica e intervenção técnica, sendo culpado por não salvar o moribundo, um sofrimento inevitável ao médico.

Duas questões polêmicas permanecem sempre atuais dentro do processo para a morte. A eutanásia e a distanásia. A eutanásia é a prática pela qual se abrevia a vida de um enfermo incurável de maneira controlada e assistida por um especialista, nesse caso, o médico. Distanásia é a prática em que se prolonga, através de meios artificiais a vida de um enfermo face a uma doença incurável. Embora se tenha presente essas duas modalidades para fazer frente a morte, a responsabilidade maior é atribuída sempre ao médico. Este decide tecnicamente o momento da morte e as circunstâncias do morrer (Da Nova, 2000). Reiteramos a grande responsabilidade do médico ao ter que decidir tecnicamente sobre o momento da morte. Frente a essa pressão social, cultural, é inevitável o estresse e sofrimento do médico. Não há como permanecer indiferente ou não se sentir afetado pelas circunstâncias no processo para a morte. Diante desse fenômeno, Kübler-Ross (1998) permite ensinar tanto aos familiares como ao paciente terminal, um caminho mais pacífico para fazer face a morte, mas entendendo a morte como um processo, não apenas como uma suposta insuficiência do fazer médico. A autora propôs seis estágios: (1) negação e isolamento - negação inicial, estágio em que o indivíduo se mostra assombrado num primeiro instante, rejeita acreditar no diagnóstico e recusa aceitar que algo esteja errado; (2) raiva - afloração dos sentimentos de raiva, revolta e ressentimento; (3) barganha - o paciente procura negociar com médicos, familiares, amigos e Deus com o intuito de, em troca da cura, cumprir promessas; (4) depressão - o enfermo não consegue negar mais sua doença, surge um sentimento de grande perda em que é possível observar sintomas clínicos de depressão; ao que Freud caracteriza como a maior das castrações; (5) aceitação - o paciente reconhece que a morte é inevitável e aceita a universalidade da experiência; (6) esperança - o doente deixa uma lacuna pela qual algum fator novo possa vir a modificar a situação iminente da morte. A mesma autora caracteriza dois tipos de pacientes, o queixoso e o que tem mais tolerância, à doença, tornando-se o “bom” paciente na denominação dos cuidadores e vice-versa ao paciente queixoso, que teria mais resistência em aceitar as perdas, portanto, mais propenso a vivenciar a depressão no quarto estágio apresentado pela autora. Esta sequência apresentada por Kubler-Ross, embora, um tanto imaginária, permite por parte dos familiares, elaborar progressivamente a perda do outro, entendendo a morte como um processo para o fim, para além de um fracasso ou falha no cuidado.

A partir da ética em Levinas é possível rever a sequência apresentada por Kubler-Ross, diante dos seis estágios para a morte, em particular, no estágio quatro, ao que denomina depressão. Retomamos a categoria que Levinas denominou Há (*Il y a*) oriunda da sensação de anonimato, como a criança quando acorda durante a noite e se percebe completamente envolta com a noite para além do vazio e do nada. Há algo que permanece no vazio da noite. A noite não é um vazio pleno. Para o adulto, neste caso, o paciente terminal, revê suas histórias de vida e faz face a algo que não termina com a morte, que é a sensação de não estar preparado para morrer, de não ter feito o suficiente, portanto, em Levinas, uma morte sempre prematura. A dificuldade da aceitação se deve também ao confronto com o anonimato, a sensação de não terminar com o fim, o Há (*Il y a*), que não se reduz a angústia como o fim em Heidegger e nem à depressão como sustenta Kubler-Ross. Em tempo de pandemia, é na escassez e na fronteira do sombrio que os problemas éticos ressurgem com intensidade (Brito & Verbicaro, 2020). O reconhecimento do anonimato diante da morte gera uma angústia existencial, lamentação, melancolia, não necessariamente angústia patológica, como desencadeante da depressão. O Há, para Levinas, não termina com o fim. Nesse sentido, Levinas inova a sequência dos estágios para a morte apresentada por Kubler-Ross, onde a negação também está mais para não se sentir seguro em ir ao “fim” pelo confronto com o Há, a impossibilidade do fim, a sensação de eternidade, como infinito ético ou como infinito do Há, o anonimato da solidão, por isso, o medo de morrer, pela incerteza do fim. Emerge aqui uma questão profunda, isto é, mais do que o medo de terminar, é o temor por não terminar ao morrer. “Solidão da morte não faz desaparecer outrem, mas mantém-se numa consciência de hostilidade, e, por isso mesmo, torna ainda possível um apelo a outrem, à sua amizade e à sua medicação. O médico é um princípio *a priori* da moralidade humana” (Levinas, 2008, p.231). O médico tem portanto, uma dupla responsabilidade, técnica e moral.

Heidegger (2005) refere que no cotidiano encaramos a morte como uma possibilidade, mas é o outro que morre, um ainda não para a morte de si. Assim se suprime a morte do cotidiano porque é o outro que morre. Por enquanto, adia-se o anonimato da solidão frente a morte, através da distração no mundo das ocupações. Por hora, importa a qualidade de vida, com o intuito de não adoecer, de não morrer prematuramente, de permanecer jovem, excessiva preocupação com a [boa] aparência, como reflexo de uma extrema dificuldade em fazer face a finitude. Não basta seguir uma filosofia [de vida], como pensar que um dia a angústia de finitude cessa com o fim, porque há um pacto com a alteridade, na ordem do infinito e nenhuma filosofia ou receita de como viver a vida resolve esse confronto com o anonimato. Tenta-se a todo o custo manter a autonomia da consciência ou a saúde do corpo, como uma ilusão de imortalidade. Essa luta a todo o custo para manter boa aparência ou a autonomia frente a ameaça da inevitável deposição da boa posição, conduz a depressão, como fracasso inevitável na sustentação de uma ilusão. O estágio depressão sustentado por Kubler-Ross, seria para as pessoas que resistem a morte a todo custo, sem aceitação de um processo natural. Encobrimos a morte porque ela representa a comprovação de nossa finitude, de nosso limite (Eizirik, Polanczyk & Eizirik, 2000). Porém, Levinas levanta uma outra possibilidade, a de não poder fazer face a finitude, sem ter que responder por não ter chegado em tempo, em vida, para acolher ao outro. Um sentimento de culpa que pode se colocar de modo mais contundente do que a sensação do não vivido para si. Isto é, na certeza de que não se fez o suficiente para o outro, ao lamentar ter vivido para si, no cuidado de si, na segurança de si, na saúde de si, deixando o outro para depois, ao qual, não houve nunca tempo suficiente para atender a sua demanda, não mais uma culpa do não vivido, mas de não ter vivido o suficiente para o outro, a ponto de poder ir mais tranquilo para um suposto fim ou para fazer face ao infinito.

Perfil do cuidador e consequência psíquica e ética

Dentro da perspectiva psicanalítica de Karen Horney (1994), o perfil de personalidade no trabalho, pode contribuir para o adoecimento ou preservação de si. A ética pode ser sacrificial sustentada no perfil condescendente, extremamente envolvido no trabalho, [como o estudante extremamente dedicado aos estudos, torna-se extremamente dedicado a profissão]. Em contrapartida, não perderia o sentido ético uma atitude de preservação de si enquanto cuida do outro, como um instinto natural de sobrevivência psíquica frente as condições de adoecimento em consequência do estresse no trabalho no cuidado do outro doente. Nada mais é do que o reconhecimento dos próprios limites e diminuição do peso da responsabilidade, pelo contrário, o cuidado de si como qualidade no cuidado do outro. Devido a forte pressão sofrida pelo médico através dos familiares frente ao paciente, este pode tomar duas direções: na primeira, pode desenvolver um mecanismo defensivo para fazer face a essa pressão, vai se “adaptando” à essa realidade, ao qual se tornará indiferente ao sofrer a crítica do outro, [familiar do paciente e outros] de tanto receber críticas. Contudo, não é uma indiferença sem afecção, sobretudo ao médico com perfil condescendente, com excessiva cobrança psíquica, interna, que pode ultrapassar os limites da estrutura psíquica provocando um elevado nível de estresse, sujeito ao adoecimento, ao esgotamento, ao estado de *burnout*. O sofrimento se dá de fato embora pareça por vezes ausente na função médica, onde não é reconhecido naquele que recebe o cuidado, onde sempre quer mais, sobretudo o paciente que Kubler Ross caracteriza como “queixoso”. Como se o médico não adoecesse por ser médico, ou não pudesse ou não tivesse o direito de adoecer. A literatura nomeia como um mecanismo defensivo, denominado despersonalização, muito comum em médicos e em enfermeiras onde continuam trabalhando como se não estivessem sofrendo, como se não tivessem o direito de adoecer porque são cuidadores. Também há um estranhamento quando adoecem, como se não pudessem adoecer. Acontece que, o sentido ético anárquico apresentado por Levinas, vai se apropriar dessa vulnerabilidade psíquica justamente como entrada ao mundo do outro, [condição para o traumatismo ético] o que vai permitir um envolvimento sem limite, produzido pela vulnerabilidade psíquica [miséria psíquica como positividade no sentido ético anárquico]. Isto é, a consequência psíquica negativa transformada em uma consequência ética positiva. Nomeia-se esse fenômeno como: o traumatismo psíquico como condição para o traumatismo ético. E, estranhamente, essa condição de mal-estar psíquico do cuidador, terá vantagem como

aquisição de um sentido para além do ser que só emerge na entrega ao outro, colocando-o acima dos próprios interesses pessoais ou profissionais. De modo paradoxal, esse caminho estranho de ida ao outro pelo próprio sofrimento psíquico, pode se reverter em sentido, onde até o extremo da deposição de si pode fazer sentido se for direcionado ao outro e não a si mesmo. Este cuidador envolvido considera e sente que a autonomia da consciência é provisória, um instante que passa, ao ter que assumir a heteronomia, como consequência de um traumatismo ético que afeta a todos, mais cedo ou mais tarde, mesmo diante da finitude do cuidador, que pode despertar para o outro, tarde demais para acolher, como angústia de não ter acolhido de modo ético.

Inversão pela ética na relação médico e paciente

No sentido de Levinas, a preservação de si diz respeito ao saudável egoísmo, um direito de preservação e de fruir a vida, uma vantagem a curto prazo, a partir de uma relação simétrica com o outro, na lógica do dar e do receber. O cuidador intui que estaria em desvantagem no cuidado de si caso se envolva de forma desmedida ao cuidado ao outro. Esse cuidado de si no trabalho pode ser prorrogado toda a vida e é o que todos deveriam ter. Mas Levinas refere que há um sentido que emerge como doação sem limite ao outro e só o que acolhe nessa condição ética saberá do que se trata, pelo testemunho. E isto vai implicar inclusive a possibilidade de prejuízo ao eu autônomo ao se envolver na alteridade, dando prioridade ao outro em sofrimento, ao se tornar o centro de atenções para o cuidado. Essa atitude de doação vai implicar, inevitavelmente, um sofrimento, que no sentido ético é injustificado, isto é, desde que for por causa do outro, que tem um sofrimento justificado porque está doente. Estranhamente, os cuidadores que tem maior envolvimento ao outro, já eram consequência de uma desvantagem psíquica, um traumatismo psíquico, que ao provocar um estado de vulnerabilidade, tornam-se receptivos ao traumatismo ético, isto é, a sensibilidade em reconhecer a necessidade do outro que vem primeiro por estar em sofrimento justificado. No discurso do cuidado, o cuidador mais envolvido acaba sendo visto como vítima do adoecimento do outro, portanto, um defeito a ser corrigido. No entanto, na concepção ética, esse sofrimento por causa do outro, se reverte em sentido ético, como uma satisfação sem objeto, que é o que Levinas vai nomear como um sentido para além do ser, despertando para um novo sentido do humano que emerge a partir do acolhimento ao outro.

Por outro lado, aquele profissional que se preserva a si mesmo, e se põe como centro na função do cuidado, embora não deixe de cuidar do outro, não tem a mesma natureza no envolvimento e na aquisição do sentido do humano que emana do outro, para além do projeto existencial do cuidador, onde predomina uma preocupação de si, cuidado de si, da saúde, do bem-estar. O sentido nessa relação com o outro emerge como um prestar serviço na função do cuidado, como uma tarefa profissional, uma responsabilidade que faz jus a profissão. No entanto, para Levinas, isto não basta, porque o outro sempre vem depois. O médico primeiro atende suas necessidades e projetos e depois se dedica ao outro. O sentido ético anárquico na fenomenologia de Levinas pontua essa relação como insuficiente por predominar a simetria na relação com o outro. Há o paradoxo de não poder dizer que; o que se envolve com o outro, mesmo lhe causando prejuízos psíquico, tem uma vantagem na relação com o sentido [ético] sobre aquele que, naturalmente, se preserva na relação com o outro, porque este pode lhe gerar também adoecimento. Não tem nada errado ou antiético ao médico que se preserva ou que se põe primeiro na relação com o outro, no entanto, Levinas vai pontuar isso como uma insuficiência na relação como o outro, tendo como desvantagem a aquisição de sentido que só emerge na relação assimétrica com o outro, isto é, sendo colocado como centro, como primeiro, depois as necessidades do eu.

A partir de Levinas há um sentido que emerge na deposição, em seu extremo, o sacrifício de si pelo outro e que se reverte em ganho, como uma satisfação sem objeto, ainda estranho à psicanálise. Deste modo, sem desmerecer a subjetividade em Husserl, como o sujeito da vontade e da cultura, o sujeito em Levinas parece mais completo, como se não contasse, no seu extremo, a miséria psíquica, uma vida de privações, mesmo acolhendo sem ter condições, um sentido que emerge do aparente não-sentido. Isto pode ser suportado também por Durkheim (1982), ao indicar maior índice de suicídio de pessoas com uma vida pautada em uma suposta fruição, sucesso profissional e econômico, do que os que sempre viveram na miséria. O desejo não se

esgota no egoísmo do eu, se estendendo ao desejo de alteridade, como uma estranha condição para o sentido, a partir da significação ética. Entendemos que há o desejo representado por Ulisses, que Levinas nomeia como o que vai à luta e volta para casa, não se reduzindo ao egoísmo do eu, mas a uma condição natural do humano em buscar, permanentemente, cuidado de si devido a sua vulnerabilidade física e psíquica. Aqui pode emergir o não-sentido em ser ético ao colocar em jogo o próprio sujeito, o sentido posto em questão no projeto existencial, ao se descuidar por causa do outro. Assim, existe o conflito entre os paradigmas do desejo: Ulisses e Abraão. A ida sem volta, diz Levinas, é o caminho para a santidade, o caminho do bem. Isto vale para todo o que se dedica ao outro colocando-o como o centro na relação com o cuidado, uma vantagem a longo prazo, aquisição de sentido no exercício da hospitalidade ética.

Desafios contemporâneos na relação médico e paciente

Levinas fez uma revolução copernicana na Filosofia, na Psicanálise e na Medicina, ao referenciar o Outro como o centro. A descentralização do eu e o reconhecimento do Outro. Dizer que o eu é um outro na fenomenologia em Levinas vai além do sentido psicanalítico que situava: o eu é um outro sem o desejo do infinito. “O eu é um outro. Não é a identidade mesma que estará em xeque? (Levinas, 1993). Sem o outro, “meu existir constitui o elemento absolutamente intransitivo [...] sem relação” (Levinas, 1993), relação assimétrica a partir do “servir alguém que tem prioridade sobre o eu” (Marcus, 2010). O outro tem prioridade não só enquanto for acolhido, e sim, por ser outro, e porque o sentido do humano está implicado na relação ética. Levinas vai estabelecer uma inversão da razão à sensibilidade, é parte de um movimento fenomenológico que criticará a razão. Ele partiu da sensibilidade para mostrar a ética face a um conjunto de mudanças e desafios para o novo século, onde situa-se um importante desafio, a relação médico e paciente. “O mar se abriu: é um começo histórico de um tempo inacabado, em êxodo, com cores de parto: um tempo cada vez mais criativo, mais diversificado, com uma *pujanza* cada vez e um colorido cada vez mais locais” (SUSIN, 2000). Na modernidade houve o auge da razão, na contemporaneidade, vem predominando um saber ético fundado na sensibilidade, tendo Levinas como principal representante. Pode-se citar como exemplo a pandemia causada pela SARS-Cov-2 (COVID-19) que constitui o maior desafio na relação médico e paciente devido ao impacto do distanciamento físico entre os dois (Medeiros et al., 2020). Mas ao mesmo tempo como referem Pascoal et al., (2020) isto “permite pensar para além das dicotomias superior/inferior, que empobrecem as relações humanas”.

Levinas apresenta o paradoxo: “encontrar-se no perder-se”, em direção ao outro, como significação ética, onde a deposição de si se liberta do caráter de perda ou o emergir da depressão ao tentar sustentar a autonomia da consciência a todo o custo (Levinas, 1998). Essa inversão ética apresentada por Levinas sustenta que o sentido está no acolhimento ao outro, para além de uma atividade profissional, na luta pelo sentido no mundo das ocupações. Quanto melhor cuidar ao outro, tanto mais sentido haverá nessa atividade de acolhimento, mesmo frente ao paradoxo ético, em detrimento de si mesmo se for o caso, sofrendo por causa do outro, que no sentido ético vem primeiro. Esse movimento novo não é tão novo se pensamos na perspectiva de Hipócrates, de que “é mais importante saber que tipo de pessoa tem uma doença do que saber o tipo de doença que uma pessoa tem”. O outro pode ser responsável pela própria doença, desencadeada pelo seu perfil de personalidade. Aqui Levinas situa o tipo de pessoa como a que está sofrendo, por ser outro enquanto excluído e vítima da injustiça social e requer prioridade sobre o eu. Particularmente nesse tempo pandêmico em que a filosofia ética é levada a repensar seu lugar nesse contexto obscuro (Lyngdoh, 2021). A ênfase é dada mais na pessoa do que na natureza da doença. Há uma superação do modelo biomédico que dividia o outro entre mente e corpo. Era dado ênfase ao tratamento do corpo, sendo a mente, a subjetividade em si, outro patamar, como se não influenciasse o organismo, espírito organicista cartesiano, corpo como uma máquina (MORRIS, 2000). Nessa nova postura na relação médica com o outro, o segredo do cuidado não é cuidar da doença, mas do paciente portador da doença, a apreensão do sujeito como um todo, corpo, psiquê e espírito, sobretudo, se entender a doença como decorrência do desequilíbrio nessas três dimensões. Nesse sentido, equivale a conceber a medicina como uma prática especial de amor (Remen, 2006).

Outro desafio da contemporaneidade é o médico lidar com o paciente que está influenciado por uma séria de informações oriundas da Internet em relação ao conhecimento médico. Há uma outra exigência nessa nova era, a de que os médicos sejam curandeiros, fortalecendo ainda mais a relação médico e paciente, para ajudar o outro a descobrir ou criar novas narrativas de doenças com novos significados para fazer face a realidade e assim, transcender o sofrimento e experimentar a cura, o que representa um desafio positivo para a Medicina e os usuários. Os médicos curadores equipados com as atitudes, habilidades e conhecimento podem ajudar os pacientes a transcender o sofrimento, uma atitude indispensável para que a medicina contemporânea mantenha sua tradição como profissão de cura. Nesse processo de cura, os médicos podem descobrir conexões significativas com pacientes que trazem novas e refrescantes perspectivas para o trabalho. Há também um saber oriundo do paciente e que precisa ser integrado como parte da narrativa de sua doença e da subjetividade (Thomas, 2009). Isto faz oposição a morte interdita em que o moribundo parte sem dizer e ouvir nada sobre seu momento final (Ariès, 1997). Bem como, o contraste entre o desenvolvimento da medicina, que pela elevada tecnologia fez face às doenças que no passado eram fatais, e que agora, face a elas, pode-se prolongar a vida e o processo de morrer. Dentro da perspectiva ética levinasiana, o médico ocupa o lugar de quem acolhe ao outro transcendendo o limite técnico-clínico para curar a doença. Ao mesmo tempo, emerge um sofrimento ao ter que fazer face ao cuidado, a hospitalidade como se fosse seu familiar. No sentido ético, o outro, o estranho, diz respeito ao eu que cuida e é responsável por ele.

Trata-se em dar ênfase na sensibilidade na relação médico e paciente onde fomenta o poder do paciente em recriar condições subjetivas para suportar o sofrimento e aprimorar o processo de cura, porque também pode ser responsável pela doença, como consequência de um modo de vida escolhido por ele. Sartre ajuda compreender esse fenômeno, ao dizer que não importa o que fizeram de nós, mas o que podemos fazer a partir do que nos fizeram. Um paciente não mais passivo, agora também “sabe” a partir do sofrimento como um estado de ser peculiar e intransferível. Nessa condição, Levinas apresenta o desafio em se substituir ao outro, o que resultaria da verdadeira relação ética, capaz de se sacrificar pelo outro.

Esse novo procedimento em relação ao doente, onde predomina a sensibilidade sobre a razão, permite ao estudante e profissional médico, repensar o "modelo biomédico" modernista que oferecia uma compreensão insuficiente da doença, ao reduzir o outro como sujeito [corpo] doente. Ao mesmo tempo, algumas das construções conceituais que eram oferecidas para complementar o modelo biomédico eram empregadas descuidadamente. Como os avanços na prevenção e no tratamento da doença aguda significam que mais pacientes sofrem mais com doenças crônicas, os objetivos médicos tradicionais da cura e o alívio do sofrimento tornam-se mais prementes. Poupar e prolongar a vida implica a obrigação em acompanhar os pacientes em suas viagens de doença, cuidar da suas almas e seus corpos. No entanto, o treinamento médico dificilmente capacita os médicos para ajudar os pacientes com as ramificações metafísicas de suas doenças (Rich, 1993). O desafio nessa nova relação estudante, médico e paciente é justamente em poder captar a relação metafísica da doença, que vai além de um corpo ou organismo doente.

Por fim, os médicos contemporâneos são desafiados a curar a doença e a ajudar os pacientes a se curar de forma holística, a serem médicos curandeiros. Estímulo a apreciação da natureza da cura holística ao poder ajudar os médicos a se adaptarem de forma mais efetiva a um mundo em mudança. À medida que a mudança social e técnica influencia a medicina, as questões de sofrimento, significado e cura estão emergindo como partes integrantes do trabalho prevenção e medicação. Supondo que o papel do médico-curandeiro pode ajudar os médicos a cuidar dos pacientes que sofrem, particularmente, os doentes crônicos, e podem estimular um novo significado para o seu trabalho médico (Thomas, 2009).

4. Considerações Finais

O estudante de medicina, já se apropria do conhecimento médico e vem se tornando responsável no cuidado ao outro desde o início de seus estudos. Este pode se tornar um futuro médico mais seguro de si pelo maior investimento no conhecimento e prática, bem como em sua postura ética. Na relação estudante, médico e paciente, o sofrimento inevitável constitui um

significado ético porque não é uma condição que se resolva com a ciência, mas algo a ser integrado e significado na relação com o sentido do humano a partir da ética. Assim, na relação com o outro, mesmo sujeito ao adoecimento, há um retorno ético como sentido nessa atividade de acolhimento. Justifica-se acolher mesmo tendo como consequência o adoecimento por causa dessa atividade, ao se constituir uma forma de sentido humano que só emerge nessa relação. Na ética em Levinas, a doação ao outro não se trata de uma opção ou um adicional ao sentido no ser, senão que é a condição própria para o sentido do humano.

Referências

- Ariés, P. (1997). *História da morte no ocidente: da idade média à atualidade*. Francisco Alves.
- Arruda, M., Soave, C. & Rosa, G. A. (2020) Auto-ética: um saber para ressignificar a docência. *Reserach, Society and Development*. 9 (12), e20091211007. 10.33448/rsd-v9i12.11007.
- Brito, S., & Verbicaro, L. (2020). Alteridade e a ética da responsabilidade em tempos de pandemia. *Rede Brasileira de Mulheres Filósofas*. <https://www.filosofas.org/post/alteridadeetica-da-responsabilidade-em-tempos-de-pandemia>.
- Da Nova, J. L. L., Bezerra Filho, J., & Bastos, L. A. M. (2000). Lição de anatomia. *Interface Comum Saúde Educação*. 4(6), 87-96.
- Durkheim, É. (1982) Suicídio. Zahar Editores.
- Eizirik, C. L., Polanczyk, G. V., & Eizirik, M. (2000). O médico, o estudante de medicina e a morte. *Revista Amrigs*. 44(1-2), 50-55.
- Heidegger, M. (2005). *Ser e tempo*. Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes, 2 v. (Coleção Pensamento Humano).
- Horney, C. Self-analysis. (2017). <https://www.amazon.com/Self-Analysis-Karen-Horney/dp/0393311651>.
- Koche, J. C. (2011). *Fundamentos de metodologia científica*. Petrópolis: Vozes. http://www.brunovivas.com/wp-content/uploads/sites/10/2018/07/K%C3%B6che-Jos%C3%A9-Carlos0D0AFundamentos-de-metodologia-cient%C3%ADfica_-teoria-da0D0A_ci%C3%A4ncia-e-inicia%C3%A7%C3%A3o-%C3%A0-pesquisa.pdfhttps://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/15824/Lic_Co_mputacao_Metodologia-Pesquisa-Cientifica.pdf?sequence
- Kubler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. Martins Fontes.
- Levinas, E. (1998). *Otherwise than Being or Beyond Essence*. Kluwer Academic Publishers.
- Levinas, E. (2008). *Totalidade e Infinito*. Trad. do Frances de José Pinto Ribeiro. Edições 70.
- Lyngdoh, S. S. (2021). The possibility/impossibility of ethical community during the COVID-19 pandemic: a Philosophical Reflection. *Asian Bioethics Review*. 13, 235-243.
- Medeiros, A. M. B., Beltrão, B. C. R., Neto, F. J. O., Sousa, A. V. D., Torquato, D., A., Silveira, K. E. L., Correia, M. F. S., Miranda, M. F. A., Martins, B. K. O. S., Castro, L. J. V. M., Rocha, H. F. P., Nogueira, A. M. L. M., Rebêli, M. R., Alemida, M. F., Beltrão, R. P. L & Silva, A. C. B. (2020). Os desafios da telemedicina frente a relação médico-paciente em tempo de Covid-19. *Research Society and Development*. 9 (10), e9219199379.
- Morris, D. B. (2017). How to speak postmodern. *Medicine, illness, and cultural change*. *Hastings Cent Rep*. 2000;30(6):7–16. https://www.academia.edu/342739/How_To_Speak_Postmodern_Medicine_Illness_and_Cultural_Change.
- Pascoal, R. M., Souza, K. O., Moreira, A. S. R., Ramos, J. B. S., Oliveira, E. (2020). Amazônia e a ideia de Infinito de Emmanuel Levinas: caminhos e possibilidades. *Research Society and Development*. 9 (5). e70953097.
- Pereira A. S., Shitsuka, D. M., Parreira, F. J. & Shitsuka, R. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. UFSM.
- Remen, N. R. (2006). *Kitchen Table Wisdom*. Riverhead Books.
- Rodrigues, J. C. (1983). *Tabu da morte*. Achiamé.
- Simon, R. (2013). O complexo tanatolítico justificando Yussuf, M; Baba, A.
- Rich, B. A. (2017)). Postmodern medicine: deconstructing the Hippocratic Oath. *The Hippocratic Oath in Ancient Context Medical Ethics in Historical Perspectiv*. 65 (1), 77-16. <https://www.academia.edu/17931902/>
- Susin, L. C. (2017). *El mar se abrió - Treinta años de teología en América Latina*. São Paulo. Edições Loyola, <http://www.libroesoterico.com/biblioteca/Teologia/Susin%20Luiz%20Carlos%20EI%20Mar%20Se%20Abrio%20Af%20Presencia%20Teologica%20111.pdf>.
- Thomas, R. E. (2009). Meaning, and Healing: Challenges of Contemporary Medicine *Ann Fam Med* 7(2), 170-175.
- Yusoff, M. B & Rahman A. (2012). *Stress Management for Medical Students: A Systematic Review*. *Esa Medical Education Department, School of Medical Sciences, Universiti Sains Malaysia, Kota Bharu, Kelantan, Public Health, Faculty of Medicine & Health Sciences, Universiti Sultan Zainal Abidin, Kuala Terengganu, Terengganu, Malaysia* <http://www.lse.ac.uk/intranet/students/support/Services/healthSafetyWellbeing/adviceCounselling/studentCounsellingService/Documents/Stress-management-for-students>.