



ACÇÃO MÉDICA

ANO LXXXVIII N.º 1 | JANEIRO/MARÇO 2025

MEDICINA: VOCAÇÃO
OU PROFISSÃO?



SUMÁRIO

TEMA DE CAPA	3
EDITORIAL	5
Equipa Editorial da Acção Médica	
IDENTIDADE PROFISSIONAL	7
Sofia Menéres	
MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO?	17
Orlindo Gouveia Pereira MD, PhD	
A VOCAÇÃO AO CUIDADO.....	23
Francisco Montellano SJ	
IA E O FUTURO DA MEDICINA: FUNÇÃO EVOCAÇÃO	37
João Pereira	
MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO?	45
Franco Scariot - Antonio C. de Souza	
MAIS QUE SAÚDE.....	55
Equipa <i>Mais que Saúde 2025</i> : António Ferreira da Silva SJ; Benedita Arantes e Oliveira; Carlos Grijó; Francisco Montellano SJ; Leonor Carvalho; Mafalda Esteves	
RUBRICAS	59
SANTO DA REVISTA.....	61
SÃO JOSÉ MOSCATI: INTERCESSOR DOS MÉDICOS PATOLOGISTAS.....	
Marta Feijão	
ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS	65
Walter Osswald	
RESUMOS	69
ABSTRACTS	73



ORGÃO E PROPRIEDADE DA A.M.C.P.
ANO LXXXVIII N.º 1 | JANEIRO-MARÇO 2025

FUNDADOR | José de Paiva Boléo
DIRECTOR | José Diogo Ferreira Martins (jdferreiramartins@gmail.com)
EQUIPA EDITORIAL | António Ferreira da Silva SJ (aferreiradasilvasj@jesuits.net), Pedro Ferin Cunha (pferincunha@gmail.com), Marta Brum Feijão (s-mfeijao@ucp.pt), António Marques da Costa (s-argmcosta@ucp.pt)
CONSELHO CIENTÍFICO | J. Paiva Boléo-Tomé, Walter Osswald, Levi Guerra, José Pinto Mendes, Henrique Vilaça Ramos, Lesseps L. dos Reys
ADMINISTRADOR | João Paulo Malta

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO | 501 983 58
ISSN – 0870 – 0311 – International Standard Serial Number
DEPÓSITO LEGAL n.º 28367/89 – Dep. D.G.C.S. n.º 106542
ADMINISTRAÇÃO | R. Arcediogo Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto
SECRETARIADO EDITORIAL | Leopoldina Reis Simões
www.medicoscaticos.pt | e-mail: medicoscaticos.pt@gmail.com
DESIGN GRÁFICO E PAGINAÇÃO | Rita Gomes – ritapsgomes@gmail.com
PRODUÇÃO | exhibitat* Design to Reality | TIRAGEM 310 exemplares

ASSOCIAÇÃO DOS MÉDICOS CATÓLICOS PORTUGUESES
SEDE | R. Arcediogo Van Zeller, 50 – 4050-621 Porto
MORADA PARA CORRESPONDÊNCIA | R. 13 de Maio, Edf. Fonte Nova, 35 B – 2495-414 Fátima
SECRETARIADO E COMUNICAÇÃO | Leopoldina Reis Simões
www.medicoscaticos.pt | e-mail: medicoscaticos.pt@gmail.com

DIRECÇÃO NACIONAL
PRESIDENTE | Margarida Neto
VICE-PRESIDENTE | Maria João Lage
SECRETÁRIA | Teresa Souto Moura
TESOUREIRA | Marta Jonet
VOGAIS | Ana Sarmento, Eva Palha, Leonor Antunes, João Paulo Malta, Luís Mendes Cabral
ASSISTENTE ESPIRITUAL | P. Miguel Cabral

NÚCLEOS DIOCESANOS (PRESIDENTES)
BEJA: Edmundo Bragança de Sá | COIMBRA: José Augusto Simões | FARO: Santos Matos | GUARDA: João José Reis Pereira | LISBOA: Vasco Magalhães Ramalho | PORTALEGRE/CASTELO BRANCO: Isabel Marques Jorge | PORTO: João Quinaz | SANTARÉM: Eva Palha | VILA REAL: Maria Goretti Rodrigues | VISEU: João Morgado

Por decisão da Direção, a «Acção Médica» não obriga os autores a seguirem o Acordo Ortográfico.

CONDIÇÕES DE ASSINATURA

PAGAMENTO ADIANTADO
ASSOCIADOS DA A.M.C.P., desde que a quotização esteja regularizada, recebem a revista sem mais encargos:
Por ano, por correio 50,00 €
Por ano, no e-mail 40,00 €
NÃO ASSOCIADOS
Portugal
Um ano (4 números) 25,00 €
Avulso 7,00 €
Estrangeiro acrescem as despesas de envio
Estudantes 10,00 €

TEMA DE CAPA

EDITORIAL

Vocação ou profissão, um falso dilema

Equipa Editorial da Acção Médica

A escolha da Medicina enquanto vocação ou profissão é um falso dilema. Não se trata de uma coisa ou outra. É importante que sejam duas formas simultâneas e complementares na arte de cuidar.

Na verdade, o entendimento da vocação enquanto “chamamento” é pobre e curto. É verdade que a sua etimologia a isso nos induz (*vocare*). Contudo, se ficarmos presos a esta leitura etimológica, corremos o risco de acreditar que o chamamento acontece de uma vez para sempre, num dado local, num dado momento particular da vida, restando ao ser humano a correspondência perpétua a esse chamamento e vontade de Deus estáticos. Corremos o risco da desatenção à realidade quotidiana, ao mundo que nos interpela e nos constrói enquanto pessoas, continuamente.

Não podemos negligenciar a atitude de Deus ao descer ao concreto da nossa vida. Eis o princípio da Encarnação. Por isso, não podemos negligenciar que Ele se manifesta continuamente na concretude da realidade, da nossa realidade.

Ao longo deste número, é-nos confirmada a ideia de que a vocação se revela diálogo entre a vontade de Deus, manifestada também na realidade, e a vontade do ser humano, também ela manifestação de Deus. Um diálogo contínuo e constante que molda aquilo a que uma pessoa é chamada a ser. Somos *vocacionados* na história, na nossa história encarnada. Uma história que nos empurra para uma motivação última. À semelhança de Saulo de Tarso, somos seres a caminho, chamados antes de mais a escutar a interpelação que Jesus procura fazer-nos continuamente “porque fazes

o que fazes?”. Foi a escuta da pergunta que Jesus faz instantaneamente que converteu o Saulo perseguidor no Paulo apóstolo. É a busca constante desta pergunta que nos ajuda a integrar vocação e profissão, tateando nas entrelinhas da pergunta o caminho que somos chamados a percorrer.

Este número da Revista *Acção Médica* introduz-nos no tema da vocação pelas demais perspetivas. Por um lado, é-nos apresentada a perspetiva psicológica, pela qual nos é confirmada que vocação tem mais que ver com diálogo que com chamamento. Por outro, o testemunho de um médico com incontestáveis “anos de casa” lança-nos para o caminho do *acaso*, da *necessidade* e da *incerteza*, como “o caminho da vocação” que pode sanar o papel da medicina atual. Para além disso, são-nos apresentados os potenciais limites e riscos da vocação médica – o *burnout* e a *inteligência artificial* – temas tão atuais quanto poderosos no mundo hodierno. Por fim, oferecemos duas histórias de esperança a acontecer hoje, no Brasil, a bordo do Barco Hospital Papa Francisco e, também, em Portugal, no fim de semana *Mais que Saúde*, uma iniciativa dos jesuítas espanhóis emprestada a Portugal. Neste número, inauguramos uma rubrica nova, um testemunho concreto, humano, palpável e alcançável da vida de um santo médico, que neste número será S. José Moscati. Terminamos, por fim, com o testemunho da memória do Dr. Walter Oswald, que nos recorda a história desta revista há 50 anos.

Esperamos que este número da Revista *Acção Médica* nos ajude dissolver a alternativa dicotómica (vocação ou profissão), de modo a integrar vocação e profissão, uma vez que, afinal de contas, são duas amigas que se devem nutrir mutuamente, conferindo um sentido superior e ulterior à arte de cuidar.

IDENTIDADE PROFISSIONAL

O elo entre vocação e profissão

Sofia Menéres¹

Introdução

A medicina ocupa um lugar singular na sociedade e na vida concreta das pessoas. Mais do que uma profissão, o seu exercício é frequentemente entendido como uma vocação, assente numa forte entrega ao serviço e cuidado do próximo. Os longos anos de formação, as horas exaustivas de trabalho, o desgaste emocional, a constante necessidade de atualização associados à prática clínica são frequentemente apresentados como sinais de uma missão que transcende o cumprimento de horários ou obrigações profissionais formalmente estabelecidas.

Numa perspetiva oposta à da vocação, a medicina pode ser vista apenas como uma profissão: uma atividade baseada em conhecimento técnico e

¹ Licenciada em Psicologia, na área da Psicologia da Educação, pelo ISPA – Instituto Universitário, concluiu o Mestrado em Desenvolvimento Humano na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e obteve o Doutoramento na área da Psicologia pela Simon Fraser University, no Canadá. Foi docente e investigadora no ISPA – Instituto Universitário entre 2000 e 2021. Desde 2021, integra o Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Católica Portuguesa, com especial foco na formação docente e na implementação do plano curricular do Mestrado Integrado em Medicina. Além disso, lidera a investigação em Educação Médica na instituição. Como Coordenadora da Unidade Curricular Desenvolvimento Pessoal e Profissional, orienta um programa de mentoria e o desenvolvimento de portfólios reflexivos, apoiando os estudantes na definição dos seus objetivos de formação e progressão académica.

científico altamente especializado, exercida dentro de limites bem definidos — horários, funções, regras. Neste olhar, ser médico seria, acima de tudo, ter um emprego. Por um lado, uma vocação implicaria uma resposta a um sentido profundo de propósito, ligada a uma forte entrega de vida, enquanto por outro, uma profissão definir-se-ia pelo exercício de uma atividade profissional assente em competências especializadas e profissionalismo, de acordo com normas contratualmente estabelecidas.

Na verdade, em vez de uma separação rígida entre vocação e profissão, que raramente existe na prática, é mais útil pensarmos nestas duas dimensões como partes de um contínuo que se cruzam e influenciam mutuamente, moldando a forma como cada médico vive e exerce a sua profissão.

Vocação e identidade

A vocação, aquilo a que cada um se sente chamado, relaciona-se diretamente com a aquilo que cada um é. Manifesta-se através das suas características individuais, dos seus anseios, do que o motiva e dá sentido. Por isso, o desenvolvimento da identidade individual torna-se um aspeto central do desenvolvimento da vocação. A vocação está enraizada na identidade e a identidade é reforçada pela vocação.

Para muitos, a pergunta inicial “*o que quero ser?*”, passa pela questão “*O que gosto de fazer?*” direcionada para a procura dos interesses. Contudo, a reflexão mais atenta das questões “*o que me move?*” e “*de que forma quero contribuir para a sociedade em que me insiro?*” refletem aspetos ainda mais profundos da identidade de cada um². No seu todo, “*quem sou eu?*”, “*como quero viver a minha vida?*” são as questões que estão subjacentes às anteriores, e que direcionam a pessoa para a procura, construção e desenvolvimento da identidade.

De forma mais concreta, a identidade individual refere-se ao sentido interno que cada pessoa tem de si mesma, à forma como se percebe e se define ao longo do tempo e em diferentes contextos. Constrói-se com base nos valores, crenças, aspirações e papéis sociais com os quais se identifica: quem quero ser, como desejo organizar a minha vida pessoal e profissional,

que papéis quero assumir, como quero desempenhá-los e de que forma quero contribuir para a sociedade em que vivo.

Sendo a construção do núcleo fundamental da identidade uma tarefa de desenvolvimento que emerge de forma marcada na adolescência e início da idade adulta, este é um processo que continua e se mantém dinâmico ao longo da vida adulta³. É moldado pelas experiências pessoais, interações sociais e culturais, e pela forma como cada um interpreta e reflete sobre a sua realidade. As respostas às questões anteriores passam a nortear a existência e reforçam as opções por onde se gostaria de caminhar⁴.

O desenvolvimento de uma identidade coerente está associado ao bem-estar emocional e saúde mental, a maior autoestima, satisfação com a vida e capacidade de adaptação a desafios⁵. Quando a pessoa tem uma maior clareza sobre quem é, tende a tomar decisões mais alinhadas com os seus valores, a estabelecer relações mais significativas e a lidar melhor com mudanças e adversidades. Por outro lado, quando há confusão ou instabilidade identitária, pode gerar-se sofrimento psicológico, como ansiedade, dificuldade em lidar com desafios, ou dificuldade de adaptação a transições importantes da vida (entrada na universidade, a escolha profissional ou mudanças de papéis familiares)⁶.

Abordagens contemporâneas da psicologia propõem que as pessoas desenvolvem a sua identidade através da história de vida que contam de si mesmas⁷. Desta forma, organizam as suas experiências atribuindo-lhes sentido e coerência. Essas narrativas pessoais ajudam a manter uma percepção de continuidade e propósito ao longo do tempo, mesmo quando a vida muda. Assim, a identidade individual é um processo dinâmico de integração e adaptação que sustenta o equilíbrio emocional, o crescimento pessoal e a construção de uma vida com significado.

3 Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.

4 Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159–187). Wiley.

5 Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage Publications.

6 Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Weisskirch, R. S., & Wang, W. (2001). The relationships of personal and cultural identity to adaptive and maladaptive psychosocial functioning in emerging adults. *Journal of Social Psychology*, 141(5), 664–681.

7 McAdams, D. P. (2011). Narrative identity. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 99–115). Springer.

2 Savickas, M. L. (2005). The theory and practice of career construction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 42–70). Wiley.

Identidade profissional

A identidade profissional, enquanto parte da identidade individual, é moldada por uma interação complexa entre valores, aspirações, interesses e competências ligadas à área em que a pessoa atua. Em conjunto, estes aspetos influenciam o percurso e a satisfação ao longo da carreira profissional³. Compreender essa inter-relação é essencial para promover uma prática profissional com significado, marcada pela qualidade, pela realização pessoal e por um sentido de propósito que vai além do simples desempenho da função, e que se liga profundamente à identidade e à vocação de cada um.

Na construção da identidade profissional, os valores funcionam como bússolas internas que orientam escolhas e comportamentos no trabalho. Influenciam decisões, moldam atitudes e têm um impacto direto na satisfação e no compromisso com a profissão. Ter clareza sobre os próprios valores é essencial para desenvolver uma identidade profissional autêntica, coerente e alinhada com quem se é.

Os interesses refletem aquilo que nos entusiasma e motiva. São expressões da nossa personalidade e estão profundamente ligados aos nossos valores e necessidades. Quando conseguimos alinhar esses interesses com a profissão que escolhemos, aumenta a probabilidade de nos sentirmos envolvidos, realizados e satisfeitos no trabalho. Por isso, identificar e compreender os próprios interesses é um passo fundamental na construção de uma identidade profissional sólida e significativa.

As competências dizem respeito às habilidades e aos conhecimentos específicos da prática médica, que capacitam o profissional de exercer a sua função com eficácia. Quando os valores e interesses individuais estão alinhados com a profissão, aumentam a motivação, a integração e o desenvolvimento contínuo de competências que não só melhoram o desempenho, como também fortalecem a confiança e a identidade profissional. Médicos que investem no seu crescimento tendem a alcançar maior sucesso e satisfação no exercício da sua profissão, o que, por sua vez, se reflete diretamente na qualidade dos cuidados que prestam.

Estudos recentes mostram que, quando as pessoas sentem que a sua vida profissional está alinhada com os seus interesses, valores e sentido de propósito — ou seja, com a sua identidade — tendem a viver a profissão de forma mais gratificante e bem-sucedida. Esse alinhamento está associado a um maior compromisso com a ética, maior empatia, resiliência e realização

profissional⁸. Vale a pena destacar que, embora o rendimento académico tenha sido durante muito tempo o principal critério para prever o sucesso, sobretudo na formação médica inicial — como se vê na seleção para os mestrados em medicina com base nas notas do secundário —, reconhece-se hoje que fatores psicológicos, como a formação da identidade profissional, têm um impacto decisivo numa carreira médica bem-sucedida. Um sentido claro de propósito e de coerência de valores é, atualmente, um preditor importante de bem-estar e de satisfação profissional entre médicos⁹. Por outro lado, quando existe um desalinhamento entre os valores pessoais e os papéis exigidos pela profissão, ou quando há dificuldades na construção da identidade profissional, é comum surgirem sentimentos de frustração, desgaste e até fenómenos como o *burnout* ou o desencantamento com a medicina¹⁰. De forma global, desenvolver uma identidade profissional forte e resiliente tem sido cada vez mais reconhecido como um dos principais fatores para uma carreira médica bem-sucedida e duradoura¹¹.

Implicações para a Educação Médica

O desenvolvimento da identidade profissional deve ser uma prioridade desde os primeiros passos da formação médica. Formar médicos não se resume à transmissão de conhecimentos técnicos e científicos, mas também ajudar cada estudante a construir um sentido de identidade, onde perguntas como ‘o que me move?’ ou ‘que médico quero ser?’ ganham

8 Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185–1190.

9 West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., et al. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527–533.

10 Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010.

11 Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718–725.

lugar de destaque. Formar-se como médico é, também, transformar-se como pessoa¹².

Um dos elementos essenciais na construção da identidade profissional é o processo de socialização, que permite ao estudante integrar-se, pouco a pouco, no universo da medicina. Este processo não acontece apenas através do currículo formal, mas também por meio das normas, valores e comportamentos vividos no dia a dia das instituições de ensino e nos contextos clínicos. A este conjunto de influências menos visíveis dá-se o nome de currículo oculto: são as mensagens implícitas, os exemplos silenciosos, que moldam a forma como se aprende a ser médico. Sabemos que os estudantes, como todos nós, aprendem muitas vezes de forma inconsciente, ao observar os comportamentos dos seus supervisores e colegas nos ambientes clínicos¹³.

As instituições de ensino médico têm por isso a responsabilidade de criar ambientes de aprendizagem que vão além da simples transmissão de conhecimento. É fundamental que também promovam o desenvolvimento de competências essenciais e contribuam para a construção de uma identidade profissional sólida. Para isso, é necessária uma abordagem integrada, que valorize não só os conteúdos do currículo formal, mas também a qualidade das relações humanas e do ambiente formativo como um todo.

A presença de tutores médicos mais experientes é também um recurso formativo crucial. Estes profissionais funcionam como modelos, demonstrando na prática como enfrentar situações clínicas complexas, comunicar más notícias ou lidar com dilemas éticos. Quando os estudantes admiram e se identificam com essas figuras, tendem a incorporar os seus valores, atitudes e formas de atuar. Ao mesmo tempo, experiências negativas também ensinam, ajudando os estudantes a refletir sobre comportamentos que não desejam reproduzir. A qualidade dessas interações influencia diretamente o tipo de médico que o estudante aspira vir a ser¹⁰.

Outro recurso formativo essencial para o desenvolvimento da identidade profissional é o incentivo à prática reflexiva. Estratégias como a escrita reflexiva, elaboração de portfólios que reúnam elementos do percurso académico, profissional e pessoal, acompanhadas de reflexões significativas sobre essas experiências, grupos de discussão e sessões de

mentoria criam espaços seguros onde os estudantes podem parar, pensar e olhar para si próprios com sentido crítico. Estas práticas promovem uma maior consciência de quem são, o que os motiva, como reagem às situações, e como integram a prática clínica no contexto mais amplo da sua vida¹⁴. Desenvolver essa autoconsciência, dos próprios pontos fortes, fragilidades, valores e interesses é profundamente enriquecedor. Exercícios de reflexão e feedback regulares são ferramentas poderosas para apoiar esse crescimento.

Além da transmissão de conhecimentos técnicos, é fundamental que o currículo de formação médica inclua experiências de aprendizagem e formas de avaliação que valorizem também as competências não cognitivas. Competências de comunicação, trabalho em equipa, pensamento crítico, resiliência e capacidade de autorregular a própria aprendizagem são essenciais para uma prática médica eficaz e fazem parte integrante da identidade profissional. Estas competências podem ser desenvolvidas através de metodologias como o trabalho em pequenos grupos, simulações, atividades de educação interprofissional e sistemas de feedback estruturado, que promovem a autorreflexão e incentivam a melhoria contínua¹⁵.

Tal como a identidade individual, também a identidade profissional é um processo dinâmico, que se transforma ao longo do tempo. Momentos de transição — como o início da formação clínica, a escolha de uma especialidade ou experiências marcantes vividas na prática — são fases cruciais em que muitos médicos repensam o seu papel, ajustam a forma como exercem a medicina e aprofundam o seu sentido de identidade⁷.

Em suma, desenvolver a identidade profissional dos estudantes de medicina exige uma abordagem integrada, que vá além dos conteúdos científicos e técnicos. É preciso incluir também as dimensões humanas, éticas e relacionais da formação. Só assim será possível formar médicos verdadeiramente competentes no conhecimento, atentos à pessoa e capazes de cuidar com excelência e humanidade.

12 Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2016). *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity*. Cambridge University Press.

13 Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.

14 Wald, H. S., White, J., Reis, S. P., Esquibel, A. Y., & Anthony, D. (2019). Grappling with complexity: Medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Medical Teacher*, 41(2), 152-160.

15 Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.). (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

Palavras finais

Os programas de formação médica devem olhar para os estudantes como futuros médicos em desenvolvimento integral, não apenas em termos de competências cognitivas, mas também enquanto pessoas em processo de construção da sua identidade profissional. Para isso, é essencial promover desde o início o desenvolvimento de competências não cognitivas, como a comunicação clínica, o trabalho em equipa, a empatia, o profissionalismo, a ética e a capacidade de aprender ao longo da vida¹⁴. Mas mais do que isso, a formação deve criar oportunidades para a prática reflexiva estruturada, fundamental para que cada estudante possa compreender quem é, que médico quer ser e como quer exercer a medicina¹⁶.

Programas de mentoria, vivências em contextos clínicos reais e espaços de discussão sobre dilemas éticos e o papel do médico são recursos valiosos nesse caminho, pois favorecem a reflexão e ajudam cada um a dar forma ao seu próprio modo de ser médico¹³. Ser médico é frequentemente descrito como uma profissão e uma vocação. O sentido de vocação pode ser uma força interior que inspira e a profissionalização assegura a sua qualidade. A vocação não é um ponto de partida e de garante para todo o caminho. É antes um compromisso que se renova e atualiza, em diálogo com a identidade profissional e individual, ao longo de toda a vida. Uma abordagem formativa que valorize a construção contínua da identidade profissional oferece, assim, uma base sólida para formar médicos capazes de exercer com competência, sentido e humanidade, ajudando-os a enraizar a sua profissão numa ação com um significado maior.

Referências

1. Savickas, M. L. (2005). The theory and practice of career construction. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Career development and counseling: Putting theory and research to work* (pp. 42–70). Wiley.
2. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. New York: Norton.
3. Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (pp. 159–187). Wiley.

4. Kroger, J. (2007). *Identity development: Adolescence through adulthood*. Sage Publications.
5. Schwartz, S. J., Zamboanga, B. L., Weisskirch, R. S., & Wang, W. (2001). The relationships of personal and cultural identity to adaptive and maladaptive psychosocial functioning in emerging adults. *Journal of Social Psychology*, 141(5), 664–681.
6. McAdams, D. P. (2011). Narrative identity. In S. J. Schwartz, K. Luyckx, & V. L. Vignoles (Eds.), *Handbook of identity theory and research* (pp. 99–115). Springer.
7. Jarvis-Selinger, S., Pratt, D. D., & Regehr, G. (2012). Competency is not enough: Integrating identity formation into the medical education discourse. *Academic Medicine*, 87(9), 1185–1190.
8. West, C. P., Dyrbye, L. N., Rabatin, J. T., et al. (2014). Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 527-533.
9. Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2011). Physician burnout: A potential threat to successful health care reform. *JAMA*, 305(19), 2009–2010.
10. Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. *Academic Medicine*, 90(6), 718–725.
11. Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2016). *Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity*. Cambridge University Press.
12. Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
13. Wald, H. S., White, J., Reis, S. P., Esquibel, A. Y., & Anthony, D. (2019). Grappling with complexity: Medical students' reflective writings about challenging patient encounters as a window into professional identity formation. *Medical Teacher*, 41(2), 152-160.
14. Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (Eds.). (2015). *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
15. Holden, M. D., Buck, E., Luk, j., et al. (2015). Professional identity formation: Creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). *Academic Medicine*, 90(6), 1-7.

¹⁶ Holden, M. D., Buck, E., Luk, j., et al. (2015). Professional identity formation: Creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). *Academic Medicine*, 90(6), 1-7.

MEDICINA: VOCAÇÃO OU PROFISSÃO?

Orlindo Gouveia Pereira MD, PhD¹

Na primeira pessoa...

Se por vocação se entender uma disposição espontânea – um pendor, um talento, um chamamento que orienta alguém para uma atividade, uma função ou profissão, não posso dizer que me matriculei no curso de Medicina por um impulso, mesmo que inconsciente. Eu fui para Medicina porque o meu pai era médico. No último ano do liceu ainda sentia inclinação para o curso de filosofia com o propósito de estudar psicologia, contudo, naquele tempo as profissões socialmente prestigiadas eram as de médico, advogado e engenheiro. Já no que diz respeito à escolha da especialidade as coisas passaram-se de outro modo e tiveram importância fatores de acaso.

Na conceção do mundo, seja ele físico, vital, psicológico, ou cultural, principalmente quando se procura explicar a causa ou as causas do que vai acontecendo ao longo do tempo, a síntese mais precisa é atribuir as causas entre a *necessidade* e o *acaso*. A minha vida, que já vai longa, leva-me a incluir um terceiro fator, a *incerteza*. A necessidade tem a ver com a noção clássica de determinismo em física, isto é, pela conjugação imperativa das constantes do nosso universo. O acaso por seu lado, tem a ver com a noção

¹ Médico psiquiatra, Professor de Psicologia. Licenciado em Medicina, 1963. Curso de Ciências Pedagógicas, 1964, (UL.) PhD in General Psychology, Brandeis University, 1972. Nasceu em 1939. Atualmente, vive em Lisboa, após passagens pelos EUA, França, Itália, tendo feito uma viagem de circum-navegação como médico naval (1976).

probabilística que sustém a estatística. Finalmente, a incerteza é a outra face da informação, tem a ver com o universo medido em *bits*.

Quando escrevemos sobre o que há de comum entre as noções de vocação ou profissão usamos implicitamente este pano de fundo. Permitam-me que me refira a ele como médico e na primeira pessoa.

No último ano do curso de Medicina, além de um estágio clínico, tinha de se preparar e defender uma tese. Quando o problema se me pôs, eu não tinha nada em vista, nenhuma inclinação fosse para área fosse. Também não sentia qualquer propensão por uma especialidade em detrimento das outras. Aconteceu então que li um artigo, publicado num jornal em que o tema era a pintura dos doentes mentais. Foi o ACASO, mas nesse momento percebi que gostaria de fazer uma tese sobre aquela questão. E assim aconteceu...

Naquele tempo todos nós, estudantes de Medicina ou mesmo de qualquer outro curso universitário, sabíamos que o destino próximo era inexoravelmente o serviço militar numa das “províncias ultramarinas” (NECESSIDADE). Havia duas opções para os convocados, ou faziam o serviço como milicianos ou concorriam a um lugar no quadro de oficiais médicos dos três ramos das Forças Armadas. Novamente influenciado pela história do meu pai, que pretendia entrar para a Marinha, eu também tomei essa opção. O meu pai sempre me dissera que não tinha conseguido entrar “por causa dos dentes” não passou na junta médica. Terá nascido aqui em mim uma disposição inconsciente para conseguir fazer o que ele não conseguira?

Jovem segundo-tenente nas terras da Guiné, logo aconteceu algo que veio a ter repercussão na minha vida. Eu estava embarcado numa fragata como médico e assisti também o serviço da marinha em terra, que incluía os fuzileiros... Um dia (ACASO) fui chamado nada mais nada menos que ao Governador da Guiné e comandante-em-chefe o que me deixou incerto por ele ter passado por cima de toda a hierarquia – por acaso eu sabia que ele era meu conterrâneo...

Então deu me uma ordem surpreendente. Desabridamente disse-me: “Preciso de si no hospital civil de Bissau para tomar conta da psiquiatria; o único psiquiatra que havia na Guiné terminou a comissão, regressou à metrópole e não foi substituído e não temos outro” (ACASO).

Ainda pouco habituado às praxes militares (NECESSIDADE) eu objetei: “Mas eu não sou psiquiatra!” Ele aí, parecendo irritado disse: “Quero lá saber. É uma ordem!” (NECESSIDADE) E assim foi. Eu já tinha estudado ali mesmo (na Guiné) Medicina Tropical, pois não tinha tido qualquer

formação na faculdade de Medicina sobre o tema. E agora teria de estudar psiquiatria à força!

Eu não sabia qual era a situação (INCERTEZA) e fui encontrar, com o nome pomposo de serviço de psiquiatria numa antiga cadeia – que ainda mantinha as grades –, nativos infelizes e ociosos, aos quais não se podia prescrever mais que clorpromazina, porque mais não havia na Guiné. Por outro lado, só podia contar com um enfermeiro... Que fazer? Lembrei-me então da minha tese e pus aquela gente a desenhar e pintar. Foi um sucesso (que relatei em artigos publicados: *Semana Médica*, 370, 10/07/1966 e na *Revista Portuguesa de Medicina Militar* 11 a 15, 34-46). E fui...

Tudo isto (ACASO) me fez colocar a questão: Porque é que eu não vou para psiquiatria? Finda a comissão na Guiné e reintegrado no internato complementar no Hospital de Santa Maria, em Lisboa, fiz o concurso para a especialidade. Antes de tudo isso ainda na Guiné em conversas “camarões e cerveja”, um enfermeiro antigo, que era detentor de uma cultura invulgar, particularmente em a literatura portuguesa, fumando um cigarro, disse-me um dia: “O senhor doutor, o que devia fazer era ir para a América!” Nunca tal me tinha passado pela cabeça (ACASO) mas, como soa dizer-se, no labirinto da memória ficou um aguilhão que, volta ou não volta, me picava.

Internato concluído, tratei de arranjar uma bolsa para ir para os EUA. Aí, em Boston e Cambridge, especializei-me em psicoterapias psicanalíticas e comportamentais no Massachusetts General Hospital, e nas universidades de Brandeis e Harvard fiz o doutoramento em General Psychology. Também começou por ser acaso; uma professora de Brandeis, de origem alemã imigrada para fugir à perseguição Nazi (e que tinha sido colaboradora de Kurt Goldstein) disse-me um dia: “Já que você veio de tão longe para a pátria da liberdade, porque é que não faz um doutoramento em psicologia, aprofundando todo o trabalho que já fez sobre arte psicopatológica. E assim foi. (ACASO e NECESSIDADE) E abriu-se-me o caminho para a carreira docente.

E então psicologia

A questão da vocação tem sido estudada no âmbito da Psicologia, com utilização da entrevista e de testes, por vezes ditos “psicométricos”. Estes últimos desenvolveram-se sobretudo nos anos 30, integrados em correntes psicológicas que se mantinham distantes da tendência dominante na época, nos EUA, o comportamentismo (instituído em 1913 por J. Watson).

Os testes em geral começaram a desenvolver-se nos finais do séc. XIX (Galton). Os que primeiro tiveram êxito foram os testes de inteligência. Convém recordar que eles foram estudados em ambiente educativo com alunos da escola primária, e por isso, passaram a ser usados até para fazer a seleção de candidatos, por exemplo em educação especial. Na I Grande Guerra (1914-1918) foram utilizados para a seleção de recrutas. Daí passaram para a seleção de trabalhadores de empresas de todas as espécies. Como será evidente a psiquiatria começou a utilizar testes psicológicos para diagnóstico sobretudo em casos suspeitos de oligofrenia (atrasos mentais) ou esquizofrenia.

Para além destes testes, o instrumento *princeps* da *orientação vocacional* é a *entrevista psicológica*, que às vezes não é feita por razões exteriores (falta de tempo, de pessoal ou de meios) á boa prática psicológica.

A entrevista psicológica deriva da entrevista psiquiátrica (ou mesmo até da entrevista médica) e, talvez por isso, retém a pretensão de ajudar o paciente a exprimir aquilo que, de outro modo, não lhe “vêm à ideia”, isto é, não ocorre espontaneamente na corrente da consciência. É particularmente o caso da vocação.

No dia a dia, quer seja ele a atividade geral ou a profissional, raras pessoas estão preocupadas com tal questão e torna se necessário facilitar-lhes a pesquisa do que pode ser a causa primeira da entrevista. É bom recordar que há toda uma banda de conhecimento psiquiátrico que se refere á pesquisa do inconsciente. Como é bem sabido tudo começou com Sigmund Freud e uma das opções de entrevista psiquiátrica é a Psicanálise. Não é mandatário ter sido psicanalisado e fazer vida da psicanálise para se auxiliar o entrevistado no deslindar vocacional. Se perguntarmos a alguém, sem mais, o que é que o levou a escolher uma profissão é certo e sabido que quase todos os entrevistados ficam perplexos e se refugiam em respostas banais ou correntes, tais como: “é a melhor profissão que se pode ter aqui e agora”. É aqui que nasce a virtualidade da entrevista individual (ou mesmo coletiva).

A entrevista psiquiátrica, na definição de H.S. Sullivan (de que se ocupa num livro inteiro) é uma situação de comunicação interpessoal em que duas pessoas, um perito em relações humanas, outra um paciente ou cliente, trocam palavras e expressões com a finalidade explícita de auxiliar os últimos a melhor entenderem a razão por que se reuniram. É por isso que, de qualquer entrevista psicológica (vocacional ou clínica), e certamente na psiquiátrica, o paciente ou cliente têm de retirar vantagem emocional (sentir se melhor no final) ou cognitiva (sentir se esclarecido sobre o que

pensa de determinada pessoa ou questão). É também por isso que, se tal não acontecer em cada uma das vezes em que se encontram, o paciente ou cliente se sente frustrado e provavelmente perderá a confiança na capacidade do psicólogo ou psiquiatra de o ajudar. O mesmo é verdade, afinal, para a consulta médica. Se o doente não se sente mais esclarecido e orientado no final, a consulta falhou.

A questão de se retirar ou não vantagem de qualquer entrevista é crucial para se determinar se ela teve sucesso e se estamos a percorrer o caminho adequado ao esclarecimento e entendimento de quem conosco fala. (Note-se que o mesmo se aplica *ipsis verbis* se o entrevistado for um paciente psicótico ou se houver atenuada obnubilação de consciência).

Como diz o bardo moderno: “tirar vantagem” é crucial a toda e qualquer interação humana. E a vantagem é para cada um dos intervenientes, mas para o profissional tem limites deontologicamente estabelecidos. Numa palavra, em caso algum se pode abusar boa-fé do paciente ou cliente.

Na atualidade, o valor da consulta médica, psicológica ou psiquiátrica está ameaçado pela presença esmagadora da gestão dos serviços de saúde. Não é necessidade real o controle burocrático dos mais diversos acontecimentos interativos médico-paciente. Se queremos um Serviço Nacional de Saúde eficiente e humano temos de (NECESSIDADE) colocar o doente, paciente, cliente e, desgraçadamente, utente no centro de toda a lógica organizacional. Não é o que acontece quando o controle do gestor se intrromete nas condições da entrevista.

O que vai ocorrendo é que a continuação do estado atual da face dos serviços de saúde contribui para anular a VOCAÇÃO para quem queira seguir o curso de Medicina e daí o problema da falta de médicos. Não admira que, cada vez mais, os concursos para o SNS fiquem desertos. Os funcionários públicos e para-públicos detêm uma visão do médico apenas como PROFISSÃO. Não é por ACASO.

De facto, a ideologia que tem presidido á organização do SNS acabou por anular o conceito de SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE, o qual requer uma visão humanística e põe em primeiro lugar a relação médico doente. A Medicina antes de ser ação terapêutica promove o encontro pessoa a pessoa, que é mais decisivo que o mero uso de técnicas. Não é por ACASO.

A VOCAÇÃO AO CUIDADO

A atribuição de sentido como preventora do burnout

Francisco Montellano SJ¹

○ *burnout* no advento da técnica

A Medicina é um dos mais nobres exercícios humanos. Um médico treina-se durante anos, adquirindo novo léxico, novos gestos, com o objectivo primordial de fazer o bem a outros. A Medicina tem em si um desejo pervasivo de bondade, que tentamos concretizar em cada consulta, em cada intervenção farmacológica ou cirúrgica.

Este exercício humano expressa-se em dois âmbitos complementares, cuja articulação é vital na prática dum cuidado especializado. Por um lado, o médico é um executor proficiente de uma técnica, cujo exercício prático contribui para a melhoria da qualidade de vida do doente. Mais do que um gesto isolado, que resolve um problema, o médico dá corpo a uma palavra ou a uma acção performativa, capaz de tornar manifesto um processo

¹ Jesuíta. Depois de uma breve passagem pelo Instituto Superior Técnico, ingressou o curso de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, completando 4 anos, quando em 2018, entrou na Companhia de Jesus. Como jesuíta, realizou estudos de Filosofia e Humanidades pela Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais, UCP Braga. Atualmente, encontra-se a terminar o 6.º ano de Medicina, em Coimbra, pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

de cura – que acontece artesanalmente, pela relação pessoal com a pessoa doente. O processo diagnóstico e terapêutico é uma *poiesis*².

Por outro, o médico é um ministro de uma relação assimétrica, continuamente exposto aos limites da humanidade, que se lhe apresenta frágil e carenciada, e lhe exige a capacidade de acolher, escutar e responder aos desafios existenciais que lhe são colocados. A reiterada exposição aos limites da vida humana – no rosto da pessoa doente, nas situações de tensão vividas com outros profissionais de saúde, na própria vivência privada das exigências deste ofício – reclama ao médico uma vivência humana profunda, sincera e inteira. Com efeito, o médico é simultaneamente um operador técnico e um artesão da relação. O exercício da Medicina, enquanto forma de cuidado, nasce do diálogo de duas dimensões: técnica e relação, *poiesis* especializada e *ars medica*.

Se atentarmos à evolução da Medicina, é evidente como este equilíbrio se foi progressivamente desviando no sentido da técnica. O advento das tecnologias médicas, na segunda metade do séc. XX, inaugurou um paradigma centrado no resultado quantificável, mensurável, de obtenção rápida³. O aparecimento e massificação dos exames laboratoriais, a estruturação dos indicadores de saúde com o foco na avaliação numeral, a diferenciação e primazia da prática especializada e o estabelecimento da Medicina baseada na Evidência como disciplina são alguns dos exemplos que concretizam este paradigma.

O primado da técnica reconfigurou a prática dos médicos formados, mas também teve impacto estrutural na formação dos novos médicos. Esta formação, muitas vezes feita em contexto hospitalar, centrou-se cada vez mais no domínio de conceitos e na execução do gesto técnico. O currículo deixou de contemplar as humanidades e as *soft skills*, algo que podemos constatar ainda hoje⁴. O espaço para o cultivo da *ars medica* – cuja forma

relacional é necessariamente mais lenta – foi sendo ocupado pelo exercício técnico, estabelecendo-se assim o primado da eficiência⁵.

O aparecimento do *burnout* como preocupação dentro da classe médica é contemporâneo do crescimento exponencial do paradigma técnico. A passagem para uma prática médica centrada no gesto técnico obriga a uma reconfiguração do papel do médico tanto na sua relação com a doença, objecto directo do seu estudo e da sua acção, como com a pessoa doente. O médico deve ser ágil na execução, a despeito da relação. O doente deixa de ser uma pessoa, sujeito de relação, tornando-se um meio transparente que veicula ao médico o problema a resolver. Aumenta a distância entre pessoa que cuida e pessoa cuidada, que esbate a percepção intuitiva do cuidado oferecido, do impacto real do gesto na vida real desta pessoa. A sobrecarga laboral, que a eficiência sublinha e alimenta, conjuga-se com a secundarização da relação, dando azo a uma relação médico-doente descaracterizada, despersonalizada. A crescente prevalência do *burnout* nos vários ambientes de cuidados de saúde liga-se estreitamente com a concepção contemporânea do médico enquanto técnico.⁶

A tríade sintomática do *burnout* – exaustão, despersonalização e frustração laboral – do ponto de vista descritivo compõe uma reacção de ajustamento⁷. É uma forma desadaptativa de lidar com as exigências da vida concreta, uma possível entre outras.

5 Martin Heidegger, *The Question Concerning Technology, and Other Essays* (New York: Garland Pub, 1977); Nicole M. Piemonte, *Afflicted: how vulnerability can heal medical education and practice*, Basic bioethics (Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2017).

6 Ian W. Listopad et al., «Bio-Psycho-Socio-Spirito-Cultural Factors of *Burnout*: A Systematic Narrative Review of the Literature», *Frontiers in Psychology* 12 (1 de dezembro de 2021): 722862, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722862>; Hugo Rodrigues et al., «*Burnout* Syndrome among Medical Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis», ed. Florian P. Junne, *PLOS ONE* 13, n.º 11 (12 de novembro de 2018): e0206840, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>; Christina Maslach e Michael P. Leiter, «Understanding the *Burnout* Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry», *World Psychiatry* 15, n.º 2 (junho de 2016): 103–11, <https://doi.org/10.1002/wps.20311>. *Frontiers in Psychology* 12 (1 de dezembro de 2021)

7 Constance Guille e Srijan Sen, «*Burnout*, Depression, and Diminished Well-Being among Physicians», ed. C. Corey Hardin, *New England Journal of Medicine* 391, n.º 16 (24 de outubro de 2024): 1519–27, <https://doi.org/10.1056/NEJMra2302878>; Chloé Hiver et al., «*Burnout* Prevalence among European Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis», *International Archives of Occupational and Environmental Health* 95, n.º 1 (janeiro de 2022): 259–73, <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01782-z>; «ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics», acedido 17 de março de 2025, <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>.

2 Aristotle, William David Ross, e Lesley Brown, *The Nicomachean Ethics*, ed. rev. Oxford World's Classics (Oxford: Oxford university press, 2009), 104–11.

3 Mark Jackson, ed., *The Oxford Handbook of the History of Medicine*, Reprinted (Oxford: Oxford University Press, 2012), 106–11; Eric J. Cassell, *The Nature of Clinical Medicine: The Return of the Clinician* (Oxford New York: Oxford University Press, 2015).

4 É bastante notório, ao consultar os *curricula* das várias escolas médicas em Portugal, na presença diminuta e aparentemente insignificante das Humanidades na formação dos alunos de Medicina. O ensino médico é protagonizado, na sua maioria, pela transmissão de conhecimentos técnicos e pela obtenção de gestos técnicos, em detrimento de uma experiência humanizada de relação com o doente, na sua doença.

Contudo, uma leitura existencial torna bastante claro como o *burnout* impacta terminantemente a capacidade relacional do médico. Considerando os diferentes âmbitos de relação que habitualmente compõem um meio laboral – relação consigo mesmo, relação com os outros, relação com os desafios laborais/com o meio envolvente –, podemos traçar uma correspondência entre os sintomas cardinais do *burnout* e cada uma destas dimensões. A exaustão manifesta uma degradação da relação do médico consigo mesmo; a despersonalização denota uma degradação da capacidade de relação com outros; a frustração laboral afecta a capacidade de relação com os objectivos e ideais que configuram o cenário laboral. O médico esgotado, consumido pelo peso da sua *poiesis*, não (se) reconhece na teia de relações que estabelece quotidianamente.

O *burnout* exprime uma deformação isolada com a relação de cuidado própria da prática do médico: esta distorção assenta numa *crise da significação*. A vida, com os seus desafios, assoma-se em (des)encontros frustrantes, vividos em sucessão mas sem integração. A erosão dos vários âmbitos de relação promove um ambiente cada vez mais centrado no indivíduo, no sujeito isolado e incomunicante, limitado à sua capacidade – neste contexto, parca e insuficiente – de atribuir significado aos diferentes eventos que compõem a sua actividade de cuidador. Ser médico, neste horizonte, é um esforço, um peso: cada gesto é um átomo, incapaz de integrar uma narrativa com sentido; os outros são circunstâncias, mas não companheiros de caminho; eu próprio, exausto e oprimido, sinto-me como Sísifo, sempre empurrando uma pedra que nunca alivia o seu castigo.

Estás só. Ninguém o sabe. Cala e finge.
Mas finge sem fingimento.
Nada 'speres que em ti já não exista,
Cada um consigo é triste.
Tens sol se há sol, ramos se ramos buscas,
Sorte se a sorte é dada⁸.

Esta leitura existencial é importante na medida em que desvela aquela que nos parece ser a verdadeira natureza do *burnout*, do ponto de vista do sujeito-médico: um momento-limite do paradigma técnico, cujo stress

leva a uma crise do significado que se atribui aos esforços e gestos do cuidado médico⁹.

A vocação: caminho de encontro e de significação

Qual o sentido com que uma pessoa do nosso tempo ouve e acolhe a palavra *vocação*? Creio que esta questão é o ponto de partida que nos permitirá encarar a vocação cristã no contexto do nosso tempo, recuperando a sua actualidade.

Na espiritualidade cristã, a vocação traduz a relação contínua a que Deus convida a pessoa humana, para que esta descubra n'Ele o verdadeiro sentido da sua existência. O Homem é ser criado, isto é, não tem em si mesmo a fonte da sua existência; e o verdadeiro sentido da vida humana, nesta dependência primeira, não se encontra em si mesmo, *causa sui*, mas reside e desvela-se na relação com Deus e no acesso progressivo ao Seu plano criador¹⁰. Contudo, o ser humano distingue-se das outras criaturas pela liberdade. Sendo livre, não tem de determinar-se *apenas pelos seus impulsos*. É a liberdade que permite a descoberta de sentido, mesmo quando isso requer a transgressão das leis primeiras da biologia¹¹.

A autonomia joga um papel paradoxal no aprofundamento da vocação. A autodeterminação, que permite à pessoa humana decidir-se por uma regra ou princípio de acção sem que este lhe seja imposto como externalidade, viabiliza o caminho de busca de Deus; contudo, é um bem de segunda ordem, que deve ser aprofundado no contexto da relação: sou

9 Maija Korhonen, Katri Komulainen, e Venla Okkonen, «Burnout as an Identity Rupture in the Life Course: A Longitudinal Narrative Method», *Sociology of Health & Illness* 42, n.º 8 (novembro de 2020): 1918–33, <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13183>; Diana Toubassi et al., «Professional Identity Formation: Linking Meaning to Well-Being», *Advances in Health Sciences Education* 28, n.º 1 (março de 2023): 305–18, <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10146-2>; Steven Southwick, Leonard Wisneski, e Patricia Starck, «Rediscovering Meaning and Purpose: An Approach to Burnout in the Time of COVID-19 and Beyond», *The American Journal of Medicine* 134, n.º 9 (setembro de 2021): 1065–67, <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.04.020>.

10 Ignatius de Loyola, *Exercícios espirituais*, trad. Mário Garcia, SJ (Braga: Editorial A.O., 2016), n.º 23.

11 Não queremos, com isto, enveredar por uma explicação material para os fenómenos da consciência. Este tipo de raciocínio, ainda que robusto, não é capaz de abordar experiência vivida, o dado fundamental e primeiro que é a vida mesma; antes é forçado a uma redução, a uma visão parcial e mecanicista.

8 Fernando Pessoa, *Odes de Ricardo Reis* (Lisboa: Ática, 1946), 152.

livre na medida em que me deixo configurar pela relação com Deus, a que me integra o meu sentido único e irrepitível, como parte da Criação¹². Uma absolutização da autonomia pode fechar a pessoa ao sentido maior, que se desenha e desvela na relação com o Mistério.

O entendimento comum – ou pelo menos mais imediato – da vocação é o do chamamento, dum Deus que se dirige à pessoa concreta e suscita uma resposta. Esta visão é verdadeira, mas corre o risco de ser pouco arreigada na experiência comum e quotidiana, já que o chamamento que Deus faz não acontece apenas uma vez, mas está continuamente a acontecer num acto de transformação.

Se passarmos pelas narrativas bíblicas de vocação, tanto no Antigo como no Novo Testamento, podemos encontrar uma forma comum com que Deus chama os seus eleitos: Deus toma a iniciativa e chama a pessoa no seu contexto concreto; a pessoa responde (ou vai respondendo, alternando entre a fidelidade a esta relação e ao fechamento em si próprio); a relação com Deus, aprofundada na sua vida, abre um novo horizonte, mais pleno de significado.

É frequente referirmos o modo como Deus foi acompanhando a humanidade, ao longo dos tempos, como a *História da Salvação*. Este processo de relação, de Deus com cada pessoa, é fundamentalmente *histórico*: uma história escrita em colaboração com Deus e uma narrativa vital, que devolve à pessoa o seu sentido de identidade, cada vez mais profundo e consistente¹³. Mais do que um cariz pontual, o encontro com Deus, experimentado como chamamento, tem uma dimensão *hermenêutica*.

A hermenêutica da vocação dá-se a vários níveis. Primeiramente, há uma reinterpretação íntima, no nível afectivo em que se dá o encontro pessoal com Cristo: a descoberta do chamamento pessoal, da Palavra que me é dirigida a mim – na minha história, no meu contexto particular e contingente – abre-me à releitura partilhada da minha própria vida, a um exercício contínuo de interpretação *a dois*. Mas não apenas aqui: há uma hermenêutica da vida comunitária, social e política que brota deste encontro totalizante. Ao ser encontrado por Cristo, o novo olhar que recebo também se estende ao modo como me relaciono com os outros e com o mundo.

12 Herbert Alphonso, *Discovering your personal vocation: the search for meaning through the Spiritual exercises* (New York: Paulist Press, 2001).

13 Carlo Maria Martini, *Bíblia e vocación*, trad. José María Hernández Blanco, 3ª, Nueva Alianza minor 5 (Salamanca: Ediciones Sígueme, 2013).

Um entendimento da vocação como hermenêutica tem uma consequência estrutural na compreensão a vida cristã. Já não buscamos um estado estacionário, em que o encontro com Deus se plasma em formas nobres e estáveis, apesar do contexto concreto em que nos situamos. Em lugar disto, a vida cristã torna-se um campo aberto, em que a multiplicidade dos eventos e dos encontros é acolhida e digerida a partir da centralidade da relação com Deus, vivo e actuante e em contínua comunicação com aqueles que ama através da realidade, das circunstâncias particulares da vida vivida.

O principal efeito desta hermenêutica da vocação é a capacidade contínua de *re-significação da vida* vivida: Abraão é capaz de sair da sua terra, prescindindo das suas seguranças (até do seu filho)¹⁴; Maria encontra novo sentido ao gerar um filho, apesar do escândalo social e da impossibilidade biológica¹⁵; Paulo deixa de ver os cristãos como uma afronta ao Judaísmo que seguia zelosamente, mas encontra na pessoa de Jesus o sentido verdadeiro da sua vida¹⁶. Esta lista poder-se-ia completar com um sem-fim de nomes, mas vemos aqui como o encontro vital com Deus gera uma hermenêutica que confere significado ao que pode ser absurdo ou impossível na esfera humana.

A consolação, sinal inconfundível do encontro com Cristo, não é uma mera experiência emotiva. A consolação é o dom recebido na relação com Deus, que transforma a pessoa e a torna capaz de receber a Vida Divina através da sua circunstância concreta¹⁷. Por isso, a descoberta *contínua* da vocação requer uma abertura contínua do olhar, capaz de uma hermenêutica da vida comum. A releitura partilhada da própria vida com o Senhor confere significado à própria alegria e à própria tristeza e dificuldade, que são lidas como momentos de uma história comum de Salvação, que conduz à verdadeira vida.

A vocação médica: para uma hermenêutica da doação

O médico é, em grande medida, configurado pela atitude fundamental do *cuidado*. A preparação técnica dota o médico de estratégias mais

14 Gn 12.22

15 Lc 1, 26-38

16 At 9,1-25

17 David Cabrera Molino SJ, *Liberarnos del miedo: una voluntad entregada*, 2.ª ed., Servidores y Testigos (Bilbao: SalTerrae, 2021), 217–20.

robustas para atender às necessidades dos doentes; mas, como vimos acima, não é na técnica que se encontra o verdadeiro sentido do gesto. O aprofundamento da *tekhné* requer um acesso mais profundo e intencional à profundidade da experiência da pessoa-médico, capaz de reinterpretar e conferir significado ao gesto¹⁸.

O gesto médico ganha verdadeiro sentido quando o entendemos como um diálogo de doação. O doente, na sua fragilidade, oferece-nos a sua sintomatologia, a sua vivência subjectiva da doença, o seu contexto social e relacional, a sua necessidade existencial de resposta a esta questão chamada doença. E tudo isto é oferecido em tempo único, simultâneo, como alteridade: o doente dá-se-nos, no limite da sua humanidade.

Não é apenas o doente que se dá; também o médico dá ao doente a sua atenção, o seu gesto técnico, que cristaliza a sua preparação imediata e remota na *ars guariendi*. No encontro com doente, o médico é dom no cuidado que proporciona. Esta troca pode reduzir-se à simplicidade do acto necessário ou tornar presente a pessoa-médico diante deste Outro que se me impõe como dom. O acto de relação confronta-nos com os limites da doação¹⁹.

Um dom, por definição, é uma oferta intencional e gratuita. Do ponto de vista de quem dá, encontra o seu sentido no esforço consciente e deliberado de celebrar a o Outro, plasmando num gesto ou objecto uma vivência partilhada, uma história comum – não há dons por acidente. Por isso mesmo, podemos afirmar que o dom, em sentido forte, não se resume a dar-algo: é *dar-se em algo*, como símbolo.

Do lado de quem recebe, o dom é uma disrupção gratuita e sempre imprevista da própria realidade. O dom, enquanto dado vivido, torna concreto – mais ainda tangível – a realidade que é o Outro-para-mim. O dom implode a minha imagem do Outro pela forma sensível como acrescenta e actualiza a relação que temos, oferecendo materialidade à realidade vivida, histórica e afectiva²⁰.

18 Martin Heidegger, «Para quê poetas?», em *Caminhos de floresta*, ed. Irene Borges Duarte, trad. Bernhard Sylla (Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002).

19 O que aqui particularizamos na figura do médico, co-protagonista da relação de cuidado, pode (e deve) ser estendido à relação profissional médico-médico, médico-enfermeiro, etc. A relação inter-pares está sujeita a dinâmicas similares, apesar de não serem marcada pela assimetria que aporta a doença. O acolhimento dos pares no acto cuidador é, ele mesmo, um gesto de doação.

20 Jean-Luc Marion, *Étant donné: essai d'une phénoménologie de la donation*, 3. éd. corr., 1. éd. "Quadrige", Quadrige Essais, débats (Paris: Quadrige [u.a.], 2005).

O médico, diante do doente, vê-se confrontado com um Outro cuja presença é um dom. Um dom capaz abalar as próprias certezas da consciência – o que vai desde a celeridade com que sou capaz de fazer esta consulta à forma como esta vivência concreta da doença me questiona sobre a minha postura perante o sofrimento. Diante deste dom, deparamos com o drama da hermenêutica: reduzir ou deixar-me interpelar, acolher ou categorizar. Esta é uma opção vocacional, porque configura uma leitura cada vez mais completa e integrada de cada gesto, de cada encontro, de cada Outro que me apela e se me dá além-de-mim.

Um médico que entende a sua prática como dom está assinalado por esta forma gratuita de viver. O seu cuidado nasce de uma intencionalidade de dar à pessoa doente o que tem: história, perícia, atenção, etc. O seu cuidado é uma palavra performativa, que simboliza a sua vida concretizada no encontro com este Outro. Por isto mesmo, o cuidado tem em si uma renúncia, que permite ao Outro continuar Outro, sem o escravizar às minhas categorias, porventura insuficientes para o compreender no excesso de dom que é para mim²¹. A vocação ao cuidado, concretizado no acto médico, é uma opção pela leitura aberta.

A alternativa à hermenêutica do cuidado, da vocação médica, é fechamento da narrativa de relação num dos intervenientes. Esta visão fragmenta o olhar, atomiza o gesto e leva à redução ao simples e imediato, com a erosão característica da despersonalização, do isolamento, da incapacidade de fruição do dom quotidiano da realidade que se experimenta no exercício da Medicina. A narrativa vital obscurece-se quando o olhar se centra na aplicação de uma técnica apesar do Outro²².

O *burnout* pode ser visto como caso paradigmático desta crise do olhar. A atomização do gesto, própria do horizonte técnico, insinua-se não apenas como configuradora da acção, mas sobretudo da interpretação. Os episódios isolados, desconexos, alimentam uma visão esboroada, impessoal, que apenas dá acesso aos pequenos grandes pesos da profissão. A multiplicação dos eventos exige do cuidador, e o cansaço tolda a oportunidade de ver o dom que é cuidar. A opção hermenêutica, pela qual se ensaia uma interpretação *unificada* dos eventos e relações próprios do cuidar, não é apenas uma alternativa menos má ao horizonte técnico da Medicina – e ao *burnout*, o seu indesejado efeito colateral. É uma oposição intencional à fragmentação

21 Jean-Luc Marion, *Prolegomena to Charity*, 1st ed, Perspectives in Continental Philosophy 24 (New York: Fordham University Press, 2002), cap. 4.

22 Heidegger, *The Question Concerning Technology, and Other Essays*, 13.

do gesto-cuidado, uma opção pelo reconhecimento do processo de cuidar e da história das pessoas cuidadas. Por isto mesmo, parece-nos que uma sã hermenêutica do cuidado – uma hermenêutica fundada na doação – contraria e, em grande medida, protege contra o *burnout*, integrando os eventos aparentemente absurdos numa narrativa consistente e totalizante do acto de cuidar.²³

Resta-nos a pergunta executiva: como podemos pôr isto em prática? A opção pela hermenêutica do cuidado começa na elaboração da própria experiência. Para que seja possível a interpretação, que é o exercício próprio da hermenêutica, é necessária uma narrativa a interpretar. Esta narrativa é pessoal, histórica e comunicável, mas apenas lhe tenho acesso quando me permito o exercício de elaboração sobre a minha experiência subjectiva. A experiência íntima do dom – tanto no seu lado activo, de doador, como no lado passivo, de ser-dado – é-nos imediata, mas encerra um significado mais profundo que se desvela pela reflexão e pela partilha entre pares.

O primeiro passo na redescoberta da Medicina como vocação é a partilha da própria história como dom. Ferramentas como a Medicina Narrativa ou os grupos Balint são exemplos concretos de meios que promovem este tipo de exposição ao outro. O aprofundamento da própria experiência pessoal, acolhida como doação – do doente, minha, dos pares, do que não sei nomear ou entender – abre um campo de nova interpretação, capaz de re-significar ou integrar o que, no momento vivido, não desvelara o seu verdadeiro sentido. A revisitação e reelaboração permite-nos acolher mais o significado profundo de cada acto de cuidado, dado e recebido, numa hermenêutica aberta, que aprofunda e consolida a identidade como médico, protagonista do cuidado.

Esta partilha da própria história, em releitura de doação, anda de mãos dadas com a criatividade necessária para abrir o olhar a novas interpretações. Aqui, as Humanidades podem ter um contributo determinante,

como *artes humaniores*²⁴. A exposição aos dramas, vivências e experiências dum personagem ficcional alarga o léxico de interpretação, porque expande a nossa experiência, além da nossa própria história vivida e nos leva a entrar dentro da vida de um personagem, que se torna vivo em nós. Esta composição gera reconhecimento do dom pela empatia. A metáfora torna-se um espelho de realidade.

Voltemos à vocação médica. O cenário contemporâneo é contraditório: desejamos uma Medicina personalizada, de relação e proximidade, mas vemo-nos assoberbados pela anonimidade da técnica. A forma como percebemos a identidade do médico está dependente da interpretação. A hermenêutica do objectivo opõe-se à hermenêutica da doação, gesto isolado *versus* dom de si mesmo como cuidador.

O cuidado tem em si uma escolha e uma renúncia, que podem ser fonte de aferição na busca de uma vocação médica mais inteira, mais significativa. A opção do cuidado é abertura ao dom, que se manifesta numa contínua e reiterada busca pela unicidade do Outro, que se me dá e ao qual acedo pela empatia. A confirmação desta opção torna a descoberta do dom possível e cada vez mais natural, sensibilizando o olhar, a palavra e o gesto cuidador à singularidade do Outro-a-cuidar. A isto se alia a renúncia que permite

24 Michaela Kelly et al., «‘Things We Are Expected to Just Do and Deal with’: Using the Medical Humanities to Encourage Reflection on Vulnerability and Nurture Clinical Skills, Collegiality, Compassion, and Self-Care», *Perspectives on Medical Education* 11, n.º 5 (12 de agosto de 2022): 1–5, <https://doi.org/10.1007/S40037-022-00724-W>; Tod Worner MD, «Why does Medicine need Literature?» (Congresso Português de Medicina e Literatura, Lisboa, 21 de março de 2025). understand the personhood of their patients, explore the therapeutic relationship, and consider emotional responses and personal, cultural, and social assumptions that impact on care. The program supports students to recognise vulnerability in themselves, the patient, their tutors, and the wider clinical team, as they face the challenge of aligning the clinician they want to become with ideals of professionalism and the imperfect clinical workplace. This 6-week program focuses on the vulnerability of patients, students, and doctors in a weekly tutorial interposed with clinical placements primarily in geriatric, rehabilitation, or palliative medicine. The tutorials draw from the medical humanities and use experiential, reflective, and narrative learning techniques. They are facilitated by generalist clinicians who model their own vulnerability, humanity, and reflective practice by sharing tutorial tasks equally with students. Students report feeling supported, and appreciate the opportunity to discuss ethical, psychosocial, and emotional aspects of medicine whilst reflecting on what medical practice means to them. Tutors experience a deeper appreciation of student journeys and their own vocations as clinicians and teachers. The sharing of vulnerability exposes the humanity of patients, students, and clinicians, and sustains our whole-person approach to the care of patients, students, and ourselves.”, container-title:”Perspectives on Medical Education”, -DOI:”10.1007/S40037-022-00724-W”, ISSN:”2212-277X”, issue:”5”, journalAbbreviation:”Perspect Med Educ”, language:”en”, license:”https://creativecommons.org/licenses/by/4.0”, page:”1-5”, source:”DOI.org (Crossref

23 David D. Berg et al., «Fostering Meaning in Residency to Curb the Epidemic of Resident Burnout: Recommendations From Four Chief Medical Residents», *Academic Medicine* 94, n.º 11 (novembro de 2019): 1675–78, <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002869>; Paul Ricœur, *Oneself as Another*, trad. Kathleen Blamey, Nachdr. (Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Pr, 2008), 140–68. Ill.: Univ. of Chicago Pr, 2008

ao Outro continuar Outro, que se me dá e me exige um reconhecimento capaz de prescindir das próprias categorias²⁵.

A vocação ao cuidado, concretizado no acto médico, é uma opção pela hermenêutica aberta, que confirma uma vocação. A integração dos actos e relações de cuidado numa narrativa consistente e significativa, centrada na doação, permite dar sentido aos eventos que desafiam e agridem a pessoa-que-cuida, o que previne a fragmentação característica do *burnout*. A abertura mantida ao dom, que configura um estilo de interpretação, permite que a Esperança se insinue por entre os gestos, os diagnósticos e os rostos, para que a realidade médica seja, ela mesma, um dom²⁶.

Referências

1. Alphonso, Herbert. *Discovering your personal vocation: the search for meaning through the Spiritual exercises*. New York: Paulist Press, 2001.
2. Anandarajah, Gowri, Georgia Sleeth, Meera Mennillo, e Achutha Srinivasan. «Transforming Narratives of Physician Identity Formation and Healing: A Longitudinal Qualitative Study of Physicians' Stories about Spirituality and Medicine, from Residency to Practice». *BMC Medical Education* 25, n.º 1 (27 de fevereiro de 2025): 319. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-06788-6>.
3. Aristotle, William David Ross, e Lesley Brown. *The Nicomachean Ethics*. Ed. rev. Oxford World's Classics. Oxford: Oxford university press, 2009.
4. Berg, David D., Sanjay Divakaran, Robert M. Stern, e Lindsay N. Warner. «Fostering Meaning in Residency to Curb the Epidemic of Resident Burnout: Recommendations From Four Chief Medical Residents». *Academic Medicine* 94, n.º 11 (novembro de 2019): 1675–78. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002869>.
5. Cabrera Molino SJ, David. *Liberarnos del miedo: una voluntad entregada*. 2.ª ed. Servidores y Testigos. Bilbao: SalTerra, 2021.
6. Cassell, Eric J. *The Nature of Clinical Medicine: The Return of the Clinician*. Oxford New York: Oxford University Press, 2015.
7. Clarke, Steve, e Justin Oakley. «Where There's Hope, There's Life: On the Importance of Hope in Health Care». *The Journal of Medicine and Philosophy: A*

25 Marion, *Prolegomena to Charity*, cap. 4.

26 Steve Clarke e Justin Oakley, «Where There's Hope, There's Life: On the Importance of Hope in Health Care», *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 50, n.º 1 (4 de fevereiro de 2025): 13–24, <https://doi.org/10.1093/jmp/jhae037>.

- Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 50, n.º 1 (4 de fevereiro de 2025): 13–24. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhae037>.
8. Collier, Kristin M., Cornelius A. James, Sanjay Saint, e Joel Howell. «The Role of Spirituality and Religion in Physician and Trainee Wellness». *Journal of General Internal Medicine* 36, n.º 10 (outubro de 2021): 3199–3201. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06808-3>.
 9. De Brito Sena, Marina Aline, Rodolfo Furlan Damiano, Giancarlo Lucchetti, e Mario Fernando Prieto Peres. «Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework». *Frontiers in Psychology* 12 (18 de novembro de 2021): 756080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>.
 10. Delroisse, Stephanie, Bernard Rimé, e Florence Stinglhamber. «Quality of Social Sharing of Emotions Alleviates Job Burnout: The Role of Meaning of Work». *Journal of Health Psychology* 28, n.º 1 (janeiro de 2023): 61–76. <https://doi.org/10.1177/13591053221091039>.
 11. Guille, Constance, e Srijan Sen. «Burnout, Depression, and Diminished Well-Being among Physicians». Editado por C. Corey Hardin. *New England Journal of Medicine* 391, n.º 16 (24 de outubro de 2024): 1519–27. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2302878>.
 12. Heidegger, Martin. «Para quê poetas?» Em *Caminhos de floresta*, editado por Irene Borges Duarte, traduzido por Bernhard Sylla. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.
 13. ———. *The Question Concerning Technology, and Other Essays*. New York: Garland Pub, 1977.
 14. Hiver, Chloé, Antoine Villa, Gauthier Bellagamba, e Marie-Pascale Lehucher-Michel. «Burnout Prevalence among European Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis». *International Archives of Occupational and Environmental Health* 95, n.º 1 (janeiro de 2022): 259–73. <https://doi.org/10.1007/s00420-021-01782-z>.
 15. «ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics». Acedido 17 de março de 2025. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#129180281>.
 16. Ignatius de Loyola. *Exercícios espirituais*. Traduzido por Mário Garcia, SJ. Braga: Editorial A.O., 2016.
 17. Jackson, Mark, ed. *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Reprinted. Oxford: Oxford University Press, 2012.
 18. Kelly, Michaela, Johanna Lynch, Penny Mainstone, Alison Green, e Nancy Sturman. «'Things We Are Expected to Just Do and Deal with': Using the Medical Humanities to Encourage Reflection on Vulnerability and Nurture Clinical Skills, Collegiality, Compassion, and Self-Care». *Perspectives on Medical*

Education 11, n.º 5 (12 de agosto de 2022): 1–5. <https://doi.org/10.1007/S40037-022-00724-W>.

19. Korhonen, Maija, Katri Komulainen, e Venla Okkonen. «Burnout as an Identity Rupture in the Life Course: A Longitudinal Narrative Method». *Sociology of Health & Illness* 42, n.º 8 (novembro de 2020): 1918–33. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13183>.
20. Listopad, Ian W., Maren M. Michaelsen, Lena Werdecker, e Tobias Esch. «Bio-Psycho-Socio-Spirito-Cultural Factors of Burnout: A Systematic Narrative Review of the Literature». *Frontiers in Psychology* 12 (1 de dezembro de 2021): 722862. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722862>.
21. Marion, Jean-Luc. *Étant donné: essai d'une phénoménologie de la donation*. 3. éd. corr., 1. éd. “Quadriga”. Quadriga Essais, débats. Paris: Quadriga [u.a.], 2005.
22. ———. *Prolegomena to Charity*. 1st ed. Perspectives in Continental Philosophy 24. New York: Fordham University Press, 2002.
23. Martini, Carlo Maria. *Biblia e vocación*. Traduzido por José María Hernández Blanco. 3ª. Nueva Alianza minor 5. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2013.
24. Maslach, Christina, e Michael P. Leiter. «Understanding the Burnout Experience: Recent Research and Its Implications for Psychiatry». *World Psychiatry* 15, n.º 2 (junho de 2016): 103–11. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
25. Pessoa, Fernando. *Odes de Ricardo Reis*. Lisboa: Ática, 1946.
26. Piemonte, Nicole M. *Afflicted: how vulnerability can heal medical education and practice*. Basic bioethics. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2017.
27. Ricœur, Paul. *Oneself as Another*. Traduzido por Kathleen Blamey. Nachdr. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Pr, 2008.
28. Rodrigues, Hugo, Ricardo Cobucci, Antônio Oliveira, João Victor Cabral, Leany Medeiros, Karen Gurgel, Tházio Souza, e Ana Katherine Gonçalves. «Burnout Syndrome among Medical Residents: A Systematic Review and Meta-Analysis». Editado por Florian P. Junne. *PLOS ONE* 13, n.º 11 (12 de novembro de 2018): e0206840. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206840>.
29. Southwick, Steven, Leonard Wisneski, e Patricia Starck. «Rediscovering Meaning and Purpose: An Approach to Burnout in the Time of COVID-19 and Beyond». *The American Journal of Medicine* 134, n.º 9 (setembro de 2021): 1065–67. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.04.020>.
30. Toubassi, Diana, Carly Schenker, Michael Roberts, e Milena Forte. «Professional Identity Formation: Linking Meaning to Well-Being». *Advances in Health Sciences Education* 28, n.º 1 (março de 2023): 305–18. <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10146-2>.
31. Worner MD, Tod. «Why does Medicine need Literature?» Apresentado na Congresso Português de Medicina e Literatura, Lisboa, 21 de março de 2025.

IA E O FUTURO DA MEDICINA: FUNÇÃO E VOCAÇÃO

João Pereira¹

A evolução recente da Inteligência Artificial (IA) é certamente espantosa. O potencial de impacto é vasto em todas as áreas do conhecimento humano, sendo a Medicina um dos exemplos mais nomeados. O futuro da prática clínica, de acordo com os futuristas de serviço, é quase inteiramente digital, desde hospitais a exames e diagnósticos, tudo com um mínimo de intervenção humana. Prevê-se muito em breve, com estimativas que vão de apenas um par de anos a poucas décadas, uma realidade em que os médicos serão quase desnecessários. Será mesmo assim? Não me parece.

Antes de mais, no ruído crescente que tem havido sobre IA desde o advento do ChatGPT, tem sido muito difícil separar o que é verdade do que é apenas propaganda, mesmo que bem-intencionada. A grande novidade recente está no conceito de “IA generativa”: mais do que apenas classificar ou analisar dados, como os métodos mais antigos faziam, esta versão tem como principal objetivo criar ou gerar novos conteúdos — seja texto, imagem, som, código ou outros formatos de dados — a partir de padrões

¹ Diretor Executivo e Professor Associado da Faculdade de Medicina da Católica, onde lidera o Laboratório de Bioestatística. Licenciou-se em Engenharia Eletrotécnica e de Computadores no Instituto Superior Técnico e doutorou-se em Imagiologia Cerebral na Universidade de Cambridge. Foi consultor estratégico e fundou diversas start-ups, desde uma agência de modelos assente no Facebook, passando por antenas microscópicas, até empresas de diagnóstico médico. Desempenhou ainda funções de assessor parlamentar em ciência e educação, com enfoque no impacto da Inteligência Artificial na sociedade.

aprendidos de bases de dados existentes. Como tal, a IA generativa utiliza padrões de dados para sintetizar e produzir algo “inédito”.

Os resultados recentes são impressionantes, mas não nos podemos esquecer que já houve vários períodos de grande entusiasmo com este tipo de tecnologia, apenas para depois se cair no desalento. Começou logo em 1956, quando a mítica conferência organizada no Dartmouth College por John McCarthy designou pela primeira vez o termo “Inteligência Artificial” (termo esse, aliás, que não foi consensual): julgava-se então que um grupo de 10 cientistas a trabalhar durante um verão conseguiria resolver a maior parte dos problemas que ainda hoje estão em aberto. Propostas tão extraordinárias como modelar todo o sistema humano de visão por um único aluno num estágio de poucos meses foram discutidas. Rapidamente se percebeu que as coisas não eram assim tão lineares. O progresso foi sendo feito, se bem que com atrasos importantes. São de destacar os “invernos de IA” – assim designados por serem períodos de interesse e financiamento reduzidos na área depois da realidade ficar muito aquém das expectativas criadas – entre 1974 e 1980 e depois entre 1987 e 2000. Nada nos garante que não nos espere um novamente.

Talvez desta vez seja diferente, no entanto. A lei de Moore, observada desde a década de 60, afirma que o número de transístores num chip de computador duplica a cada dois anos. Em termos aproximados, isto implica que a velocidade do chip também duplica no mesmo período, o que sugere um comportamento exponencial. Várias fontes afirmam agora que esta lei, quando aplicada a algoritmos de IA, apresenta uma duplicação a cada 7 meses – e há quem sugira até metade disso. Um crescimento exponencial desta ordem de magnitude está para lá de qualquer capacidade de compreensão humana, para não falar de acompanhamento regulatório ou de tecnologias aplicadas. O potencial de disrupção é, portanto, incomensurável. A este ritmo, numa década estaremos em níveis de capacidade e complexidade de sistemas de IA ao nível da mais ambiciosa ficção científica, certo? Não. É aqui que as coisas têm de ser temperadas.

Extrapolar é um pecado capital em matemática. “Como algo se comportou assim até agora, vai-se comportar da mesma forma doravante” é um erro que tem levado à ruína financeira e tecnológica de muito otimista. Até a lei de Moore original já não se aplica devido a limitações físicas na construção dos chips: afinal, há um tamanho mínimo para qualquer coisa. Há barreiras reais ao potencial de crescimento destes novos algoritmos de IA generativa, que vão desde a energia despendida à quantidade de informação de qualidade necessária para os treinar. Adicionalmente, é importante

ver de que evolução estamos a falar: estes algoritmos *não* são inteligentes nem pensam como um ser humano, apenas interpolam e associam pontos de informação existentes com base em modelos probabilísticos. Enfim, este “apenas” não é bem adequado, pois fazem-no muitíssimo bem e com enorme utilidade para os mais variados fins. Ainda assim, já tentaram pegar no telemóvel e escrever uma mensagem de texto utilizando só as palavras que o programa sugere? Acabei de o fazer e o resultado foi este: “E o meu irmão também não me deixa fazer o teste e depois não sei como vou conseguir estar a trabalhar” – em termos sintáticos e semânticos, não há nada de errado aqui, se bem que eu não tenha um irmão e não esteja a fazer nenhum teste. O exemplo pode ser absurdo, mas é isto que o ChatGPT faz, ainda que numa escala extraordinariamente mais ampla e complexa. Ainda assim, há elementos de contexto e, mais importante, de raciocínio que não são contemplados. Isto, em termos médicos, pode ser muito grave.

Este entusiasmo sem barreiras tem-se infiltrado em tudo que tem a ver com IA. Os adeptos mais fervorosos, muitos de Silicon Valley e arredores, propagam profecias com o zelo dos convertidos e, pior, com ares de certeza científica categórica. Temos historiadores a escrever livros onde termos de engenharia são maltratados e usados para expor doutrinas em vez de ciência. Temos empreendedores e investidores que se anunciam como apóstolos da nova única religião, o transumanismo, que nos levará a todos a um paraíso tecnológico e digital onde a doença, a guerra e a morte são desconhecidas. O grande evento messiânico, designado por “singularidade”, está mesmo ao virar da esquina: veremos então o nascimento de uma IGA – inteligência geral artificial, imensamente mais poderosa do que o mero cérebro humano e, talvez, auto-consciente. A lista continua, em inversa proporção da humildade dos autores e, atrevo-me a dizer, da sanidade. Neste cenário, portanto, não faltam os que dizem que a Medicina tem os dias contados.

Haverá funções dentro da Medicina que, por causa da IA, poderão mudar, algumas até terminar de todo? Sem dúvida. Isto insere-se na evolução natural da ciência e dos seus métodos. As diversas tarefas técnicas e operacionais, desde procedimentos padronizados a análises e diagnósticos, poderão ser cada vez mais automatizadas. Aqui é importante sublinhar que, provavelmente na maior parte dos casos, estaremos não a falar de IA generativa, antes de sistemas especialistas (*expert systems*). Estes sistemas têm um conjunto base de regras, desde *guidelines* e factos clínicos validados, a que não podem fugir nem “alucinar”, ao contrário dos seus mais imaginativos primos da IA generativa. Sistemas de suporte a decisões clínicas já são largamente utilizados e é natural que se tornem mais comuns à medida que

também evoluem e se tornem mais simples de integrar nos processos existentes. As novas gerações de médicos, mais disponíveis para esta intrusão digital nos seus métodos de trabalho, serão chave nesta evolução.

É inevitável uma crescente integração da tecnologia na prática médica. Tal como aconteceu nos últimos anos com um maior acesso a meios complementares de diagnósticos, também haverá um recurso cada vez maior a algoritmos de IA para ajudar em diagnósticos mais complexos e outras tarefas. Estas ferramentas são capazes de analisar grandes bases de dados e identificar padrões que poderão escapar ao clínico mais experiente, sugerindo novas avenidas a explorar. Adicionalmente, a robotização de procedimentos mais rotineiros, em particular em cirurgias, poderá levar a uma maior eficiência da utilização do tempo dos cirurgiões. E não nos podemos esquecer que os processos administrativos, como a simples introdução de dados num computador ou registar uma anamnese, poderão ser substancialmente aliviados com o uso de IA. Isto para não falar em todo o impacto na investigação, na descoberta de novas moléculas e desenvolvimento de novos medicamentos, nas análises laboratoriais em ambientes simulados “in silico”, etc.

Tentar parar esta tendência é como tentar parar o vento com as mãos. Também no início do século XIX, quando os tecelões Ingleses começaram a ser substituídos por máquinas, surgiu o movimento ludita que vandalizava as ditas e tentava impedir o movimento pesado do progresso. A expressão “ludita” hoje em dia significa alguém que tenta, inutilmente, recusar a introdução de novas tecnologias e parar, ou mesmo inverter, a direção do tempo. Havia, no entanto, um lado positivo neste movimento, que era a preocupação da qualidade do produto final e das condições de trabalho. Nestes pontos não deve haver nenhuma concessão. Por muito adeptos do progresso que sejamos, não podemos justificar uma atitude de “vale tudo” com isso. Em particular, não devem ser poupados esforços para assegurar que a boa prática clínica não seja levada na enxurrada do entusiasmo tecnológico. No caso da Medicina, isto implica haver uma separação clara entre o que são as funções do médico e o que significa ser médico, ou seja, a vocação.

A profissão médica apresenta desafios humanos importantes, para lá de todos os cognitivos bem conhecidos. Poucas profissões haverá que mais exijam uma sincera vocação por parte de quem as pratica. Esta vocação envolve aspetos emocionais e éticos – o *pathos* e *ethos* que precisam de equilibrar o *logos* do conhecimento. É necessário ter empatia, saber escutar ativamente, saber liderar, comunicar e colaborar. Há que saber ser-se um

académico e um profissional, bem como um defensor de temas de saúde e assegurar que não haja confusões e desinformações. Um médico deve procurar estabelecer um vínculo sincero com o paciente e ter a capacidade de lidar com ambiguidades clínicas. Por fim, há que saber tomar decisões baseadas não apenas em dados, mas também em valores e princípios. A parte do saber está sempre aqui no meio, se bem que sempre enquanto ingrediente e não enquanto pilar único.

Os ganhos de tempo e eficiência permitidos pela IA devem ser aproveitados para haver uma maior dedicação a estes aspetos humanos insubstituíveis. Um médico tem a capacidade de compreender as angústias e necessidades do paciente, algo que a IA não consegue substituir. Acresce a isto que um paciente frequentemente precisa da presença humana para sentir segurança e acolhimento, sobretudo em momentos de vulnerabilidade. Um médico também deve servir de filtro para impor limites às recomendações dos algoritmos, algo particularmente importante em dilemas complexos. Ou seja, a IA não pode nunca substituir o médico, não só por que a componente humana e o julgamento ético são imprescindíveis, como também porque a responsabilidade profissional será sempre do médico. Com o avanço da automatização de funções técnicas, ganha ainda mais relevância o desenvolvimento de comunicação, ética e empatia ao longo do curso de medicina.

O futuro da IA encontra-se na complementaridade e na colaboração com os humanos. Não significa isto que estes sistemas sejam apenas ferramentas de apoio, no entanto. Não se pode cair no erro de achar que um sistema de IA tem um modelo de utilidade semelhante a uma calculadora ou a um ecógrafo, pois aí estaremos a perder muito do potencial que estas tecnologias nos podem dar. Estes sistemas devem ser vistos como colaboradores por direito próprio. Aliás, o surgimento de agentes de IA vai tornar esta expressão colaborativa ainda mais expressiva. Estes agentes são programas com autonomia que conseguem desempenhar diversas tarefas e tomar decisões por si só com base num conjunto mais ou menos específico de instruções. Os próximos avanços da IA estarão muito focados neste campo, que suplanta largamente a habitual interface que solicita um *prompt*. Seremos colocados face a face (de certo modo) com uma outra entidade, mesmo que não consciente e talvez não muito inteligente, mas certamente muito competente.

Aqui entramos num domínio mais exploratório e até desafiante, mas é isso que o futuro nos está a pedir. Não uma substituição dos médicos, antes uma maior eficácia nas suas funções e uma potenciação da sua vocação

através das diversas ferramentas disponíveis. Vocação vem do “ser chamado”. Aqui, os médicos estão a ser chamados para desempenhar as suas funções numa visão mais ampla e até humilde da Medicina. Com a IA, os 4Ps da medicina – preditiva, preventiva, personalizada e participativa –, propostos em 2011 como uma visão do futuro para a clínica podem, finalmente, elevar-se a outro patamar de concretização na prática do dia a dia. Mais do que repositórios do vasto conhecimento médico das suas áreas e aí regentes absolutos, os médicos serão pivots que ligam o mundo humano ao digital e a diversos outros profissionais de saúde, interagindo com agentes de IA autónomos e com pacientes assustados. Os médicos terão de perceber as preferências destes últimos para ajustar as recomendações dos primeiros, terão de definir e defender as barreiras éticas, atrelando-se a assumir a responsabilidade final após tudo analisar; e, por fim, terão de ganhar e manter a confiança dos seus colaboradores, pares e pacientes ao longo de todo o processo.

Não é coisa pouca. Isto implica também uma nova visão da educação médica e das necessidades de atualização do conhecimento ao longo da vida. Os futuros médicos terão de saber interpretar dados e entender como funcionam os algoritmos de forma a saber avaliar de forma crítica as sugestões dadas por estes. Não basta “carregar no botão” e esperar uma resposta: haverá a necessidade de interação, iteração e colaboração. Há que perceber que os computadores e os algoritmos têm limitações, funcionam com base em diversas assunções e exigem um conjunto de condições, mais ou menos rígidas, para que os resultados sejam fiáveis. Quer isto dizer que um médico terá se transformar num engenheiro? Não, mas um médico terá de saber conversar com um engenheiro partindo de uma base informada de forma a participar no desenho deste novo mundo.

A implementação de sistemas de IA em ambiente clínicos apresenta questões complexas que terão de ser geridas pelos médicos. Temas como privacidade e segurança de dados serão cada vez mais importantes, exigindo decisões informadas por quem sabe e não apenas recomendações gerais por peritos legais. Assegurar a equidade no acesso às diversas ferramentas que vão surgindo será outro grande desafio que recairá sobre todos os profissionais de saúde, com ênfase nos médicos. Ou seja, um médico não poderá ser apenas um utilizador passivo, mas antes experiente e participativo, estando envolvido desde o desenvolvimento até à implementação e utilização destes sistemas de IA.

Aliás, não serão apenas os médicos a precisar de saber lidar com outras áreas do conhecimento. Todas as profissões serão desafiadas a isso. Já foi

demonstrado que a utilização de IA enquanto apoio à resolução de problemas permite uma abordagem mais interdisciplinar, evitando que equipas muito especializadas – em qualquer campo – se confinem excessivamente ao que dominam. Há, portanto, um convite, mais do que uma exigência, a uma maior abertura de abordagens, métodos e conhecimentos. Quem o aceitar, verá que as funções não terão uma apresentação tão rígida e poderá encontrar uma fluidez na sua prática clínica. Haverá, efetivamente, mais espaço para a vocação encontrar a sua voz ao escapar-se assim, pelo menos em parte, ao jugo da função e das “funções”.

“O profissional médico que se destacará no futuro é aquele que alia o domínio técnico à vocação e consegue integrar a tecnologia e sensibilidade humana para oferecer uma medicina mais precisa e acolhedora.” Isto disse-me o ChatGPT quando lhe perguntei o que achava do título deste artigo. Não podia estar mais de acordo. O advento das tecnologias de IA na Medicina deve ser recebido com a esperança de que haverá mais espaço e tempo para a vocação, para Hipócrates e para Esculápio, para o coração e para o serviço, simplificando e automatizando tudo o resto. Quanto aos medos, podemos e devemos ter calma. Alguém se lembra quando a Ford disse, em 2017, que iria produzir carros totalmente autónomos e sem volante a partir de 2022? E quantas vezes, nos últimos 20 anos, foi dito que os radiologistas iriam ficar sem emprego devido à análise automática de imagens? Tenho poucas dúvidas que, mesmo daqui a muitos anos, veremos radiologistas e irem para o seu emprego no hospital ao volante de um carro que depende do condutor, por muito *IA powered* que seja.

Para terminar, peço a todos os médicos e estudantes de medicina que estejam a ler este artigo que pensem *mesmo* no que significa ser médico. Removam todas as funções e tarefas inerentes, os mil e um detalhes da prática clínica, a bata branca e o estetoscópio, o consultório e a marquesa, os desafios e as recompensas. Removam isso tudo. Voltem à origem, ao primeiro momento em que sentiram que essa poderia ser a vossa escolha de vida. A essa primeira inclinação e sugestão. Conseguem ouvi-la? Isso é a vocação. Isso ninguém vos tira.

MEDICINA: VOCAÇÃO OU PROFISSÃO? Reflexões a Partir da Missão no Barco Papa Francisco

Franco Scariot¹ - Antonio C. de Souza²

Introdução

A medicina é uma profissão ou uma vocação? Aparentemente, esta é uma simples pergunta que poderia ser respondida de uma ou outra maneira, conforme as diferentes visões de mundo. No entanto, quando analisada mais profundamente, a resposta se revela complexa e, em muitos casos, toca diretamente a identidade e o sentido de vida do médico, podendo até ser a causa de uma crise existencial.

Tal fato ocorre, principalmente, com aqueles que, de forma concreta, sentem-se chamados ao cuidado dos enfermos. Não é incomum encontrar médicos verdadeiramente vocacionados ao trabalho que exercem se sentem constrangidos pelas condições precárias de trabalho, bem como por inadequadas remunerações, gerando sentimentos de desvalia. O desafio de conciliar a vocação com as dificuldades estruturais da profissão médica é real, e impacta tanto a motivação quanto o bem-estar dos profissionais.

O reconhecimento da medicina como vocação não exclui, pelo contrário, reforça sua seriedade como profissão, a qual envolve um aspecto técnico rigoroso, uma legislação específica e uma deontologia própria.

1 Cirurgião Geral e Oncológico. Graduação e Mestrado em Filosofia
Presidente da Associação Brasileira de Médicos Católico

2 Cirurgião Geral e Vascular. Professor da Universidade Católica de Brasília.

Exercer a medicina com propriedade requer dedicação física e intelectual, aprimoramento constante e disponibilidade de tempo. O custo pessoal e familiar não é desprezível, havendo inúmeras situações de abdicação das vontades próprias e cancelamento de planos pessoais. Além disso, os riscos jurídicos são significativos, e os desafios emocionais, como a Síndrome de *Burnout*, são uma ameaça real para muitos médicos.

Sim, a medicina é uma profissão difícil e exigente, e, portanto, deve ser reconhecida por toda a sociedade. Trata-se de uma questão de justiça: uma remuneração adequada, capaz de gerar sustento para si e para a família, oportunidades de descanso e lazer, bem como uma perspectiva de aposentadoria segura, são fundamentais para que o médico possa exercer sua missão com dignidade. No entanto, esta não deve ser a única maneira de encarar a medicina. A complexidade do tema exige uma reflexão mais elaborada.

A Doutrina Social da Igreja nos auxilia nesse aprofundamento, servindo como parâmetro não apenas para médicos católicos, mas para todos os médicos de boa vontade. O trabalho médico é essencial, e, assim como qualquer outro trabalho, deve ser honrado porque é, segundo a Doutrina Social da Igreja (DSI 257), condição de vida decorosa. O próprio Cristo ensina a apreciar o trabalho ao dedicar-se ao trabalho manual na oficina de José (Mt 13,55), além de condenar o comportamento do servo indolente (Mt 25, 14-30) e louvar o servo fiel e prudente que o patrão encontra aplicado em cumprir a tarefa que lhe fora confiada (Mt 24,46). É de Jesus o princípio geral segundo o qual “o operário é digno de seu salário” (Lc 10,7).

Por outro lado, Jesus ensina aos homens (inclusive aos médicos) a “não se deixarem escravizar pelo trabalho” (DSI 260). O médico trabalhador deve se preocupar, antes de tudo, com a sua alma, pois de que adianta ganhar o mundo e despreocupar-se dela? O trabalho não deve afligir o homem. Não se deve negligenciar o Reino de Deus e a Sua Justiça (Mt 6,33), pois tudo o mais, inclusive o trabalho médico, encontra o seu sentido quando orientado para aquilo que jamais nos será tirado.

Nos é ensinado que o trabalho humano, incluindo o ato médico, representa uma dimensão fundamental da existência humana enquanto participação na obra não só da Criação, mas também da Redenção. “Quem suporta a penosa fadiga do trabalho em união com Jesus, num certo sentido, coopera com o Filho de Deus em Sua obra redentora e se mostra discípulo de Cristo levando a Cruz, cada dia na atividade que é chamado a levar a cabo” (DSI, 263).

Todos estes ensinamentos não isentam a ninguém do dever de trabalhar (2Ts 3, 7-15), parte integrante da condição humana. É um ponto de honra trabalhar com as próprias mãos e não depender de ninguém.

Enfim, o trabalho é um direito fundamental e é um bem para o homem (DSI 287). Possui um caráter de necessidade. Desta forma, a Igreja orienta sobre os direitos dos trabalhadores, nos quais incluem-se os médicos, que, como todos os demais direitos, baseiam-se na natureza da pessoa humana e na sua dignidade transcendente. Destacam-se eles:

- o direito a uma justa remuneração; o direito ao repouso; o direito “a dispor de ambientes de trabalho e de processos de laboração que não causem dano à saúde física dos trabalhadores nem lesem sua integridade moral”; o direito de ver salvaguardada a própria personalidade no lugar de trabalho, “sem serem violados seja de que modo for na própria consciência ou dignidade”; o direito à convenientes subvenções indispensáveis para a subsistência do trabalhadores desempregado e de suas famílias; o direito à pensão bem como ao seguro para a velhice, para a doença e para o caso de acidentes de trabalho; o direito a disposições sociais referentes a maternidade; o direito a reunir-se e de associar-se. (DSI 301)

Mas, para além dos direitos profissionais, a Doutrina Social da Igreja destaca o Princípio da Justiça, tendo em vista que: “A justiça, com efeito, não é uma simples convenção humana, porque o que é justo não é originalmente determinado pela lei, mas pela identidade profunda do ser humano” (DSI 202). Desta forma, é lícito aos médicos lutarem por questões de justiça trabalhista diante de cenários progressivamente mais desafiadores, pelo menos no Brasil.

Tudo isto é verdade, mas não preenche o coração humano. Exercer a profissão médica com destreza e sabedoria, conhecimento técnico e retidão de conduta é o mínimo que se exige de um bom profissional. Nem mesmo o próprio reconhecimento profissional é capaz de satisfazer a alma humana em plenitude. As palavras do jovem rico ecoam forte: “Tudo isso tenho guardado; o que me falta ainda?” (Mat 19,20). O que nos falta ainda para sermos médicos realizados plenamente? A chama da vocação que ainda fuma é a fonte inspiradora da resposta. É a real presença Divina no coração do médico, capaz de ressignificar todo ato médico.

Experiência dos Autores na Missão Amazônica

O Barco Hospital Papa Francisco é uma obra missionária da *Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus*, idealizada para levar assistência

médica e odontológica às comunidades ribeirinhas da Amazônia. Lançado em 2019, o barco atende populações isoladas do estado do Pará, onde o acesso à saúde é escasso ou inexistente. Equipado com centro cirúrgico, exames radiológicos, laboratório de análises clínicas, farmácia e consultórios médicos e odontológicos, essa embarcação hospitalar se tornou um símbolo de esperança para milhares de brasileiros. Além do atendimento clínico, a iniciativa promove educação em saúde, acompanhamento de doenças crônicas e prevenção de enfermidades tropicais, alinhando-se à tradição cristã de assistência aos mais necessitados. Para manter suas atividades, o projeto depende de doações e voluntariado, demonstrando o papel essencial da Igreja e da sociedade na construção de uma assistência humanitária integral. Além do *Barco Papa Francisco*, o projeto já conta com outras embarcações em operação, ampliando o atendimento a diferentes regiões da Amazônia. Entre esses barcos destacam-se o *Barco Hospital São João XXIII* e o *Barco Hospital São João Paulo II*, ambos equipados com infraestrutura de saúde para levar atendimento especializado à comunidades ribeirinhas.

Durante o IV Congresso Brasileiro de Médicos Católicos, realizado em Brasília no ano de 2021, tomamos conhecimento dessa importante obra de assistência voluntária promovida pela parceria da Igreja Católica com o Sistema Único de Saúde do Brasil. Após o convite para participarmos desta obra, saímos de nossas cidades, no sul e no centro-oeste do país, e depois de muitas horas de voo chegamos em Santarém, no Pará. Fomos apresentados à equipe hospitalar, à tripulação do barco, bem como aos demais médicos e dentistas voluntários. Após uma noite de viagem no Barco Papa Francisco subindo o rio Amazonas, atracamos na comunidade de Piracãoera de Cima, região várzea na margem direita do rio Amazonas. Esta região se caracterizava por poucas habitações, e todas elas, incluindo a pequena Igreja, eram construídas sobre palafitas (para suportarem o período das cheias do rio). No dia seguinte, inúmeras pequenas embarcações chegaram, transportando enfermos das mais diversas localidades.



Figura 1. População ribeirinha de Piracãoera de Cima, no Rio Amazonas, recepcionando a chegada do Barco Francisco

Enquanto o padre, juntamente com alguns servidores do Hospital, faziam a acolhida e triagem das pessoas que aguardavam assistência, a equipe de profissionais voluntários iniciava o atendimento da população. Atendimentos clínicos, ginecológicos, pediátricos, odontológicos e até mesmo algumas cirurgias de pequeno e médio porte foram realizadas. O pós-operatório dos pacientes era realizado em um barco de apoio aportado ao lado.

Apesar de um semblante incapaz de esconder o sofrimento, era possível visualizar o sentimento de gratidão impresso em cada um. Essa experiência foi mais do que uma prestação de serviços; foi um reencontro com a essência da vocação médica.



Figura 2. Autores realizando procedimento cirúrgico dentro do Barco Hospital Papa Francisco



Figura 3. Foto dos autores em frente ao Barco Francisco no final de tarde após realizar atendimentos à população.



Figura 4. Barco Papa Francisco e barco de apoio no final de tarde

Por uma semana, podemos experimentar a vivência de uma doação profissional abnegada. Somente quando os aspectos relacionados à justiça foram colocados de lado é que pudemos nos reencontrar na via da caridade.

“A plena verdade sobre o homem permite superar a visão contratualista da justiça, que é visão limitada, e abrir também para a justiça o horizonte da solidariedade e do amor: “A justiça sozinha não basta; e pode mesmo chegar a negar-se a si própria, se não se abrir àquela força mais profunda que é o amor”. (DSI 203)

Após 20 e 30 anos de formados, esse momento representou um resgate do sentido de nossa escolha profissional. A prática diária muitas vezes nos absorve em burocracias e desafios administrativos, distanciando-nos da pureza do chamado inicial. O contato direto com os pacientes ribeirinhos, a escassez de recursos e a necessidade de soluções criativas para garantir assistência de qualidade reavivaram a nossa dimensão vocacional da medicina.

A vocação médica não se reduz à competência técnica. Ela exige um coração disposto a servir, a oferecer cuidado humanizado e a reconhecer o valor da vida em todas as suas formas. O CIC ensina que “o seu amor de predileção para com os enfermos não cessou, ao longo dos séculos, de despertar a atenção particular dos cristãos para aqueles que sofrem no corpo ou na alma” (CIC, n. 1503). Assim, o médico não apenas trata doença, mas acolhe, conforta e dignifica a pessoa doente, reconhecendo nela a imagem e semelhança de Deus.

Avocação médica é um chamado ao serviço e à compaixão. A *Samaritanus Bonus* recorda que “o amor pelo próximo animado pela caridade de Cristo é um dos sinais distintivos da identidade cristã” (SB, n. 2). Essa identidade se manifesta especialmente no cuidado dos mais vulneráveis: os doentes, os frágeis e os que sofrem. A medicina, quando exercida com essa perspectiva, torna-se uma verdadeira obra de misericórdia.

A *Doutrina Social da Igreja* reforça que o trabalho tem um valor que ultrapassa sua função econômica, sendo uma participação na criação e na redenção divina (DSI, n. 263). No caso do médico, seu trabalho é um instrumento eficaz contra o sofrimento e a morte prematura. A profissão médica, quando iluminada pela fé, transcende o reconhecimento social e financeiro, tornando-se um testemunho de amor gratuito.

Ser médico católico é atender a um chamado divino, colocando-se a serviço da vida e da dignidade humana. Essa missão não está

isenta de dificuldades, mas é sustentada pela Graça de Deus. Como o Bom Samaritano do Evangelho, o médico é chamado a inclinar-se sobre a dor do outro, não apenas com a ciência, mas com o coração.

Assim, a vocação médica não é apenas um ofício, mas um compromisso ético e espiritual de viver a caridade no cuidado com os doentes. A medicina exercida com essa consciência torna-se, mais do que uma profissão, uma resposta concreta ao mandamento do amor.

Somente a via da caridade, confinada ao âmbito das relações de proximidade ou limitada aos aspectos subjetivos do agir para com o outro, é capaz de, ao assumir seu valor de critério supremo e universal de toda a ética social, preencher os anseios do coração humano e reavivar a chama do dom sincero de si, sentido último de toda a vocação médica.

Conclusão

A experiência embarcada no *Barco Papa Francisco* reforçou a convicção de que a medicina, muito mais do que uma importante profissão, é uma vocação. A profissão médica exige competência técnica, mas sua essência está no compromisso ético e na compaixão pelo próximo. A medicina vocacional, inspirada pela moral católica, pela bioética personalista e pelos ensinamentos da Igreja, representa a plenitude da missão médica que concretiza-se no dom sincero de si.

Não se podem regular as relações humanas unicamente com a medida da justiça. A caridade pressupõe e transcende a justiça. Desta forma, ser médico não é apenas “ser bom”, mas “fazer o bem”. A vocação é a resposta a um chamado, enquanto a profissão é o conjunto de habilidades que nos permite responder bem a esse chamado. Nossa missão na Amazônia foi um testemunho vivo de que a medicina, quando exercida como vocação, se transforma em um ato de amor ao próximo. Mas mais do que isso, nesta missão encontramos Cristo nas pessoas carentes que sofriam de enfermidades. Sabíamos disso porque nosso coração ardia como os discípulos de Emaús.

Referências

1. Congregação para a Doutrina da Fé. Carta *Samaritanus Bonus* sobre o cuidado das pessoas nas fases críticas e terminais da vida. Vaticano: *Libreria Editrice Vaticana*; 2020.

2. Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus. *Barco Navio Hospital Papa Francisco* [Internet]. São Paulo: Fraternidade São Francisco de Assis na Providência de Deus; [consultado em 21 de março de 2025]. Disponível em: http://www.franciscanosnaprovidencia.org.br/associacao/nossasobras_detalhes/66/Barco-Navio-Hospital-Papa-Francisco
3. Igreja Católica. Catecismo da Igreja Católica. 2a ed. São Paulo: Edições Loyola; 2000.
4. Pontifício Conselho Justiça e Paz. Compêndio da Doutrina Social da Igreja. São Paulo: Paulinas; 2005. n. 263.

MAIS QUE SAÚDE

Mais que um fim de semana

Equipa *Mais que Saúde 2025*: António Ferreira da Silva SJ¹; Benedita Arantes e Oliveira²; Carlos Grijó³; Francisco Montellano SJ⁴; Leonor Carvalho⁵; Mafalda Esteves⁶

O que significa ser profissional de saúde: médico, enfermeiro, psicólogo? O que significa estar no terreno diariamente, a acompanhar pessoas que lidam com os limites físicos de si mesmas? Como é que, como pessoas, como homens e mulheres em caminho, lidamos com o limite e o sofrimento de outros? Como lidamos com o nosso próprio limite? Onde entra Jesus, verdadeiro Homem, e que Luz emana sobre a realidade dos doentes, dos frágeis e daqueles que têm a missão de curar, tratar e cuidar?

O Mais-que-saúde (MQS), fim-de-semana promovido pela Companhia de Jesus, tentará, entre outras coisas, iluminar algumas destas questões. Focado em Cristo como o Homem-das-chagas-curadas, este encontro junta jovens profissionais de saúde e alunos de cursos superiores de saúde em

1 Jesuíta em formação e médico sem especialidade

2 Enfermeira de Cuidados Paliativos - ULS São José

3 Interno de formação específica em Medicina Interna - ULS São João

4 Jesuíta em formação e estudante do 6.º ano de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

5 Interna de formação específica em Ginecologia/Obstetrícia - ULS de Coimbra

6 Psicóloga clínica

fase final de formação para pôr em comum os desafios que enfrentam e encontrar Deus na sua realidade diária. Organizado por um grupo composto por dois jesuítas com formação em Medicina, dois médicos, uma enfermeira e uma psicóloga, o encontro terá lugar em Cernache de 30 de Maio a 1 de Junho. Além de momentos de oração, contará com a presença de alguns convidados e uma mesa-redonda para partilha de experiências e construção de caminho. Com a espiritualidade inaciana como meio para chegar até Deus, serão exploradas várias ferramentas (como a composição de lugar, o “agir contra”, a repetição inaciana, o magis ou o exame de consciência) que podem ser usadas no trabalho com os doentes e no serviço a Cristo no dia a dia, necessariamente prático e complexo.

Na verdade, é interessante revisitar os documentos fundamentais da Companhia de Jesus, para perceber como o cuidado dos doentes e moribundos foi sempre uma constante. Nas Constituições desta ordem religiosa, no número 596, S. Inácio deixou escrito que, no acompanhamento de um companheiro doente, se há de designar jesuítas “para lhe fazer companhia, animando-o e sugerindo-lhe pensamentos que o possam ajudar em tal momento. Quando já mais nada se puder fazer por ele, encomendá-lo-ão a Deus Nosso Senhor” [Const. 596]. Por outro lado, o seu secretário, P. Juan Polanco SJ, redigiu um Diretório, onde inclui uma secção de “Modos de ajudar o moribundo”, sublinhando sobretudo o modo como se cuida. Já em pleno século XVI, era evidente que curar e cuidar vinham de mãos dadas, dando-se especial importância ao modo como se acompanha, escuta, fala e se está diante do doente. O cuidado era desde cedo parte integrante e fundamental da cura. Estes homens, antes de mais, eram chamados ao cuidado pessoa.

Por isso, é desejo deste grupo organizador perpetuar os bons hábitos do cuidado do doente e do moribundo, cultivando cuidados de saúde mais humanos através do MQS. Confrontando os profissionais de saúde com a sua motivação inicial que os levou pela área da saúde, procurar-se-á uma profissão assente na vocação ao cuidado.

A Benedita, membro do grupo que promove este encontro e enfermeira de Cuidados Paliativos da ULS S. José, testemunha que o mais desafiante no seu trabalho é pôr-se no lugar de quem cuida e aperceber-se que, no limite, o que tem a oferecer é pouco. Na sua profissão, diz sentir-se “mais uma na fila para o presépio”. No entanto, reconhece no seu trabalho a Mão do Senhor que, misteriosamente, transforma o sofrimento. Por isso, “despindo-se do orgulho e da vaidade”, começa o dia por perguntar: “Senhor, onde queres ir hoje?”. Paradoxalmente, quanto mais se dispõe vulnerável diante de Deus, mais O sente a iluminar as vidas daqueles que

cuida. “O fim-de-semana MQS”, escreve, “é uma oportunidade para falar sobre as histórias que carregamos e partilharmos os nossos caminhos”. “É a construção de uma rede de pessoas a quem o Senhor chamou para esta vocação, porque onde estiverem dois ou três profissionais de saúde reunidos em Meu nome, aí estou Eu no meio deles” (cf. Mt 18, 20).

Já a Mafalda, psicóloga clínica, reconhece que o seu trabalho em contexto privado pode ser “profundamente solitário, ao contrário de outros cenários profissionais onde a dinâmica de equipa e a interação constante fazem parte do quotidiano”. Reconhece que há um tabu na união entre a psicologia clínica e a fé, mas relembra as palavras de Carl Jung, que enfatizam a dimensão simbólica e espiritual do ser humano: “Conhece todas as teorias, domina todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, sê apenas uma alma humana”. O seu desejo é que este fim-de-semana seja uma oportunidade para refletir e partilhar experiências com pessoas que enfrentam os mesmos desafios, caminhando em direção a cuidados prestados com humanismo e empatia.

Por fim, a Leonor, médica interna de Ginecologia e Obstetrícia em fase inicial de formação, reconhece que a maravilha de ver uma vida a ser gerada é acompanhada de muitos dilemas. Faz notar a pressa com que tantas vezes é exigido que trabalhem e que acaba por erodir e desgastar um olhar previamente atento e cuidador, materializado em mecanização de gestos e actos. “Como médicos católicos”, relembra, “há um chamamento diário de humanização do cuidado”. A Leonor, como tantos outros que procuram responder aos desafios que o seu trabalho coloca, encontra alguma luz nas ferramentas que recebeu dos Jesuítas, como o exame de consciência. Através do exame, afina o seu olhar, dia após dia, para melhor reconhecer Deus e saber discernir sobre “os desafios nas pequenas e grandes decisões e interações”. O seu desejo é que, com o fim-de-semana MQS, “possamos explorar as várias ferramentas que a Espiritualidade Inaciana nos dá para vivermos melhor o nosso trabalho”. Citando o Papa Francisco, não nos esqueçamos de que somos chamados a “ver com amor, sentir compaixão, estar próximo e cuidar”.

Estes pequenos testemunhos de alguns elementos da equipa MQS pretendem provocar aqueles que, como nós, procuram ser instrumentos nas mãos de Cristo através do mundo concreto do trabalho junto dos doentes.

Por isso, desafiamos todos aqueles que sentem a mesma interpelação a juntarem-se a nós em Cernache, no final de Maio.

A equipa Mais que saúde,

António, Benedita, Carlos, Francisco, Leonor, Mafalda Esteves



RUBRICAS

SANTO DA REVISTA

São José Moscati: Intercessor dos médicos Patologistas

Marta Feijão

Nascido em 25 de Julho de 1880, em Benevento, Itália, São José Moscati foi o sétimo de nove filhos de Francisco Moscati, presidente do tribunal em Benevento, e Rosaria de Luca, descendente dos Marqueses de Roseto. Filho de pais católicos praticantes, José foi batizado em casa no dia da festa de Santo Inácio de Loyola. Mais tarde, fez a primeira comunhão em Nápoles, para onde a família se mudara por causa do trabalho do pai. Nesse dia iniciou-se a vida eucarística de São José Moscati, que seria, ao longo de toda sua vida, o seu alimento espiritual diário, orientador da sua história.

Foi em Nápoles que prosseguiu os seus estudos. Ao contrário do pai, optou pela Medicina e não pelo Direito, pois entendia que como médico poderia ser mais útil ao próximo. Apesar da força da sua fé, poucos tinham previsto que esta seria a sua história. Quem ficou perplexa com a escolha foi a mãe: “José é um rapaz generoso, capaz de qualquer sacrifício. Numa carreira como esta, dará até a última gota de energia para aliviar os sofrimentos alheios”.

Aos trinta anos, poucos meses depois de obter o seu diploma como médico, tornou-se conhecido pelos diagnósticos rápidos e precisos- quase milagrosos, tendo em conta os recursos clínicos da época. José Moscati atribuía este dom a Dom, afirmando que se tratava da concretização da sua oração, aliás, como fazia continuamente.

Consciente da nobreza da medicina e do privilégio de a exercer, São José Moscati dedicava-se diariamente ao trabalho com profunda entrega

— tanto no Hospital dos Incuráveis, em Nápoles, onde foi nomeado diretor em 1925, como no seu consultório particular. A todos acolhia com o mesmo zelo, recusando-se a cobrar pelas consultas realizadas aos mais pobres; pelo contrário, não raras vezes oferecia ajuda financeira àqueles que apenas desejavam ser curados. Nas frequentes visitas ao domicílio dos seus doentes, levava não só cuidados médicos, mas também palavras de consolo e fé. Conta-se que, certa vez, após tratar com sucesso um trabalhador com um abscesso pulmonar — diagnosticado equivocadamente como tuberculose por outros médicos —, o paciente, em sinal de gratidão, tentou pagar-lhe com tudo o que tinha. José, porém, recusou o pagamento e aconselhou-o a confessar-se, dizendo-lhe simplesmente: “Foi Deus quem te salvou”.

Além de exercer a sua prática clínica, José Moscati era também um comprometido investigador. Participou na investigação da insulina, em 1922, e mais tarde, em 1925, foi lhe confiado o cargo de Diretor do Instituto de Anatomia Patológica de Nápoles, onde ficou conhecido pela sua habilidade na execução de autópsias. Para José Moscati, ciência e fé eram duas facetas inalienáveis da sua vida, que coexistiam amigavelmente no seu dia a dia. Por isso, em cada autópsia, fazia um sinal da cruz sobre o corpo que tinha à sua frente, pelo respeito que se deve a um corpo humano, amado por Deus.

Entregou a sua vida, inteligência, dedicação e profunda compaixão ao serviço dos mais necessitados. Esteve presente quando poucos estavam, oferecendo consolo, carinho e companhia àqueles que já não tinham esperança. Com os recursos da medicina do seu tempo e uma fé inabalável na promessa de uma existência além do sofrimento, ajudou muitos a partir em paz, envolvidos na graça divina.

São José Moscati faleceu no dia 12 de abril de 1927, naquele que para si era um dia comum. Foi à missa, comungou o corpo de Cristo, e seguiu para o seu consultório, como haverá feito em qualquer outro dia. Ali atendeu doentes todo o dia, até que, a meio de uma consulta, pediu um momento a um doente que estava consigo no consultório pois não se estava a sentir bem. Sentou-se e, dentro de segundos, entregou a sua alma a Deus. Teve uma morte santa, que marcou o culminar da vida santa que levou, dedicada inteiramente a Deus através do serviço dos mais necessitados, vivendo e morrendo com a mesma fé, humildade e amor ao próximo que sempre o guiaram.

Referências

1. Canção Nova. São José Moscati [Internet]. [s.d.] [citado 2025 Mar 20]. Disponível em: <https://santo.cancaonova.com/santo/sao-jose-moscati/>
2. Vatican News. S. José Moscati, médico de Nápoles [Internet]. [s.d.] [citado 2025 Mar 28]. Disponível em: <https://www.vaticannews.va/pt/santo-do-dia/04/12/s-jose-moscati--medico-de-napoles.html>

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS

Walter Osswald ¹

○ período imediato ao 25 de Abril foi caracterizado por uma procura do real significado e das consequências a tirar da queda do regime. Os médicos portugueses interrogaram-se acerca da saúde e da estruturação dos respectivos mecanismos, mas também da sua própria organização e representação profissional, tendo o debate incidido sobretudo na questão do papel da Ordem e de eventuais outras estruturas na presença social e na regulação da própria actividade profissional. Havia sobretudo duas correntes de opinião que representavam mundividências e concepções de impossível conciliação: a de uma reforma estrutural da Ordem dos Médicos, com redefinição do seu papel e das suas prerrogativas, acompanhada por uma abertura à criação de estruturas sindicais; e, em extremo inspirado na ideologia marxista, a pura e simples abolição da Ordem, acompanhada da formação de sindicatos ou até de um único sindicato, com forte estatização da profissão.

Cônscia do papel que sempre para si reivindicou, o de analisar e difundir a resposta cristã aos grandes problemas da acção médica, a nossa revista dedicou um número inteiro ao “caso particular do sindicalismo médico”, convidando os leitores a fazer as suas opções, sem esquecer “a nova dimensão de sentido vertical”, iluminada pela fé cristã, como lembra o editorial de Boléo-Tomé.

¹ Professor aposentado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Consultor do Instituto de Bioética da Universidade Católica do Porto.

O número 1 de 1975 abre com uma excelente revisão intitulada “Direito de associação e sindicalismo na vida cristã”, da autoria do Padre António Marcelino, que viria a ser Bispo de Aveiro. Em prosa elegante, sucinta e clara, são apresentadas as questões pertinentes: o direito de associação, os sindicatos profissionais, a liberdade sindical, a unidade e a unicidade, a democraticidade e a relação com a política e os partidos. Segue-se o resumo das posições doutrinárias de Leão XIII, Pio X, Pio XI, Pio XII e João XXIII. A conclusão, baseada no facto de a Igreja católica não seguir um projecto definido e concreto da sociedade nem das organizações profissionais, é de que aos cristãos incumbe encontrar e defender as soluções que garantam a eficácia na verdade, inculcando nas instituições a força libertadora do evangelho.

O nosso colega Castro Fernandes revê, em seguida, os diversos modelos de associativismo médico, não deixando de apresentar a sua visão do problema, que é a da necessidade de uma estrutura que seja um baluarte da ética e do carácter humanizado da profissão (com aceitação da criação de sindicatos que se ocupem fundamentalmente dos aspectos de defesa dos direitos sociais, remuneratórios e associativos).

Gabriel Virella reflecte sobre a solução, por alguns defendida, de transformar a Ordem no sindicato único dos médicos portugueses. Na sua opinião, este é um modelo indesejável, pela dificuldade quase intransponível de evitar a ideologização e politização da estrutura. Tende por isso, a propôr a manutenção da Ordem como definidora e garantia da ética profissional e contribuinte para a educação médica de qualidade, remetendo para sindicatos as questões remuneratórias.

O mesmo Autor apresenta, em seguida, as “Associações e organismos médicos na Grã-Bretanha”, sublinhando a pluralidade de associações, a diversidade dos papéis que desempenham e a aceitação do princípio de divisão do poder e de resistir à tentação de se comportar como se tivesse funções próprias dos sindicatos, mormente tomando posições sobre questões salariais ou fomentando greves.

Finalmente, Charles Blondel apresenta uma defesa brilhante da necessidade da existência de uma Ordem dos Médicos, baseando-se sobretudo no exemplo da França. A Ordem não é uma academia, nem um resquício de um corporativismo obsoleto, antes é o órgão que presta um serviço de interesse geral, desempenhando uma função social e aconselhando os poderes político e judicial. Independente e responsável, garante as normas do serviço de qualidade na área da saúde e propõe o desenvolvimento dos próprios cuidados universais da saúde.

É de leitura muito interessante, como se conclui, este número. Todos sabemos que a situação evoluiu no sentido que perpassa os contributos aqui referidos, ou seja, na existência de uma Ordem que abrange todos os médicos, acompanhada de pluralidade sindical. A Ordem deve constituir o garante da existência de uma autoridade ética e disciplinar com intervenção na prática médica.

RESUMOS

IDENTIDADE PROFISSIONAL7

Sofia Menéres

Este artigo propõe uma reflexão sobre a construção da identidade profissional como elo entre a vocação e o exercício da medicina. Em vez de opor vocação e profissão, o texto apresenta estas dimensões como partes de um contínuo que se entrelaçam e se reforçam mutuamente. A identidade profissional, entendida como a integração de valores, interesses e competências, surge como o alicerce onde a vocação ganha forma concreta, sustentando um sentido de propósito, realização e compromisso ético no exercício da medicina. Formar-se como médico é, também, um processo de construção de si mesmo, em que a pergunta “que médico quero ser?” ocupa um lugar central. As escolas médicas têm um papel crucial nesse desenvolvimento, ao promoverem ambientes formativos que incentivem a reflexão, o autoconhecimento e a integração de competências humanas e técnicas, contribuindo dessa forma para formar médicos competentes e profundamente comprometidos com o ato de cuidar.

MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO? 17

Orlindo Gouveia Pereira MD, PhD

Através de uma reflexão com ponto de partida autobiográfico, é abordada a questão da medicina enquanto vocação ou profissão. Sem uma vocação consciente inicial, o autor reconhece que a sua trajetória foi moldada por fatores como o acaso, a necessidade e a incerteza, na qual a escolha da especialidade em psiquiatria surgiu de forma inesperada durante o serviço militar na Guiné. Partindo da sua própria história, é explorado o papel da psicologia na orientação vocacional, destacando a importância da entrevista psicológica, como fator de esperança e condição de possibilidade de uma maior humanização dos cuidados de saúde, onde a gestão burocrática afasta o médico do contacto genuíno com

o doente. Através de uma dimensão vocacional viva, a profissão médica pode ser centrada na relação interpessoal e no cuidado individualizado, valorizando o encontro humano como essência da prática médica.

AVOCAÇÃO AO CUIDADO..... 23

Francisco Montellano SJ

O presente artigo propõe uma leitura existencial do fenómeno do burnout na prática médica contemporânea, interpretando-o como expressão de uma crise de significação gerada pela primazia técnica que caracteriza o paradigma biomédico atual. A partir de uma análise da dissociação entre técnica e relação, o autor explora as consequências desta clivagem na formação, prática e identidade do médico, articulando a exaustão profissional com o esvaziamento simbólico do acto de cuidar. A reflexão conflui numa hermenêutica da vocação, inspirada pela tradição espiritual cristã, que oferece uma via de re-significação da experiência médica através do dom e da relação. Defende-se que a redescoberta da medicina como vocação – enquanto narrativa de doação e encontro – pode constituir um antídoto à fragmentação relacional e pessoal associada ao burnout, promovendo uma prática clínica mais humana, integrada e resiliente.

IA E O FUTURO DA MEDICINA 37

João Pereira

Este artigo explora o impacto da Inteligência Artificial (IA) na Medicina, questionando a hipótese de os médicos virem a tornar-se obsoletos. Embora a IA generativa tenha avançado significativamente, o autor argumenta que a prática médica envolve aspetos humanos insubstituíveis, como empatia e a ética. A IA pode automatizar tarefas técnicas e operacionais, mas a vocação médica, que combina conhecimento técnico com sensibilidade humana, permanece essencial. O futuro da Medicina será caracterizado pela colaboração entre médicos e sistemas de IA, onde a tecnologia servirá para aprimorar a prática clínica, permitindo que os profissionais se concentrem nas necessidades emocionais e éticas dos pacientes. O autor conclui que a vocação médica deve ser valorizada e que a educação médica deve evoluir para preparar os futuros médicos para um ambiente cada vez mais tecnológico.

MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO? REFLEXÕES A PARTIR DA MISSÃO NO BARCO PAPA FRANCISCO..... 45

Franco Scariot - Antonio C. de Souza

A medicina é uma vocação ou apenas uma profissão? A dualidade entre técnica e chamado é um tema recorrente na formação e na prática médica. Este artigo propõe uma reflexão sobre essa questão, tomando como ponto de partida a experiência dos autores em uma missão assistencial na Amazônia, a bordo do *Barco Papa Francisco*. A imersão nesse serviço voluntário proporcionou um resgate da essência do exercício da medicina, destacando a dimensão moral e bioética do cuidado ao próximo. O trabalho busca articular elementos da Doutrina Social da Igreja (DSI), do *Catecismo da Igreja Católica (CIC)* e da Carta *Samaritanus Bonus*, integrando essas referências com a experiência concreta do serviço médico.

MAIS QUE SAÚDE..... 55

Equipa *Mais que Saúde 2025*: António Ferreira da Silva SJ; Benedita Arantes e Oliveira; Carlos Grijó; Francisco Montellano SJ; Leonor Carvalho; Mafalda Esteves

O evento “Mais que Saúde 2025”, promovido pela Companhia de Jesus, busca explorar o significado de ser profissional de saúde, abordando questões sobre o cuidado e o sofrimento humano. Com foco em Cristo como modelo de cura, o encontro reunirá jovens profissionais e estudantes da área da saúde em Cernache, de 30 de Maio a 1 de Junho. Através de momentos de oração, partilha de experiências e ferramentas da espiritualidade inaciana, os participantes serão convidados a refletir sobre sua vocação e o impacto do cuidado humanizado. Neste artigo, a equipa do “Mais que Saúde 2025”, procura destacar a importância da empatia e da espiritualidade no exercício da profissão, enfatizando a necessidade de um olhar atento e humano no acompanhamento dos doentes.

SANTO DA REVISTA..... 59

Marta Feijão

Neste artigo, é-nos apresentado o “Santo da Revista” deste número – S. José Moscati. Um santo médico, ou médico santo, italiano, que

dedicou a sua vida ao serviço dos mais pobres, oferecendo o seu dom natural de cuidar.

ACÇÃO MÉDICA HÁ CINQUENTA ANOS.....65
Walter Osswald



ABSTRACTS

IDENTIDADE PROFISSIONAL7
Sofia Menéres

This article proposes a reflection on the construction of professional identity as a link between vocation and the practice of medicine. Rather than opposing vocation and profession, the text presents these dimensions as parts of a continuum that are intertwined and mutually reinforcing. Professional identity, understood as the integration of values, interests, and skills, emerges as the foundation upon which vocation takes concrete form and sustains a sense of purpose, fulfilment, and ethical commitment in the practice of medicine. Becoming a physician is also a process of self-construction in which the question “What kind of physician do I want to be?” Medical schools play a critical role in this development by fostering an educational environment that encourages reflection, self-awareness, and the integration of human and technical skills, thereby helping to produce competent physicians who are deeply committed to the act of caring.

MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO? 17
Orlindo Gouveia Pereira MD, PhD

Through a reflection with an autobiographical starting point, the question of medicine as a vocation or profession is addressed. Without an initial conscious vocation, the author acknowledges that his career has been shaped by factors such as chance, necessity and uncertainty, with the choice of a specialization in Psychiatry coming unexpectedly during his military service in Guinea. Through his own story, the role of psychology in career guidance is explored, highlighting the importance of the psychological interview as a factor of hope and a condition for the possibility of greater humanization of health care, where bureaucratic management distances the doctor from genuine contact with the patient. Through a living vocational dimension, the medical profession

can be centered on interpersonal relationships and individualized care, valuing the human encounter as the essence of medical practice.

A VOCAÇÃO AO CUIDADO.....23

Francisco Montellano SJ

This article proposes an existential reading of the phenomenon of burnout in contemporary medical practice, interpreting it as an expression of a crisis of meaning generated by the technical primacy that characterizes the current biomedical paradigm. Based on an analysis of the dissociation between technique and relationship, the author explores the consequences of this dissociation for the physician's training, practice, and identity, linking professional exhaustion to the symbolic emptiness of the act of caring. The reflection leads to a hermeneutic of vocation inspired by the Christian spiritual tradition, which offers a way of re-signifying the medical experience through gift and relationship. It is argued that rediscovering medicine as a vocation - as a narrative of giving and encounter - can be an antidote to the relational and personal fragmentation associated with burnout, and promote a more humane, integrated and resilient clinical practice.

IA E O FUTURO DA MEDICINA.....37

João Pereira

This article explores the impact of artificial intelligence (AI) on medicine, challenging the hypothesis that doctors will become obsolete. Although generative AI has advanced significantly, the author argues that medical practice involves irreplaceable human aspects such as empathy and ethics. AI can automate technical and operational tasks, but the medical profession, which combines technical knowledge with human sensitivity, remains essential. The future of medicine will be characterized by collaboration between physicians and AI systems, where technology will serve to enhance clinical practice, allowing professionals to focus on the emotional and ethical needs of patients. The author concludes that the medical profession must be valued and medical education must evolve to prepare future physicians for an increasingly technological environment.

MEDICINA:VOCAÇÃO OU PROFISSÃO? REFLEXÕES A PARTIR DA MISSÃO NO BARCO PAPA FRANCISCO.....45

Franco Scariot - Antonio C. de Souza

Is medicine a calling or just a job? The duality between technique and vocation is a recurring theme in medical training and practice. This article proposes a reflection on this question, based on the authors' experience on a mission of service in the Amazon, aboard the boat *Barco Papa Francisco*. The immersion in this voluntary service allowed them to recover the essence of the practice of medicine, highlighting the moral and bioethical dimension of caring for others. The work seeks to articulate elements of the Social Doctrine of the Church (SDC), the Catechism of the Catholic Church (CCC) and the Letter *Samaritanus Bonus*, integrating these references with the concrete experience of medical service.

MAIS QUE SAÚDE.....55

Equipa *Mais que Saúde 2025*: António Ferreira da Silva SJ; Benedita Arantes e Oliveira; Carlos Grijó; Francisco Montellano SJ; Leonor Carvalho; Mafalda Esteves

The “Mais que Saúde 2025” event, promoted by the Society of Jesus, seeks to explore the meaning of being a health professional by addressing issues of care and human suffering. Focusing on Christ as a model of healing, the meeting will bring together young professionals and students in the health sector in Cernache from May 30 to June 1. Through moments of prayer, sharing of experiences and tools of Ignatian spirituality, participants will be invited to reflect on their vocation and the impact of humanized care. In this article, the “Mais que Saúde 2025” team wishes to highlight the importance of empathy and spirituality in the exercise of the profession, emphasizing the need for an attentive and humane gaze when accompanying patients.

SANTO DA REVISTA.....59

Marta Feijão

In this article we introduce you to this issue's “Santo da Revista” - St. Joseph Moscati. A saintly Italian doctor who dedicated his life to serving the poorest, offering his natural gift of caring.

«ACÇÃO MÉDICA» FIFTY YEARS AGO65
Walter Osswald

Toda a vocação, sentida na profundidade do coração, faz germinar uma resposta como impulso interior ao amor e ao serviço, como fonte de esperança e caridade e não como busca de autoafirmação. Vocação e esperança entrelaçam-se, portanto, no projeto divino pela alegria de cada homem e mulher, todos eles chamados em primeira pessoa a oferecer a sua vida pelos outros (cf. Exort. ap. Evangelii gaudium, 268) (...)

Cada vocação abre para a missão de ser presença de Cristo onde mais se sente necessidade de luz e consolação. Em particular, os fiéis leigos são chamados a ser “sal, luz e fermento” do Reino de Deus, através do empenho social e profissional.

(Mensagem do Santo Padre Francisco para o LXII Dia Mundial de Oração pelas Vocações, Roma, Hospital Gemelli, 19 de março de 2025)



ACCÇÃO
MÉDICA