

RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE COM INSPIRAÇÃO NAS ARTES

Organização

Eliana Mendonça Vilar Trindade
Renata Facco de Bortoli



Organização
ELIANA MENDONÇA VILAR TRINDADE
RENATA FACCO DE BORTOLI

*RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE
COM INSPIRAÇÃO NAS ARTES*

Brasília
2021

CEUB

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB

Reitor

Getúlio Américo Moreira Lopes

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE - FACES

Diretora

Dalva Guimarães

Curso de Medicina

Coordenador

Manoel Eugênio dos Santos Modelli

Revisão textual

Alberto Vilar

Cláudia Falcão

Diagramação

Biblioteca Reitor João Herculino

Disponível no link: repositorio.uniceub.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Relação médico-paciente com inspiração nas artes / Eliana Mendonça Vilar
Trindade; Renata Facco de Bortoli, organizadoras – Brasília: CEUB, 2021.

164 p.

ISBN 978-65-87823-42-3

1. Medicina. 2. Arte. I. Centro Universitário de Brasília.
II. Título.

CDU 61:7

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Reitor João Herculino

Centro Universitário de Brasília – CEUB

SEPN 707/709 Campus do CEUB

Tel. (61) 3966-1335 / 3966-1336

PREFÁCIO

O exercício da medicina é uma arte.

Analisar sinais e sintomas em todas as suas características, para chegar a possíveis diagnósticos e determinar qual destes é o mais provável, demanda conhecimento e experiência, além de tempo, recurso tão escasso.

Porém, com a crescente quantidade de informações a serem adquiridas durante o curto período de formação do médico generalista de apenas seis anos, muitas matérias são vistas de forma bastante superficial, principalmente aquelas que determinam mais contemplação da pessoa como um indivíduo, com biografia exclusiva, de conceitos e valores próprios, de necessidades, metas e objetivos pessoais, além de suas idiossincrasias.

Durante a graduação, a importante quantidade de matérias e a necessidade de dedicação aos estudos empurram os estudantes para o isolamento familiar e social, tornando a experiência solitária e árida e forjando aquisição de postura e de comportamentos não naturais, de “proteção”.

Todas essas dificuldades encontradas pelos estudantes durante a graduação e, até mesmo, depois da formatura podem levar ao uso e ao abuso de álcool e de drogas, com alta incidência de suicídio entre médicos, maior que na população em geral, sendo principal causa de morte precoce entre esses profissionais.

As faculdades de medicina estão usando a arte como recurso terapêutico para romper com essa dura e triste realidade. Somos afetados por imagens, mesmo as criadas pela nossa imaginação, sob a condução de um livro, ou as criadas por outros e ofertadas em um filme e, muitas vezes, recriadas na nossa mente, influenciadas por nossas memórias afetivas, pela presença ou não de feridas ou de dores.

Somos convidados a sentir e reconhecer sentimentos, falar sobre eles, entender o que habita o nosso imaginário e que repercute na nossa atividade diária e na nossa maneira de trabalhar e, também, os motivos da escolha desse trabalho.

Com muita alegria e uma porção grande de orgulho, aceitei o convite para escrever este prefácio. É um privilégio participar, de alguma forma, deste admirável trabalho que instiga estudantes de medicina a ver muito além da doença e alcançar o ser em sofrimento, valorizando as relações entre humanos, sujeitos a todas as situações e intempéries a que estão submetidos.

Este *e-book* é o resultado de um trabalho delicado e dedicado de salvaguarda da saúde mental dos alunos de medicina do UniCEUB, que os leva a olhar para o outro, e para si mesmos, com empatia, benevolência e compaixão, valorizando relacionamentos, não apenas o profissional, mas entre seres humanos, influenciáveis por sua homeostase e seu meio, contextualizando sofrimentos e buscando formas de mitigá-los.

O aluno é convidado a escolher, com total liberdade, uma obra – livro, quando no terceiro, ou filme, quando no quarto semestre –, conforme seus interesses, pensando em aprendizado baseado em afeto, como descreve uma das professoras, a Dra. Eliana Mendonça Vilar Trindade, psicóloga, e, assim como nós, é levado a observar muito mais que sinais notórios ou investigados e sintomas relatados ou questionados. Estes são valorizados, mas o estudante é capacitado, também, para detectar qualquer balbúcio, expressão facial ou gesticulação, mínimos que sejam.

É conduzido a se formar para ser um indivíduo que se presta a fazer muito mais que anunciar diagnósticos, prever prognósticos, propor tratamentos e vislumbrar possibilidades. É formado para ser um médico, em toda a extensão do título, capaz de controlar adequadamente sintomas, mas também ter visão e escuta qualificadas para detectar subjetividades, acolher medos e angústias, entender expectativas, vontades e necessidades individuais, caminhar junto quando necessário, propiciando releitura do ser humano, com avaliação do repertório disponível para superação das vicissitudes, seja de cunho físico, emocional ou espiritual, tanto de pacientes como também de familiares, de amigos ou de outros profissionais.

O aluno é levado a reconhecer e admirar a eventual ocorrência de resiliência em casos drásticos e, muitas vezes, até dramáticos.

Neste *e-book*, são abordados princípios da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, de 2005, que devem ser valorizados, como dignidade, autonomia e consentimento, e respeitados, como vulnerabilidade humana, não discriminação e não estigmatização, entre tantos outros.

São observadas necessidades de humanização do atendimento a pessoas pertencentes a grupos minoritários ou marginalizados, como pessoas com deficiências ou transexuais.

São discutidos distúrbios, como perfeccionismo, anorexia e violência, e também incapacidades, físicas ou cognitivas, que os indivíduos adquirem de forma gradual ou abrupta.

É acatada a terminalidade com todas as suas nuances e dificuldades. E, para um indivíduo com biografia única, como disse Drummond, no poema Infância: “e eu não sabia que minha história era mais bonita que a de Robinson Crusóé”, uma história tão díspar merece um *gran finale*, com direito a cuidado respeitoso e adequado ao final da vida, com qualidade, e precoce instituição de cuidados paliativos quando indicados.

É revista a relação médico-paciente, que constitui a primeira medida terapêutica disponibilizada pelo médico a quem procura por sua assistência.

Neste livro, também são levantados problemas vividos pelos estudantes e pelos profissionais médicos, com discussão pormenorizada de simples intervenções individuais e institucionais disponíveis, principalmente durante a formação dos médicos e, como esperado e dito no capítulo 3, há quebra de paradigmas.

Enfim, deixo aqui a pergunta feita, no capítulo 1, pela Dra. Renata Facco de Bortoli, psiquiatra sensível e poetisa: “de que maneira podemos utilizar as artes cinemática e literária, especialmente entre outras tantas formas de expressão, como ferramentas na prática clínica?”. Creio ser este livro uma resposta retumbante. Boa leitura!

Valéria Waltrick

Médica assistente desde 2004, reguladora em saúde e consultora em medicina hiperbárica.

A INSERÇÃO DAS ARTES NO CURRÍCULO MÉDICO	08
<i>Eliana Mendonça Vilar Trindade</i>	
INQUIETAÇÕES POÉTICAS: UM NOVO OLHAR ARTÍSTICO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	23
<i>Renata Facco de Bortoli</i>	
OS DESAFIOS DA AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE VITALIZADA E ÉTICA POR MEIO DE UM CURRÍCULO MÉDICO INOVADOR	29
<i>Eliana Mendonça Vilar Trindade; Gabriela Vilar Trindade</i>	
SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE: MEDICINA VIVA (?)	46
<i>Jorge Augusto Gomes Cavalcante</i>	
A RELAÇÃO ENTRE O MÉDICO E A MEDICINA: UM ESTUDO INTERPRETATIVO SOBRE GUIMARÃES ROSA, HILDA HILST E GRACILIANO RAMOS	57
<i>Jorge Augusto Gomes Cavalcante; Raíssa Habka Cariello</i>	
OS VÁRIOS LADOS DA HISTÓRIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTO <i>A QUINTA HISTÓRIA</i> DE CLARICE LISPECTOR	69
<i>Débora Faria Diniz; Dyego Issac; Fernanda Vargas Gonçalves; Felipe Nogueira Affiune Silva; Isabella Escarlate Hannes</i>	
ANÁLISE DAS OBRAS <i>A FOGUEIRA</i> E <i>DIÁRIO DE UMA PAIXÃO</i>: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE MORTE E MORRER NA POPULAÇÃO IDOSA	77
<i>Carla Rodrigues Lustosa; Giulia Santos Pignata; Juliana Barros Vianna de Oliveira; Rodrigo Chaves Teixeira; Tauane da Mata Vieira Oliveira</i>	
AUTONOMIA SOBRE A MORTE: UMA ANÁLISE DA OBRA <i>COMO EU ERA ANTES DE VOCÊ</i>, DE JOJO MOYES	90
<i>Ana Carolina Birino; Anna Victoria de Almeida Lessa; Bruno Minardi Sabbá de Alencar; Gabriela Moura Freitas; Marina Dias Hanna</i>	

**INTERPRETAÇÃO TÉCNICA DO PROCESSO DE MORTE E MORRER
CORRELACIONANDO AS FASES DO LUTO COM A OBRA LITERÁRIA A
MORTE DE IVAN ILITCH 97**

*Beatriz Reis Afonso; Bruna Alves das Oliveiras; Carolinne Camila de Souza
Scarcela; Gabriel Machado de Castro; Luiz Felipe Falcão de Souza; Marina Coleta
Drago*

**A RELEVÂNCIA DO LIVRO RITA LEE: UMA AUTOBIOGRAFIA PARA A
EDUCAÇÃO MÉDICA HUMANISTA 108**

Paulo Vitor Otaviani Nilo

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE HUMANIZADA A PACIENTES TRANSEXUAIS À
LUZ DO FILME A GAROTA DINAMARQUESA 128**

Jorge Augusto Gomes Cavalcante; Raissa Habka Cariello

**ANÁLISE QUALITATIVA DO DOCUMENTÁRIO LAERTE-SE E SUA
APLICABILIDADE NA ENTREVISTA MÉDICA 136**

*Elisa Vasconcelos de Queiroz; Gianna Carolina Pereira Cavalli; Mayara Larisse
Santos Barbosa; Rebeka Moreira Leite Neres; Thiago Tavares Borba Magalhães*

**A GAROTA NO TREM E A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A
MULHER: CINEMA E REALIDADE 147**

*Amanda Ribeiro Alves; Carolina Alencar Ferreira; Larissa Feitosa de Albuquerque
Lima Ramos; Renata Machado Bonfim; Victoria Dias Oliveira*

**BARREIRAS E LIMITAÇÕES ENFRENTADAS PELAS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA: INCAPACIDADES FUNCIONAIS, REAIS OU IMPUTADAS
..... 154**

*Isabela Boulhosa Tavares; Isabella Escarlate Hannes; Karina Ferreira Cordeiro;
Melina Julia Ribeiro Chagas; Rafaela de Andrade Silva Miranda*

A INSERÇÃO DAS ARTES NO CURRÍCULO MÉDICO

Eliana Mendonça Vilar Trindade

*“Às vezes a vida bate e
estraga a alma da gente, e a
arte nos lembra que temos
uma.”*

Stelle Adler

O processo de cura se consolida no delicado intercâmbio entre médico e paciente, percorrendo-se caminho sinuoso em passeio inesquecível, em que se vislumbram e dialogam ciência, arte e humanismo bem como se vivencia um colorido afetivo que perpassa todas as cores do arco-íris, revelando toda dor e felicidade inerente ao nosso percurso existencial. Dependendo da qualidade do encontro entre médico e paciente, muitas vezes efêmero, ocorrerão o êxito e a diversidade de papéis do médico, conforme descrito na frase “Curar quando possível, aliviar quando necessário, consolar sempre”, de autoria atribuída a Hipócrates.

Segundo o médico e escritor Moacir Scliar (1996), literatura e medicina aproximam-se, portanto, pela compaixão, que se traduz na prática de amparar o outro. Não basta referir a necessária catarse do impacto de viver constantemente situações-limite. Há mais do que isso. É possível que a necessidade de olhar para o outro com solidariedade, de assisti-lo ao nascer e ao morrer, de abrandar sofrimentos e de proporcionar-lhe uma vida mais qualificada e melhor seja o que aproxima médico e escritor. Assim como na medicina, a literatura resulta em prática generosa, transformadora, movida pelo impulso de multiplicar e de dividir visões de mundo.

Neste momento inicial, justificamos nossa trajetória, buscando deixar mais clara ao leitor a nossa intenção de sempre ressaltar a dimensão humana tão presente

nas artes, na medicina e na vida, em nossas aulas e em nossas *performances* nos laboratórios de habilidades clínicas do Centro Universitário de Brasília (UnICEUB). Essa intenção se realiza a cada semestre do curso de medicina, no eixo educacional denominado Profissionalismo, e, por meio de diálogo constante, assumimos diante de nossos parceiros o compromisso com a aprendizagem, com a vida e com o desafio de cuidar de futuros médicos. Nada é mais terapêutico e curativo que a vida, quando ela existe com arte.

Compreendemos como benéfica a aproximação que o ensino e a prática da medicina têm buscado no uso das artes, especialmente junto ao cinema e à literatura, e observamos a demanda dos profissionais por material didático e reflexivo relativo a esse campo comparativista, por isso, organizamos este livro. Houve cuidado na seleção das obras, no sentido de proverem densidade estética que permitisse engrandecimento de todos no processo de aprendizagem e de análise das obras, à luz das humanidades médicas. O contexto de produção dos trabalhos não é pretensioso e, portanto, não pretende realizar crítica técnica de arte nem de aplicação reducionista da visão psicanalítica das obras escolhidas, decifrador da intencionalidade inconsciente dos autores ou diretores, mas, sim, de teorização e reflexão rica acerca da relação médico-paciente e de suas nuances clínicas, teóricas, éticas e humanistas, por meio das artes.

O livro se propõe a organizar textos produzidos no cenário de um currículo considerado inovador em que se busca a promoção de formação humanística para os futuros médicos. Foram realizados múltiplos seminários de apresentação destes trabalhos desenvolvidos ao longo de três anos, sob orientação de professores com formação em humanidades médicas. A proposta é estimular o contato do aluno com as artes cinematográfica e literária e com múltiplos temas universais e fundamentais para o aprofundamento e a compreensão da complexidade das relações e dos dramas humanos. Segundo Fernando de Mendonça (2012), inúmeras práticas de aprendizado orientadas para a formação de um perfil médico que se preocupe com o sentido humano de seu trabalho têm envolvido filmes, desde a sua projeção e análise, passando pela coletivização de debates e de discussões sobre os temas que advêm das ciências da saúde.

Dessa forma, o livro contempla vários conteúdos, tais como bioética, morte e morrer, humanização da medicina, processo de entrevista clínica, adoecimento e persona do médico, experiência do adoecimento em diferentes ciclos de vida, questões de gênero, transtornos mentais, entre outros abordados ao longo dos artigos. O viés médico nas obras escolhidas é evidente e emblemático da força inspiradora dos dramas humanos associados ao sofrimento, aos dilemas, às doenças e à morte nas artes.

No primeiro capítulo, serão abordadas conexões entre as artes e a relação médico-paciente; no segundo capítulo, serão aprofundados temas e estratégias pedagógicas referentes à educação médica; e no terceiro, a saúde mental do estudante de medicina. Os demais capítulos visam a analisar obras oriundas da literatura ou da arte cinematográfica.

Tradicionalmente, o curso de medicina é pautado em paradigmas positivistas, num contexto em que as emoções e a subjetividade de todos os atores envolvidos no processo são vistas como elementos secundários e turvadores da construção da ciência. De outro modo, um curso de medicina inovador está voltado para a formação integral do médico e, portanto, não se esquece de considerar a subjetividade e as emoções do próprio estudante, envolvidas no processo de aprendizagem, durante a longa jornada de formação.

E, nesse âmbito, insere-se uma nova questão. Segundo Barthes (1990), se não conseguimos nomear nossos sentimentos mais complexos, nossos assombros e deslumbramentos, o terror, o pânico, a ira incontida, a inveja e todas as pequenezas que fazem parte do dia a dia humano, cabe ao bom escritor ser o agente desses registros. O sentimento despertado pela sensação de se ter de dizer algo “que não tem nome” impõe o uso, não raro, de metáforas, explorando-se o manancial inesgotável da língua. Assim como nós, educadores, sabemos da grande dificuldade dos jovens de nomear suas emoções, de acolher a dor do outro, de suportar uma carga excedente de sofrimento vicário, de lidar com o medo e a ansiedade, tão presentes em vários momentos, percebemos, também, o grande interesse que demonstram em participar do treinamento em habilidades interpessoais e comunicacionais, no eixo educacional Profissionalismo, bem como em buscar

experiências em práticas de más notícias e, inclusive, em realizar estudos qualitativos interpretativos de obras literárias e de filmes, como os que serão apresentados neste livro.

Felizmente, a arte também nos cura e nos consola e, sem dúvida, suaviza o currículo médico, em sua estrutura tão rígida, extensa e complexa. Muitas vezes, a arte nos cura, uma vez que, segundo Roland Barthes (1990), é no ato da leitura que duas percepções, duas sensibilidades, encontram-se, mediadas pela síntese do texto. Nesse momento, ocorre o “fato literário”, fenômeno que transforma papel e tinta em arte, insuflando-lhes sentidos. Para esse autor, a literatura é o “espaço da liberdade”, um lugar utópico em que tudo é possível, em que o sonho e a imaginação rompem os limites previsíveis da realidade. Com isso, gera-se um estado de liberdade catártico, certamente, um processo mental e emocional que decorre da apreensão de uma ideia que fica incubada para eclodir, depois, numa forma artística qualquer.

Vivemos um momento histórico marcado por sentimentos de estranheza e de crise, em que o pacto social que fortalece a confiança entre instituições e entre a figura do médico e de seus pacientes necessita ser consolidado e refeito. Entretanto, se pudermos como educadores nos empenhar, se pudermos acreditar na renovação protagonizada por uma geração mais liberta de amarras e de preconceitos, essa profunda crise social e cultural poderá representar momento fecundo de transformação de valores e de crescimento pessoal e profissional. Nesse contexto, nasce este livro, fruto do sonho de superação e de enfrentamento, de momento marcado pelo esquecimento e pela desvalorização de nossa humanidade e sensibilidade.

A literatura nasce de estranheza diante do mundo. Essa estranheza primordial que produz a “iluminação” do escritor – aquele estado inquietante do sujeito que o leva a expressar-se por intermédio da arte – nada mais é do que a percepção sensível da vida, o desejo de libertar-se dos fantasmas que assolam o homem capitaneados pela memória, sensível ou literária, bem como pela experiência da vida que, por vezes, supera em terror ou em paixão a própria realidade. No campo da filosofia e, portanto, das humanidades, Luiz Felipe Pondé (2016) afirma que a condição fundamental para a reflexão filosófica é o espanto. Esse autor se refere a Platão,

grande mestre da filosofia, para reforçar a ideia de que a reflexão filosófica nasce do espanto e nos adverte sobre o risco de perdermos o espanto pelas coisas, o que significa perder a vida em grande parte. Fica, então, o conselho de mantermos o gosto pela vida.

Se é função da medicina cuidar, acalantar, apoiar e, quando possível, promover a cura, podemos dizer que é função da literatura recriar a realidade, de forma artística, trazendo expressividade, subjetividade e sentimentos ao texto, bem como podemos pensar que o homem cria a beleza como remédio para a sua doença, como bálsamo para o seu medo de morrer. A criação é fruto de sofrimento. A arte apresenta ambiguidade, com muitas camadas de significados incorporados, e sua interpretação exige o envolvimento de sensibilidade, de imaginação e de reflexão, portanto, representa uma ferramenta pedagógica bem-vinda às escolas médicas.

Além disso, o foco pedagógico nas artes pode representar experiência de desenvolvimento pessoal e profissional e fonte de percepção das experiências dos pacientes e do contexto social, cultural e histórico das práticas médicas. Entretanto, devido à natureza subjetiva das artes e à ausência de instrumentos padronizados para avaliação das intervenções, a efetividade dessa prática como estratégia educacional ainda precisa ser comprovada, mas, certamente, o nosso percurso no UniCEUB tem-se mostrado extremamente fecundo e instigante, visto a grande receptividade dos acadêmicos de medicina ao projeto de buscarem, nas artes literária e cinemática, inspiração para refletirem sobre os grandes dramas humanos presentes de forma cotidiana na vida desses jovens, como a morte e o morrer e a pluralidade das doenças e do sofrimento humano.

Sem dúvida, a prática da medicina representa verdadeiro mergulho na natureza humana, que é, afinal, o terreno fértil de inspiração para escritores e artistas. Médicos e escritores partilham esse interesse pelo ser humano. Muitos escritores souberam traduzir, nos seus textos ficcionais ou não ficcionais, o fenômeno da doença e a relação médico-paciente, de modo que resulta em aprendizado muito útil tanto para o estudante de medicina como para os médicos.

Posto isto, queremos reforçar o valor da trajetória acadêmica materializada neste livro, baseado em uma primeira seleção de trabalhos inspirados em obras de

autores consagrados, como Clarisse Lispector, Graciliano Ramos, Guimarães Rosa, Rita Lee, ou em filmes, com densidade estética e temáticas instigantes, deladoras do sofrimento pungente de doenças incapacitantes ou de preconceitos de gênero, ou, ainda, na medida em que retratam histórias verídicas, como *Os intocáveis*, do diretor Brian de Palma; *A garota dinamarquesa*, do diretor Tom Hooper; *A garota do trem*, com direção de Tate Taylor, além do documentário *Laerte-se*, da diretora Eliana Brum, entre outros. Enfim, ficou patente que, nos trabalhos que serão apresentados em capítulos específicos, a arte atuou como grande mediadora e facilitadora de reflexões e de *insights* acerca de prática médica mais humanizada.

Cabe, neste momento, realizarmos breve apresentação dos temas tratados ao longo dos inúmeros capítulos. O conto denominado *A quinta história*, de Clarisse Lispector, suscitou a reflexão acerca do desafio universal de nossa busca interior por nossas essências, busca marcada por inúmeras crises identitárias, por espelhos quebrados, pelas várias facetas de imposições de papéis impostas por cotidiano acelerado e inusitado. Sem dúvida, ao contar histórias, o homem vivencia, ao mesmo tempo, um ato lúdico e reflexivo, na medida em que reproduz, no seu discurso, feições valorativas de sua cultura, e, nesse sentido, os estudantes puderam se beneficiar de inúmeras metáforas ilustrativas e elucidadoras da complexidade inerente a múltiplas nuances da anamnese e da consulta do médico.

Toda doença deve ser contextualizada e singularizada por biografia única, pois o foco do ato médico tem migrado gradativamente da doença para a pessoa doente, como preconizou o pai da medicina Hipócrates. Essa singularização é evidente nas obras escolhidas. Sabemos que aquele que sofre merece uma deferência, como, por exemplo, o que ocorre com a cachorra Baleia, no romance *Vidas secas*, de Graciliano Ramos, em seu momento final – a descrição inesquecível e poética da morte da Baleia contrasta com a aridez e a miséria do sertão nordestino. A beleza da poesia do autor denuncia grande paradoxo, em que a morte representa a única salvação para a violência da fome, em contexto geográfico e cultural de nosso país, o que representa grande oportunidade para o futuro médico sair de sua redoma, lançar e ampliar seu olhar para outras realidades marcadas por imensas alteridades e injustiças sociais.

Baleia queria dormir. Acordaria feliz, num mundo cheio de preás. E lamperia as mãos de Fabiano, um Fabiano enorme. As crianças se espojariam com ela, rolariam com ela num pátio enorme, num chiqueiro enorme. O mundo ficaria todo cheio de preás, gordos, enormes (RAMOS, 2003).

Sem dúvida, a leitura de obras literárias pode oferecer várias metáforas catalisadoras do processo de amadurecimento, para que o estudante passe a repensar o significado profissional, ético e existencial da medicina, nomeando suas dores e curando, gradativamente, os anunciados sintomas de um *burnout* altamente prevalente nesse grupo – desafio imposto pelo autoconhecimento, processo inexorável do amadurecimento psíquico. “Conheça a ti mesmo”, frase célebre do grande filósofo Sócrates, implica a coragem necessária de se encarar a esfinge, de se aceitar o desafio da busca pela própria essência. O belíssimo e simbólico verso da poetisa Hilda Hilst “devolver a fome do primeiro grito” representa, pois, o exercício constante de todo estudante e médico, em meio ao cansaço e às frustrações inerentes à profissão, ou seja, a medicina exige que a força e a curiosidade em conhecer de um médico já formado há décadas sejam a mesma ou ainda maior do que as de um calouro, com um oceano de informações ainda a ser descoberto.

A garra e a busca constantes pela saúde e pela sabedoria também serão visíveis no capítulo dedicado à narrativa da cantora Rita Lee. A rainha do rock brasileiro, em sua narrativa *Rita Lee, uma autobiografia*, trata de sua luta contra às drogas e, de forma absolutamente transparente, fala do trauma referente à violência sexual sofrida, não deixando de prestar um tributo ao caráter libertador e criativo das drogas, apesar de fazer grande alerta ao risco da negação diante de quadro grave de dependência alcoólica. Sem moralismos ou ideologias, essa patonarrativa, bastante didática e catártica, retrata o mel e o fel, o prazer e a dor, associados ao lugar ocupado pelas drogas na vida de muitos artistas. Acreditamos que esse capítulo irá contribuir para uma visão mais abrangente e realista desse grave e tão prevalente problema de saúde pública de nossa sociedade. Não poderíamos deixar de falar sobre a “loucura” das drogas, até porque representa desafio muito grande formar médicos que possam tratar, com respeito e competência técnica e humanística, pacientes tão alvos de preconceitos e de abandono. Em relação ao risco de adoecimento mental do

futuro médico e da carga iatrogênica do curso, o livro promove reflexão sobre a relevância da prevenção dos transtornos psiquiátricos, inclusive no futuro médico.

Além disso, não foi esquecido, nesta primeira mostra de Medicina e Literatura do UniCEUB, o clássico escritor russo Leon Tolstói, analisado com sensibilidade, criticidade e gratidão pelo legado imenso de sua obra *A morte de Ivan Ilitch*, pelo poder de elucidar ou de questionar o lugar ocupado pelo médico diante de um paciente com algum quadro irreversível.

Também foi contemplado o escritor moçambicano Mía Couto, poeta de uma terra esquecida e distante, em sua bela obra *A fogueira*, em que presta homenagem a todos os idosos esquecidos e abandonados por sociedade marcada pela necrofobia, mas, acima de tudo, protegidos pelo amor e por uma história de vida singular e plena, apesar de tão vulnerável e, muitas vezes, muito pobre.

O valor de uma vida não se deixa traduzir pelo sofrimento de uma doença que transfigura e rouba toda uma identidade pessoal. Fato tratado por Nicholas Sparks, na obra *Diário de uma paixão*, inspiradora para o futuro médico, já que demonstra o valor do cuidado diário do idoso para com a sua amada, a fim de que ela relembre o grande romance vivido por eles. Assim, como muitas vezes observamos, a dedicação e a escuta ativa e compassiva do médico representam o único elo do paciente consigo próprio e com sua história de vida, dimensão mais sagrada e inalienável do ser humano, mesmo que o percurso existencial e singular seja marcado por dor, doença e esquecimento. Nesse contexto, a análise desse romance permitiu aos futuros médicos reflexão bioética sobre como os cuidados paliativos devem e podem assumir o protagonismo de resguardar a dignidade humana nos momentos finais da vida.

Em relação à arte cinematográfica, sabemos que a sociedade atual está se reconfigurando e que o apelo das imagens é cada vez mais forte nas novas gerações. Estudos comprovam que estamos vivendo uma era imagética. Sem dúvida, vivemos imersos no fluxo de imagens. Parte significativa do que aprendemos hoje está sob a forma de imagens.

Dessa forma, é fundamental ressaltar que o cinema promove visão contextualizada acerca do sofrimento humano e convida o estudante a assumir um olhar integral da existência, permitindo elaboração de conflitos, catarse e identificação com os personagens, estimulando o altruísmo e o respeito à alteridade. No belíssimo filme *Os intocáveis*, podemos assistir a uma relação de cuidado genuína entre pessoas intocáveis, que seria absolutamente improvável. A tetraplegia que compromete o protagonista Magalier deixa de ser incapacitante, quando, muito além da doença pungente e implacável, o cuidador Driss promove sentimentos de superação e transcendência, ensinando, experienciando e construindo liberdade existencial emancipadora para o seu paciente.

Repensar o conceito de gênero, do sexo social transcendente a uma realidade puramente biológica, dentro da escola médica contemporânea, representa a necessidade de se romper com estruturas arcaicas marcadas pelo patriarcado, pela visão heteronormativa, machista e retrógrada da sociedade. A nova escola médica se abre, gradativamente, para um olhar sem preconceitos de classe, cor, raça ou de gênero e se beneficia muito de atributos humanistas, tais como empatia, amorosidade, compaixão, capacidade de escuta e de cuidado. Muitas vezes, a homofobia se faz presente de forma camuflada e violenta em contextos acadêmicos, o que é inadmissível se pensarmos no perfil de nosso egresso como um profissional médico reflexivo, generalista, humanista e, sobretudo, como um agente transformador social, agregando a sociedade, com base em visão que rompe com preconceitos de qualquer ordem.

A grande mensagem que deve permanecer é a de que o futuro médico jamais perca o seu vínculo com as artes ao longo de sua carreira, até porque, depois, as artes se encarregarão de nos dizer tudo! Significa ver o mundo a partir de outra lógica, diante de outro prisma. Considerar a arte como grande mediadora de encontros e de novos significados é a nossa proposta acadêmica. Nesse aspecto, concordamos com Samy Dana, economista da Fundação Getúlio Vargas e criador da disciplina denominada Criatividade, voltada a promover para o aluno o ato de criar. Ele acredita que existe muito mais técnica nas artes, além da inspiração, do que se imagina e, pelo contrário, muito mais arte e criação nas ciências duras, como a

economia, do que se pode conceber. Imagine na medicina, o quanto precisamos nos inspirar, nos emocionar e nos mobilizar com cada paciente, uma vez que não daríamos conta de enfrentar nossa tarefa de promover o cuidado integral ao ser humano, seja na docência seja no contexto da assistência, sem o toque mágico das artes.

Aspectos históricos e conceituais da educação médica contemporânea e da graduação médica no UniCEUB

Educar as atitudes implica mais do que oferecer conceitos teóricos ou treinar habilidades: requer promover a reflexão, que é o verdadeiro núcleo do processo de humanização. Por intermédio da reflexão, o futuro médico consegue extrair do seu interior o desejo de um compromisso vocacional perdurável. O cinema, a literatura e as artes em geral, que sintonizam com o universo psicológico e social do estudante de medicina em que impera a cultura da emoção e da imagem, têm-se mostrado como ferramenta eficaz nesse desafio pedagógico, no UniCEUB.

Educar, criar, escrever, cuidar representam desafios, mobilizam sonhos, convidam a reflexões e, enfim, agregam pessoas em torno de um ideal maior. Com muita alegria e gratidão, passamos a descrever a história e o significado deste livro, organizado em torno de trabalhos produzidos por professores e estudantes do curso de medicina do UniCEUB, ao longo de muitos semestres. O livro baseia-se em um conjunto de relatos e de reflexões inspirados em atividades pedagógicas que se destinaram à análise de filmes e de obras literárias no contexto da saúde.

O curso de Medicina do UniCEUB – partindo do princípio de “garantir e aperfeiçoar a formação geral do médico em termos técnicos, científicos e humanísticos”, em perspectiva interdisciplinar – tem como uma de suas metas formar profissionais com capacidade para compreender as necessidades de saúde das pessoas não apenas do ponto de vista físico, mas também no contexto psicológico, familiar, laboral e comunitário. Trata-se de proposta original e interdisciplinar que adota metodologias ativas de ensino-aprendizagem em quatro eixos, visando a superar as contradições de um modelo biologicista e tecnicista, ao focar o ser humano também em suas dimensões psicossocioculturais. Com isso, o UniCEUB

vem cumprindo relevante papel social comprometido com a qualidade de vida e a promoção da saúde em todas as comunidades onde atua.

No eixo educacional Profissionalismo, ocorre o contato entre os estudantes e os pacientes desde o início do curso, o que permite aos alunos visão completa dos pacientes no contexto saúde-doença. Busca-se possibilitar ao estudante a aquisição de competências relevantes, de forma estruturada e progressiva, viabilizando espaço para a prática autorreflexiva, a integração conceitual e o pensar crítico, além do desenvolvimento e do aprimoramento crescente de competências do futuro médico, como o reconhecimento da importância da comunicação verbal e não verbal na relação médico-paciente. Nesse contexto, a inserção das artes possibilita a transferência de habilidades e de saberes bem como potencializa e enriquece os estudantes em sua visão de mundo, vocabulário, temas de interesse, sensibilidade e capacidade de observação e de interpretação (TRINDADE et al, 2005).

A presença da arte no currículo médico pode funcionar também como grande aliada na promoção de saúde mental do futuro médico. Se considerarmos a iatrogenia do curso, fica fácil compreender a valorização de espaços que possibilitem a livre expressão da subjetividade do estudante (CASSORLA,1994; STELLA; PUCCINI, 2008). Nesse sentido, a arte possibilita o desenvolvimento, no futuro médico, da sensibilidade estética, da percepção das singularidades humanas bem como da consciência do comportamento humano para fins de enriquecimento pessoal e aplicação na melhoria da profissão (TAPAJÓS, 2008).

No que tange aos aspectos históricos, a introdução das diversas modalidades de arte, como literatura, cinema e teatro, nas escolas médicas remonta a década de 70 do século passado e ganha valorização especial neste início de século XXI. Isso se deu como consequência da ampla reflexão sobre como enfrentar os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da educação médica de integrar excelência técnica e traços humanistas. Buscamos, então, por meio deste projeto, reforçar o entrelaçamento existente entre medicina e arte. São inegáveis os benefícios de cunho prático inerentes à valorização das humanidades médicas e de uma cultura estética mais refinada no contexto acadêmico (TAPAJÓS, 2008).

A origem da medicina ocidental é essencialmente humanista, e ela considerava o homem como um ser dotado de corpo e de espírito. O positivismo veio distraí-la de suas verdadeiras raízes, voltando-a para o cuidado do doente e, sobretudo, focalizando a doença (DE MARCO, 2003). A reumanização da medicina constitui-se um dos grandes desafios atuais, e com ela busca-se colocar o doente como protagonista do cenário médico. Essa perspectiva humanística apresenta rigor científico e é um tema reconhecido em âmbito epistemológico (TRINDADE et al, 2005).

Nos últimos anos, iniciativas governamentais, como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), demonstraram a preocupação em consolidar mudanças na formação de recursos humanos, conforme a visão moderna em saúde (STELLA, PUCCINI, 2008).

Nas últimas décadas, profissionais com reflexão crítica começaram a buscar soluções para corrigir esses rumos, propondo novas políticas de saúde e mudanças nos currículos de formação médica em muitos países. Na educação médica, as novas tendências apregoam a necessidade da formação geral e humanística do futuro médico, com mais responsabilidade deste perante a sociedade, maior valorização da relação médico-paciente e do sentido ético e humano da profissão (TRINDADE et al, 2005).

As novas tendências hegemônicas, a renovação tecnológica cada vez mais veloz e a crescente necessidade de atualização permanente, impostas na formação e na prática dos profissionais de saúde, vieram ao encontro dos fundamentos humanísticos na medicina (MILAN et al, 1999). Diante das novas exigências de saúde dos indivíduos, os modelos dominantes exibiram problemas e limitações, e, com isso, a medicina e os profissionais de saúde se tornaram despreparados para lidar com as dimensões subjetivas que as práticas de saúde supõem (ANDRADE et al, 2011).

Universidades e instituições de ensino médico superior têm a missão de fortalecer o conceito humanista no contexto moderno. Na educação médica

contemporânea, essa missão tem como objetivo principal despertar, nos estudantes, atitudes e valores que visam ao cuidado do doente. Sem dúvida, o cinema e a literatura podem funcionar como grandes educadores emocionais do estudante de medicina, permitindo a reestruturação de valores e criando oportunidades de vivências afetivas e reflexivas sobre o processo de adoecimento. Deve-se atentar para o fato de que a doença é uma maneira de estar na vida que tem linguagem própria e deve encontrar no médico um receptor sensível, a fim de traduzir seus significados (MENDONÇA, 2012).

O interesse de inserção das artes no currículo médico tem aumentado nos últimos tempos. O número crescente de estudos realizados sobre essa temática tem demonstrado sua eficácia em suscitar entendimentos profundos das motivações, atitudes e emoções humanas (BLASCO, 2010).

Charon (2000) destaca que a aprendizagem realizada por intermédio da literatura suscita reflexões sobre valores e atitudes pessoais e profissionais. A presença de benefícios pedagógicos associados ao cinema e à literatura no contexto acadêmico se dá pela convergência de interesses de ambos. Existem inúmeras doenças e enfermidades representadas nas artes, além de trabalhos artísticos que abordam condições patológicas e suas implicações psicossociais. O estudante, dessa forma, pode entrar em contato com modelos diversos de relação médico-paciente e narrativas, em primeira pessoa, sobre a vivência de doenças e suas repercussões (CHARON, 2000).

As representações artísticas são ricas em conteúdo humano por abordarem temáticas, como morte, destino, sofrimento, transcendência, religiosidade, respostas sociais, entre outras, que estão intimamente relacionadas ao cotidiano médico. Lidar com indivíduos inseridos nesse contexto requer mais que conhecimento científico, e, para tanto, deve-se repensar o currículo médico atual (TRINDADE et al, 2005).

A aprendizagem das questões mais importantes da vida não se dá por argumentação; ou seja, o raciocínio lógico não tem tanta influência nesse processo, quando se compara a outros caminhos que se baseiam na educação da afetividade (TAPAJÓS, 2008). Assim, atingir as emoções e a sensibilidade é fundamental para construir os valores que os futuros médicos devem incorporar.

Pretende-se, portanto, com este livro, propiciar aos leitores diversos, leigos e acadêmicos de medicina vivência de situações inspiradas em obras cinemáticas e literárias que propiciam reflexão sobre si e o mundo, ressaltando problemas complexos relacionados às questões de gênero, de bioética e de psicologia médica, entre outros, promovendo atitudes positivas diante de dilemas e de conflitos que surgem ao longo da futura prática médica, bem como possibilitar enriquecimento do vocabulário do estudante.

Agradecemos imensamente a participação de todos os profissionais, acadêmicos e docentes bem como a infraestrutura provida pelo UniCEUB, que viabilizaram a realização deste grande sonho.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Hécia Oliveira de et al. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, p. 208-216, set./dez., 2005.

ANDRADE, Sílvia Caixeta de et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2011.

BALINT, Michael. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.

BLASCO, Pablo González. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

BARTHES, Roland. *Fragments de um discurso amoroso*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

CASSORLA, Roosevelt M. S. Dificuldades no lidar com aspectos emocionais na prática médica: estudo com médicos no início de grupos Balint. *Revista ABP-APAL*, v. 16, n. 1, p. 18-24, 1994.

DE MARCO, Mário Alfredo (Org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1969.

MEDEIROS, Natália Souza et al. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 515-525, out./dez. 2013.

MENDONÇA, Fernando de. Medicina e cinema: aproximações para uma filmografia. *Intersemiose – Revista Digital*, ano I, v. 1, n. 1, jan./jul. 2012.

MILAN, Luiz Roberto et al. *O universo psicológico do futuro médico: vocação, vicissitudes e perspectivas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

PONDÉ, Luiz Felipe. *Filosofia para corajosos: pense com sua própria cabeça*. São Paulo: Planeta, 2016.

RAMOS, Graciliano. *Vidas secas*. São Paulo: Record, 2003.

SCLIAR, Moacyr. *A paixão transformada: história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

STELLA, Regina Celes de Rosa; PUCCINI, Rosana Fiorini. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: PUCCINI, Rosana Fiorini; SAMPAIO, Lucia de Oliveira; BATISTA, Nildo Alves (Org.). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Editora Fap-Unifesp, 2008. p. 53-69.

TAPAJÓS, Ricardo. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 500-506, 2008.

TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar et al. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

INQUIETAÇÕES POÉTICAS: UM NOVO OLHAR ARTÍSTICO SOBRE A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Renata Facco de Bortoli

3:33'

*O “analista” é um personagem
Totalmente fictício em muitos momentos
O filho que ainda não veio!
Ser gênio, estar enlouquecido
Arrastar consigo todos os fantasmas
da expectativa que não é a espera
Matar pai e mãe ainda em vida!
Não confiar nem em si mesmo
Ou só em si mesmo de forma delirante
Gigante que se apequena
Um bebê que chora sozinho,
mas ninguém ouve!
O problema é quando a gente não ouve
o próprio grito!
Não pode mais...
Já vestiu tantos jalecos por sobre a pele
Ficou duro na missão de existir
Não fez mais amigos
Perito em encobrimentos!
Caras amarradas de tristeza
e escavações até a era jurássica tendo a
certeza de ser um fóssil!
Quanta dor negada,
quanta falta de esperança no amor,
quanto rancor,
quanta mágoa por não ser os artistas que
se divertem enquanto trabalham
O italiano que desfruta
A mexicana sorri e é uma gata completa
Os velhinhos que mancam
O excesso de potência pode mascarar
Obrigada Senhor pela falta do abandono
Pela presença do eterno em mim.*

A partir de uma pergunta central, convido o leitor para que, ao final, responda concomitantemente comigo: de que maneira podemos utilizar as artes cinemática e literária, especialmente entre outras tantas formas de expressão, como ferramentas na prática clínica?

Tomo como ponto de partida de meu ensaio o livro *O processo criativo: transformação e ruptura do psicólogo e psicanalista Claudio Castelo Filho*, o qual expõe que o primordial do processo criativo é:

a capacidade para intuir e alucinar estando a serviço de uma adequada representação e comunicação daquilo que foi intuído, ao passo que, num surto psicótico, por exemplo, a alucinação promoveria uma não apreensão da realidade, uma evasão do contato com ela. (CASTELO FILHO, 2004, p. 25).

O autor segue, referindo que “a grandeza e a permanência de uma obra estariam em relação com a quantidade de verdade que o escritor ou o artista seriam capazes de captar e transmitir, ou seja, de fazer os outros compartilharem a experiência emocional” (CASTELO FILHO, 2004, p. 152).

Percebe-se que há uma dimensão humana infinita de possibilidades, em que o universo simbólico de cada autor torna-se fonte de inspiração para profissionais da saúde que avaliam a biografia de seus pacientes. Instrumentalizando-se também a partir do conhecimento e da imersão na vivência da obra de arte bem como de descobertas no nível pessoal sobre a sua própria história de vida e desenvolvimento de sua capacidade empática.

A medicina, desde Hipócrates, citado por Glen Gabbard (2016, p. 106), já postulava que “é mais importante conhecer a pessoa com a doença, do que a doença que a pessoa tem”. Nesse sentido, o médico psiquiatra e psicoterapeuta discorre sobre o significado múltiplice do conceito de pessoa, já que necessita de integração das perspectivas tanto em primeira quanto em terceira pessoa.

Como evidenciado pelo professor de medicina Lazslo Antonio Ávila, o corpo fornece significação biográfica fundamental para entendimento aprofundado dos adoecimentos como experiências particulares passíveis de manejo. Em seu artigo: *O corpo, a subjetividade e a psicossomática*, esse autor discorre sobre a complexidade dos diversos campos de observação e estudos em que o corpo está inserido,

elencando os seguintes aspectos: físicos (amplamente estudados pelas ciências biológicas); experienciados de forma personalizada (constituintes de um “corpo para a mente”); imaginados (presentes no campo da cultura); alheios (referentes ao corpo do outro); pulsionais (representando tanto corpo quanto símbolo); energéticos (trabalhado na acupuntura, por exemplo); vivenciados e assistidos (como na dança); sentidos no campo religioso/místico (ligado também à experiência do sofrer e morrer); e, possivelmente, aspectos ainda não conhecidos. Além disso, ainda reforça a ideia de que “o psiquismo não é uma esfera autônoma, um epifenômeno do corpo: o Eu e o Corpo estão em permanente diálogo entre si e com o mundo – seja na saúde ou na doença” (ÁVILA, 2012).

Sabendo que a relação médico-paciente é uma área clareadora do entendimento da profissão como fronteira entre a ciência e a arte, debruçar-se sobre a relevância do uso dos materiais resultantes dessa interface como recurso pedagógico se justifica, especialmente, durante a formação médica. O processo de criação de habilidades afetivas no ensino médico, que viabiliza o contato com pensamentos e sentimentos, permite florescimento da aproximação de quem é o paciente e resposta adequada às suas necessidades, transformando o médico em agente terapêutico.

Talvez os transtornos mentais, ao distorcer e exagerar nossas características humanas, mostre-nos um pouco mais da nossa essência, como apresentam os psiquiatras Táki Athanássios Cordás, Daniel Martins de Barros e Michele de Oliveira Gonzalez, no livro *Personagens ou pacientes: mais clássicos da literatura mundial para refletir sobre a natureza humana*. Muito já se escreveu sobre a psiquiatria e as criações artísticas, como o expoente livro *Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*, de Jesus Landeira-Fernandez e Elie Cheniaux (2010). Contudo, neste momento, a literatura parece poder examinar também suas relações com a saúde mental, principalmente na observação dos fenômenos ligados à criatividade.

Refletir a forma como subjetividade se constitui na pós-modernidade foi o ponto crucial de pesquisa de Alessandra Affortunati Martins Parente, em seu artigo *A encenação dos sonhos: imagens de Freud e de Benjamin*, o qual interliga arte

cinemática e ciências, por meio do estudo dos sonhos. Por intermédio da sétima arte, é possível reconstituir sonhos; assim, diretores – como David Lynch, Bergman ou Fellini – conseguiram divulgar suas imagens oníricas ao mundo e à história. Contextualizando historicamente, a autora cita a peça de teatro de Calderón, datada de 1635, que demonstra a relação entre os sonhos e a fantasia, intitulada *A vida é sonho*: “Que é a vida? Um frenesi,/Que é a vida? Uma ilusão,/uma sombra, uma ficção;/o bem maior é tristonho,/ porque toda a vida é sonho/ e os sonhos, sonhos são” (PARENTE, 2014).

Psicanálise e crítica de arte também parecem estar se reequilibrando de forma inovadora. A autores modernos de ambos os saberes podem ser somados Benjamin H. Ogden e Thomas H. Ogden, autores do livro *O ouvido do analista e o olho do crítico: repensando psicanálise e literatura* (2014). No prefácio, chamado de *As mãos do leitor*, enumeram-se pontos principais de modificação nessa intersecção, tais como desassociar a interpretação dos textos da biografia do autor e não interpretar o mundo interno de personagens fictícios, com foco na experiência pessoal única seja do analista que escreve sobre crítica ou do crítico que utiliza conhecimentos psicanalíticos.

Exemplos podem ser vistos no artigo do psicanalista Paulo Cesar Sandler (2010), quando ele examina, a partir da obra do psiquiatra e psicanalista Wilfred Bion, o universo da poesia. O estudioso discorre que talvez estejamos lidando com algo impossível de ser compreendido, mas intuído e experienciado, em consonância com o desconhecido da própria vida.

Noutro artigo, Antonio Francisco de Andrade Júnior, doutor em Letras, reflete sobre a poesia e fotografia em Manoel de Barros. Com olhos de ver a realidade, o autor expressa que, por meio da arte, o poeta busca a experiência do novo, distanciando-se dos imperativos da técnica e da tradição (ANDRADE JÚNIOR, 2004-2005).

No poema *A doença* (BARROS, 2000), o poeta brasileiro supracitado revela suas idiossincrasias, contribuindo imensamente para uma práxis ancorada na perspectiva do doente.

Nunca morei longe do meu país.
 Entretanto padeço de lonjuras.
 Desde criança minha mãe portava essa doença.
 Ela que me transmitiu.
 Depois meu pai foi trabalhar num lugar que dava essa doença
 nas pessoas.
 Era um lugar sem nome nem vizinhos.
 Diziam que ali era a unha do dedão do pé do fim do mundo.
 A gente crescia sem ter outra casa ao lado.
 No lugar só constavam pássaros, árvores, o rio e os seus
 peixes.
 Havia cavalos sem freios dentro dos matos cheio de borboleta
 nas costas.
 O resto era só distância.
 A distância seria uma coisa vazia que a gente portava no olho.
 E que meu pai chamava exílio.

Escritor, médico psiquiatra e psicanalista, Celso Gutfreind, entusiasta sobre a interação das duas áreas, em seu livro *A infância através do espelho: a criança no adulto, a literatura na psicanálise*, acrescenta que o porquê da literatura é contar-nos, afinal ela e nós somos seres narrativos. A arte também poderia fortalecer a comunhão de corpo e alma visto a fragilidade do paradoxo absurdo da vida e da morte (GUTFREIND, 2014).

Concebendo a relação entre os pacientes e os seus médicos como verdadeiras obras de arte, de maneira análoga, escreveram pai e filho “Ogden” (acima-citados: psicanalista e crítico literário, respectivamente) que a pressão do embate/encontro cria um novo evento. Pessoas reais ou personagens se transformaram: “eles são agora uma pessoa ou voz que, com a ajuda do outro, teve uma ideia ou sentimento que jamais tivera antes” (OGDEN; OGDEN, 2014, p. 108).

Visando a algum encerramento, podemos refletir como a autocompreensão facilitada, especialmente, pelo encontro reflexivo com a literatura e o cinema, possibilita estabelecer aliança terapêutica, por meio da expansão da experiência humana, da ampliação do imaginário, da transformação pela emoção estética, aproximando outras realidades e histórias. Ter as mãos também aquecidas já é um bálsamo, sendo assim, a relação médico-paciente torna-se uma conexão profunda entre as ciências e as artes, permitindo à dupla vivenciar o cuidado de maneira integral.

É importantíssimo esperar e apostar nos jovens e nas novas gerações, para que os relacionamentos se estabeleçam dialogicamente, unindo amorosidade, consideração e respeito a si e ao outro; possibilitando inéditas e bem-vindas criações artísticas e científicas dentro e fora da formação em medicina, contribuindo para uma prática que olhe tanto para a saúde quanto para a beleza de um cotidiano estruturado na ética; e modificando a realidade social, quando nossas vulnerabilidades e nossas potencialidades acolhidas andam de mãos dadas, em sintonia suave e harmônica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE JÚNIOR, Antonio Francisco de. Com olhos de ver: a poesia e fotografia em Manoel de Barros. *Cadernos de Letras da UFF*, n. 30-31, 2004-2005.

ÁVILA, Lazslo Antonio. O corpo, a subjetividade e a psicossomática. *Tempo psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, p. 51-69, 2012.

BARROS, Manoel de. *Ensaaios fotográficos*. Rio de Janeiro: Record, 2000.

CASTELO FILHO, Claudio. *O processo criativo: transformação e ruptura*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CORDÁS, Táki Athanássios; BARROS, Daniel Martins de; GONZALEZ, Michele de Oliveira. *Personagens ou pacientes: mais clássicos da literatura mundial para refletir sobre a natureza humana*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

GABBARD, Glen Owens. *Psiquiatria psicodinâmica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GUTFREIND, Celso. *A infância através do espelho: a criança no adulto, a literatura na psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

LANDEIRA-FERNANDEZ, Jesus; CHENIAUX, Elie. *Cinema e loucura: conhecendo os transtornos mentais através dos filmes*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

OGDEN, Benjamin H.; OGDEN, Thomas H. *O ouvido do analista e o olho do crítico: repensando psicanálise e literatura*. São Paulo: Escuta, 2014.

PARENTE, Alessandra Affortunati Martins. A encenação dos sonhos: imagens de Freud e de Benjamin. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan./jun. 2014.

SANDLER, Paulo Cesar. Bion e poesia. *Jornal de psicanálise*, São Paulo, v. 43, n. 78, jun. 2010.

OS DESAFIOS DA AMPLIAÇÃO DO CONCEITO DE RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE VITALIZADA E ÉTICA POR MEIO DE UM CURRÍCULO MÉDICO INOVADOR

Eliana Mendonça Vilar Trindade
Gabriela Vilar Trindade

*“Os sonhos não são
fabricações deliberadas nem
arbitrárias, eles são fenômenos
naturais que nada diferem do
que pretendem ser. Eles não
enganam, não mentem, não
distorcem ou disfarçam... Eles
estão invariavelmente
procurando expressar algo que
o ego não sabe e não
compreende”.*

Carl Jung

A qualidade ética da relação médico-paciente depende sobretudo do contexto social, histórico e cultural. Pensar sobre essa relação nos exige reflexão contextualizada acerca da sociedade e das evoluções e involuções da prática médica bem como dos esforços contemporâneos de resgate da dimensão humana inerente ao encontro entre médico e paciente. Por mais assimétrica que seja a relação médico-paciente, em termos técnicos, é preciso reconhecer a dimensão isomórfica e bidirecional inerente ao encontro entre dois seres humanos.

A relação médico-paciente, como objeto de estudo científico, não pertence ao campo visual, faz parte da dimensão auditiva. O audível vai além da superfície das coisas; penetra no mundo das sombras e dele retira uma sequência histórica. Segundo Perestrello (1974), o ouvir dimensiona o tempo. Introduzindo, portanto, a

dimensão temporal dentro da patologia, entra-se em contato com uma pessoa e não apenas com uma doença.

O campo interacional da relação médico-paciente representa um campo dinâmico de forças, se considerarmos que a ação médica recebe influências importantes dos componentes irracionais e inconscientes da personalidade do médico e do paciente. Um olhar psicanalista nos revela que a ação terapêutica é sempre particular e é função do campo dinâmico estruturado pela pessoa do médico e do paciente. Alguns elementos são fundamentais, nesse campo, tais como o caráter terapêutico da rememoração biográfica, a crise vital como terreno fértil para o aparecimento da enfermidade bem como os rituais presentes na relação médico-paciente. Essa complexidade de fatores precisa ser vivida, experienciada pelo futuro médico e discutida por meio de estratégias educacionais inspiradas em uma praxeologia, em que teoria e prática se complementam em espiral enriquecedor e revelador. Até porque, considerando-se um contexto acadêmico das escolas médicas, atividades práticas sem espaço para teorização se tornam cegas. De outro modo, atividades puramente teóricas sem cenários práticos se tornam estéreis, desmotivantes e não significativas.

Em busca eterna e paradoxal de humanizarmos o que já é humano ou de nomearmos todo o colorido emocional que permeia o encontro do médico com seus pacientes, nosso papel é evitar que esse encontro seja traumático ou estereotipado ou mesmo danificado pelas pressões da modernidade. Se a pessoa do médico representa o maior elemento de cura, segundo o psicanalista húngaro Balint (1988), o currículo médico dinâmico e aberto pode representar uma via autêntica para a formação integral do futuro médico.

Sem dúvida, assumimos uma meta pretensiosa de fortalecimento do modelo biopsicossocial de nossos currículos, mas, por outro lado, é fundamental ressaltar que não basta seguirmos as novas diretrizes curriculares, se não tivermos a consciência, como educadores, dos novos desafios impostos por tantas demandas da sociedade por posturas médicas mais humanistas. O pacto da humanização envolve a reestruturação das instituições de ensino, o perfil do educador bem como a receptividade do futuro médico.

Nossa intenção fundamental, neste capítulo, é fortalecer o elo que, a nosso ver, deve ser perene entre o campo artístico e o campo científico. A nossa concepção de construção de uma relação médico-paciente viva, técnica, artística, dinâmica, genuína e humanizada depende muito de desenhos curriculares inovadores. Esses desenhos não são novos e foram deflagrados no Canadá, na Holanda e nos Estados Unidos há mais de quarenta anos. As transformações da educação médica, além de se pautarem nos aspectos curriculares propriamente ditos, devem se importar também com a vida do estudante. Antonello (2006) afirma que não há como cuidar do estudante sem repercutir o cuidado no projeto político-pedagógico da escola médica.

A arte suaviza e diminui a comparabilidade e a competitividade entre os grupos. A legitimidade da inserção das artes no currículo quebra o peso árido do estudo ininterrupto e pode, também, enriquecer os raros momentos de relaxamento e tempo livre durante a graduação. O papel do professor se amplia, na medida em que, muito além de um discurso teórico, o educador oferece nova visão de mundo, nova forma de estar no mundo, novo saber viver e saber ser. Para Paulo Freire (1996), o papel político do professor é fundamental, pois ele pode influenciar de forma construtiva a vida do estudante, ao promover interação, orientação e formação de opiniões.

Para melhor embasamento sobre o tema, faz-se necessário um breve olhar histórico acerca dos pressupostos do currículo inovador e de todos os benefícios advindos dessa proposta mais crítica e reflexiva, retrato de uma educação médica mais comprometida com a complexidade dos dramas humanos atuais. Serão dados exemplos de currículos e estratégias inovadoras bem como abordados conceitos pilares para essa reflexão, tais como o conceito psicanalítico de vínculo, evidenciado na obra de Pichon-Rivière (2000), e o conceito de subjetividade proposto por González Rey (2002). São teóricos que nos ajudam a desvelar a face humana da medicina e a enriquecer e ampliar nossa visão da relação médico-paciente.

A sociedade evoluiu muito nas últimas décadas no âmbito social, econômico e, principalmente, tecnológico. O olhar tecnicista privilegia a perspectiva biomédica em relação aos cuidados com a saúde, em detrimento da perspectiva biopsicossocial.

A medicina à beira-leito foi, progressivamente, sendo deixada de lado, e, com isso, perdeu-se muito do caráter humanista da atenção à saúde. Com o advento da psicologia como ciência pelo mundo, o psiquiatra George L. Engel questionou, em 1977, o modelo vigente de abordagem biomédica das doenças e destacou a necessidade de implantação de um modelo biopsicossocial, que daria ênfase nas dimensões comportamentais, psicológicas e sociais da doença, as quais não são levadas em consideração no modelo biomédico.

Percebe-se, atualmente, a necessidade de mudança na formação médica, de modo a deixar de lado modelo de ensino conservador e adotar modelos inovadores, visando a voltar a formar profissionais que tenham um olhar integral do paciente e que saibam identificar suas reais necessidades de saúde e contribuir para a melhora efetiva de sua qualidade de vida. Segundo Caldeira, Leite e Rodrigues-Neto (2011), os avanços técnico-científicos trouxeram inegáveis melhoras para a formação médica, ao mesmo tempo que contribuíram para o distanciamento entre o médico e o seu paciente, e, dessa forma, a compreensão da pessoa como um todo ficou prejudicada.

Há um consenso atual de que os currículos na área da saúde devem estar baseados nas políticas públicas de saúde e de educação, estando voltados para as necessidades de saúde locais e globais da população. O temor da prática profissional consolidada no tecnicismo levou a alterações, em 2001, nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. A tendência biopsicossocial surgiu a partir da integração de várias áreas de conhecimento na graduação médica, como a própria psiquiatria, a psicologia, a psicanálise e a medicina psicossomática, entre outras – faces da medicina e das humanidades que ficam desintegradas, mas que passam a dialogar por meio da consolidação do modelo biopsicossocial no currículo médico.

Nesse contexto, instaurou-se a inclusão curricular de dimensões éticas e humanísticas, com o objetivo de fazer com que o aluno desenvolva atitudes e valores voltados à cidadania (NOVAES, 2009). Os pacientes, que trazem consigo relatos pessoais, além do tratamento de seus sintomas, querem compreender e dar significado às suas próprias histórias.

As humanidades médicas, que englobam as artes, a história médica, a religião, a língua, a comunicação e a filosofia médica, além dos campos da ética, da bioética, da epistemologia e da estética exigem do estudante sabedoria para compreender o mundo e a si próprio, articular seus valores e crenças bem como entender a vida humana. A fim de se obter esse resultado de forma satisfatória, abordagens curriculares diferenciadas devem ser empregadas, conforme destacado por Trindade et al (2005).

Historicamente os valores humanísticos caminharam paralelamente à medicina, considerada como ciência e arte de curar, eminentemente voltada para o ser humano. Em todos os processos diagnósticos e terapêuticos da arte médica, as inter-relações entre pacientes e médicos baseavam-se na confiança, na familiaridade e no respeito às crenças e valores dos indivíduos (DE MARCO, 2003).

É evidente, em diversos estudos, como mostram Mello Filho (2010) e Andrade (2011), o despreparo psicológico dos estudantes ao lidarem com questões de ordem pessoal e, mais ainda, com problemas emocionais dos pacientes. Tudo isso abre margem para o surgimento de preconceitos em relação às doenças mentais e aos dramas humanos desconhecidos ou que carregam uma alteridade radical. Para que se formem profissionais com capacitação empática, capazes de promover novos padrões de relação médico-paciente, em consonância com as demandas de uma sociedade carente de médicos competentes, éticos e compassivos, currículos médicos dinâmicos, flexíveis e inovadores devem ser ressaltados.

Visando à superação do modelo biológico e de uma lógica cartesiana organizadora de currículos conservadores de medicina, devemos fortalecer nosso olhar crítico diante de conteúdos curriculares que fragmentam o corpo humano, como se o separasse também do próprio ser. Nos livros, *sites*, congressos e artigos científicos, os futuros médicos são levados a ver partes, não o corpo.

Dentro dessa temática, um aspecto importante que merece destaque é a “aproximação ética” que possibilita ao leitor analisar situações passivas de discussões éticas, por intermédio de observação em terceira pessoa, com certa imparcialidade. Desse modo, o médico pode alcançar novos horizontes, entender e

rever conceitos que dificilmente seriam assimilados por experiência própria e pela cultura médica, que apresenta, em geral, uma linguagem padrão (SCLIAR, 1996).

O risco existencial e psíquico das artes está na essência da criação, que implica o movimento do artista para fora de suas zonas de conforto, para a transgressão dos padrões usuais e dos próprios paradigmas. O artista consegue criar, mas o louco sucumbe, pois apenas rompe com a realidade, ao tentar recriá-la. Como evidenciado por Freud (2010), a sublimação seria uma forma de transformar uma pulsão em algo socialmente aceito. Por exemplo, quando trabalhamos, estamos transformando nossa libido ou nossa pulsão sexual ou de vida em algo “produtivo”, em arte. A sublimação de elementos inconscientes está presente no ato de criar, mas envolve a capacidade de lidar com densidade e lucidez, com temas delicados, o que sempre representa um risco psíquico. A vida sem risco e sem arte pode se tornar monótona e destituída de significados, por demais normativa e prescritiva.

No entanto, não é fácil manter-se aberto à alteridade que nos interroga, uma vez que as obras estão sempre a exigir de nós criação para delas termos experiência. Sem dúvida, a solidez da formação humanística de médicos depende de três elementos: ciência, técnica e arte. Não é função da arte o simples divertir ou passatempo, mas, sim, a provocação de sentimentos – alegria, entusiasmo, aprovação, rechaço, condenação – que configuram o “coração das gentes” (BLASCO, 2010).

Não podemos esquecer o papel da sétima arte na formação médica contemporânea. Cinema e medicina já se entrelaçam há muito tempo, mas falta algo que sistematize esse encontro de culturas tão distintas – arte cinematográfica e ciência – bem como elucide toda a potência do cinema como educador emocional de futuros médicos. Avaliar pacientes requer habilidades tidas pelo bom interpretador, como a capacidade de integrar fenômenos isolados, sejam achados físicos do paciente, sejam símbolos e metáforas no texto/obra, para produzir sentido maior e organizá-lo em narrativa conclusiva que permita o entendimento de uma história no contexto de outras histórias do mesmo narrador (SILVA, 2014).

O cinema promove a oportunidade e o espaço para diálogo amplo, multitemático, de questões que ocupam e preocupam, de fato, o estudante e que nem

sempre encontram forma acadêmica para serem abordadas. O educador surge como um facilitador do diálogo entre os alunos, expondo temas relativos ao ser humano e à vida (BLASCO et al, 2005). Os mesmos autores destacam que o significado de um texto ou um filme é o todo, amálgama desse conjunto de pequenas partes, em que cada uma não é suficiente para explicá-lo, porém todas são necessárias e cada uma só tem significado pleno em relação a todas as outras. Determinadas experiências culturais, associadas a uma certa maneira de ver filmes, acabam interagindo na produção de saberes, identidades, crenças e visões de mundo de um grande contingente de atores sociais (DUARTE, 2001).

Desde os anos 1920, o cinema tem sido utilizado no Brasil com fins educativos (SILVA, 2014). Segundo Napolitano (2001), o uso do cinema para o aprendizado pode ser feito por meio da utilização do filme como base para o debate e a reflexão sobre temas previamente selecionados. Esta seria a forma mais proveitosa de se trabalhar temas transversais, como é o caso da relação médico-paciente, que correspondem a questões importantes, urgentes e presentes, sob várias formas, na vida cotidiana não só dos médicos, mas também das pessoas por eles atendidas.

Os filmes, se bem escolhidos, podem trazer para a sala de aula situações que seriam vistas apenas na prática médica, sem que o profissional estivesse preparado para lidar com elas. O cinema, portanto, contribui para a formação humanística do estudante de medicina, ao aproximar temas da realidade e permitir a reflexão e o aprendizado com a situação fictícia, para que, quando ocorrer a situação real, o profissional esteja preparado para responder de forma adequada, com empatia, compreensão e confiança.

Os filmes desempenham o papel de verdadeiros educadores emocionais, na medida em que possibilitam diálogo rico e diversificado; vivência emocional preparatória protegida, a partir da qual os estudantes podem aprender melhor a lidar e a nomear emoções delicadas e difíceis; exercício da observação minuciosa, muito além do campo da semiologia; e exercício da sensibilidade e da delicadeza inerente às artes. A vivência solidificada no interesse genuíno propiciou a expressão múltipla

de afetividade e construção conseguinte de vínculos. É fundamental que o médico possa estabelecer bons e perenes vínculos com seus pacientes.

Todo vínculo pressupõe afetividade e atração mútua. A afetividade é relativa ao contexto psicológico e social individualizado. A partir de motivações emocionais distintas, pautadas em sua biografia e em ideário futuro, tem-se uma multiplicidade de expressões da emoção ou do próprio sentir.

Minimalisticamente, fazem parte de uma relação médico-paciente ética e humanizada as esferas associadas à afetividade, à imaginação, à percepção, à reflexão espontânea e à reflexão crítica, considerando as peculiaridades de cada uma das partes e o sinergismo no processo de formação da subjetividade (SILVA, 2009). É necessário transcender aos limites da racionalidade, da lógica cartesiana, e buscar valorizar o terreno movediço das emoções e dos sentimentos, para compreender as raízes do vínculo entre médicos e seus pacientes.

Se cada estudante conseguir após o percurso da graduação médica se vincular a algo ou a alguém, de forma plena, perene e saudável, valeu todo o esforço, porque foi superada a visão materialista, capitalista, reducionista, iatrogênica, biomédica e simplista, que não dá mais conta de explicar, medicar e aplacar o sofrimento humano. Infelizmente, muitos estudantes adoecem nesse processo. Devemos, portanto, esclarecer quais fatores seriam iatrogênicos e estressores nesse percurso.

Segundo Nogueira-Martins (2012), as experiências durante o curso são vivenciadas e vividas, de forma distinta, dependendo de vários fatores, como características individuais – maior ou menor vulnerabilidade psicológica, facilidade/dificuldade de interação com colegas e professores, uso de estratégias de enfrentamento e mecanismos adaptativos –; intensidade e frequência com que os estímulos ocorrem ao longo do curso; existência de espaços curriculares livres; disponibilidade de recursos institucionais.

Esse mesmo autor evidencia que diversos fatores e situações potencialmente estressantes vivenciadas durante a graduação médica têm sido descritos na literatura. Entre eles, destacam-se o esquema de estudo; provas e exames; conflito entre lazer e dever; gestão do tempo; sentimento de desespero do estudante em relação ao poder

dos professores; alta competição entre os estudantes; experiência de contato com o cadáver e morte no laboratório de anatomia; primeiros exames dos pacientes; contato com a intimidade emocional e corporal; anamnese vivida como invasão de privacidade; medo de contrair doenças ao realizar procedimentos médicos; divisão de grupos no internato; primeiro contato com a psiquiatria e pacientes psiquiátricos, que podem provocar nos alunos preocupações sobre seus próprios conflitos e problemas; administração de sentimentos desencadeados por dilemas éticos próprios de situações clínicas de alta complexidade; a descoberta de que o médico não é onisciente nem onipotente e de que ele, estudante, tem de enfrentar uma carreira de incertezas; dúvida sobre sua capacidade de absorver ao longo do curso as informações dadas; preocupações de cunho econômico; plantões, escolhas de especialidade; medo de processo e de não conseguir aprovação em provas de residência.

Dessa forma, fica patente a dimensão interdisciplinar do currículo médico e a amplitude da ação do docente a qual deve contemplar o cuidado com a saúde mental do futuro médico, devendo assumir olhar que englobe a capacidade de formar vínculos perenes e terapêuticos e a subjetividade enriquecida pela pluralidade de temas e pela diversidade de vivências acadêmicas e reações emocionais do estudante frente a tantos desafios. Nesse aspecto, a psicóloga Patrícia Lacerda Bellodi (2012) ressalta a relevância do papel do tutor no contexto da análise de relatos de tutores da Universidade de São Paulo (USP) acerca do conceito de cuidado. Na amostra estudada, o cuidado do tutor implica promover o desenvolvimento intelectual de seu aluno; serve como padrinho, facilitando a entrada do aluno no mundo acadêmico-profissional; atua como um anfitrião, ajudando a socialização dentro da cultura acadêmica e profissional; funciona como caixa de ressonância, representando os bons interesses do aluno, lutando junto a ele em questões importantes para o seu desenvolvimento; oferece suporte emocional em tempos de estresse; oferece suporte profissional, dando uma visão ampla e realista da carreira; e oferece suporte acadêmico, ajudando nas escolhas ao longo da graduação. Nesse sentido, fica patente a importância do vínculo entre docente e discente, se objetivamos atuar em desenhos curriculares inovadores, buscando evitar deteriorações e esvaziamento do

processo de ensino-aprendizagem tão frequente em escolas dominadas por currículos ocultos legitimados pela resistência a processos de mudança.

Pichon-Rivière (2000) discute o conceito de vínculo, ressaltando sua função estruturante do nosso psiquismo, bem como sua função filogenética e protetora das espécies, definindo-o como “uma estrutura complexa que inclui um sujeito, um objeto, e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem”, de modo que cada pessoa se mostre resultante da dinâmica entre pessoas e objetos, por meio de interação dialética que cria a maneira peculiar e particular com que cada indivíduo interage com outro(s). Essa criação se constrói em todas as dimensões significativas da subjetividade e, de acordo com a Psicanálise das Configurações Vinculares, “não há sujeito se não houver vínculo primário que o constitua na intersubjetividade” (PICHON-RIVIÈRE, 2000). Nesse paradigma, o ser humano é visto como ser-para-os-outros e ser-com-os-outros, demonstrando o caráter social do ser humano.

No âmbito da formação acadêmica em medicina, Santos et al (2015) reiteram que, considerando a diversificação dos cenários de atuação do estudante em saúde, a construção de vínculos dispõe de forte relação com a diversidade dos arranjos direta e indiretamente envolvidos na saúde e, conseqüentemente, no cuidado em acolher o sofrimento do outro. Dessa forma, a afetividade e, conseqüentemente, o vínculo são fatores de mais valia durante a graduação, consistindo em pilar na construção humanista, a partir da demonstração da face humana da medicina.

As experiências pedagógicas inovadoras e catalisadas por obras de arte, por sua vez, foram analisadas mediante estabelecimento de correlações entre teorias e práticas pessoais e acadêmicas dos estudantes, nível de fidelidade das obras de arte com a realidade, reflexões acerca da transferência de conhecimentos e sua aplicabilidade a uma futura prática clínica bem como com reflexões de cunho ético, filosófico e estético. Tudo isso visando a enriquecer a subjetividade do futuro médico.

O conceito de subjetividade engloba definições amplas e diversificadas. Sob determinada orientação teórica, pressuposta por Jean-Paul Sartre (2015) e González Rey (2002), pode-se conceber a subjetividade como a dimensão de entendimento do

psíquico, cristalizada a partir da emissão de significados e sentidos da objetividade dos processos sociais e históricos, essenciais à formação do indivíduo, valorizando princípios da universalidade, singularidade e particularidade.

A construção de subjetividades diferenciadas representa um desafio para diversas escolas médicas. Ricardo Tapajós, docente da USP, preocupado com a desconstrução de preconceitos e com o desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico, realça o valor preventivo das novas taxonomias viabilizadas pelas humanidades médicas promotoras de percepção diferenciada das singularidades humanas bem como da consciência do comportamento humano para fins de enriquecimento pessoal e aplicação na melhoria da profissão. Em termos de crescimento pessoal, individuação, satisfação e bem-estar pessoal, com a ajuda das humanidades, os alunos poderão ser capazes de ter mais *background* para a resolução de conflitos pessoais, viver vidas enriquecidas e mais plenas, desenvolver atitude saudável de mente, restaurar senso de equilíbrio, promover sua individualidade, entender o próprio processo de transição de estudante para profissional e examinar e aprender com as próprias reações em relação ao trabalho, aos colegas, aos pacientes e às suas famílias.

Existem três tarefas impossíveis segundo Sigmund Freud, o pai da psicanálise: governar, psicanalisar e educar. O melhor educador é aquele que se coloca sempre na posição de aprendiz. Educar, portanto, representa grande empreitada moral e altruísta, pois implica a busca constante de transmissão e de reconstrução de valores, em contexto social refratário marcado pela procura de analgesia, de simulacros virtuais, em que fugir da dor é o caminho racional; o amor, naturalmente, é líquido; e os laços afetivos estão cada vez mais frágeis, como nos lembra Zygmunt Bauman (2004).

Como educar alguém para ser um bom ouvinte? Como despertar o interesse diferenciado pelas histórias contadas e escritas, pelas narrativas múltiplas produzidas por pacientes e artistas? Como promover sensibilidade ética diante das diversas situações clínicas? Como catalisar o amadurecimento tão necessário na lida diária com pessoas vulneráveis? São questões sem respostas fáceis, mas norteadoras de constante busca. Há o consenso de que o desenvolvimento de habilidades

interpessoais e linguísticas ajudem o futuro médico em sua tarefa de decodificação das doenças.

A linguagem, ao permitir comunicação entre os homens, criou um incalculável liame de possibilidades. Usando sons e suas representações gráficas, palavras, orações e discursos foram surgindo e sendo acumulados. Desenvolveram-se atividades com os mais diversos embasamentos, mas sempre permitindo que o homem usufruísse das ciências e das artes através dos tempos.

Contar e ouvir histórias passou a ser a base para uma série de profissões. Uns, por exemplo, passaram a contá-las para deleite dos demais e para torná-los mais cultos, e as escreveram no papiro, nos pergaminhos, no papel ou na linguagem dos computadores, mas sempre fazendo literatura. Outros se especializaram em ouvir histórias e queixas dos padecimentos humanos visando entendê-los e buscar alívio ou cura para os sofredores. Foram mágicos, sacerdotes, feiticeiros, pajés em diferentes culturas antes de chegar ao estágio científico dos atuais praticantes da medicina. Nada mais esperado que as histórias enriqueçam a vida de indivíduos que exerçam as duas atividades. É o mundo está cheio de doutores-escretores ou de escritores-doutores (SOUZA, 1999).

A perspectiva curricular essencialista traz a ideia de que as artes devem existir nos currículos pelo fato de serem fonte de experiências estéticas, de conhecimento e de entendimento de si mesmo, dos trabalhos de arte e do mundo onde eles foram criados, além de desenvolvimento de cultura estética e de apreensão de metáforas visuais. Já a perspectiva instrumentalista dá importância à arte pela sua contribuição para o cumprimento de objetivos mais gerais em outras áreas e disciplinas não artísticas, como o desenvolvimento de percepção de uma sociedade multicultural, competência em comunicação, desenvolvimento cognitivo, imaginação, julgamento, capacidade de resolução de problemas e pensamentos de complexidade intelectual superior.

No UniCEUB, buscamos contemplar ambas as perspectivas, trabalhando em um currículo vivo e renovado por diferentes atores e cenários pedagógicos. Os estudantes são expostos a múltiplas atividades bem como são convidados a dialogar com profissionais de diferentes áreas, como artistas, dançarinos, musicoterapeutas, escritores, psicólogos, neuropsicólogos, enfim aprendem a respeitar alteridades.

Ressaltamos os benefícios de cunho prático inerentes à valorização de cultura estética mais apurada no contexto acadêmico bem como valorização das subjetividades do próprio estudante que passa a expressar de forma mais genuína o seu olhar e sentimentos singulares diante da pluralidade das obras de arte. Esse processo humaniza o currículo como também a relação docente e discente que acaba gerando referências fundamentais para a humanização das futuras relações do estudante com os pacientes. Conceitualmente, estabelecemos a humanização no sentido de tornar humano, dar condição humana, humanizar. De modo mais apurado, Ferry (2006) revela a humanização como um sustentáculo no aprofundamento do estudo, da imaginação, da compreensão e, essencialmente, na inspiração à dignificação, mediante processo de inter-relação específica intrínseca aos seres humanos.

A complexidade conceitual se pauta na premissa de que a humanização é um prisma construído estruturalmente a partir da dignificação humana, da valorização da subjetividade alheia e da intersubjetividade em uma “relação eu-outro no mundo”.

Busca-se, portanto, a visão integral e integrada do ser humano, com elevação de sua subjetividade como cerne de sua existência e afirmação da influência do meio a essa existência.

A medicina baseada na arte profundamente humanizadora se inspira em outras modalidades de evidências e pressupõe outros fundamentos epistemológicos, pós-modernos, transcendentais a uma racionalidade médica clássica e positivista focada apenas em certezas. Cria, portanto, a necessidade de maior tolerância às incertezas e maior compreensão da complexidade do real, que não se deixa traduzir por pensamentos redutores, simplistas e /ou disjuntores (MENDONÇA, 2012).

Então, para finalizar este capítulo, gostaríamos de prestar um tributo a essa grande musa inspiradora dos artistas – a doença –, tão temida, mas tão real. Em visão biopsicossocial do adoecimento, sabemos que mais importante do que a patologia decifrada pela ciência médica é a compreensão empática da experiência existencial, social e emocional da doença. Muito além da patologia, nosso interesse reside na instrumentalização do futuro médico e na lapidação de suas múltiplas habilidades clínicas, sensibilidade existencial aos dramas humanos, habilidades

comunicacionais e psicanalíticas, ferramentas fundamentais no processo de leitura e de tradução dos sinais e dos sintomas do corpo e da alma do paciente. Quem é a pessoa que adoece e sua estrutura de valores, sua biografia? Para quem a doença está endereçada? Quais os simbolismos da doença? Quais os estigmas? Enfim, toda essa complexidade não se deixa esgotar pelo conhecimento científico apenas, e, nesse sentido, a riqueza das artes e de suas metáforas se faz imperativa se o grande objetivo é tornar o médico capaz de ser um instrumento terapêutico promotor de mudanças, como evidenciado pelo psicanalista húngaro Balint (1988).

A doença, denominada pelo escritor e médico Moacir Scliar (1996) como uma “paixão transformada”, representa grande fonte de inspiração para inúmeros escritores e é grande reveladora antropológica, no sentido de viabilizar a expressão clara e simbólica da essência do ser humano, de seus valores sociais e culturais. Aliás, coincidência ou não, são vários os médicos escritores, como Dráuzio Varela, Pedro Nava, Armando Bezerra, que nos fazem lembrar da indissociabilidade entre medicina e arte e que nos legaram grandes obras. Da mesma maneira, cada vez mais as pessoas escrevem sobre suas enfermidades, produzindo as patonarrativas didáticas ou apenas catárticas. Nise da Silveira, psiquiatra e criadora do Museu do Inconsciente, sempre apostou na via da arte, da sublimação de conteúdos recalçados e da pintura como lugar de tratamento para seus pacientes psicóticos (SILVEIRA, 1992).

Um médico adoecido não será capaz de promover uma relação saudável e terapêutica com seus pacientes. Saúde mental, portanto, representa bem precioso, se considerarmos o mal-estar de nossa sociedade contemporânea, e implica senso de realidade, senso poético e senso de humor. Nada é tão sério e definitivo, pois não podemos perder o encanto e a capacidade de sonhar com realidades mais bonitas. Da mesma forma, se considerarmos a relação médico-paciente como um *ethos*, uma morada, uma referência médica e existencial para o paciente, um lugar no mundo, devemos buscar o resgate do valor intrínseco dessa casa, que deve ser habitada por valores humanistas e competência técnica. Assim, todo esforço intelectual, pessoal e profissional é válido quando abordamos o campo da educação médica.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Sílvia Caixeta de et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2011.

ANTONELLO, Ivan Carlos Ferreira. Cuidando de cuidadores em formação nas faculdades de medicina. *Revista Bioética*, v. 14, n. 2, p. 159-162, 2006.

BAUMAN, Zygmunt. *Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro, Zahar, 2004.

BELLODI, Patrícia Lacerda. Como tutores cuidam do estudante de medicina? In: BALDASSIN, Sergio (Coord.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina*. São Paulo: EDIPRO, 2012.

BLASCO, Pablo González et al. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 29, n. 2 p. 119-128, 2005.

BLASCO, Pablo González. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

CALDEIRA, Érika Soares; LEITE, Maisa Tavares de Souza; RODRIGUES-NETO, João Felício. Estudantes de medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 477-485, out./dez. 2011.

CEZAR, Pedro Henrique Netto; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2011.

CHARON, Rita. Literary concepts for medical readers: frame, time, plot, desire. In: HAWKINS, Anne Hunsaker; McENTYRE, Marilyn Chandler (Ed.). *Teaching literature and medicine*. New York: Modern Language Association of America, 2000. p. 29-42.

DE MARCO, Mário Alfredo (Org.). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DUARTE, Newton. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. *Revista Brasileira de Educação*, n. 18, p. 35-40, set./out./nov./dez. 2001.

- ENGEL, George Libman. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
- FERRY, Luc. *Aprender a viver: tratado de filosofia para uso das jovens gerações*. Prêmio Hoje, 2006.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREUD, Sigmund. *O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias e outros textos (1930-1936)*. Obras Completas, v. 18. Tradução Paulo César de Souza. Rio de Janeiro: Companhia das Letras, 2010.
- GARBI NOVAES, Maria Rita Carvalho et al. Inserção dos temas de humanidades e ética em currículo médico integrado em escola pública no Distrito Federal, Brasil. *Acta bioethica*, v. 15, n. 2, 202-211, nov. 2009.
- GONZÁLEZ REY, Fernando Luis. *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. Tradução Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- MELLO FILHO, Julio de. *Psicossomática hoje*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 616 p.
- MENDONÇA, Fernando de. Medicina e cinema: aproximações para uma filmografia. *Intersemiose – Revista Digital*, ano I, v. 1, n. 1, jan./jul. 2012.
- NAPOLITANO, Marcos. A arte engajada e seus públicos (1955/1968). *Revista Estudos Históricos*, v. 2, n. 28 – Sociabilidades, 2001.
- NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Cuidando do estudante enquanto futuro profissional: a importância da formação e avaliação de atitudes. In: BALDASSIN, Sergio (Coord.). *Atendimento psicológico aos estudantes de medicina*. São Paulo: EDIPRO, 2012.
- PERESTRELLO, Danilo. *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1974.
- PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- SANTOS, Carla de Gouvêa dos et al. Formação em saúde e produção de vínculo: uma experiência PET-Saúde na rede de Niterói, RJ, Brasil. *Interface*, Botucatu, v. 19, supl. 1, 2015.
- SARTRE, Jean Paul. *O que é a subjetividade?* Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

SCLIAR, Moacyr. *A paixão transformada*: história da medicina na literatura. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

SILVA, Marilda da. *Complexidade da formação de professores*: saberes teóricos e saberes práticos. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 114 p.

SILVA, Pedro. *Etnografia e educação*: reflexões a propósito de uma pesquisa sociológica. Porto: Profedições, 2014.

SILVEIRA, Nise da. *O mundo das imagens*. São Paulo: Editora Ática, 1992.

SOUZA, Blau Fabrício de et al (Org.). *Médicos (pr)escrevem 5*: humor. Porto Alegre: AGE, 1999.

TAPAJÓS, Ricardo. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 500-506, 2008.

TRINDADE, Eliana Mendonça Vilar et al. Resgatando a dimensão subjetiva e biopsicossocial da prática médica com estudantes de medicina: relato de caso. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 29, n. 1, jan./abr. 2005.

SAÚDE MENTAL DO ESTUDANTE: MEDICINA VIVA (?)

Jorge Augusto Gomes Cavalcante

*O enterrado vivo
É sempre no passado aquele orgasmo,
é sempre no presente aquele duplo,
é sempre no futuro aquele pânico.
É sempre no meu peito aquela garra.
É sempre no meu tédio aquela aceno.
É sempre no meu sono aquela guerra.
É sempre no meu trato o amplo
distrato.
Sempre na minha firma a antiga fúria.
Sempre no mesmo engano outro
retrato.
É sempre nos meus pulos o limite.
É sempre nos meus lábios a
estampilha.
É sempre no meu não aquele trauma.
Sempre no meu amor a noite rompe.
Sempre dentro de mim meu inimigo.
E sempre no meu sempre a mesma
ausência.*

Antes de começar um capítulo sobre a saúde mental do estudante de medicina, é importante que se diga: entre trovoadas e trovões, eis uma epopeia que se forma. Discutir saúde mental em um ambiente catedrático que se distanciou por anos da subjetividade para se aliar à ciência cartesiana é uma quebra de paradigmas e um desafio diário, repleto de heróis e aventuras, de monstros e provações. Ainda assim, apesar de essa jornada estar em seus primeiros cantos, é preciso refletir sobre o assunto cada vez mais, unindo conhecimentos de várias áreas do saber, para que o objetivo final seja alcançado: um ambiente de ensino humanizado, saudável, que preze por formar um estudante humano e não meramente o tornar um reprodutor de informações em um mundo saturado delas. No entanto, este capítulo não tem por

objetivo esgotar o tema, muito pelo contrário, visa a reflexões em cadeia e também a trazer dados resumidos encontrados na literatura sobre o assunto.

Em consonância a isso, é imprescindível dizer que o transtorno mental e os seus processos psicopatológicos não conseguem explicação satisfatória em um modelo puramente biomédico. Em 1977, o psiquiatra norte-americano Arthur Kleinman criou um modelo bidimensional para o entendimento da doença, composto pela dimensão da patologia e da enfermidade. Ao passo que a patologia descreveria as alterações na fisiologia, na anatomia e na histologia que justificariam, em grande parte, os sintomas da doença, a enfermidade consistiria no processo de atribuição de significado a essa doença, ou seja, representaria a experiência humana frente ao adoecer. Nesse contexto, o adoecimento mental é, acima de tudo, uma experiência individual, cultural e irreproduzível (ALMEIDA FILHO; COELHO; PERES, 1999; GONÇALVES et al, 2015). Por isso, compreender um processo psicopatológico demanda o entendimento neurocientífico sobre neurotransmissores, circuitos cerebrais, alterações anatômicas e histopatológicas bem como sobre as formas de se acessar e de interpretar a complexidade humana. Então, nada mais justo do que pensar que talvez o principal canal de acesso a esse universo simbólico seja o comunicar-se, isto é, a linguagem como expressão maior.

Se nos restringirmos à linguagem verbal, podemos pensar que ela seja, de acordo com a definição de Evanildo Bechara, um sistema de signos. A partir dela, pode-se explorar que, entre inúmeras funções, ela possui a capacidade de expressar conteúdos da psique humana, ou seja, sentimentos e pensamentos. Quando o conceito de linguagem passa a ser definido pelo conceito de signo, que não só o é, como também é simbólico, estamos perante um conceito extremamente complexo. Por isso, faz sentido analisar o que é signo e o que é simbólico antes de mais nada. A definição de signo perpassa a noção de um elemento que representa *algo* diferente dele mesmo, mas, ao mesmo tempo, guarda relação direta e dedutiva com esse *algo* supramencionado (BECHARA, 2009). Por exemplo, um aluno de sexto ano do ensino fundamental pergunta ao seu professor “posso ir ao banheiro?”, ou seja, deduz-se, a partir dos signos linguísticos criados, que o menino tem vontade de urinar ou defecar, apesar de não haver menção direta a essas duas ações na oração.

Por outro lado, o símbolo é um elemento que substitui *algo*, sem, fora de um contexto sociocultural, guardar relação dedutiva com tal *algo* (BECHARA, 2009). Por exemplo, um paciente com pensamentos suicidas se queixa “eu não aguento mais”. Fora de um contexto, tal proposição pode ter inúmeros outros significados que não o fato de o paciente não mais aguentar viver. Se um paciente diz a mesma frase após um longo período de trabalho intenso, pode-se pensar que o paciente está cansado, ao passo que a mesma frase dita por um paciente em um relacionamento, quando questionado sobre o assunto, pode significar que ele deseja se separar do seu parceiro(a). Um signo simbólico é, pois, um elemento que guarda relação com seu *algo* diretamente e ao mesmo tempo, com um contexto sociocultural, fazendo com que, acima de tudo, seja necessária uma interpretação para que o sentido da linguagem como produto psíquico venha à tona.

De acordo com Sérgio Laia e Adriano Amaral de Aguiar:

[...] esse campo que chamamos de realidade se organiza mas, confrontados ao que nos falta, diante do vazio que se impõe a partir da não correspondência das palavras às coisas que elas parecem designar, o que esperamos, o que demandamos do campo onde a linguagem se corporifica, do laço com os parceiros, é justamente, uma voz assim, um olhar assim, uma palavra assim, jamais encontrados na realidade o tempo todo [...]. (LAIA; AGUIAR, 2017).

Nesse contexto, eu ousou me utilizar da linguagem, especialmente a verbal, para discorrer sobre a saúde mental do estudante de medicina, não de uma perspectiva expectante, antes fosse, mas sim de uma perspectiva de agente, de quem fez parte do universo da faculdade de medicina, em outras palavras, de quem experienciou a graduação médica.

A saúde mental é um pilar extremamente importante da saúde do ser humano, não sendo, pois, diferente para médicos e estudantes de medicina. Certamente, nessa população, sintomas e sofrimento psíquicos podem aumentar o absenteísmo e reduzir a qualidade de assistência à saúde (FIRTH-COZENS, 2003; FIOROTTI et al, 2010) bem como diminuir as habilidades de empatia do estudante/médico (COSTA et al, 2012). A prevalência de sintomas psíquicos entre estudantes de medicina e médicos é um consenso em inúmeros estudos. Ainda assim, existe carência de estudos prospectivos sobre o assunto, principalmente estudos que se relacionem à

metodologia adotada pelo curso. Sabe-se que até um quarto dos médicos apresentam ou apresentarão algum sintoma psiquiátrico ao longo de suas vidas e que sintomas depressivos, de ansiedade, de *burnout* e de transtornos relacionados, como o abuso de substâncias, são mais frequentes entre estudantes e residentes de medicina, em comparação à população em geral (ZWACK; SCHWEITZER, 2013; ALEXANDRINO-SILVA et al, 2009; DYRBYE; THOMAS; SHNAFELT, 2005). Além disso, o suicídio é ainda a principal causa de morte precoce entre médicos, sendo a taxa de incidência, nessa população, maior que na população em geral (ZWACK; SCHWEITZER, 2013; GOLD; SEN; SCHWENK, 2013; MELEIRO, 1998), especialmente, na parcela que tem sintomas ansiosos e depressivos (ALEXANDRINO-SILVA et al, 2009). Além do que, a percepção de ter sido ou de ser vítima de assédio entre estudantes de medicina é comum, podendo chegar a 80% (DYRBYE; THOMAS; SHNAFELT, 2005).

Entre médicos, sintomas psiquiátricos e de sofrimento psíquico parecem estar relacionados ao estresse e à pressão da profissão. Isso acontece em decorrência de sobrecarga de conhecimento, pouco tempo para atividades de lazer e individuais, decisões difíceis e de alto impacto, responsabilidades e expectativas sociais, traços de personalidade, autocríticas constantes, além de suporte psicossocial muitas vezes insuficiente (FIRTH-COZENS, 2003; FIOROTTI et al, 2010).

Na população de estudantes, existe uma ressignificação desses fatores que são específicos do momento de vida dessa população. O aparecimento dos sintomas depressivos, de ansiedade, de *burnout*, entre outros, parece estar relacionado a certos fatores de risco, como a não correspondência do curso em relação às expectativas, a percepção por parte do estudante de não estar adquirindo as habilidades necessárias à profissão, a presença de tensão psíquica, de pensamentos de abandono do curso e de pensamentos suicidas, a dificuldade financeira e a ausência de apoio emocional (FIOROTTI et al, 2010; COSTA et al, 2012; ROBERTO; ALMEIDA, 2011), enfatizando-se que tais sintomas são exacerbados em momentos de carga horária excessiva, de falta de tempo para estudar e de privação da vida social (FIOROTTI et al, 2010; COSTA et al, 2012). Outrossim, alunos de alto rendimento acadêmico durante a graduação parecem ser mais vulneráveis a tais fatores de risco em

decorrência de maiores taxas de frustrações, principalmente, relacionadas ao desempenho acadêmico (COSTA et al, 2012; MORO; VALLE; LIMA, 2005).

Por sua vez, o consumo de drogas, especialmente de álcool, de cigarro e de maconha, é também elevado na população de estudantes de medicina e de médicos. Um fenômeno interessante que ocorre nessa população é o *misperception*, que ratifica a importância da influência dos pares no consumo de drogas. É comum que nessa população a percepção equivocada sobre a quantidade e a frequência de drogas ingeridas por seus pares resulte em maior tolerabilidade a drogas, ou seja, em consumo mais expressivo e permissivo (OLIVEIRA JÚNIOR et al, 2009). É importante lembrar que o consumo de drogas é um mecanismo de defesa voluntário da psique (JANOV, 1970) e que, por trás dele, existem, geralmente, transtornos mentais primários (SADOCK, 2017; MELEIRO, 1998). De qualquer forma, o consumo de drogas ao longo da formação médica é um problema de extrema importância, haja vista que, se olhado de perto, é um indicador de adoecimento mental.

Dessa forma, destaca-se que fatores de risco para o sofrimento mental começam na própria graduação médica (FIOROTTI et al, 2010), perpetuando-se, assim, ao longo da formação médica, que, formal ou informalmente, acompanha o médico durante todo o seu tempo de atividade laboral. Além disso, esses dados devem deflagrar questionamentos sobre os espaços de formação médica bem como sobre os indivíduos em formação. Por que essa população adocece tanto? Seria exclusivamente por fatores de risco ou haveria a necessidade de refletir sobre um possível modelo psicopatológico de adoecimento? Existe uma relação entre a prevalência de transtornos mentais e a psicodinâmica do estudante de medicina? Que medidas de promoção de saúde mental e de prevenção do adoecimento psíquico poderiam ser feitas de forma eficaz? A percepção do estudante sobre o ambiente adoeceador repercute na sua saúde mental?

Mas, afinal, esse é um problema unicamente do formando ou também é responsabilidade de quem forma? Desde o final do século XX, escolas no mundo inteiro começaram a implementar metodologias ativas para o ensino médico. No Brasil, isso se tornou mais evidente no início do século XXI. Tais metodologias

foram criadas com a proposta de formar médicos habilitados a abordar a doença do paciente, mas também serem capazes de analisar criticamente o contexto psicossocial no qual ele se encontra, o que ratificou a importância da discussão sobre saúde e doença mentais ao longo do curso (CLIQUET; RODRIGUES, 2016). Apesar disso, como supramencionado, o adoecimento mental do estudante é ainda um problema de extrema relevância para as escolas médicas, destacando-se que tal adoecimento é muito mais um produto do treinamento médico do que da vida pessoal do estudante propriamente dita e que existem medidas institucionais que podem ser feitas para reduzir o adoecimento mental (MOFFAT et al, 2004). Ainda assim, existem poucos estudos sobre o assunto.

Em linhas gerais, é importante enfatizar que a responsabilização pela saúde mental dos estudantes de medicina é uma atribuição institucional (COSTA et al, 2012; FIOROTTI et al, 2010), individual e por parte da docência, independentemente de ser um profissional de saúde mental, objetivando evitar que um profissional potencialmente relevante para a sociedade e, acima de tudo, uma vida humana sejam perdidos (COSTA et al, 2012), por causas, na grande maioria das vezes, preveníveis ou de manejo consideravelmente mais simples em estágios precoces, bem como garantir melhor qualidade de vida a essa população (FIOROTTI et al, 2010).

Ainda assim, a porcentagem de estudantes de medicina que efetivamente procura e segue assistência psiquiátrica e/ou psicológica é baixa (ROBERTO; ALMEIDA, 2011; GOLD; SEN; SCHWENK, 2013), tendo em vista que não é incomum a crença de que médicos devem ser capazes de evitar o aparecimento de sintomas psíquicos (GOLD; SEN; SCHWENK, 2013; MELEIRO, 1998). Além disso, são comuns a negação do sofrimento subjetivo e do estresse de ordem pessoal assim como o fechamento de si próprio para intervenções eficazes no âmbito da saúde mental (MELEIRO, 1998). Isso ratifica a importância de estudos sobre a dimensão subjetiva do adoecimento mental, a fim de entender psiquicamente e com maior propriedade essa população, garantindo medidas de intervenção mais eficazes.

E o que poderia ser feito?

O desenvolvimento de redes de apoio para os estudantes é uma maneira de reduzir os sintomas e o sofrimento psíquicos (LIMA; DOMINGUES; CERQUEIRA, 2006). Essa rede, que precisa ser construída durante a graduação, é um produto individual e institucional. No âmbito individual, a literatura destaca a importância de atividades, como ioga e meditação, bem como o desenvolvimento de habilidade de resiliência (ZWACK; SCHWEITZER, 2013). No âmbito institucional, existe muito a ser feito tanto na docência quanto no currículo acadêmico (DYRBYE; THOMAS; SHNAFELT, 2005).

Pormenorizando-se as medidas individuais, a ioga e a meditação são apontadas pela literatura como medidas auxiliadoras no processo de relaxamento, de percepção do momento presente e das emoções, repercutindo positivamente na saúde mental. Além disso, é importante enfatizar a relevância do suporte psicológico e, especialmente, o desenvolvimento de habilidades de resiliência.

Consequentemente, o desenvolvimento de tais habilidades é imprescindível na formação e na carreira médica como um todo, sobretudo por representar um indicador de saúde mental (ZWACK; SCHWEITZER, 2013). A resiliência é adquirida por meio do sentimento de gratificação em relação à profissão e à relação médico-paciente; de atividades de lazer, como cinema, teatro, esporte, música, entre outros; da manutenção de vínculos afetivos de amizade e familiares; de reflexões pessoais e estabelecimento de objetivos; de momentos de discussão sobre estressores da rotina com outras pessoas que os compartilhem; da limitação de horário de trabalho; da priorização das necessidades básicas, como dormir e comer; da espiritualidade; do estabelecimento de áreas de interesse não relacionados à medicina; da participação de grupos, como os Grupos Balint, entre outros (ZWACK; SCHWEITZER, 2013). Ainda assim, uma grande parcela dos estudantes de medicina disponibiliza seu tempo de lazer para realizar atividades extracurriculares que, de alguma forma, possibilitem a criação de currículo mais apto a concorrer por uma vaga na residência médica. Isso dificulta o desenvolvimento de habilidades de resiliência, uma vez que existe a ocupação maciça do tempo do estudante com a medicina.

A instituição de ensino também tem papel-chave na promoção de saúde mental e na prevenção do adoecimento psíquico. Ela deve estimular a criação de uma relação entre docência e discência – como nos programas de *mentoring* –, que comprovadamente favoreça um ambiente educacional acolhedor e certamente seja uma medida de promoção de saúde mental, reduzindo inclusive os sintomas de ansiedade, de depressão e de *burnout*. Além disso, o desenvolvimento de um plano de ensino que preze pelo estímulo à paixão e ao profissionalismo do estudante assim como pela autonomia curricular dele, na escolha de matérias de seu próprio interesse, é uma medida igualmente efetiva (DYRBYE; THOMAS; SHNAFELT, 2005). Outras responsabilidades institucionais são a identificação de sofrimento psíquico e sintomas psiquiátricos no estudante, fornecendo-lhe suporte adequado; o ensino de medidas de *coping*; a capacitação da docência, para identificação e manejo de estudantes que possivelmente estejam em sofrimento/estresse; a criação de grupos de compartilhamento de experiências durante a graduação; e o encorajamento dos estudantes à realização de habilidades de resiliência. Todas essas medidas institucionais parecem reduzir e prevenir a morbidade psíquica nos estudantes (DYRBYE; THOMAS; SHNAFELT, 2005).

Além delas, a literatura também aponta para a criação de um Sistema de Aconselhamento Universitário, a fim de disponibilizar aos discentes conselhos sobre carreira médica e sobre bem-estar; de um Comitê de Bem-Estar Discente, que, por meio de atividades de *mentoring*, garanta bem-estar psíquico, físico e social; de um Programa Curricular Adjunto, que promova o desenvolvimento pessoal do estudante; e de programas de Redução de Estresse Baseados em *Mindfulness* (SLAVIN et al, 2014).

Dessa forma, ratifica-se que discutir a saúde mental do estudante de medicina é tarefa complexa e requer mais aprofundamento. A medicina, ao longo dos anos, passou por intensas modificações bem como a sociedade que a exerce. É importante pensar que a medicina, por si só, não existe, o que existem, de fato, são médicos e estudantes que dão vida a essa área do saber tão relevante, instigante, difícil, nobre e apaixonante.

O primeiro passo para lidar com as limitações e as doenças do outro é reconhecer e aprender sobre si próprio, é entender que, antes de médicos, somos todos humanos, sujeitos às condições humanas, é compreender que a ponte que se cria para acessar o outro precisa, antes de mais nada, ser bem calcada em nós mesmos. Por fim, termino o capítulo com uma poesia de Carlos Drummond de Andrade, não só como instrumento reflexivo, mas, acima de tudo, como uma forma de trazer o que há de mais belo no mundo: a beleza que se encontra no cata-vento, no final do rio, no pôr do sol e nas outras coisas da vida que são findas, mas renascem de uma forma ou de outra.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINO-SILVA, Clóvis et al. Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.
- ALMEIDA FILHO, Naomar de; COELHO, Maria Thereza Ávila; PERES, Maria Fernanda Tourinho. O conceito de saúde mental. *Revista USP*, São Paulo, n. 43, p.100-125, set./nov. 1999.
- BECHARA, Evanildo. *Moderna gramática portuguesa*. 37. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- CLIQUE, Marcia Braga; RODRIGUES, Cibele Isaac Saad. Grupo de tutorial e a saúde mental no Ensino Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 40, n. 4, p. 591-601, 2016.
- COSTA, Edméa Fontes de Oliva et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 58, n. 1, p. 53-59, 2012.
- DYRBYE, Liselotte N.; THOMAS, Matthew R.; SHNAFELT, Tait D. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clinic Proceedings*, v. 80, n. 12, p.1613-1622, 2005.
- FIOROTTI, Karoline Pedroti et al. Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 59, n. 1, p. 17-23, 2010.
- FIRTH-COZENS, Jenny. Doctors, their wellbeing, and their stress. *BMJ*, v. 326, p. 670-671, 2003.

GOLD, Katherine J.; SEN, Ananda; SCHWENK, Thomas L. Details on suicide among US physicians: data from National Violent Death Reporting System. *General Hospital Psychiatry*, v. 35, n. 1, p. 45-49, 2013.

GONÇALVES, Dâmaris Versiani Caldeira et al. Percepção sobre o adoecimento entre estudantes de cursos da área da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 1, p. 102-111, 2015.

JANOV, Arthur. O sistema de defesa. In: *O grito primal: terapia primal – a cura das neuroses*. Rio de Janeiro: Artenova, 1970. p. 46-56.

LAIA, Sérgio; AGUIAR, Adriano Amaral de. Enigma, objetivação e diluição da loucura. In: TEIXEIRA, Antônio; CALDAS, Heloisa (Org.). *Psicopatologia lacaniana*. Volume I: Semiologia. Belo Horizonte: Autêntica, 2017.

LIMA, Maria Cristina Pereira; DOMINGUES, Mariana de Souza; CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Prevalência de fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. 6, p. 1035-1041, 2006.

MELEIRO, Alexandrina Maria Augusta da Silva. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 44, n. 2, p.135-140, abr./jun. 1998.

MOFFAT, K. J. et al. First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Medical Education*, v. 38, n. 5, p. 482-491, 2004.

MORO, Adriana; VALLE, Juliana Barros do; LIMA, Leandro Prates. Sintomas depressivos nos estudantes de medicina da Universidade da Região de Joinville (SC). *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, v. 29, n. 2, p. 97-102, maio/ago. 2005.

OLIVEIRA JÚNIOR, Hercilio Pereira de et al. Percepção dos estudantes universitários sobre o consumo de drogas entre seus pares no ABC Paulista, São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 871-877, 2009.

ROBERTO, Alice; ALMEIDA, Anabela. A saúde mental de estudantes de medicina: estudo exploratório na Universidade da Beira Interior. *Acta Médica Portuguesa*, v. 24, n. S2, p. 279-286, 2011.

SADOCK, Benjamin J. Transtornos relacionados a substâncias e transtornos aditivos. In: SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Editora Artmed, 2017. p. 616-693.

SLAVIN, Stuart J.; SCHINDLER, Debra L.; CHIBNALL, John T. Medical student mental health 3.0: improving student wellness through curricular changes. *Academic Medicine*, v. 89, n. 4, p. 573-577, 2014.

ZWACK, Julika; SCHWEITZER, Jochen. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine*, v. 88, n. 3, p. 382-389, 2013.

A RELAÇÃO ENTRE O MÉDICO E A MEDICINA: UM ESTUDO INTERPRETATIVO SOBRE GUIMARÃES ROSA, HILDA HILST E GRACILIANO RAMOS

Jorge Augusto Gomes Cavalcante
Raíssa Habka Cariello

*A cada dia que vivo, mais me
convenço de que o desperdício
da vida está no amor que não
damos, nas forças que não
usamos, na prudência egoísta
que nada arrisca, e que,
esquivando-se do sofrimento,
perdemos também a felicidade.*

Carlos Drummond de Andrade

A literatura e a medicina estão no limiar do diálogo a todo momento. Desde os primórdios da literatura ocidental às obras literárias contemporâneas, o ser humano pode encontrar o adoecimento e, outrossim, questões da vida diária (médica) em obras de ficção. Não bastam os textos técnicos – e existe um punhado de humanidade que não se inscreve na razão e nos níveis de evidência –, é preciso encenar, é preciso narrar, é preciso se permitir desconstruir para edificar.

Na célebre obra de Miguel de Cervantes, *O engenhoso fidalgo Dom Quixote de La Mancha*, a doença mental é experienciada pelo próprio D. Quixote, que, talvez, tenha adoecido por tamanha lucidez, ainda que paradoxalmente. Uma personagem que, na leitura e nas armadilhas do hiperconhecimento, deparou-se com a perda do seu julgar. “Enfim, tanto ele se engolfou em sua leitura, que lendo passa as noites de claro em claro e os dias de sombra a sombra; e assim, do pouco dormir e

muito ler se lhe secaram os miolos, de modo que veio a perder o juízo” (CERVANTES, 2012).

Na grande obra de Thomas Mann, *A montanha mágica*, a protagonista Hans Castorp sobe aos Alpes Suíços para encontrar seu primo, Joachim, no Sanatório Internacional Berghof para tuberculosos. Ao longo do livro, além de pormenorizar os átomos da existência como humano, Thomas Mann narra as relações dos doentes com seus diagnósticos, as relações entre os doentes e as relações entre os doentes e os profissionais de saúde, em uma época pré-antibioticoterapia, período em que o ar rarefeito dos Alpes era a esperança de cura. O sofrimento diante do fim está nas entrelinhas, a angústia de morte e as etapas do luto de algumas personagens também. Em uma das cenas do livro, Hans é examinado pelo médico do sanatório e, entre murmúrios e silêncios, em meio à pouca compaixão, descobre-se:

– Respire profundamente! Agora tussa! – ordenou o conselheiro, que tornara a pegar o estetoscópio, e Hans Castorp esfalfou-se, durante uns oito ou dez minutos, enquanto o médico escutava sem proferir nenhuma palavra, não fazendo mais do que colocar o instrumento aqui e ali e auscultar, cuidadosa e repetidamente, vários lugares nos quais já insistira quando da percussão. A seguir enfiou o estetoscópio por baixo do braço, juntou as mãos nas costas e olhou o chão entre si e Hans Castorp.

– Pois é, Castorp – disse enfim, e era a primeira vez que chamava o jovem simplesmente pelo sobrenome. – O resultado é, praeter-propter, como eu esperava desde o princípio. Observei o senhor com um olho vigilante, Castrop (agora posso dizê-lo), desde o dia em que tive a imerecida honra de conhecê-lo, e cheguei à opinião bastante firme de que o senhor era, clandestinamente, um dos nossos e acabaria por perceber esse fato, como fizeram tantos outros que vieram aqui para divertir-se, estudaram o ambiente, torcendo o nariz, e um belo dia ficaram sabendo que seria conveniente para eles, e não apenas conveniente – o senhor entenda-me bem! –, abandonarem a atitude de curiosidade displicente e passarem aqui uma temporada extensa.

Hans Castorp empalidecera e Joachim, a ponto de abotoar os suspensórios, imobilizou-se e escutou... (MANN, 2011, p. 265).

Ser médico é lidar com seres humanos doentes, em momentos de profunda vulnerabilidade. É também ter a responsabilidade de atribuir um nome ao conjunto de sinais e de sintomas que encontra voz no outro: é diagnosticá-lo para o bem ou

para o mal. João Guimarães Rosa, na novela *Campo Geral*, do *Corpo de Baile*, narra a cena de uma criança que usa lentes corretivas pela primeira vez, após uma visita médica em sua região:

– Este nosso rapazinho tem a vista curta. Espere aí, Miguilim...

E o senhor tirava os óculos e punha-os em Miguilim, com todo jeito.

– Olha, agora!

Miguilim olhou. Nem não podia acreditar! Tudo era uma claridade, tudo novo e lindo e diferente, as coisas, as árvores, as caras das pessoas. Via os grãozinhos de areia, a pele da terra, as pedrinhas menores, as formiguinhas passeando no chão de uma distância. E tonteava. Aqui, ali, meu Deus, tanta coisa, tudo... (ROSA, 2010, p. 152-153).

Ainda que não haja menção explícita a um dilema da realidade médica ou a uma doença, a literatura possibilita a narrativa, possibilita o acesso às palavras (por vezes, desconhecidas ao próprio doente), possibilita também a identificação com essas palavras (no sentido de estrutura textual) e, com isso, abre espaço a dimensões impensadas até o momento. Nesse contexto, Fernando Pessoa diz: “E não sei o que sinto, não sei o que quero sentir, não sei o que penso nem o que sou” (PESSOA, 2021, p. 34).

Diante da complexidade do sofrimento humano, a ciência é insuficiente, e também os textos científicos o são. A leitura ficcional é instrumento caro a um médico: traz à luz sua subjetividade, que transborda a todo momento em cada atendimento, em cada minuto de sua práxis – O que é meu? O que é do outro? Onde se dá o encontro? Aborda, além disso, a condição humana na sociedade que abarca, no psiquismo que é lento, na cultura que traz os hábitos e as crenças.

Na literatura brasileira, Graciliano Ramos, Guimarães Rosa e Hilda Hilst trazem três perspectivas diferentes.

Graciliano Ramos foi um escritor alagoano, nascido em 1892 e falecido em 1953, no Rio de Janeiro, que pertenceu à segunda fase do Modernismo brasileiro. Ele escreveu inúmeros romances consagrados, entre eles, *São Bernardo*, *Memórias de um cárcere*, *Angústia* e, talvez, o mais conhecido, *Vidas secas* (BOSI, 1993).

João Guimarães Rosa, nascido em Cordisburgo, Minas Gerais, em 1908 e falecido em 1967, foi escritor da terceira fase do Modernismo brasileiro. Formado em medicina, exerceu a profissão por poucos anos, em duas cidades – Itaúna e Barbacena – e, logo após, ingressou na diplomacia. Em decorrência disso, teve contato direto com a Segunda Guerra Mundial, no período em que foi cônsul-adjunto em Hamburgo. Escreveu um único romance, *Grande sertão: Veredas*, não obstante vários contos e novelas, entre eles, *A terceira margem do rio*, *Os cismos*, *A estória de Lélío e Lina* e *Campo Geral* (BOSI, 1993).

Hilda Hilst, nascida em 1930 e falecida em 2004, foi uma das poucas escritoras brasileiras que se dedicou integralmente à literatura após se mudar para Casa do Sol, em Campinas, local que hoje sedia o Instituto Hilda Hilst. Sua obra é ímpar e um patrimônio da humanidade. Escreveu vários livros de contos e romances, entre eles, *Fluxo-floema*, *A obscena senhora D.*, *Tu não te moves de ti*, e incontáveis poemas.

Por meio da interpretação, entre as inúmeras possíveis, de três textos dos autores brasileiros supracitados, ilustramos a importância da literatura para a formação do médico como um profissional que lida com a morte e com a vida, incluindo os ônus e os desdouros a elas relacionados. Foram tomados como referência o romance *Vidas secas*, de Graciliano Ramos; o conto *Os cismos*, de João Guimarães Rosa, pertencente ao livro de contos *Primeiras histórias*; e o poema *VI*, de Amavisse, da Hilda Hilst.

Tais textos realçam fragmentos que, de alguma forma, remetem à realidade de um estudante de medicina e de um médico. Além disso, foram consultados os livros *Presença da literatura brasileira: modernismo, história e antologia*, de Antonio Candido e José Aderaldo Castello; *História concisa da literatura brasileira*, de Alfredo Bosi; o livro *Encyclopedia of communication theory*, de Stephen Littlejohn e Karen Foss, e alguns artigos relacionados ao tema, recrutados pela Scielo e pela MEDLINE. A interpretação das obras foi feita com respaldo na experiência de vida dos autores do artigo, o que inclui tanto os aspectos pessoais quanto os profissionais.

I. Os cismos

No conto *Os cismos*, um grande desafio da profissão é abordado: como comunicar a uma criança sobre um diagnóstico difícil? É melhor não contar? Será que as crianças não percebem?

Na primeira parte do conto, que recebe o título de “o inverso afastamento”, Menino, o protagonista, depara-se com o evitável talvez: Tio (assim chamado no conto) o leva para uma viagem. Então, o Menino reflete:

Vinha, porém, só com o Tio, e era uma íngreme partida. Entrara aturdido no avião, a esmo tropeçante, enrolava-o de por dentro um estufo no avião, a fingia apenas que sorria, quando lhe falavam. Sabia que a Mãe estava doente. Por isso o mandavam para fora, decerto por demorados dias, decerto porque era preciso. (ROSA, 2005, p. 201).

Ao se afastar o Menino da Mãe, o efeito é justamente o seu contrário: a personagem não deixa sua mãe em momento algum e se vê mergulhada em profundo sofrimento; afastamento esse que pode ser pensado no sentido de distância, mas também de desconhecimento e de desinformação. Seria, então, um sofrimento maior para a criança atravessar a doença com a mãe ou longe dela? “O Menino sofria sofreado. O avião então estivesse parado voando – e voltando para trás, mais, e ele junto com a Mãe, do modo que nem soubera, antes, que o assim era possível.” (ROSA, 2005, p. 202). Quando já repousava da viagem em seu quarto, continua:

Deitado, o Menino se sentia sustoso, o coração dando muita pancada. A Mãe, isto é... E não podia logo dormir, e pela dita causa. O calado, o escuro, a casa, a noite – tudo caminhava devagar, para o outro dia. Ainda que a gente quisesse, nada podia parar, nem voltar para trás, para o que a gente já sabia, e de que gostava. Ele estava sozinho no quarto. (ROSA, 2005, p. 203).

Mas, a mãe, sendo só a alegria de momentos. Soubesse que um dia a mãe tinha de adoecer, então teria ficado sempre junto dela, espiando para ela, com força, sabendo muito que estava e que espiava com tanta força, ah. Nem teria brincado, nunca, nem outra coisa nenhuma, senão ficar perto, de não se separar nem para um fôlego, sem carecer de que acontecesse o nada. Do jeito feito agora, no coração do pensamento (ROSA, 2005, p. 202).

Ainda que a resposta aos questionamentos anteriormente citados não possa ser única, é importante, acima de tudo, a empatia, entendida, nesse caso, como

“resposta emocional que deriva da percepção do estado ou condição de outra pessoa, sendo congruente com essa situação.” (CECCONELLO; KOLLER, 2000, p. 77). É preciso que o médico entenda quão importantes são a sua linguagem verbal bem como a sua linguagem não verbal nesses momentos. Elizabeth Kübler-Ross sugere: “O médico que puder falar sem rodeios com os pacientes sobre o diagnóstico de um tumor maligno, não o relacionando necessariamente à morte iminente, estará prestando um grande serviço.” (KÜBLER-ROSS, 1992, p. 41).

Traiber e Lago refletem sobre a comunicação de más notícias no contexto da pediatria, tendo-se como referência pais que recebem as informações:

A maioria dos pais manifestou o desejo de informação completa sobre o estado de seus filhos, fornecida de maneira franca e simples. Os pais querem informação clara e direta, mas transmitida de forma sensível e ao mesmo tempo com compaixão. [...] Quando os pais sentiram que o médico estava retendo informação ou sendo muito otimista, sentiram-se muitas vezes enganados, com raiva, resultando em quebra de confiança no médico. (TRAIBER; LAGO, 2012, p. 5).

Em uma revisão integrativa, outras autoras, visando a dar conta da perspectiva da criança, comentam: “O fato dos pais não desejarem que a criança saiba de seu diagnóstico gera falhas na comunicação, já que eles minimizam, silenciam ou fornecem informação enganosa.” (ZANON et al, 2020, p. 8). Os pesquisadores apontam:

Os médicos relatam se abster de comunicar para criança, devido à incerteza sobre a concordância dos pais ou sua solicitação. Dentre os motivos de não querer contar, estão estigma, medo do isolamento, medo de causar sofrimento à criança, querer prepará-las, preocupação de a criança não guardar o segredo, não reconhecer o direito da criança de saber o diagnóstico e sentimento de culpa. Pais sem informações suficientes da doença tentam esconder os fatos da criança. (ZANON et al, 2020, p. 8).

A medicina é uma área que se utiliza de conhecimentos científicos e tenta os condicionar à subjetividade do outro, a uma dimensão a-científica, no sentido de que, ao se deparar com um ser humano em seu adoecimento, o rigor metodológico é falho: o que mais importa na relação é o encontro – de um humano com outro mais ainda. Ana Claudia Arantes ensina: “Penso que todo médico deveria ser preparado

para nunca abandonar seu paciente, mas na faculdade aprendemos apenas a não abandonar a doença dele.” (ARANTES, 2016, p. 47).

[...] que a gente nunca podia apreciar, direito, mesmo, as coisas bonitas ou boas, que aconteciam. Às vezes, porque sobrevinham depressa e inesperadamente, a gente nem estando arrumado. Ou esperadas, e então não tinham gosto de tão boas, eram só um arremedado grosseiro. Ou porque as outras coisas, as ruins, prosseguiram também, de lado e do outro, não deixando limpo o lugar. Ou porque faltavam ainda outras coisas acontecidas em diferentes ocasiões, mas que careciam de formar junto com aquelas, para o completo. Ou porque, mesmo enquanto estavam acontecendo, a gente sabia que elas já estavam caminhando, para se acabar, roídas pelas horas, desmanchadas... (ROSA, 2005).

II. Poema VI, de Amavisse

Que as barcaças do Tempo me devolvam
 A primitiva urna de palavras.
 Que me devolvam a ti e o teu rosto
 Como desde sempre o conheci: pungente
 Mas cintilando de vida, renovado
 Como se o sol e o rosto caminhassem
 Porque vinha de um a luz do outro.
 Que me devolvam a noite, o espaço
 De me sentir tão vasta e pertencida
 Como se as águas e madeiras de todas as barcaças
 Se fizessem matéria rediviva, adolescência e mito.
 Que eu te devolva a fome do meu primeiro grito.

A relação do médico com a medicina é, na verdade, um processo de constante e gradativo amadurecimento. A graduação é imprescindível para a formação acadêmico-teórica, no entanto, é a prática clínica que faz o médico. Outrossim, é inegável que, para ser médico, é preciso buscar ativamente conhecimento, mesmo após 40 anos de formado. Com o desenvolvimento técnico-científico, a fisiopatologia de muitas doenças foi elucidada, e, cada vez mais, descrevem-se novas síndromes. Nos versos 1, 2, 6 e 7 da primeira estrofe e na segunda estrofe, o poema de Hilda ressalta a necessidade de uma constante gana de aprender e de renovar-se, o que é uma consequência direta de um sentimento intrínseco, mobilizador de toda uma vida e que suscita pertencimento e amor. A adolescência

pode ser entendida como um elemento metafórico que remete a esse processo de constante formação.

Nos versos 3, 4 e 5, o poema evoca os sacrifícios realizados ao longo da formação acadêmica e da profissão. A medicina é, desde sempre, pungente porque pressupõe dedicação quase integral, o que reduz, por exemplo, a disponibilidade de tempo livre para lazer. Não obstante, ela extravasa a vida. A última estrofe é, na verdade, um mantra para qualquer médico. Devolver a fome do primeiro grito representa, pois, o exercício constante de todo estudante e médico, em meio ao cansaço e às frustrações inerentes à profissão, ou seja, a medicina merece que a força e a curiosidade em conhecer de um médico já formado há décadas sejam a mesma – ou inclusive maior – que a de um calouro, com um oceano de informações ainda a ser descoberto.

III. *Vidas secas* – capítulo “Baleia”

Muito tem-se a extrair do capítulo “Baleia”, no que tange ao papel cardinal do médico na comunicação com o paciente perante a morte iminente, algo indissociável à medicina. O teor científico que permeia a medicina hodierna é recente na história desta. Antigamente, a formação médica estava sob forte influência da filosofia e da religião. Isso contribuiu para que, até o século XIX, a morte fosse abordada com familiaridade, a qual se foi esvanecendo a partir dessa demarcação de tempo, sendo substituída pela crescente intolerância à finitude humana, embora os avanços tecnológicos propiciem maior entendimento acerca da etiologia dela. Atualmente, a formação médica não valoriza suficientemente a abordagem do que é inevitável: a morte.

O narrador inicia o capítulo com a descrição da Baleia como um animal sofrido em um estado de debilidade e de espoliação: “emagrecido, o pelo caíra-lhe em vários pontos, [...] manchas escuras supuravam e sangravam” (RAMOS, 2003). Dessa narração, pode-se fazer uma analogia com a somatização do sofrimento pelo paciente, em decorrência de processo mórbido. Nesse sentido, o médico deve atuar como vetor da solidariedade – objeto principal da medicina –, estando sensível a perceber as manifestações paralinguísticas por parte do indivíduo em sofrimento. Isso porque elas podem revelar emoções, atitudes e traços de personalidade

(LITTLEJOHN; FOSS, 2009), o que facilita a intervenção assistencial do profissional, conforme o sentimento e a necessidade do paciente.

Essas diversas expressões que constituem a paralinguística refletem a dualidade que compõe os códigos de mensagem, constituída de duas modalidades prevalentes na comunicação humana: a digital – as palavras, o conteúdo da mensagem – e a analógica – transcende as palavras; refere-se à maneira de se expressar (LITTLEJOHN; FOSS, 2009). Essa afirmação representa um dos cinco axiomas da teoria da comunicação, formulados com base nas ideias do antropólogo inglês Gregory Bateson. Encontra-se interligada ao primeiro axioma: é impossível não se comunicar (PORCAR; HAINIC, 2011), visto que até o silêncio atua como uma declaração.

Desse modo, são inúmeras as reações que o enfermo pode apresentar frente à morte. No livro, Baleia ora desesperava-se, almejando escapar da “coisa perigosa” (RAMOS, Baleia, 2003), a espingarda de Fabiano, ora perseverava pela sua existência, tal como no seguinte trecho: “tentou erguer-se, endireitou a cabeça e estirou as pernas dianteiras, mas o resto do corpo ficou deitado de banda” (RAMOS, 2003). Similarmente, o paciente enfermo em situação limite tende a externar oscilações emocionais, desde o medo do desconhecido até a vontade infundável de se esgueirar da morte, embora o seu estado físico não seja sempre capaz de acompanhar essa volição. No que diz respeito ao papel do médico, é imprescindível o *rappor*t e a abordagem humanística, a capacidade de enxergar o doente como um ser em sofrimento, criando um forte apoio psicológico para enfrentar o desconhecido. Isso abre um leque que transcende a objetividade que, em diversas ocasiões, a medicina exige.

Baleia, mais adiante no capítulo, é descrita como “uma pessoa da família” (RAMOS, 2003), que interagia com os membros, e até “para bem dizer não se diferenciavam” (RAMOS, 2003). Embora estivesse consideravelmente debilitada e lânguida, ela tem um passado, uma história, e outrora foi um ser repleto de energia e de vida, o que também pode ser aplicado ao enfermo, o qual é, muitas vezes, desmerecidamente estigmatizado pela sociedade a depender da sua condição de saúde. Dessa forma, o médico tem o compromisso de procurar enxergar na pessoa

em situação de finitude “um espelho que reflita uma humanidade compartilhada” (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

Graciliano Ramos finda o capítulo com uma interpretação acerca da morte de Baleia:

Baleia queria dormir. Acordaria feliz, num mundo cheio de preás. E lamperia as mãos de Fabiano, um Fabiano enorme. As crianças se espojariam com ela, rolariam com ela num pátio enorme, num chiqueiro enorme. O mundo ficaria todo cheio de preás, gordos, enormes (RAMOS, 2003).

A ideia de grandiosidade e de abundância nessa narração, exteriorizada pelo uso dos adjetivos cheio, enorme e gordos, contrasta com a realidade árdua com a qual convive a família de Fabiano, marcada por miséria e estiagens impiedosas. Disso, pode-se concluir que o autor qualifica a morte como um fim afável.

Na medicina, a falência da vida deve ser acolhida com espiritualidade. Isso não necessariamente implica afiliação a uma religião específica para que seja preservado o respeito ao que é impreterível a qualquer indivíduo. “É o morrer que torna a vida plena de sentido”, segundo a sábia reflexão feita pelo professor de história da Unicamp Leandro Karnal. De acordo com ele, assim como não se deve temer o pôr do sol, não se deve temer a morte (KARNAL, 2015).

É inegável que esse tema é controverso, haja vista que a perda do eu que a morte ocasiona pode parecer agonizante. Contudo, como a opinião do médico é geralmente de grande valia para o paciente se ambos tiverem uma boa relação, o comportamento do primeiro pode, sim, mudar o modo de o paciente enfrentar a morte.

Em muitos dilemas da profissão médica, não há um roteiro pré-definido e sistematizado, o que exige do médico a sensibilidade de depreender as reais necessidades dos seus pacientes para que, assim, haja a construção de uma relação empática e duradoura. O médico depende do que é relatado pelo paciente na anamnese para diagnosticar muitas doenças, para ter contato com as diversas esferas da saúde do paciente e, ademais, para desvendar seus conflitos internos, processo esse que requer um grau mínimo de intimidade e confiança.

A medicina é um pressuposto de constante renovação teórica e íntima. Com o desenvolvimento técnico-científico, vários conhecimentos médicos são constantemente aprimorados e, muitas vezes, desconstruídos, sendo necessário por parte do médico flexibilizar o atendimento, pautando-se no fato de que cada paciente é único. É preciso aprender a lidar com pacientes que possuem perfis antitéticos – os indivíduos que naturalmente falam muito e, por consequência, em muitas circunstâncias, fornecem informações desnecessárias à consulta – e com os indivíduos taciturnos, que só respondem quando a pergunta menciona diretamente o sinal ou o sintoma.

É perante a abordagem da morte iminente que todas essas particularidades, atribuídas ao compromisso do médico para com o paciente, mais se sobressaem, visto que a finitude da vida é acompanhada de uma carga de emoções inconstantes, dúvidas, tumultos e incertezas. É nesse momento que o grande desafio do médico torna-se ainda mais evidente: fazer com que os últimos dias/meses do paciente sejam os menos dolorosos possíveis. Afinal, a medicina não tem por escopo excluir a morte, mas, sim, assegurar a dignidade da vida, não infringindo a beneficência e venerando a não maleficência. Um dos compromissos do médico contemporâneo, portanto, no que tange à finitude da vida, é tentar plantar a ideia de entrelaçar o científico com a fé, assim reconhecendo, humildemente, a possível chance de falibilidade da ciência e incorporando o caráter solidário inerente à medicina.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Edson de Oliveira; ANDRADE, Elizabeth Nogueira de. A morte iminente, sua comunicação aos pacientes e familiares e o comportamento médico. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, v. 8, p. 46-52, 2010.

ARANTES, Ana Claudia Quintana. *A morte é um dia que vale a pena viver*. Rio de Janeiro: Casa da palavra, 2016.

BOSI, Alfredo. Tendências contemporâneas. In: *Histórica concisa da literatura brasileira*. 3. ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

CANDIDO, Antonio; CASTELLO, José Aderaldo. *Presença da literatura brasileira: modernismo, história e antologia*. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

CECCONELLO, Alessandra Marques; KOLLER, Sílvia Helena. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 5, n. 1, p. 71-93, 2000.

CERVANTES, Miguel *O engenhoso fidalgo Dom Quixote de La Mancha*. Primeiro Livro. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2012.

KARNAL, Leandro. *Por que temos medo do inevitável*. Café Filosófico. Programa exibido no canal do Café no YouTube. Instituto CPFL, 2015.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LITTLEJOHN, Stephen W.; FOSS, Karen A. (Ed.). *Encyclopedia of Communication Theory*. EUA: SAGE Publications, 2009. p. 727-730.

MANN, Thomas. *A montanha mágica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011.

PESSOA, Fernando. *Livro do desassossego*. Nova Hamburgo: Clube de Literatura Clássica, 2021.

PORCAR, Codruta; HAINIC, Cristian. The interactive dimension of communication: the pragmatics of the Palo Alto Group. *Journal for Communication and Culture*, n. 2, p. 4-19, 2011.

RAMOS, Graciliano. *Vidas secas*. 2. ed. São Paulo: Record, 2003. (Capítulo: Baleia).

ROSA, João Guimarães. *Corpo de baile*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

ROSA, João Guimarães. *Primeiras estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

TRAIBER, Cristiane; LAGO, Patrícia M. Comunicação de más notícias em pediatria. *Boletim Científico de Pediatria*, v. 1, n. 1, p. 3-7, 2012.

ZANON, Bruna Pase el al. Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, supl. 4, p. 1-11, 2020.

OS VÁRIOS LADOS DA HISTÓRIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONTO *A QUINTA HISTÓRIA* DE CLARICE LISPECTOR

Débora Faria Diniz

Dyego Issac

Fernanda Vargas Gonçalves

Felipe Nogueira Affiune Silva

Isabella Escarlata Hannes

A quinta história é um conto de Clarice Lispector, que descreve um episódio com uma personagem que, após queixar-se sobre baratas em sua casa, recebe a ajuda de uma senhora que lhe ensina uma receita de como matá-las. A história desenvolve-se em etapas e, depois cada fase ultrapassada, volta-se para o início e se acrescenta mais um fato a ela, mas que ainda não havia sido dito. Dessa forma, percebe-se que a mesma história pode ser explicada de diferentes formas, pois cada detalhe interfere no desenvolvimento dela.

Ao final, a personagem consegue matar as baratas, mas se pergunta como deve ter sido o processo que resultou em suas mortes, se elas haviam lutado ou sofrido, até que ponto essa solução terá resolutividade, visto que mais baratas iriam aparecer nos próximos dias, e, por final, se essa ação era direito ou dever dela, uma vez que as baratas possuem sua própria existência e pertenciam a outro lugar. Assim, esta história embasa uma enorme diversidade de análises.

Ao iniciar o texto, a autora nomeia diversos títulos para o conto, podendo ser chamado de “As estátuas”, “O assassinato” e, também, “Como matar baratas”. Isso remete à situação da anamnese e de antecedentes na consulta do médico com o paciente, pois uma mesma situação pode ser descrita de diferentes formas, tanto pelo médico como pelo paciente e pelos próprios familiares e pessoas próximas. Com

base nisso, é possível perceber que uma história pode caminhar para vários entendimentos, mesmo que chegue em um mesmo final, demonstrando a importância de se fazer uma anamnese detalhada e envolver todas as pessoas próximas para a descrição dela.

No decorrer do texto, as frases remetem a situações que ocorrem no dia a dia dentro da área de saúde, mostrando, por intermédio da literatura, as versões de vários episódios recorrentes. Dentro do texto, percebe-se a relação do paciente com o tratamento, não apenas o farmacológico ou aquele prescrito pelo médico como também as situações de automedicação.

Os paradigmas médicos se estendem pelo texto. A frase “De dia as baratas eram invisíveis, e ninguém acreditaria no mal secreto que roía casa tão tranquila” permeia a visão das psicopatologias, como a depressão, sendo algo estigmatizado pela sociedade. Segundo Foucault (2004), no século XVI, o termo relacionado ao sofrimento mental, melancolia, envolvia a ideia de haver delírios de relatos de pessoas, envolvendo crenças, pensamentos e imaginações absurdas. De acordo com Marinoff (2001), a noção da dicotomia entre corpo e mente, oriunda do dualismo de René Descartes, mudou a forma de “olhar” o problema da depressão, pelo fato de a mente ser distinta do cérebro, apresentando inconsistências interpretativas não vistas como uma patologia física, tornando-se algo subjetivo.

O médico encontra dificuldades em várias partes do seu trabalho, desde a anamnese, a qual muitas vezes com poucas informações se vê obrigado a diagnosticar o paciente com total precisão ou mesmo não a conduz de forma correta. Esse problema pode ser evidenciado em uma análise do trecho “Sou a primeira testemunha do alvorecer em Pompeia. Sei como foi esta última noite, sei da orgia no escuro”.

No trecho “Em algumas o gesso terá endurecido tão lentamente como num processo vital, e elas, com movimentos cada vez mais penosos, terão sofregamente intensificado as alegrias da noite, tentando fugir de dentro de si mesmas”, é possível relacionar os sentimentos do médico para com os pacientes. Profissionais da saúde sofrem grande desgaste físico e emocional ao cuidar de seus pacientes, principalmente os pacientes em estado terminal e em cuidados paliativos, e o médico

se vê em uma situação de impotência frente à morte iminente, o que pode desencadear uma série de sentimentos e de emoções negativas e de culpabilidade excessiva que podem levar o médico a sofrer e desenvolver patologias que geram um desgaste ainda maior para a sua saúde.

A análise do trecho “Áspero instante de escolha entre dois caminhos que, pensava eu, se dizem adeus, e certa de que qualquer escolha seria a do sacrifício: eu ou minha alma” remete às dificuldades estruturais com a situação da saúde e à falta de insumos. Essas dificuldades desestimulam o profissional e interferem no desenvolvimento da clínica ampliada. Assim, não só os médicos e os profissionais da saúde, mas também os pacientes, perdem qualidade, atendimento individualizado e resolução dos casos.

Este texto literário nos permite inferir vários aspectos da relação médico-paciente, relação entre médico e sua profissão e a interferência que a infraestrutura pode gerar negativamente para todo o processo. Com isso, é possível perceber que, mesmo em textos não científicos, conseguimos analisar esses aspectos, que são de extrema importância para a qualidade do atendimento e a eficiência do tratamento.

A comunicação entre o médico e o paciente, para se tornar eficaz, depende da criação e do estabelecimento de relação de confiança e harmonia entre ambos. O estabelecimento do *rapport*, conceito originário da psicologia, que remete à técnica de criar uma ligação de empatia com outra pessoa, constrói laços de compreensão e estabelece um diálogo em que todas as opiniões são consideradas e os pontos de vista e valores são compreendidos e respeitados. Para a criação dessa relação ideal, há a dependência de algumas características durante a clínica, como deixar o paciente confortável, descobrir o que o aflige e se solidarizar com o seu caso. A adesão ao tratamento é o objetivo principal, associado ao seguimento correto das recomendações médicas, comparecimento a todas as consultas, compreensão da patologia associada e realização de mudanças que contribuam para o prognóstico do paciente.

Dificuldades na comunicação podem gerar processos judiciais por questões objetivas, como sobrevida, óbito e seqüela, e também por questões subjetivas, como a sensação de abandono, desvalorização das visões dos envolvidos e incapacidade de

compreender a perspectiva dos membros vinculados. Isso porque a busca da clareza e do sentido estritamente científico do processo saúde-doença “desvaloriza a diversidade, a singularidade, a interação das diferentes dimensões que compõem o sujeito” (DEVEZA, 1983), reduzindo os eventos do processo minimamente à dimensão biológica. Como discutido por Silveira e Ribeiro (2005), essa situação repercute diretamente na prática clínica, mostrando-se pouco resolutiva, impessoal, desvinculada da realidade das condições de vida da população e reducionista, por colocar como foco da atenção a doença e não os sujeitos que adoecem.

Um exemplo dessa situação ocorre com os remédios caseiros, como chás, xaropes, emplastos, entre outros, e a indicação de tratamentos feitos por pessoas próximas. Muitas plantas, além de serem usadas como medicinais, fazem parte dos ritos afro-brasileiros para grande parte da população e têm poderes mágicos (GUEDES et al, 1985). Muitos desses remédios têm base científica e efeito comprovado. Contudo, boa parte utiliza o efeito placebo para sua eficácia se realizar. Porém, o efeito placebo não está limitado ao alívio de sintomas, como a dor, e tem sido constatado que, sob certas circunstâncias, trata-se efetivamente de um fator de cura mente-corpo, pois é capaz de facilitar o acesso às crenças e às expectativas em nível psicológico (ROSSI, 1997), contribuindo de forma decisiva para a resolução do problema.

Apesar dos efeitos benéficos de alguns remédios caseiros, uma significativa parcela pode desencadear ação negativa sobre o indivíduo – como os casos de reação alérgica, superdosagem, interação medicamentosa, diminuição do efeito dos outros remédios utilizados, entre outros. Percebe-se, portanto, que é de extrema importância que o médico tenha conhecimento desses medicamentos, para conseguir instruir o seu uso – dose e quando usar –, avaliar a eficácia e a interação com os outros remédios utilizados e a análise da progressão do quadro. Outro ponto importante é o fato de que muitas vezes se trata de questão que envolve a espiritualidade do indivíduo, devendo essa situação ser tratada com devido respeito e cuidado, a fim de não ofender as crenças do paciente, o que compromete a relação entre o médico e o paciente no futuro.

Como entender o que ocorreu quando tudo que se escuta são suposições, não há relatos de pessoas que presenciaram o ocorrido e se faz necessária à rápida compreensão dos fatos? Essa situação ocorreu com os arqueólogos durante as investigações em Pompeia, situação empregada no texto, como exemplo, mas também acontece, diariamente, nas emergências dos hospitais, nas ocorrências de maus-tratos e quando há alguma situação com pessoas que não conseguem descrever o ocorrido, como crianças ou pessoas deficientes, com dificuldades ou incapacidade de se comunicar. Nessas situações, o médico não recebe as informações necessárias para a criação de um panorama ou recebe informações erradas sobre a realidade dos fatos, como nos casos de maus-tratos, quando os responsáveis distorcem o ocorrido para esconder o episódio.

Outra circunstância em que há falta de informação refere-se às emergências dos hospitais, em que o paciente chega à presença do médico incapacitado de relatar o ocorrido e não há testemunhas para auxiliar. Em todas essas ocasiões, demonstra-se a complexidade do dia a dia dos profissionais que necessitam ter uma ação eficaz e congruente, mesmo quando as informações disponíveis vão depender da sua habilidade de analisar os agravos e de relacionar com as possíveis situações desencadeadoras. Pesquisas, como as realizadas por Garbarino, Guttman e Seeley (1988) e Santos (1991), desde a década de 90, já demonstram que, na maioria dos casos de violências, estas se repetirão com igual ou superior gravidade se não houver alguma ação que interrompa sua dinâmica. Os serviços básicos de saúde, como já apontado por estudos e experiências (MACHADO et al, 1994; YNOUB, 1998), podem atuar como importante aliado na prevenção primária da violência doméstica.

A alta frequência em que os profissionais precisam ignorar os seus sentimentos, como no caso de uma morte inesperada de um paciente, e continuar atuando como se esse fato não interferisse no seu emocional também é constatada no cotidiano. Essa situação se dá principalmente pelo número elevado de pacientes a ser atendido por cada médico. Nesse caso, esses profissionais se responsabilizam por um número maior do que a quantidade adequada de atendimentos e, com isso, não conseguem racionalizar os problemas e lidar com a carga emocional que lhes é cobrada. Outro ponto importante é o alto índice de identificação entre os médicos e

seus pacientes, como quando atende um paciente com idade semelhante a algum familiar ou até a ele próprio e isso faz com que ele se coloque no lugar do paciente, podendo gerar somatização.

Esse cenário faz com que os médicos sejam sobrecarregados e tenham um estresse emocional significativo, associado ao fato de que a grande maioria dos profissionais não tem suporte psicológico adequado para lidar melhor com o ocorrido. A psicologia médica, trabalhada por Botega e Nogueira-Martins (1997), é uma disciplina que atua na prevenção de agravos, assumindo a tarefa central de propiciar ao estudante um espaço para entrar em contato com seus sentimentos e com suas emoções diante dos seres humanos que estão começando a atender. Formase, assim, um espaço que prioriza a reflexão e a troca de experiências sob diferentes estratégias, utilizando as vivências como instrumento de aprendizado e de semiologia.

O estresse emocional compromete a atuação do médico, como citado por Ballone (2002), sendo um desencadeador para o aparecimento de transtornos, como depressão, ansiedade patológica, pânico e outras situações relacionadas. Um indivíduo submetido a condições estressantes ou precárias não será capaz de responder de forma adequada às demandas que lhes são feitas, deixando transparecer isso na forma como lida com suas atribuições profissionais, apresentando-se aos pacientes de maneira irritável, depressiva e ansiosa.

Maslach e Jackson (1981) citam três fatores envolvidos no *burnout*: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. Devido a esses aspectos, observa-se dificuldade para lidar com situações adversas, insensibilidade emocional, uso exacerbado da racionalidade, abandono do vínculo afetivo, desmotivação, entre outros. A causa principal não está estabelecida, acreditando-se em múltiplos fatores desencadeantes.

A humanização em medicina, um dos princípios norteadores da saúde de qualidade, pressupõe a humanização do profissional. Considerando que a desumanização teria início ainda na formação acadêmica, este é o momento para uma intervenção inicial. Segundo William Osler, a negligência dos estudos de

humanidades é um dos fatores relacionados à perda do tratamento humanizado (LOPES; LICHTENSTEIN, 2007).

A busca por uma formação médica fundamentada em princípios humanísticos baseia-se na inclusão de disciplinas, como história, literatura, música e artes visuais, no currículo acadêmico. Esses projetos ajudam o estudante a manter contato com o mundo fora das universidades e com antigos *hobbies* que são muitas vezes abandonados em virtude das atividades acadêmicas. No projeto literário realizado, o uso de obras que despertam o interesse dos estudantes ajuda a estimular a participação dele e, com sua temática, facilita o enfrentamento de variadas situações emocionais conflituosas assim como favorece o ato de se expressarem e a ampliação do vocabulário, atitudes necessárias na carreira que desejam seguir e para a manutenção da saúde mental. Além disso, as discussões tendem a explorar visão abrangente do mundo, das relações humanas e a complexidade do indivíduo.

A análise literária permitiu interpretação do conto de Clarice Lispector, de maneira a relacioná-lo com o contexto do médico, os fatores da relação médico-paciente que determinam atendimento satisfatório, investigação precisa e manutenção da satisfação pessoal do profissional.

REFERÊNCIAS

- BALLONE, Geraldo José. Estresse. PsiqWeb – Portal de Psiquiatria, 2002.
- BOTEGA, Neury J.; NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antônio. Hipócrates doente: os dramas da psicologia médica. Monitor Psiquiátrico, v. 3, n. 4, p. 30-31, 1997.
- CALMAN Kenneth Charles et al. Literature and medicine: a short course for medical students. Medical Education, v. 22, p. 265-269, 1988.
- DEVEZA, Michael. Saúde para todos: médicos para o ano 2000? 1983. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, 1983.
- FOUCAULT, Michel. Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. Verve – Revista semestral autogestionária do Nu-Sol, n. 5, p. 260-277, 2004.

GARBARINO, James; GUTTMANN, Edna; SEELEY, Janis Wilson. The psychologically battered child: strategies for identification, assessment and intervention. London: Jossey Bass Social and Behavioral Science Series, 1988.

GUEDES, Rejan Rodrigues et al. Plantas utilizadas em rituais afro-brasileiros no Estado do Rio de Janeiro: um ensaio etnobotânico. *Rodriguésia*, v. 37, n. 63, p. 3-9, 1985.

LOPES, Anselmo Dantas; LICHTENSTEIN, Arnaldo. William Osler. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 86, n. 3, p. 185-188, 2007.

MACHADO, Cristiani Vieira et al. Prevenção primária dos maus-tratos na infância: um desafio para o pré-natal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, v. 104, n. 1-2, p. 11-15, 1994.

MARINOFF, Lou. *Mais Platão, menos Prozac*. Tradução de Ana Luiza Borges. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MASLACH, Christina; JACKSON, Susan E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, v. 2, p. 99-113, 1981.

ROSSI, Ernest Lawrence. *A psicobiologia da cura mente-corpo: novos conceitos de hipnose terapêutica*. 2. ed. Campinas: Editorial Psy, 1997.

SANTOS, Hélio de Oliveira. *Crianças violadas*. Brasília: CBIA-CRAMI, 1991.

SANTOS, Marilena Gomes dos; DIAS, Ângela Guimarães Pinto; MARTINS, Marcelo Moreira. Conhecimento e uso da medicina alternativa entre alunos e professores de primeiro grau. *Revista de Saúde Pública*, v. 29, n. 3, p. 221-227, 1995.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2005.

YNOUB, Roxana Cecilia. Caracterización de los servicios de atención en violencia familiar del área metropolitana de Buenos Ayres, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 71-83, 1998.

ANÁLISE DAS OBRAS *A FOGUEIRA E DIÁRIO DE UMA PAIXÃO*: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO PROCESSO DE MORTE E MORRER NA POPULAÇÃO IDOSA

Carla Rodrigues Lustosa
Giulia Santos Pignata
Juliana Barros Vianna de Oliveira
Rodrigo Chaves Teixeira
Tauane da Mata Vieira Oliveira

O conceito de doença é cultural e temporal, uma vez que sofreu várias mudanças no decorrer da história. Na antiguidade clássica, a doença era vista como resultado de elementos naturais e sobrenaturais, pois a compreensão estava relacionada com a filosofia religiosa. Assim como ocorreu na maior parte da Idade Média, em que o caráter religioso era fortemente integrado com as causas de doenças. Já no Renascimento, ocorre o advento das ciências básicas que têm como função buscar, por meio de situações empíricas, o que ocasionava o aparecimento das doenças (BACKES et al, 2009).

No século XIX, a medicina de ciência empírica passa a ser vista como ciência experimental, analisando o corpo e a doença com objetivo de encontrar um estado biológico normal, necessitando, para isso, de alta tecnologia, com custos elevados. Nesse período da Idade Moderna, a biologia científica desvincula-se totalmente de explicações filosóficas, além de adotar fatores psíquicos como possíveis causas de determinadas patologias. Dessa forma, a partir da contemporaneidade, os modelos buscam não só entender os conceitos anatômicos e fisiológicos, como, principalmente, relacioná-los (BACKES et al, 2009).

Assim, hodiernamente, o modelo mais adequado para a relação médico-paciente é o biopsicossocial, o qual aborda a perspectiva integral do indivíduo e do processo de adoecimento, que compreende as dimensões físicas, psicológicas e sociais. Portanto, o médico, além de dominar as habilidades técnico-científicas, deve exercitar capacidades relacionais objetivando a criação e a consolidação de vínculo bem como a comunicação efetiva com o paciente (MARCO, 2006).

Esses fatores, principalmente o vínculo, caracterizam-se não só pela perspectiva do doente a respeito de seu acometimento, mas também engloba a experiência de seus familiares com a doença e a interferência desta no dia a dia de seu ciclo familiar. Sendo assim, quando um ente querido é atingido por uma doença com prognóstico ruim, os familiares, ao terem consciência do fato, passam a agir buscando realizar as necessidades do paciente, deixando de lado, muitas vezes, seus próprios problemas e passam a viver as mesmas angústias e os mesmos medos que o acometido (PEREIRA; LOPES, 2005).

Nessa perspectiva, foram instituídos em 1990, pela primeira vez, o conceito e os princípios dos cuidados paliativos, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2002, eles foram revistos e ampliados, passando a compreender a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que visa à melhoria da qualidade de vida do paciente e de sua família como um todo frente a uma doença que não tenha bom prognóstico. Assim, a principal função dos cuidados paliativos é a de prevenir e de aliviar o sofrimento humano, por meio da identificação precoce, da avaliação correta e do tratamento da dor e dos demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e estruturais (GOMES; OTHERO, 2016).

Ainda no presente trabalho, foram selecionadas algumas obras para análise comparativa, no que tange ao processo de morte e à importância dos cuidados paliativos. São elas: o conto *A fogueira*, do autor Mia Couto, e o livro *Diário de uma paixão*, do autor Nicholas Sparks.

O autor Antônio Emílio Leite Couto, mais conhecido por Mia Couto, nasceu em 5 de julho de 1955, na cidade da Beira, em Moçambique. É filho de uma família de emigrantes portugueses. Mia Couto iniciou com os primeiros poemas aos 14 anos. Ele é um “escritor da terra”, escreve e descreve as próprias raízes do mundo,

explorando a própria natureza humana na sua relação umbilical com a terra. A sua linguagem extremamente rica e muito fértil em neologismos confere-lhe um atributo de singular percepção e interpretação da beleza interna das coisas.

O conto *A fogueira* faz parte da obra *Vozes anoitecidas* e retrata a história de um casal de idosos que, devido ao avanço da idade, não gozam de uma boa saúde. O ponto central da obra é o fato de que o marido pretende matar a esposa, uma vez que não pretendia deixar sua esposa sofrer, caso ele faleça antes dela. Dessa maneira, ele prepara o enterro de sua esposa, a saúde dele fica ainda mais debilitada por conta de seu grande esforço para preparar a sepultura, e ele acaba falecendo e deixando sua esposa. A análise da narrativa permite a percepção de que a morte é encarada como um processo de transição comum e demonstra que, mesmo de modo rude, o marido se preocupa com a forma que sua esposa irá falecer, ficando implícito o cuidado e o amor entre ambos (COUTO, 1987).

O autor Nicholas Charles Sparks nasceu em Omaha, Nebraska, Estados Unidos, no dia 31 de dezembro de 1965, e passou sua adolescência na Califórnia. Começou a escrever quando tinha 19 anos. Em 1998, formou-se em Economia, pela Universidade Notre Dame. Tornou-se um renomado escritor de livros românticos e, segundo ele, seus livros fazem sucesso porque explora o sentimento mais universal: a paixão. Católico praticante, ele dilui em suas tramas um vago substrato espiritual.

A obra *Diário de uma Paixão* foi escrita em 1996, por Nicholas Sparks. A história começa a ser narrada por um idoso em uma Casa de Repouso, que se esforça para que a ouvinte, uma senhora com Doença de Alzheimer, relembra a história de amor protagonizada por Noah Clhoun, um jovem de classe baixa, que conhece Allison Nelson, de uma família de boa reputação e de grande nome, e vivem um grande romance de verão. Porém os pais de Allison julgam que Noah, por sua condição financeira, não é o homem ideal para ela. Dessa forma, eles se separam, e, 14 anos depois, Allie está prestes a se casar com um grande advogado, mas antes do casamento ela decide se encontrar com Noah, apenas para uma despedida final. No entanto, eles se apaixonam novamente e revivem um grande romance. A análise do livro demonstra o cuidado diário do idoso para com a sua amada, para que ela relembra do grande romance vivido por eles (SPARKS, 2017).

O universo dos cuidados paliativos é rico em conceitos que ajudam a compreender os processos relacionados ao fim da vida como doenças terminais, degenerativas e o próprio envelhecimento. Apoiados na visão holística e na perspectiva de que cada paciente é um ser único, dotado de contexto cultural e histórico próprios, buscam atender a cada necessidade do indivíduo acometido e apoiar sua família sob inúmeros aspectos. Assim, essa prática visa a amenizar o sofrimento humano, garantindo um final de vida próspero e digno a todos os seres humanos que são contemplados por esse trabalho.

De acordo com a OMS (MATSUMOTO, 2012), os cuidados paliativos visam a:

1. Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis – assim, são necessárias não só a prescrição de medicações, mas também a adoção de medidas não farmacológicas que contemplem os âmbitos psicossociais e espirituais abrangendo a patologia como um “sintoma total”;
2. Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida – nessa perspectiva, os cuidados paliativos visam a valorizar a vida que ainda pode ser aproveitada, ao mesmo tempo que classifica a morte como uma etapa natural e esperada para as doenças de prognóstico ruim;
3. Não acelerar nem adiar a morte – não há relação dos cuidados paliativos com a eutanásia, sendo importante haver um diagnóstico confiável e bem embasado associado a intervenções que realmente sejam necessárias, para patologias reversíveis e para aquelas cujo curso é incurável, bem como saber minuciosamente diferenciar os procedimentos e as intervenções que devem ser feitos ou não, aceitando o fato de que a morte está correndo sua etapa natural da vida;
4. Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente – devido às perdas de autonomia, imagem, capacidade física, entre outras, além das perdas concretas, os pacientes que se encontram diagnosticados com doenças terminais acabam sofrendo por angústia, depressão, falta de esperança, e, nessa perspectiva, o apoio psicológico para essas questões

assim como o âmbito transcendental são de suma importância na vida do paciente, sempre respeitando a crença e os princípios individuais;

5. Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento de sua morte – qualidade de vida e bem-estar dependem da análise de vários aspectos na vida do paciente, portanto, os cuidados paliativos devem funcionar como facilitadores das dificuldades da vida pessoal de cada um;
6. Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto – a família do paciente também adoece com ele, dessa maneira, os cuidados paliativos devem estar à disposição para receber, agregar e saber lidar com o sofrimento e as necessidades de cada componente do ciclo familiar;
7. Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e de seus familiares, incluindo acompanhamento no luto – analisar o paciente sob todas as perspectivas, considerando que a integração entre elas compõe o ser como único e é de suma importância na escolha terapêutica de cada um, de forma a maximizar a eficácia do tratamento. Assim, a equipe inteira, de maneira interdisciplinar, deve atentar para tais aspectos, realizando esse trabalho de forma abrangente e amplificada, contemplando, inclusive, o luto;
8. Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença – a partir da visão holística de cada paciente, os cuidados paliativos devem prezar pela qualidade de vida de cada indivíduo, objetivando atender às necessidades e aos pedidos de cada um, bem como controlar totalmente os sintomas de cada patologia e procurar alguma pendência que o paciente deixou durante a vida, buscando sempre o convívio completo e, se possível harmonioso, com sua família;
9. Devem ser iniciados o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento de vida, como a quimioterapia e a radioterapia, e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e

controlar situações clínicas estressantes, não devendo privar os pacientes de receber cuidados terapêuticos e diagnósticos que existam no meio médico. Entretanto, estes devem ser escolhidos minuciosamente sob o critério de análise dos benefícios em detrimento dos malefícios que cada um acarretará na vida do paciente, além do cuidado precoce que permita a amenização das complicações das patologias, baseado na elaboração de um projeto adequado a cada fase da evolução da doença.

Por adotar a visão do indivíduo em todas as esferas que delimitam sua vida, Cicely Saunders, a pioneira quanto à ideia dos cuidados paliativos, cunhou o conceito de Dor Total, no qual o componente físico da dor pode se modificar sob a influência de fatores emocionais, sociais e também espirituais (HENNEMANN-KRAUSE, 2012). Tal conceito sofreu modificações, permitindo sua expansão, evidenciando-se, assim, o caráter individual e subjetivo dos sintomas bem como a interação entre fatores biológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e culturais na determinação e na elucidação de qualquer sintoma apresentado pelo paciente (GOMES; OTHERO, 2016).

Ao se afirmar acerca da espiritualidade, reconhece-se importante recurso que auxilia indivíduos a enfrentarem as adversidades e os eventos estressantes, particularmente no processo saúde-doença, podendo-se aplicar em todas as fases e contextos, independentemente da cultura, da tradição religiosa e da referência espiritual. Esse termo possui um espectro maior que o conceito de religião, referindo-se, portanto, a um aspecto da condição humana que se relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e o propósito da vida, além da conexão, no momento, consigo, com o mundo, o sagrado e a natureza (EVANGELISTA, 2016).

Segundo Elisabeth Kübler-Ross (1996), existem cinco estágios que as pessoas podem experimentar quando precisam lidar com a perda, o luto ou um fato trágico – não necessariamente nessa ordem –, conforme descritos abaixo:

- Negação – a pessoa não aceita a realidade e fica buscando maneiras de tentar acreditar que aquela realidade é falsa, o que pode ser exemplificado com frases como “Isto não pode acontecer”, “Não estou doente”;

- Raiva – a pessoa se enfurece e não entende porque algo está ocorrendo com ela, sendo exemplificado com frases, tal como “Por que eu? Não é justo” ou “Sou uma pessoa boa, por que isso está ocorrendo justamente comigo?”;
- Negociação – o indivíduo tenta negociar o que pode melhorar caso tenha outra oportunidade. Sendo assim, muitas vezes, essa pessoa tenta fazer uma combinação com o ser transcendente, como “Deixe-me viver apenas até ver os meus filhos se formarem” ou “Deixe-me viver para ser uma pessoa melhor”;
- Depressão – inicia a consciência da perda de um ente querido ou a própria, gerando um sentimento de impotência diante da situação, sendo exemplificada com “Estou tão triste. Por que me preocuparia com qualquer coisa?”;
- Aceitação – a pessoa vai entendendo aos poucos que algumas situações são irreversíveis e que não adianta negar a realidade, então, começa a tomar atitudes diferentes – tanto a pessoa que está no processo de terminalidade da vida quanto o familiar. Por exemplo, o familiar, após a morte, quando consegue, para de procurar pelo ente que já faleceu na casa ou o paciente que se prepara para sua própria morte – “Eu não consigo lutar contra isso, é melhor preparar-me”.

Para melhor elucidar essas questões, retomam-se as duas obras – *O diário de uma paixão* e *A fogueira* – que retratam o tema da morte. Apesar de as duas terem o mesmo assunto e um casal como protagonista, a forma como a morte aparece em ambas é diferente, visto que, no primeiro caso, há claramente o uso dos cuidados paliativos e o apoio familiar e, no segundo, dois idosos abandonados até a morte chegar. Mesmo com essa diversidade, é perceptível que, nas duas obras, existe uma dignidade da morte e que os esposos se cuidam após uma vida inteira juntos.

Na obra *O diário de uma paixão*, a história de um casal que vive num asilo – Allie, a mulher, que sofre de Alzheimer, e Noah, o homem, que já teve pequenos infartos que debilitaram sua saúde, evidenciando que, todos os dias ele lê histórias

para Allie –, demonstra um excelente resultado na evolução da doença dela, principalmente quando comparada a pessoas que estão no mesmo estágio de Alzheimer que ela se encontra. Esse fato faz até mesmo os médicos se surpreenderem com seu estado: “Porque ela é diferente? Porque é que ela às vezes muda depois de eu lhe ler?”.

Dessa forma, mais uma vez, evidencia-se a importância dos cuidados voltados para as pessoas que têm doenças degenerativas ou estão no final de suas vidas. Os cuidados paliativos são responsáveis por oferecer qualidade de vida e maior conforto até nesses últimos momentos, como fica evidente na obra: “As pessoas que trabalham aqui conhecem bem os meus defeitos e fazem o melhor que podem para me darem algum conforto”.

Durante a assistência paliativa, são diversas as necessidades a serem atendidas, porém a espiritualidade é considerada a mais urgente para pacientes com doenças potencialmente fatais, devido à fragilidade que apresentam diante da proximidade da morte e do medo do desconhecido (HIGUERA et al, 2015). Em um trecho do filme, a personagem diz ao médico: “A ciência vai até certo ponto, depois vem Deus”, destacando a importância da espiritualidade no enfrentamento de doenças em estágio avançado e na melhoria do bem-estar de pacientes com doença grave ou terminal. Já em outro trecho, o paciente reflete sobre sua fé e oração:

Sento-me só por um segundo e fico a observá-la, mas ela não devolve o olhar, compreendo. Não sabe quem eu sou. Para ela sou um estranho. Depois, desviando-me, baixo a cabeça e rezo silenciosamente para que sejam dadas as forças de que irei precisar. Fui sempre um crente convicto em Deus e no poder da oração, embora, para ser honesto, a minha fé tenha acabado por me suscitar uma lista de perguntas que definitivamente, só quero que sejam respondidas depois de eu partir.

Concomitante, é reconhecida a pertinência de práticas simples e cotidianas, como a leitura, que podem despertar prazer e bem-estar. O papel de leitor era de responsabilidade de Noah; ele visitava não somente sua esposa, mas também outros pacientes que admiravam seu trabalho – “Homens e mulheres sorriem quando entro e falam em murmúrios quando desligam as televisões: fico tão contente por teres vindo”.

Ao se deparar com a finitude da vida, um dos sentimentos mais aparentes é o medo. Quando Noah visita seus colegas que também convivem com a realidade do fim da vida, ele recorda-lhes a sua própria mortalidade. “Por isso sento-me com eles e leio para lhes memorizar medos”, mas também os ajuda a conviver ou até mesmo a driblar esse sentimento: “– Essa história é lindíssima. Foste tu que escreveste?”. “– Faz-me ter menos medo”.

A obra também dispõe de trechos para relatar a relação entre família e doentes:

Em todos estes anos a rotina diária não mudou. Todas as manhãs, uma hora depois do pequeno almoço, começam a chegar. Adultos jovens, sós ou com família, vêm visitar os que vivem aqui. Trazem fotografias e prendas e cada um senta-se nos bancos ou passeia ao longo dos caminhos ladeados de árvores desenhadas para criar uma sensação natural. Alguns vão ficar durante todo o dia, mas a maior parte vai-se embora depois de umas poucas horas, e quando fazem, sinto sempre a tristeza por aqueles que deixaram ficar para trás.

Quando Allie começa a apresentar os primeiros sintomas de Alzheimer, observa-se a fase da negação principalmente por parte da sua família que demora a reconhecer sua debilidade e buscar ajuda.

Contudo, nos seus últimos dias de vida, é evidente a aceitação de Noah, que por diversas vezes mostra maturidade acerca da sua condição:

Recebemos um lugar para viver e morrer em troca de alguma liberdade pela qual tínhamos trabalhado uma vida inteira.

Embora a bíblia diga que o homem pode viver até aos cento e vinte anos, não quer, e não acho que o meu corpo o conseguiria mesmo que quisesse.

E também Allie, que, quando percebeu o avançar de sua doença, escreveu cartas a seus filhos e marido, optou por ficar em um lugar onde receberia tratamento adequado, além de deixar “instruções específicas quanto ao seu enterro”.

Já Mia Couto tem costume de trazer para suas obras o folclore, as lendas e a diversidade da cultura africana. No conto *A fogueira*, ele conta a história de dois idosos pobres que vivem sozinhos – “Somos pobres, só temos nada. Nem ninguém não temos.” – e que não têm nomes, o que dá a eles um sentido de anonimato.

Ademais, o conto traz o abandono dos idosos, que é o motivo pelo qual vai se estabelecer todo o resto da história. Vendo-se sozinho e velho, o marido questiona sobre quem o ajudará a cavar a cova da mulher, caso ela faleça e, então, diante dessa situação, ele resolve começar esse trabalho – “É melhor começar já a abrir a tua cova, mulher”.

Depois de duas semanas cavando, veio a chuva, e a cova praticamente se fechou, o que irritou o marido – “O velho amaldiçoou as nuvens e os céus que as trouxeram” – e a mulher aconselha – “Não fala asneiras, vai ser dado o castigo”. Sendo assim, esses trechos já demonstram um pouco da religiosidade e da tradição de maldição existentes na cultura africana.

Essa mesma chuva foi a responsável por deixar o idoso com febre, mas, mesmo assim, ele foi continuar a cavar a cova. Enquanto cavava, ele tem uma piora e fica próximo da morte – “Neste deserto solitário, a morte é um simples deslizar, um recolher de asas. Não é um rasgão violento como nos lugares onde a vida brilha”. Já que a cova já estava cavada, o marido decide, então, matar a mulher, mas, depois, visto que naquele momento não tinha condições – “ela, cujo nascimento faltara nas datas, tinha já o seu fim marcado”.

Com seu fim já traçado, a mulher adormece e sonha:

Sonhou dali para muito longe: vieram os filhos, os mortos e os vivos, a machamba encheu-se de produtos, os olhos a escorregarem no verde. O velho estava no centro, gravatado, contando as histórias, mentira quase todas. Estavam ali os todos, os filhos e os netos. Estava ali a vida a continuar-se, grávida de promessas. Naquela roda feliz, todos acreditavam na verdade dos velhos, todos tinham sempre razão, nenhuma mãe abria a sua carne para a morte. Os ruídos da manhã foram-na chamando para fora de si, ela negando abandonar aquele sonho. Pediu à noite que ficasse para demorar o sonho.

Esse é um dos únicos momentos em que ela não se sente abandonada, em que ela tem por perto seus filhos e netos e que ela ganha uma identidade, por isso, a personagem não deseja acordar de seu sonho.

Esse momento de utopia da idosa que vivia em uma situação de pobreza extrema – “A fortuna dela estava espalhada pelo chão: tigelas, cestas, pilão” – e de abandono pode ser visto, então, como uma forma de escapar da realidade. Mía Couto

se utiliza da precária situação do casal, não só para falar da morte, mas também para fazer uma crítica social à situação dos menos favorecidos, situação tão comum no continente africano.

No fim, o marido morre antes da esposa – “Quando a sua mão encontrou o corpo do companheiro viu que ele estava frio, tão frio que parecia que desta vez, ele adormecera longe dessa fogueira que ninguém nunca acendera”. Essa referência da fogueira remete às crenças religiosas daquele povo assim como à preocupação do marido em dar uma morte digna para sua mulher, por isso, a ideia de cavar.

Sendo assim, o conto traz uma perspectiva da morte que é diferente das ideias dos cuidados paliativos, já que os personagens não têm boa qualidade de vida nem conseguem reunir a família para se despedir do ente querido. Porém, com todo seu jogo de palavras, Mia Couto consegue demonstrar o amor entre o casal de velhos, a espiritualidade, a qual está ligada aos cuidados paliativos devido à presença da capelania, e a dignidade da morte que, muitas vezes, é esquecida em outras situações.

Classificando, então, o conto, de acordo com Kübler-Ross (1996), os idosos estão na fase de aceitação de seu processo de fim de vida.

Com base nas obras selecionadas, foi possível verificar a importância dos cuidados paliativos aos pacientes. Observou-se a relevância que é dada à abordagem humanística, com extrema valorização da vida e no entendimento dela como uma condição natural. Os cuidados paliativos estão centrados no indivíduo e em sua família, com o intuito de controlar e aliviar não somente o sofrimento físico do paciente, que é a doença, mas também outras dimensões, como o sofrimento emocional, social e espiritual.

A medicina paliativa busca para o paciente uma morte digna, com qualidade e com diminuição do sofrimento, utilizando uma equipe multidisciplinar que tenha preparação correta para com os doentes; busca o seu espaço, para que não somente o paciente com possibilidades de cura seja atendido, mas os que sofrem doenças em que a morte é inevitável também, pois a medicina científica não deve ser antagônica da medicina paliativa, mas devem ser habilidades unidas.

Por fim, as obras revelam a necessidade da formação de profissionais que se empenhem no cuidado paliativo, uma vez que, no Brasil, ainda não há estrutura física e humana que atenda à demanda por esses cuidados, existindo verdadeira lacuna aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura.

REFERÊNCIAS

- BACKES, Marli Terezinha Stein et. al. Conceito de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Revista de Enfermagem UERJ*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 111-117, 2009.
- BYOCK, I. Principles of Palliative Medicine. In: WALSH, D. et al. *Palliative Medicine*. [An Expert Consult Title]. Philadelphia, USA: Saunders Elsevier, 2009. p. 33- 41.
- COUTO, Mía. A fogueira. In: *Vozes anoitecidas*. 2. ed. Lisboa: Editorial Caminho, 1987.
- EVANGELISTA, Carla Braz et al. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, v. 69, n. 3, p. 554-563, 2016.
- GOMES, Ana Luisa Zaniboni; OTHERO, Marília Bense. Cuidados paliativos. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 30, n. 88, p. 155-166, 2016.
- GUERRERO, Gisele Patrícia et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.
- HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Dor no fim da vida: avaliar para tratar. *Revista do Hospital Pedro Ernesto, UERJ*, v. 11, n. 2, abr./jun. 2012.
- HIGUERA, José Carlos Bermejo et al. Atención espiritual en cuidados paliativos: valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, v. 20, n. 3, p. 93-102, 2013.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.
- MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.

MATSUMOTO, Dalva Yukie. Cuidados paliativos: conceitos, fundamentos e princípios. In: CARVALHO, Ricardo Tavares de; PARSONS, Henrique Afonseca. (Org.) *Manual de Cuidados Paliativos ANCP*. 2. ed. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), 2012. p. 23-30.

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES, Cristiana. *O doente oncológico e a sua família*. 2. ed. Lisboa: Climepsi, 2002.

SPARKS, Nicholas. *Diário de uma paixão*. Tradução Viviane Diniz. São Paulo: Arqueiro, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines*. 2. ed. Genève: WHO, 2002.

AUTONOMIA SOBRE A MORTE: UMA ANÁLISE DA OBRA *COMO EU ERA ANTES DE VOCÊ*, DE JOJO MOYES

Ana Carolina Birino
Anna Victoria de Almeida Lessa
Bruno Minardi Sabbá de Alencar
Gabriela Moura Freitas
Marina Dias Hanna

A obra de Jojo Moyes *Como eu era antes de você* conta a história de um rapaz jovem e ativo, de alta classe social, chamado Will, que sofre um acidente e se vê tetraplégico, totalmente dependente de cuidadores e de medicamentos para sobreviver. Por não aceitar sua nova condição de vida, o jovem decide procurar fuga no suicídio assistido, feito na Suíça, pela empresa Dignitas. A família e os amigos são contra e tentam a todo custo mudar a cabeça de Will, mas ele já está plenamente decidido e cabe a todos aceitar sua opção. Isso traz à tona discussões sobre a legalização ou não do suicídio assistido, embasadas em questões bioéticas sobre dignidade da pessoa humana, autonomia do paciente e princípios de não maleficência/beneficência, posição e acolhimento do médico no que se refere aos cuidados do paciente e da família, situação vivenciada pelo paciente e motivos pelos quais o levaram a tomar a decisão além o processo de luto e de reorganização da família após a morte.

Vale acrescentar a importância de se conceituar e de se diferenciar suicídio assistido de outros termos, como eutanásia, ortotanásia, distanásia e cuidados paliativos. Tais termos não estão definidos em legislações brasileiras, entretanto, são definidos pela Lei n. 28, de 2003, da Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar de Portugal, em seu artigo 52. Suicídio assistido é a conduta que se traduz em alguém ajudar outra pessoa a pôr termo à vida para se livrar de um sofrimento, no entanto, o próprio paciente ingere ou injeta medicamentos letais com

prescrição de um médico. Já eutanásia seria a provocação da morte de uma pessoa em fase terminal da vida para evitar sofrimentos inerentes a uma doença ou estado de degenerescência. Ortotanásia é a morte vinda no momento certo e de maneira correta, com cuidados que proporcionam o conforto para o paciente, deixando de prolongar a vida de uma pessoa por meios artificiais, enquanto distanásia seria o ato de manter a vida a qualquer custo, mesmo que o doente esteja em agonia e rejeite viver. Os cuidados paliativos envolvem a abordagem ou um tratamento que melhore a qualidade de vida de pacientes diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Urge fazer, então, uma reflexão sobre os aspectos biopsicossociais e bioéticos do suicídio assistido com base na análise e na interpretação da obra *Como eu era antes de você*, da autora Jojo Moyes.

Há diversos argumentos contra a legalização do suicídio assistido e da eutanásia que devem ser analisados. Considerar a legalização sem antes avaliar as variáveis que envolvem essas práticas ou ainda os possíveis riscos, principalmente diante do cenário atual da saúde brasileira, pode ser um equívoco com sérias consequências.

Segundo Pellegrino (apud ROCHA, 2013), é essencial examinar o fenômeno da doença para entender os motivos que levam o paciente a querer a morte, uma vez que a doença é capaz de modificar a pessoa, colocando-a em posição de ansiedade, vulnerabilidade e fragilidade. Pellegrino refere que pacientes que ainda não estão próximos do estágio terminal sofrem por antecipar a dor; a maioria dos pacientes terminais sofrem com medo da morte e medo do processo de morrer e tem um sentimento de culpa por se sentirem como um fardo para a família, portanto, é preciso identificar as causas do sofrimento e usar dos meios mais efetivos disponíveis para aliviá-lo (ROCHA, 2013).

De acordo com Hendin (1993) e Shuster (1999) (apud ALMEIDA, 2004), a maioria dos pacientes em estado terminal não deseja abreviar a morte; esse desejo suicida está relacionado com a depressão. Sensky (1990), Parkerson e Gutman (1997) e Almeida (2003) (apud ALMEIDA, 2004) consideram que a ideação suicida e a percepção que o paciente tem a respeito da gravidade de sua doença estão mais associadas aos níveis de depressão do que à gravidade da enfermidade avaliada pela

equipe médica. Acrescenta-se que a depressão é erroneamente referida como normal em pacientes terminais e continua sendo subdiagnosticada e subtratada (KISSANE, 1998; ALMEIDA; MELEIRO, 2000 apud ALMEIDA, 2004).

Diante dos casos de terminalidade, a integridade psicológica do paciente deve ser especialmente considerada. Para Pellegrino, existe a indicação do uso de antidepressivos e de medicamentos contra a ansiedade bem como do apoio emocional para o paciente, associado a cuidados paliativos com abordagem integrada, visando a aliviar a dor e, também, o sofrimento do paciente (ROCHA, 2013). Segundo Rocha (2013), se a dor e a depressão fossem tratadas adequadamente, a maioria dos pacientes perderia o desejo de morrer. A autora defende que o paciente opta pela morte quando sente que está perdendo o controle da situação, quando se sente incapaz e desvalorizado e quando sente dor e sofre por diversos motivos. Nesse contexto, o cuidado paliativo compreensivo e intensivo, como afirma Pellegrino, é capaz de reverter esse quadro (ROCHA, 2013).

Almeida (2004) alega que uma decisão autônoma depende de dois aspectos: a existência de opções e a capacidade de escolha. No caso de pacientes terminais, em todos os países do mundo, não existem equipes para oferecer cuidados adequados a uma grande parcela desses pacientes, e os profissionais de saúde raramente recebem treinamento em cuidados paliativos. Portanto, a escolha livre entre cuidados paliativos e suicídio assistido se torna comprometida. Em relação à capacidade plena de escolha para o exercício da autonomia, o autor reflete que é preciso compreender plenamente as consequências de cada escolha e tomar a decisão com base na comparação entre as opções existentes, aspecto também comprometido em pacientes terminais ou com condições clínicas incuráveis, uma vez que a depressão distorce o modo como o indivíduo avalia tanto a si próprio quanto o futuro.

Também é necessário elencar possíveis consequências sociais decorrentes da legalização do suicídio assistido e da eutanásia. Almeida (2004) considera que pode ocorrer pressão sobre pessoas vulneráveis, como indivíduos de classes socioeconômicas mais baixas, solitários e minorias, para solicitarem o suicídio assistido e a eutanásia. O autor ainda admite que essas práticas poderiam oferecer uma solução “mais rápida e mais simples” do que um cuidado paliativo de

qualidade, diminuindo a pressão social para a implantação e a universalização desses cuidados.

Em um dos trechos da obra *Como eu era antes de você*, Will evidencia seu sofrimento quando responde a pergunta de sua cuidadora, Lou, sobre o que ele costumava fazer: “Eu não faço nada, srta. Clark. Não posso mais fazer nada, apenas existo”. Essa passagem, mesmo que o tema não seja retratado no livro, sugere que Will poderia estar depressivo. O rapaz tinha toda assistência para alívio do seu desconforto físico, mas, em relação ao seu estado psicológico, pouco foi feito e o suicídio assistido seria a saída para colocar fim ao seu sofrimento. É possível questionar, diante de uma possível depressão, como exposto acima, se um tratamento psicológico e psiquiátrico adequado poderia ter mudado o curso da história.

O livro de Jojo Moyes traz, em diversos momentos, trechos que mostram motivos que poderiam ter feito o personagem Will ter escolhido o suicídio assistido. Nesse contexto, destaca-se que “uma das paredes era coberta por uma estante embutida com uns 20 porta-retratos. [...] Havia um homem saltando de *bungee jump* de um abismo [...] lá estava ele numa rampa de esqui, ao lado de uma garota de óculos escuros e longos cabelos louros”. Esse trecho se refere aos momentos de aventura e o tipo de vida que Will tinha antes do acidente, o que atualmente não é mais viável, devido à lesão na coluna vertebral.

Pode-se citar outra situação relevante durante a história, quando Will diz: “Se você tivesse se preocupado em me perguntar, Clark. Se, por uma vez, tivesse me consultado sobre esse tal passeio ao ar livre, eu teria dito a você. Detesto cavalos e corridas de cavalo. Sempre detestei. Mas você não se preocupou em perguntar. Decidiu o que gostaria que eu fizesse e foi em frente. Fez o que todo mundo faz. Decidiu por mim”. Esse trecho impactante traz relato do personagem sobre a dificuldade em tomar suas próprias decisões, devido à interferência dos demais indivíduos.

Dessa forma, uma das teorias que se associa em favor da eutanásia e do suicídio assistido encontra-se no conceito de dignidade humana, tendo em vista o reconhecimento da personalidade jurídica, que está intrinsecamente relacionada à

dimensão individual e social do ser humano para conseguir uma morte digna (BARROSO, 2004). O autor acrescenta a distinção entre vida e sobrevida, ou seja, destaca o questionamento a respeito de o paciente ter direito à autonomia de morrer de forma digna ou se deve sobreviver, mesmo que em estado de incapacidade física. Assim, é essencial que, além da dimensão biológica do homem, seja levada em consideração a qualidade de vida do paciente. Desse modo, quando o indivíduo não considera mais aguentar o sofrimento à espera da morte, o valor associado à vida pode ter significado inferior ao que permite o paciente morrer de forma digna.

A escritora Elisabeth Kübler-Ross (1996) traz o conceito dos estágios de luto que o paciente tende a passar, até chegar à morte. O primeiro estágio corresponde à negação e ao isolamento, em que o paciente se nega a tomar conhecimento da sua fase terminal, sendo um período temporário. É substituído pelo segundo estágio, que se refere à raiva, trazendo sentimentos de revolta, de inveja e de ressentimento, ocorrendo dificuldade em lidar com o paciente. Já a terceira fase é a da barganha, em que o doente faz promessas por um retardamento da morte ou por alguns dias sem dor ou prejuízos físicos, sendo frequente a busca por Deus. O penúltimo estágio corresponde à depressão, em que há um sentimento de grande perda, enquanto a última fase se refere à aceitação, tendo em vista que o paciente passa a aceitar sua situação e seu destino e a família tende a precisar de ajuda, compressão e apoio para enfrentar o momento. No entanto, é notável que muitos doentes não conseguem alcançar o último estágio, permanecendo o conflito com a morte.

O suicídio assistido ainda é muito questionado no meio médico e jurídico, trazendo questões bioéticas, biológicas e também religiosas. Por meio deste trabalho, ficou evidente que um dos pontos-chave dessa discussão envolve a questão entre direito à vida, qualidade de vida e sobrevida e autonomia do paciente. Com isso, pode-se questionar se vale mais a pena ter mais tempo vivido sem qualidade de vida ou morrer de forma digna, considerando-se que, no Brasil, os cuidados paliativos ainda são incipientes. Da mesma forma, questiona-se a função do médico, a qual seria preservar a vida e/ou dar qualidade de vida e também de morte ao paciente.

Ainda é importante considerar que o sentimento do paciente, com relação ao processo da doença, à perspectiva de cura e ao prognóstico, também influencia no

tratamento e na sua própria qualidade de vida. Não é raro observar pacientes que sofrem de transtornos psicológicos associados à doença, transtornos esses que são negligenciados em serviços de saúde. Durante a narrativa, em nenhum momento a autora se refere a tratamento psicológico ao personagem, o que se permite questionar se o caso de Will não deveria ter sido acompanhado por psicólogos e psiquiatras. O que dificulta a proposição de hipóteses que buscam explicar o porquê de o personagem principal ter tomado a decisão pelo suicídio assistido é o fato de que este possui plenas condições socioeconômicas para suprir suas necessidades, além de ter apoio familiar e ter se apaixonado por outra pessoa.

Com isso, percebe-se que a família e os amigos do personagem passaram por um processo de luto antecipado, além de não estarem estruturados, a fim de que pudessem se reorganizar e superar esse momento. Sendo assim, é de suma importância o papel do médico, uma vez que sua função não termina quando o paciente morre. O profissional deve acolher e orientar a família, para que esta consiga se reestruturar para um novo caminho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Alexander Moreira de. Suicídio Assistido, Eutanásia e Cuidados Paliativos. In: MELEIRO, Alexandrina Maria Augusta da Silva; TENG, Chei Tung; Wang, Yuan Pang. (Ed.). *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004. p. 207-215.
- ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA. Divisão de Informação Legislativa e Parlamentar (DILP). *Eutanásia e suicídio assistido: legislação comparada*, v. 40. Lisboa: DILP, 2003. (Coleção Temas).
- BARROSO, Melina Chagas. *Direito à morte: autonomia para morrer com dignidade*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito). Faculdade de Direito de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2014.
- CHARON, Rita et al. Literature and medicine: contributions to clinical practice. *Annals of Internal Medicine*, v. 122, n. 8, p. 599-606, 1995.
- KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1996.

ROCHA, Daiane Martins. A filosofia da medicina de Edmund Pellegrino e os dilemas bioéticos relacionados ao suicídio assistido. *Revista Bioética*, v. 21, n. 1, p. 75-83, 2013.

SUSAKI, Tatiana Thaller et al. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 144-149, 2006.

INTERPRETAÇÃO TÉCNICA DO PROCESSO DE MORTE E MORRER CORRELACIONANDO AS FASES DO LUTO COM A OBRA LITERÁRIA *A MORTE DE IVAN ILITCH*

Beatriz Reis Afonso
Bruna Alves das Oliveiras
Carolinne Camila de Souza Scarcela
Gabriel Machado de Castro
Luiz Felipe Falcão de Souza
Marina Coleta Drago

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, o graduando da área deverá, em sua formação, adquirir habilidades e características referentes ao humanismo, ao criticismo, à reflexão e à ética (BRASIL, 2014). Nessa perspectiva, fica evidente que o uso de obras literárias durante a formação médica contribui de maneira positiva com a meta de o futuro profissional médico possuir tais características, acentuando princípios éticos e tornando-se mais humanizado na abordagem de seus pacientes (BALBI; LINS; MENEZES, 2017).

Dessa forma, a análise da obra *A morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, permite identificar o processo no qual se encontra o paciente diante da possibilidade da morte.

Tal temática ainda é pouco abordada durante a graduação médica. Essa é, em sua maior parte, realizada diante de visão técnica, em detrimento do lado humano. Porém, de acordo com Tamada et al (2017), o médico, diante do processo da morte, deve buscar maneiras de humanizar e de tornar digna essa fase da vida de seus pacientes e familiares. Assim, a literatura é uma maneira eficaz de humanizar o médico e a medicina (LIMA et al, 2014). A obra citada permite entender as fases

trilhadas pelo paciente até o óbito, tornando-se um importante meio de o profissional médico entender a morte e o seu processo, constituindo um modo cada vez mais eficaz de humanizar o atendimento ao paciente.

Com o passar da história, a compreensão subjetiva da morte foi vista com diferentes olhares por sociedades de períodos distintos. Nesse contexto, para os hindus, ela não é vista como a interrupção da vida, mas, sim, como uma maneira de encontrar, para eles, o absoluto, chegando ao horizonte final de significado para a vida humana. Outra forma de ver esse acontecimento é a dos mesopotâmios, a qual consiste na redução da vida, em uma forma de apagar quem antes era vivo, degradando, assim, a existência do ser humano. Já os gregos viam a morte por dois pontos de vista, a dos homens normais e a dos que foram mortos em batalha. A primeira, uma morte anônima e comum, envolvia cadáveres cremados de forma coletiva. A segunda era a dos guerreiros mortos em combate, que faleciam como grandes heróis e tinham uma cerimônia especial de cremação, atestando, dessa forma, a virtude da pessoa. Por fim, há o olhar dos cristãos que, assim como o dos judeus, assimilam a morte com vistas a atingir outra fase da vida, podendo ser a de sofrimento, no inferno, ou, dependendo da maneira como viveu, a de sucesso, no paraíso (GIACOIA JÚNIOR, 2005).

Ao observar o panorama histórico, é possível afirmar que mudanças sociais, como a industrialização e a urbanização, contribuem para as dificuldades na elaboração processual do luto. Dessa forma, verifica-se a desvalorização de ritos funerários concomitante ao aumento significativo do número de mortes violentas e/ou traumáticas – perdas múltiplas, perdas invertidas e cenas de violência –, estabelecendo alguns fatores de risco para o luto complicado (KOVÁCS, 2003).

Somada a essa avaliação histórica da morte, pode-se perceber que essa ciência, além da sua complexidade, é também multidisciplinar. A existência da tanatologia, área da medicina legal responsável pela análise da morte e dos fenômenos envolvidos nela, auxilia tanto no estudo técnico e científico acerca do cadáver – local, identificação, mecanismo e causa da morte, diagnóstico diferencial do tipo de morte – quanto na compreensão subjetiva e social do processo de morrer e das consequências oriundas dessa morte (FÄRBER, 2013). Tal condição

psicossocial evidencia a relevância médico-legal na abordagem de temas bioéticos recorrentes no debate técnico, os quais envolvem ambas as partes da relação médico-paciente, como no prolongamento desnecessário do processo de morte – distanásia, tratamento que prolonga a vida biológica, sem qualidade de vida e dignidade –; morte sem sofrimento desnecessário – eutanásia, prática para abreviar a vida –; morte digna – ortotanásia, morte desejável, ideal, sem prolongamento artificial (FELIX et al, 2013).

Durante o processo de morrer, a pessoa doente passa por cinco estágios emocionais, assim como os descritos pela autora Elisabeth Kübler-Ross, na obra publicada em 1985, *Sobre a morte e o morrer*, a partir de estudo com pacientes desenganados, em hospital de Chicago. Entre essas fases, estão inicialmente a negação e o isolamento, os quais são posteriores ao diagnóstico, quando o moribundo tenta provar, de alguma forma, que não se encontra em um estágio próximo da morte. Posteriormente, vem a raiva pelo pensamento de interrupção de suas pretensões de vida, além da inveja das pessoas saudáveis. A terceira fase é a da barganha, na qual o paciente tenta prolongar a vida, por meio de promessas de mudanças em seus hábitos. Após essa, vem a depressão, quando tanto o paciente quanto a família sofrem as repercussões da doença. Assim, finalmente vem a aceitação, momento no qual o paciente entende haver maior facilidade em morrer em relação a viver, e, nesse ponto, ele se vê na necessidade de falar sobre seus sentimentos (AFONSO, 2013).

Apesar do conhecimento dos graduandos de medicina e dos profissionais de saúde acerca do caráter universal e inevitável da morte, é perceptível a falta de preparo desses dois grupos para lidar com o tipo de situação supracitada. Ainda que seja considerada natural, a morte normalmente não é esperada. Ela ocorre, em sua maioria, em hospitais que visam à cura e, dessa forma, quando o paciente não é curado, há o sentimento de fracasso. Isso ocorre com o processo de negação da morte, que leva o profissional ao falso sentimento de onipotência, com o intuito de se proteger de seus receios e angústias. As consequências de tais atos podem abranger a falsa esperança que o médico proporciona ao paciente, além do isolamento do profissional, ao não obter o resultado esperado. Segundo Azeredo,

Rocha e Carvalho (2011), acredita-se que tal tema não é abordado na graduação intencionalmente, pelo fato de não haver o envolvimento efetivo com os pacientes. Com isso, é proposto pelo autor que haja locais de discussão em que as emoções do aluno possam ser apresentadas, com o intuito de não haver consequências negativas diante do cotidiano marcado por muitos falecimentos.

Nesse sentido, a prática de cuidados paliativos com o paciente é recente, pois foi iniciada no país apenas na década de 1980. Essa é de grande importância para amenizar o processo de morte vivenciado pelos pacientes e pelos familiares, sendo caracterizada por equipe multidisciplinar, tendo como um de seus princípios configurar a morte como um processo natural e digno. Sua ação abrange as áreas física, mental, espiritual e social do paciente. Assim, a prioridade dos cuidados paliativos é o indivíduo enfermo, em detrimento da doença. Contudo, como essa área direciona-se principalmente a pacientes terminais e ainda é escassa sua abordagem nos cursos de graduação médica, o profissional pode se envolver emocionalmente, sendo necessário também a ele apoio físico e emocional e esperado que haja a reação empática do médico sem prejuízo de seu desempenho (HERMES, LAMARCA, 2013).

Diante disso, ressalta-se a importância do conhecimento pela equipe de saúde dos cinco estágios emocionais do processo de morrer, a fim de melhor lidar com o emocional do paciente que se encontra em um momento delicado de sua vida. Para tanto, optou-se pela escolha da obra literária *A morte de Ivan Ilitch* para melhor elucidar essa condição. Ademais, essa necessidade é ressaltada diante da atual pandemia da Covid-19, iniciada no ano de 2020, na qual os médicos e outros profissionais da área da saúde estão encarando o processo de morte e morrer de forma mais frequente.

Esta novela, lançada no século XIX pelo autor russo Leon Tolstói, retrata a vida, o adoecimento e o falecimento de Ivan Ilitch, um respeitado juiz. A obra abrange as angústias, os medos e os questionamentos que o personagem principal vivencia em seu processo de enfermidade. Faz-se necessária aqui uma análise humanística da morte no ambiente acadêmico de medicina, por meio da associação entre os diferentes estágios do luto, baseados na obra de Elisabeth Kübler-Ross, e as

variabilidades das expressões individuais antes, durante e depois do processo de morrer fundamentadas em análise desta obra literária.

A obra de Tolstói tem início no velório de Ivan, no qual o leitor tem distintas perspectivas sobre o impacto da morte para diferentes pessoas. Sob o olhar de alguns indivíduos, havia um certo alívio pela morte ter sido a do juiz, e não a própria. Por parte da esposa, existia uma preocupação de como ela poderia ganhar algum dinheiro do governo com o falecimento do marido e, por parte dos colegas de trabalho, sucedeu-se a ânsia pela ocupação do cargo do falecido.

Após a narração do velório, o autor detalha aspectos da vida do personagem. Ivan Ilitch levava uma vida confortável e comum, com tempo destinado à família, aos amigos e ao trabalho. Um dia, enquanto decorava o apartamento onde morava com a esposa e os filhos, Ivan sofreu uma queda e se machucou, na região abdominal ilíaca direita. Tal ferimento, o qual inicialmente não lhe causou preocupação ou dores importantes, tornou-se um fardo na vida do personagem.

A partir de então, a vida tranquila e mundana do personagem sofreu modificações. Há uma progressiva perda de autonomia por parte de Ivan. Por conta da enfermidade, o personagem tornou-se incapaz de ir ao trabalho, de conviver de maneira harmônica com os amigos e de ter estima para com a família. Ivan Ilitch também não encontrou consolo nos médicos. Além de incapazes de reconhecer a doença e de tratá-la, os profissionais foram desleixados com a situação vivenciada pelo paciente. Contudo, Ivan Ilitch ainda sentia apreço pelo seu empregado Gerassim, o qual mostrou ser a única pessoa sincera em relação à morte e cuidadosa com as dores sentidas pelo doente.

Por fim a obra narra os momentos finais de Ivan Ilitch. O personagem diz sentir muito medo do que estaria por vir. Ademais, destaca que sua vida não tivera muitos momentos memoráveis e que todos em sua volta (exceto Gerassim), não eram sinceros com o que estava ocorrendo. Em seus momentos finais, libertou-se de tudo aquilo que o oprimia e despediu-se da família.

A morte, processo exemplificado no livro, faz parte do curso natural da vida. No entanto, pode ser considerada um grande “tabu” na sociedade, inclusive para

estudantes e profissionais da área médica. Um trabalho realizado por Andrade et al, 2011, buscou analisar a relação de estudantes de medicina com diversos parâmetros, sendo um deles a relação com a morte e o processo de morrer. Tal estudo concluiu que o manejo de situações que envolvem a morte obteve os maiores índices de negatividade por parte dos estudantes, demonstrando a dificuldade que eles possuem em lidar com o tema. No entanto, concluiu-se que a aprendizagem baseada em problemas possibilita uma melhor relação com esse tema, uma vez que utiliza metodologias ativas, vivenciais e dinâmicas que possibilitam que o aluno tenha maior contato com a morte, levando a uma prática médica de qualidade.

No que tange à prática médica e a morte, observa-se frequentemente a obstinação terapêutica, que consiste em promover ações médicas as quais não tem outro objetivo além de prolongar a vida de um paciente em um processo irreversível de morte. Tal fato pode ser explicado pela grande culpa carregada pelos profissionais de saúde, por conta da morte de seus pacientes. Assim, a morte gera ansiedade e cobrança por parte da equipe médica. De acordo com Coelho e Oliveira, em 2001, a complexidade das situações relacionadas a processos mórbidos traz grandes obstáculos, exigindo uma formação sólida e madura do profissional de saúde para que ele seja capaz de analisar as possibilidades e conhecer os limites da prática.

Já no que se refere ao aspecto técnico-científico, Kübler-Ross, conforme descrito anteriormente, propôs cinco estágios para o luto: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Nem sempre o paciente passará por todas essas fases. Além disso, podem não ocorrer algumas, existir fixação em outras ou mesmo a coexistência das partes. Outrossim, o tempo de duração das etapas está intimamente relacionado ao desenvolvimento emocional do enfermo. Frequentemente, os familiares sofrem os mesmos estágios de adaptação do luto que o doente terminal percorreu, demonstrando a necessidade de preparo dos familiares para a doença terminal e o processo de morte.

Durante a obra de Tolstói, ao acompanhar o processo de descobrimento de Ivan Ilitch e a sua relação com a enfermidade, é possível observar os diferentes estágios do luto mencionados anteriormente. É interessante ressaltar que a obra de Tolstói exemplifica a divisão meramente didática feita pela autora, pois são notáveis

o revezamento e a concomitância entre os estágios. A negação, explicada pela autora como ferramenta utilizada para diminuir o impacto após notícias inesperadas e chocantes, é reconhecida em trechos como:

A dor não diminuía, mas Ivan Ilitch fazia grandes esforços para acreditar que estava melhor.

Quando terminou, lembrou que esse assunto pessoal era seu apêndice. Mas resolveu não se entregar, foi para a sala tomar chá.

É possível perceber que o personagem tenta ignorar a doença vivenciada; a raiva, por sua vez, é caracterizada pela pensadora por propagar-se em todas as direções e não apresentar necessariamente razões plausíveis. É indicada nos fragmentos:

Eles não se importam. No entanto eles também vão morrer. Idiotas! A única diferença é que acontecerá um pouquinho mais cedo para mim e um pouquinho mais tarde para eles. Só isso. Mas a vez deles vai chegar. Agora, porém, estão se divertindo. Insensíveis!

E muitas vezes, quando estavam encenando sua farsa para o bem dele, achavam, ele por pouco não se punha a gritar: “Parem de mentir! Vocês sabem, eu sei e vocês sabem que eu sei que estou morrendo. Portanto, pelo menos parem de mentir sobre o fato!”.

Nesse último trecho, o paciente queixa-se do tratamento que a família dá ao seu quadro; no que tange ao terceiro estágio descrito por Kübler-Ross (1985), a barganha baseia-se em experiências anteriores do indivíduo, o qual crê em possíveis recompensas devido ao seu bom comportamento. Assim, o enfermo espera ser agraciado com prêmios, como a diminuição da dor e o prolongamento da vida. Tal fase é exemplificada em:

Lembrou-se do remédio, sentou-se, engoliu e deitou novamente de costas, aguardando que o remédio fizesse efeito e parasse a dor. “Tudo o que tenho a fazer é tomar o remédio regularmente e evitar excessos. Ora, eu já estou melhor, muito melhor!” Examinou o lado e não sentiu dor ao tocá-lo. “Não está sensível. Já está muito melhor.” Apagou a luz e virou-se... “O apêndice está se ajeitando, já está havendo secreção...”

Mostra-se evidente o momento em que o personagem realiza ações com o intuito de não possuir mais a enfermidade; o próximo período teorizado por Kübler-Ross, a depressão, está relacionado com a perda. Segundo a autora, o paciente

consegue apresentar dois tipos distintos de depressão. O primeiro, denominado depressão reativa, mostra-se quando o paciente apresenta aflição inicial, e o segundo, chamado de depressão preparatória, é evidenciado quando o personagem vivencia perdas iminentes (KÜBLER-ROSS, 2017). Nos trechos abaixo, são perceptíveis ambos os quadros anteriormente descritos:

Tudo na rua parecia-lhe deprimente, os trenós pareciam sem vida, assim como as casas, as pessoas que passavam na rua, as lojas. E essa dor, essas fisgadas de dor que ele não conseguia identificar e que não cessavam um segundo sequer pareciam, se associadas às enigmáticas palavras do médico, ter adquirido um significado novo e muito mais sério com essa nova consciência de sua desgraça. Ivan Ilitch agora não conseguia mais desviar dela sua atenção. Bastava-lhe recordar de como era até três meses antes e no que havia se transformado para concluir como decaía progressivamente e descartar qualquer possibilidade de esperança.

É fulcral evidenciar a importância dessa fase para o indivíduo, o qual não deve ser incentivado a procurar um lado feliz na situação, mas, sim, analisá-la; por fim, o último estágio proposto pela estudiosa é a aceitação. Nessa fase, o paciente não sente mais raiva ou depressão com relação ao futuro. Importante salientar que não se trata de um período de felicidade, mas uma espécie de “descanso” o qual precede o falecimento. Tal desfecho é reconhecido no trecho a seguir:

E de repente ficou claro para ele que aquilo que o estava oprimindo, e que parecera não querer deixá-lo, agora esvanecia-se por todos os lados. Sentiu-se cheio de pena por eles, deveria fazer alguma coisa para tornar-lhes isso tudo menos doloroso, libertá-los e libertar-se desse sofrimento. “Tão certo e tão simples”, pensou. “E a dor? O que foi feito da dor? Onde está você, dor?” Pôs-se a esperar por ela. Ficou esperando. “Sim, aqui está. Bem... e daí? Deixe que ela venha. E a morte, onde está?” Procurou seu antigo medo da morte e não o encontrou. “Onde está? Que morte?” Não havia medo porque também não havia morte. Em seu lugar havia luz. “Bem, então é isso!”, exclamou em voz alta. “Que bom!” Para ele tudo aconteceu em um único instante e a sensação daquele instante não mudou dali em diante. Para os que presenciavam sua agonia, esta durou mais duas horas. De sua garganta ainda saía um som e via-se um estranho movimento de seu corpo já sem vida. Até que a respiração ofegante e o som passaram a vir em intervalos cada vez maiores. – Acabou! – disse alguém perto dele, o que ele repetiu dentro de sua alma. “A morte está acabada”, disse para si mesmo. “Não existe mais.” Respirou profundamente, parou no meio de um suspiro, esticou o corpo e morreu.

Para finalizar, uma passagem em que é perceptível a concomitância dos estágios está transcrita a seguir. É reconhecível a depressão, exemplificada pelo desamparo, pelo choro e pela solidão. Além disso, a raiva é evidenciada por meio da injustiça que Ivan Ilitch diz sofrer por parte de Deus:

Chorou por sua solidão, seu desamparo, pela crueldade do ser humano, a crueldade de Deus e a ausência de Deus. “Por que o Senhor fez isso comigo? Por que me fez chegar até esse ponto? Por quê? Por que torturar-me tão horripelmente?” Não tinha esperança de ser respondido, mas mesmo assim chorava por não haver resposta, por não ser possível encontrar resposta. A dor ressurgiu ainda mais forte, mas ele não fez um movimento, não chamou ninguém. Dizia apenas: “Vá em frente! Maltrate-me! Mas por quê? O que foi que eu fiz? Por que tudo isso?”.

A literatura deve ser usada para auxiliar no mundo real, sobretudo na medicina. A leitura proporciona ao leitor experiências que, se discutidas e refletidas, possibilitam o desenvolvimento de sentimentos subjetivos, como a empatia, de acordo com o assunto abordado. No caso de estudantes ou de profissionais de saúde, a literatura é uma metodologia pedagógica efetiva para entender e enfrentar diferentes realidades.

O livro *Morte de Ivan Ilitch*, de Leon Tolstói, com sua abordagem sobre a morte e o processo de morrer de um indivíduo, é importante para a comunidade médica. Pois, ao englobar o processo de luto e a falta de apoio por parte dos profissionais de saúde ao personagem, oferece a oportunidade de entender melhor o luto e a morte pelo ponto de vista do paciente. Assim, o profissional de saúde reconhece a importância de exercer sua função indissociavelmente à sua humanidade, principalmente em momentos tão difíceis como a morte. Além disso, é necessário que o tema da morte seja ampliado na graduação em medicina, com o intuito de preparar pedagogicamente o graduando para o que presenciará constantemente em seu ambiente de atuação.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, Selene Beviláqua Chaves. Kübler-Ross E. Sobre a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Editora Martins Fontes, 1985. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2781-2782, 2013.
- ANDRADE, Sílvia Caixeta de et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 517-525, out./dez. 2011.
- AZEREDO, Nára Selaimen G.; ROCHA, Cristianne Famer; CARVALHO, Paulo Roberto Antonacci. Dealing with death and dying in undergraduate medical training. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 35, n. 1, p. 37-43, 2011.
- BALBI, Larissa; LINS, Liliane; MENEZES, Marta Silva. A literatura como estratégia para reflexões sobre humanismo e ética no curso médico: um estudo qualitativo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 1, p. 152-161, 2017.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.
- COELHO, Marilda Oliveira et al. *Relação médico-paciente e a morte*. 2001. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2001.
- FÄRBER, Sonia Sirtoli. Tanatologia clínica e cuidados paliativos: facilitadores do luto oncológico pediátrico. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 3, p. 267-271, 2013.
- FELIX, Zirleide Carlos et al. Euthanasia, dysthanasia and orthothanasia: an integrative review of the literature. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2733-2746, 2013.
- GIACOIA JÚNIOR, Oswaldo. A visão da morte ao longo do tempo. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 38, n. 1, p. 13-19, 2005.
- HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 9, p. 2577-2588, 2013.
- KOVÁCS, Maria Júlia. Desenvolvimento da Tanatologia: estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 41, p. 457-468, 2008.
- KOVÁCS, Maria Júlia. *Educação para a morte: temas e reflexões*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1985.

LIMA, Carina Camilo et al. Humanidades e humanização em saúde: a literatura como elemento, humanizador para graduandos da área da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 48, 2014.

TAMADA, Jacqueline Kaori Tozaki et al. Relatos de médicos sobre a experiência do processo de morrer e a morte de seus pacientes. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 96, n. 2, p. 81-87, abr./jun. 2017.

A RELEVÂNCIA DO LIVRO *RITA LEE*: UMA AUTOBIOGRAFIA PARA A EDUCAÇÃO MÉDICA HUMANISTA

Paulo Vitor Otaviani Nilo

1 INTRODUÇÃO

No mês de novembro do ano de 2016, a cantora Rita Lee publicou livro autobiográfico, com o título *Rita Lee: uma autobiografia*. A obra foi recebida pela crítica especializada de maneira bastante elogiosa, tendo ganhado o prêmio de melhor biografia da Associação Paulista de Críticos de Artes de 2016 e recebido indicação ao Prêmio Jabuti de Biografia, Documentários e Reportagem, duas das mais relevantes premiações literárias brasileiras, devido à elegância da escrita e à transparência da cantora, que revelou aspectos sensíveis de sua vida pessoal e profissional.

O caráter histórico-cultural do livro tem protagonismo, pois a narrativa detalha minúcias até então desconhecidas da história da Música Popular Brasileira. Contudo, para além de seu caráter histórico-cultural, o livro também aborda, de maneira aberta e profusa, o uso de substâncias psicoativas pela cantora, ao longo de toda a sua vida, e os transtornos ocasionados por esse uso, transformando a história em uma patonarrativa de interesse da medicina e das demais carreiras da área da saúde que estudam melhores abordagens para os pacientes que sofrem de transtorno por uso de substâncias.

No caso da cantora Rita Lee, cuja autobiografia motivou este estudo, ela é considerada a “Rainha do Rock Brasileiro”, a única cantora brasileira a vender 55 milhões de discos, ocupando a terceira posição no *ranking* dos maiores vendedores de discos, no Brasil, em todos os tempos, atrás apenas dos cantores Roberto Carlos e Nelson Gonçalves. Além do sucesso como cantora, como esposa e como mãe, já

idosa, aventurou-se na literatura, aos 69 anos de idade, e sua autobiografia despontou como um dos livros mais vendidos no ano de lançamento – mais de 200 mil exemplares –, além de receber prêmios literários relevantes.

Analisando-se apenas pelo ângulo da doença e diante da visão reducionista, preconceituosa e estigmatizadora dos pacientes com transtorno mental por uso de substâncias, o fenômeno Rita Lee seria inconcebível. Contudo, ela existe, e sua narrativa nos guia no sentido de, a partir de pontos de vista subjetivos apresentados por pacientes, evoluir em conhecimento médico e no manejo acerca do transtorno por uso de substâncias, com o intento de proporcionar melhor qualidade de vida para esses pacientes.

Objetivando análise qualitativa que fomente a educação médica humanista e partindo do ponto de vista do paciente acometido pelo transtorno mental por uso de substâncias, procedeu-se ao presente estudo baseado na relação da cantora Rita Lee com sua doença, narrada em sua autobiografia, correlacionando-a com a bibliografia científica acerca das melhores abordagens diante dessa patologia que desafia a medicina devido à baixa adesão ao tratamento, à alta taxa de recaída e ao grande impacto social.

2 O NORMAL E O PATOLÓGICO NO TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS

O uso de substâncias psicoativas permeia a humanidade desde seus primórdios, havendo passado por diversos contextos, representações e finalidades. Há milhares de anos os seres humanos fazem uso de tais substâncias por questões culturais, religiosas, recreativas, terapêuticas e sociais (MACHADO; BOARINI, 2013).

Chalub e Telles (2006) destacam que:

o problema do uso de drogas lícitas e ilícitas tem várias facetas, é intersetorial, envolvendo as áreas de educação, segurança, justiça e cidadania, assistência social e saúde. As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de álcool, tabaco e outras drogas são bem conhecidas e, cada vez mais, abordadas no rol dos problemas de saúde pública. São também abordadas na medicina legal e na psiquiatria forense, pois o volume de crimes e infrações ligados ao transtorno

mental por uso de substâncias psicoativas é muito grande (CHALUB; TELLES, 2006).

No contexto das dependências químicas, ressalta-se o risco do impacto patológico do abuso de substâncias na vida do indivíduo. Há divergências entre as múltiplas abordagens da psiquiatria, quanto ao enfrentamento desse grave problema de saúde pública.

O conceito de saúde e de normalidade em medicina é questão de grande controvérsia. Há vários e distintos critérios de normalidade e anormalidade em medicina e psicopatologia. A adoção de um ou de outro depende, entre outras coisas, de opções filosóficas, ideológicas e pragmáticas do profissional ou da instituição em que ocorre a atenção à saúde. Como ensina Dalgarrondo, os critérios de normalidade e de doença em psicopatologia variam consideravelmente, em função dos fenômenos específicos com os quais se trabalha e, também, de acordo com as opções filosóficas do profissional ou da instituição. Em alguns casos, pode-se utilizar a associação de vários critérios de normalidade ou doença/transtorno, de acordo com o objetivo que se tem em mente. Essa é uma área da psicopatologia que exige postura permanentemente crítica e reflexiva dos profissionais (DALGALARRONDO, 2007).

Existe subjetividade intrínseca na definição das doenças. No caso do transtorno por uso de substâncias, a subjetividade é tamanha que os *guidelines* de psiquiatria modificam-se com frequência. Nesse aspecto, Galduróz e Ferri (2017), evidenciam que, enquanto o DSM-IV (1994), por exemplo, “identificava duas condições diferentes – abuso de substância e dependência de substância –, o DSM-V (2013) une essas duas categorias em um *continuum*, chamado agora de Transtornos do Uso de Substâncias, podendo ser classificados como leves, moderados ou graves, dependendo do número de critérios preenchidos. Porém, nota-se tendência maior de patologização do fenômeno do uso de substâncias, pois mesmo um uso moderado, com menor número de sintomas, passa a ser enquadrado como transtorno, ainda que leve.

O próprio DSM-V explicita que o viés cultural que permeia os limites entre normalidade e patologia varia em diferentes culturas com relação a tipos específicos de comportamentos:

Os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família. Portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente. O discernimento de que um determinado comportamento é anormal e exige atenção clínica depende de normas culturais que são internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outros a seu redor, incluindo familiares e clínicos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

Em sua biografia, Rita Lee narra violência sexual sofrida aos seis anos de idade:

Um dia a máquina de costura Singer de Chesa engasgou e veio um técnico da firma. Me contaram que eu brincava no chão da copa enquanto minha mãe mostrava pro cara onde a coisa estava enguiçada. O telefone tocou, ela saiu para atender. Quando voltou, me encontrou sozinha no mesmo lugar, olhando petrificada para o cabo de uma chave de fenda enfiada fundo na minha vagina, de onde escorria uma gosma vermelha. (LEE, 2016).

Ter sofrido essa violência influenciou até mesmo na posição de sua família, no que tange sua relação com as drogas:

Me tratavam como uma espécie de aleijadinha psicológica. “A Ritinha é nossa caçulinha, é justo protegê-la”, explicavam elas. E essa proteção extra se seguiu inclusive na minha vida adulta. As saias justas pelas quais passei com drogas, prisão, críticas e boatos foram entendidas como “a dor que ela carrega na alma por causa ‘daquilo’, tadinha”. (LEE, 2016).

O fato de a cantora ter sido vítima de violência sexual influenciou na interpretação/tolerância familiar/social do que pode ser considerado normal ou patológico. Essa passagem deixa claro o quanto diferenciar o normal do patológico, em psiquiatria, tem influência das crenças sociais.

Em outro trecho, a cantora revela o caráter socializante geracional das drogas: “Minha geração sofreu a claustrofobia de uma ditadura brucutu, usar drogas então era uma maneira de respirar ares de liberdade [...]” (LEE, 2016).

Campos (2006) destaca que, até meados da década de 1970, o movimento contracultural foi altamente turbulento, pois os jovens eram marcadamente rebeldes e promoviam revoltas contra toda a estrutura social que então vigorava. Essas manifestações surgiram em várias partes do mundo, tendo como mote principal serem contra a desumanização do humano, em geral. No entender dos ativistas, nada estava bom, desde a prática política até o menor dos costumes – incluindo, nessa lista, os costumes sexuais. Tudo precisaria ser reinventado. Tinha-se o sonho de que o mundo poderia mudar para melhor pela via da união e da luta política.

Na busca por outro tipo de mentalidade – bem entendido, por outro tipo de consciência –, estimulou-se o uso de drogas alucinógenas, como o LSD, e os ídolos da música, como os Beatles, os Rolling Stones, o The Doors como também Bob Dylan, Jimi Hendrix e Janis Joplin, foram elevados à condição de exemplos de conduta pessoal. O lema sexo, drogas e *rock'n'roll* fazia todo o sentido (CAMPOS, 2006).

Apesar de reconhecer o caráter subjetivo, geracional e familiar do transtorno por uso de substâncias, o DSM-V veio alterado, trazendo o uso de drogas sob ótica mais patologizada. O diagnóstico, de acordo com o DSM-V, é fundamentado nas seguintes evidências:

Critério A: padrão problemático de uso de determinada substância, que leve a com prometimento ou sofrimento clinicamente significativo, percebido por pelo menos dois dos critérios a seguir, que devem ocorrer pelo período mínimo de 12 meses:

- A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo maior que o pretendido.
- Desejo persistente ou esforços malsucedidos na tentativa de reduzir ou controlar o uso da substância.
- Muito tempo é gasto em atividades relacionadas a obtenção, utilização ou recuperação dos efeitos do uso da substância.
- Fissura, desejo intenso ou mesmo necessidade de usar a substância.
- Uso recorrente da substância, resultando em fracassos no desempenho de papéis em casa, no trabalho ou na escola.

- Uso contínuo da substância, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou piorados por seus efeitos.
- Abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou recreativas importantes ao indivíduo devido ao consumo de substâncias.
- Uso contínuo da substância mesmo em situações nas quais esse consumo represente riscos à integridade física.
- O consumo é mantido apesar da consciência de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.
- Tolerância, definida como: efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de substância e/ou necessidade de quantidades progressivamente maiores de substância para atingir o mesmo grau de intoxicação.
- Abstinência manifestada por: síndrome de abstinência característica da substância utilizada e/ou uso da substância ou de similares na intenção de evitar os sintomas de abstinência. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 2014).

O DSM-V exige dois ou mais critérios para o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância, e a gravidade do quadro passou a ser classificada de acordo com o número de critérios preenchidos: dois ou três critérios indicam um transtorno leve, quatro ou cinco indicam um distúrbio moderado e seis ou mais critérios indicam um transtorno grave (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014).

Quanto a esse diagnóstico a análise do quadro da cantora Rita Lee foi realizada de acordo com os relatos de sua autobiografia, com base nos trechos a seguir destacados.

Há mudanças que vêm para o bem, outras nem tanto. Mudei de endereço, mas não de vício, e novamente caí no velho modelito "hay drogas, no soy contra". Quando Rob percebeu a recaída, me chamou num canto e colocou: "Se você quer se destruir, foda-se, seus filhos e eu não estamos a fim de ver esse filme chato outra vez. Aqui em casa não tem espaço para isso". **(Uso contínuo da substância, apesar dos problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou piorados por seus efeitos)**. Rob havia parado com as tomadas havia um bom tempo. Não era justo ficar segurando as minhas pirações. Para ele, o capítulo drogas há muito já era finito. Rob estava certo e eu torta, comprometer a estabilidade familiar, nem morta, então aluguei um apê em Pinheiros, no centro do buxixo, e aí sim minha vida virou de ponta-cabeça. **(O consumo é mantido apesar da consciência**

de se ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso).

Passamos três dias enfiados num quarto de hotel cafungando direto **(A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período de tempo maior que o pretendido)**. Comer e dormir nem pensar **(Abandono ou redução de atividades sociais, profissionais ou recreativas importantes ao indivíduo devido ao consumo de substâncias)**, fazer show muito menos **(Uso recorrente da substância, resultando em fracassos no desempenho de papéis em casa, no trabalho ou na escola)**, a boca travada mal abria, quanto mais cantar e tocar flauta. Quando as fileiras acabaram, ameacei pular da janela **(Uso contínuo da substância mesmo em situações nas quais esse consumo represente riscos à integridade física)**. Barraco no hotel.

No pequeno apê da Rua Fradique Coutinho acabei acorrentada de vez à escravidão da birita, só não cantava 'tornei-me um ébrio' porque ainda estava no modo negação **(Fissura, desejo intenso ou mesmo necessidade de usar a substância)**. (LEE, 2016).

Depreende-se dessa análise que a cantora preenche, pelo menos, sete critérios do DSM-V (destacados em negrito), podendo ser classificada como portadora de transtorno grave por uso de substâncias.

Além de abandonar a concepção de transtorno por abuso de substâncias, o DSM-V também passou a abordar critérios diferentes para caracterizar o transtorno por uso dos diferentes tipos de droga e do álcool. Evidencia-se a subjetividade inerente em sua aplicação a situações limítrofes. Em situações claras de adição, essa dificuldade não existe ou é mitigada. Contudo, em situações de uso recreativo, manifestações trazidas pelo DSM-V como critérios para o diagnóstico “[...] forte desejo de usar a substância”, “Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na sua utilização ou na recuperação de seus efeitos.”, “[...] fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa”, entre outras, mostram-se, quase sempre, presentes. De modo que, frente a uma interpretação mais literal, um alto número de pessoas que faz uso recreativo seria considerado portador de “Transtorno por uso de Substância”, ou seja, nota-se uma tendência do DSM-V à patologização do fenômeno do uso de substâncias. Por meio de texto, o limite entre o normal e o patológico foi modificado.

O DSM-V não é o único parâmetro técnico-científico para diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias. A CID-10, de 1993, também traz parâmetros de diagnóstico para caracterizar transtornos mentais e comportamentais em virtude do uso de substância psicoativa.

Como ensinam Ana Cecília Marques e Marcelo Cruz:

No capítulo sobre transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas da CID 10 (F10 a 19), encontram-se os critérios diagnósticos para vários estados, sendo os mais importantes: intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, entre outros. Um diagnóstico de síndrome de dependência usualmente só deve ser feito se três ou mais dos seguintes requisitos estiveram presentes durante o último ano: a) um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; b) dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo; c) um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: a síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso a mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência; d) evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; e) abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos; e f) persistência do uso da substância, a despeito da evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano. (MARQUES; CRUZ, 2006).

Embora os critérios mostrem semelhanças, o DSM-V tende à maior patologização do que a CID-10 por exigir que apenas 2 de 11 critérios diagnóstico (18%) sejam atingidos para que o transtorno esteja configurado, enquanto a CID-10 exige o atingimento de 3 de 6 critérios (50%). Ambas as diretrizes podem ser utilizadas, ficando a critério do profissional de saúde que faz a avaliação a opção por uma ou por outra. E, a depender de qual diretriz se aciona, o uso de substâncias pode alternar entre ser classificado como normal ou patológico.

Fica claro, portanto, que o campo dos transtornos por uso de substâncias figura entre os mais complexos da medicina para se definir o que é normal e o que é

patológico, sendo influenciado por características culturais, temporais, legais, técnicas, sendo altamente dependente da subjetividade do operador da medicina/saúde.

A liberdade do indivíduo para fazer escolhas em sua vida não pode ser patologizada. O próprio Estado usualmente permite que as pessoas usem tabaco ou bebidas alcoólicas, embora haja consenso dos malefícios dessas substâncias à saúde física. Contudo, há entendimento global que as pessoas não devem ser obrigadas a não tomar atitudes danosas a sua saúde. E essa liberdade deve ser respeitada, pois, como princípio constitucional, o direito à liberdade tem tanto peso quanto o direito à saúde.

O psicólogo Rollo May entende que “a liberdade é a capacidade do homem de assumir seu próprio desenvolvimento. É nossa capacidade de moldar a nós mesmos” (MAY, 1988). E essa liberdade não inclui fazer apenas o que é certo, de acordo com as expectativas sociais. Moldar a nós mesmos é um processo individualizado, muitas das experiências que vivemos são impostas pela vida, em outras, há margem de liberdade de escolha. A liberdade depende de diversos fatores, muitos deles envolvem a geração em que se nasce, traumas, educação parental, entre diversos outros aspectos. Mas, no fim, essa liberdade é o que nos define, é o que nos diferencia e permite a existência da pluralidade.

3 A IMPORTÂNCIA DAS NARRATIVAS EM MEDICINA COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZADO

Silva, Sgobbi e Carlindo (2017) realizaram mapeamento quantitativo de estudos teórico-metodológico da autobiografia por autores brasileiros, no período de 2001-2010, utilizando como referência o banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). As autoras encontraram 742 trabalhos, entre dissertações de mestrado e teses de doutorado, destacando que a região sudeste concentra 57% dessa produção. Os dados mostram um crescimento significativo desse campo de estudos, especialmente na área de educação, sobretudo a partir da década de 1990. Para as pesquisadoras supracitadas, o método/fonte da (auto)biografia ressurgiu com a proposição de atribuir veracidade aos dados de caráter mais subjetivo, acenando para outros modos de fazer pesquisa. Quando

estratificado por área do conhecimento, o estudo mostra que as áreas de Letras, Linguística e Literatura são responsáveis por 291 pesquisas, e, em seguida, aparece a área do conhecimento de educação, com 185 trabalhos produzidos no Brasil, entre os anos de 2001 a 2010.

Conforme ensina Rui Tinoco, também na área da saúde, o método tem ganhado destaque.

Um sem número de autores tem vindo a aplicar o método biográfico ao estudo da toxicodependência. Conhecemos, nos trabalhos de Ingold, Faupel ou Romaní, p. e., as trajetórias de consumo de toxicodependentes mais refratárias aos métodos de investigação comuns. Todas as investigações que referimos operam um deslocamento de perspectiva: elegem como objeto de estudo o modo como os indivíduos encaram as suas próprias práticas. Tal inversão de ponto de vista possibilitou uma linha de investigação de inegável riqueza - porque construída a partir do que os sujeitos relatam e não apesar do que dizem. Encarar a toxicodependência como um processo que se estende ao longo de um percurso de vida é pretender uma abordagem psicossocial. O psiquismo está em constante mutação: o contato com os outros atualiza determinadas dimensões em detrimento de outras. O indivíduo recria em si o mundo, ao mesmo tempo que é constrangido por ele. (TINOCO, 2016).

De acordo com Grossman e Cardoso (2006), nas últimas décadas, a preocupação com a capacitação dos profissionais de saúde é uma realidade. As modificações no perfil de morbimortalidade bem como a avalanche de novas informações, em velocidade jamais vista anteriormente, têm levado a profundas reflexões sobre essa temática.

A ênfase da formação médica passou a estar centrada na interpretação de exames cada vez mais complexos e na prescrição de drogas potentes. Entretanto, os pacientes oferecem seus relatos pessoais em troca de cuidado; não estão apenas procurando o manejo de seus sintomas e um lugar seguro para o tratamento, querem, além disso, entender e dar significado às suas próprias histórias (GAYDOS, 2005).

Na autobiografia de Rita Lee, a necessidade de entender e lidar com a própria patologia fica patente no seguinte trecho: “Não faço a Madalena arrependida com discursinho antidrogas, não me culpo por ter entrado em muitas, eu me orgulho de

ter saído de todas. Reconheço que minhas melhores músicas foram compostas em estado alterado, as piores também.” (LEE, 2016).

O temor por uma forma tecnicista de encarar a prática profissional é constatado nas recomendações das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, as quais evidenciam a importância da inclusão curricular de dimensões éticas e humanísticas que desenvolvam no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania (BRASIL, 2014).

Diante do caráter subjetivo e operador-dependente na delimitação entre o normal e o patológico no transtorno por uso de substâncias, embrenhar-se na experiência do paciente é fundamental para a compreensão de sua real condição patológica e também dos meandros de transtorno e de sofrimento que o uso de substâncias traz para vida dele. Mais do que nos outros campos da medicina, no transtorno por uso de substâncias, são primordiais a imersão e a compreensão do universo do paciente, visando a diminuir a estigmatização e o preconceito no manejo desses pacientes – muitas vezes, por parte do próprio médico –, a fim de aumentar a adesão ao tratamento, diminuir as recaídas e o impacto na saúde.

A autobiografia da cantora Rita Lee expõe o tipo de ajuda que a paciente precisava, em que momentos, a importância da rede de apoio, entre diversos outros aspectos que só a escuta aberta e prolongada do paciente pode oferecer. Muitos dos relatos da patonarrativa são pessoais, outros tantos podem ser generalizados para as pessoas que sofrem do mesmo transtorno. A leitura da biografia serve como ponto de partida tanto para compreender questões referentes ao melhor manejo do paciente como para ajudar o profissional de saúde a aprender a diferenciar aspectos próprios do paciente de aspectos generalizáveis.

A patonarrativa serve como possibilidade de compreensão dos aspectos humano – pessoal e social –, subjetivo e objetivo relacionados à patologia. Sem a devida compreensão dessas dimensões, a adesão ao tratamento, que já é baixa no transtorno por uso de substâncias fica mais comprometida. Segundo Rigotto e Gomes (2002), recaídas ocorrem em 40% a 60% dos pacientes.

Grossman e Cardoso (2006) classificam as diferentes formas de narrativas presentes no campo de formação/informação médica em cinco modalidades: 1 – Casos construídos com propostas educativas, 2 – Narrativas de pacientes sobre suas doenças, 3 – Narrativas disponíveis em materiais informativos, 4 – Anamneses sistematizadas em prontuários e 5 – Relatos de casos em sessões clínicas/casos apresentados em revistas científicas.

Todas as cinco modalidades mostram-se como instrumentos válidos e importantes para aprofundar o conhecimento médico. Buscando maior imersão na compreensão subjetiva da doença, será aprofundada a segunda modalidade da sistematização das formas de narrativas presentes no campo de formação/informação médica proposta por essas autoras, qual seja, a modalidade referente às narrativas de pacientes sobre suas doenças, da qual o livro *Rita Lee: uma autobiografia* faz parte.

As narrativas de pacientes abordam aspectos da vida, discussões sobre a doença e desequilíbrios por ela impostos e, especialmente, trazem depoimentos sobre as capacidades individuais de agir para transformar essas novas realidades (GROSSMAN; CARDOSO, 2006).

Conforme Eloísa Grossman e Maria Helena Cabral explicam:

Charon postula que ensinar estudantes de Medicina a examinar os elementos de narrativas literárias prepara-os para leituras disciplinadas das "caóticas" narrativas médicas, quer sejam prontuários, imagens diagnósticas, histórias narradas pelos pacientes, exames físicos ou cursos clínicos das doenças. Afirmar que registros literários de experiências de doença podem ensinar lições concretas e poderosas sobre as vidas dos indivíduos doentes, bem como permitir aos médicos reconhecer a força e as implicações de seus atos. Outros fatores também tiveram importância para a valorização da narrativa como parte epistemológica da construção do saber médico, entre eles, a maior difusão de informações sobre as doenças e os debates públicos sobre a efetividade da Medicina. Hunter afirma, de forma categórica, que a Medicina não é uma ciência. Ela é interpretativa e não simplesmente baseada em fatos; a capacidade de identificar-se com algo e intuir pode ser tão importante no diagnóstico e tratamento quanto o são os dados científicos e a dedução lógica. Portanto, como a Literatura, diz respeito a pessoas e suas histórias e participa de forma tácita e explícita em valores culturais, concepções e ideologias. (GROSSMAN; CARDOSO, 2006).

Diante desse ponto de vista de que a medicina é interpretativa e não simplesmente uma ciência baseada em fatos, o papel do médico de compreender tanto o paciente como a doença dele mostra-se primordial. Escutar adequadamente o que o paciente tem a dizer sobre sua doença é parte do processo de cura. Quando o médico não entende a doença, ele não entende também o alcance do plano terapêutico.

4 IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM HUMANISTA EM PACIENTES COM TRANSTORNO MENTAL POR ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

No Brasil, cerca de 18.000 adolescentes e 1 milhão de adultos experimentaram cocaína fumada (crack ou oxi), pelo menos uma vez, ao longo do ano de 2012. No mesmo ano, mais de 2,5 milhões de pessoas experimentaram, pelo menos uma vez, a cocaína em pó, aspirada. O uso regular de álcool, pelo menos uma vez por semana, ocorre em 63% dos homens e em 53% das mulheres, o que demonstra haver grande parte da população em risco, para o etilismo. Os tabagistas representam 21,4% da população masculina brasileira e 12,8% da feminina (UNIFESP, 2014).

Apesar de as estatísticas acerca do uso denotarem alta incidência de uso de drogas no Brasil, a abordagem dos usuários pelos sistemas de saúde ainda aponta para

Profundas marcas de estigmatização presente no cotidiano dos usuários de substâncias psicoativas. Tais fatos têm sido legitimados hegemonicamente pela sociedade, que enxerga essas pessoas sob uma ótica estereotipada, permeada por concepções que envolvem a irresponsabilidade, a criminalidade, a desordem social e subumanidade. Nesse contexto, esses usuários tornam-se dignos de serem segregados, invisibilizados, controlados, negados e apagados do cenário social. (ÁVILA, 2019).

Dois teorias são fundamentais para segmentar um paciente com transtorno mental por uso de substâncias: a abstinência e a redução de danos, a primeira visa à cessação imediata do uso de substância como forma de tratamento e a segunda defende a possibilidade de redução de uso controlada clinicamente como opção de tratamento, visando, ao final do tratamento, ao maior autocontrole do paciente e, se possível, à abstinência total. A princípio, em parceria com o Poder Judiciário, as

ações enfatizavam a redução da demanda com forte associação da droga e do usuário à criminalidade. Posteriormente, evoluiu-se para a criação de políticas voltadas para a atenção integral à saúde dos usuários, efetivando-se, entre outras, a Política Nacional de Redução de Danos (PACHECO, 2013).

Os ensinamentos de Eduardo Passos e de Tadeu Souza são fundamentais para compreender o surgimento e os reflexos da teoria da redução de riscos no Brasil:

A Redução de Danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil em 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (Mesquita, 1991). Proposta inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis – Programa de Troca de Seringas (PTSs) – a Redução de Danos foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A diversificação das ofertas em saúde para usuários de drogas sofreu significativo impulso quando, a partir de 2003, as ações de RD deixaram de ser uma estratégia exclusiva dos Programas de DST/AIDS e se tornaram uma estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e da política de Saúde Mental.

Observa-se na experiência de gestão da RD que muitos usuários de drogas abandonam ou diminuem o uso de drogas quando experimentam um contexto no qual se sentem acolhidos. Além disso, o uso abusivo pode comprometer a execução de compromissos assumidos coletivamente: seja o trabalho de campo, acessar outros usuários de drogas em situações de vulnerabilidade, participar de uma reunião nos conselhos municipais ou nas assembleias da associação de que faça parte. A mobilização introduziu os usuários de drogas em redes locais de gestão comum, nas quais o consumo de drogas é constantemente ressignificado por acordos coletivos. Mediante esse modo de organização, além de participarem na gestão das políticas, muitas pessoas cessaram ou diminuíram o uso de drogas: das pessoas que usavam drogas abusivamente, 70% dos que se tornaram redutores de danos deixaram de ser dependentes químicos. (PASSOS; SOUZA, 2011)

Em sua autobiografia, Rita Lee narra que, durante as suas gestações, praticou a estratégia de redução de danos, ou seja, apesar de seu transtorno e de todas as crenças limitantes que o envolvem, ela ressignificou e se absteve, no decorrer desses períodos, para não prejudicar os seus filhos: “Isso não é meu, seu delegado. Estou

grávida e no momento não uso drogas. Nem Coca-Cola, pro senhor ter uma ideia” (LEE, 2016).

Conforme leciona Celenita Coelho e Aidyl Perez-Ramos:

A reabilitação, segundo alguns autores, parece estar ligada ao redimensionamento dos objetivos pessoais (Edwards, Marshall & Cook, 1999), à habilidade de lidar com situação de risco (Mariatt & Gordon, 1993) e com a mobilização de recursos apropriados (Gossop, 1997). São indicadores que poderão explicar a manutenção da abstinência e o emprego da redução de danos. (COELHO; PEREZ-RAMOS, 2008).

É de suma importância a identificação desses pacientes, pois, dessa forma, é possível trabalhar com a redução de riscos, como acidentes de trânsito e redução de doenças secundárias – hipertensão arterial, dislipidemia, depressão, acidente vascular encefálico, entre outras. Além disso, há redução de interação medicamentosa, por exemplo, um paciente que está em uso de benzodiazepínicos e faz uso concomitante de psicoativos. Também é possível reduzir a violência doméstica bem como o estresse familiar, problemas no trabalho e o impacto financeiro que essas substâncias causam na vida do indivíduo, da família e do Estado (CREMESP, 2003).

Campos (2006) assinala que o humano da psicologia humanista deve ser visto “como um ser essencialmente livre e intencional, devendo ser entendido primordialmente pela sua dimensão consciente e, sobretudo, pela vivência de suas experiências presentes”.

Carlos Ponte ensina que:

A Psicologia Humanista percebe o humano como alguém que merece uma extrema valorização, posto que detém uma espécie de potencial, de uma força que lhe é inerente e propiciadora de seu crescimento biopsíquico. Esta "força" foi chamada, entre outros nomes, de capacidade de autorrealização. Assim, na visão da Psicologia Humanista, o humano possui em si mesmo um poder de mudança interna que o capacitaria a expressar seus sentimentos, pensamentos, bem como seu comportamento, tudo em congruência com as demandas do mundo, na busca de uma existência que seja perenemente autêntica e autoconsciente. Este "potencial" quer sempre se atualizar cada vez mais enquanto houver vida e projeto para a própria existência. Considera que tais dimensões, as quais enalteceriam o humano, conferindo-lhe

sua dignidade, foram desprezadas e/ou esquecidas pela psicanálise e pelo behaviorismo, apresentando, em contraposição a estas, um conceito do humano mais positivo, por isso, e o mais otimista possível. A Psicologia Hu"manista trouxe de volta, assim, os valores e uma postura ética, intimamente humana, no ímpeto de reconstituir um novo modo de perceber o humano como singular, concreto e único. (PONTE, 2011).

Em outras palavras, partindo de análise psicológica humanista, o curar-se depende de abordagem individualizada, centrada na pessoa, depende do potencial do próprio doente, em especial da percepção do paciente como peça-chave de seu próprio tratamento e não puramente da heteronomia ao que o médico impõe. O processo de cura deve ser compartilhado, respeitando o tempo do paciente, seus desejos, seus medos e seus limites de cura.

Foi exatamente esse o desfecho patológico da autobiografia da cantora Rita Lee; após uma vida recebendo apoio familiar, de amigos, de clínicas, sendo tratada como ser humano importante pessoal e profissionalmente, ela foi encontrando estratégias e construindo, junto com os profissionais de saúde que a atenderam, estratégias para conviver com sua doença. Chegou à senilidade saudável, feliz e praticando meditação, uma terapia alternativa que a ajudou muito no processo de cura e de autorrealização, conforme descrito no trecho a seguir:

Sei que ainda há quem me veja malucona, doidona, porralouca, maconheira, droguística, alcoólatra e lisérgica, entre outras virtudes. Confesso que vivi essas e outras tantas, mas não faço a ex-vedete-neo-religiosa, apenas encontrei um barato ainda maior: a mutante virou meditante. Se um belo dia você me encontrar pelo caminho, não me venha cobrar que eu seja o que você imagina que eu deveria continuar sendo. Se o passado me crucifica, o futuro já me dará beijinhos. (LEE, 2016).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base o livro Rita Lee: uma autobiografia, que vai muito além da honestidade das histórias, tem-se uma obra autobiográfica que pode ser usada como fonte de qualidade para educação médica humanista, especialmente no que tange às dificuldades no manejo de usuários de substâncias psicoativas e à necessidade de um bom *rapport*, com o estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, para que

o projeto terapêutico seja feito em conjunto, na busca por maior efetividade na resolução desses casos que tanto afetam a esfera pessoal e coletiva.

Tem-se uma autobiografia ensinando condutas bioéticas ao profissional de saúde e transmitindo aspectos subjetivos da doença – transtorno por uso de substâncias –, os quais influenciam tanto ou até mais que os aspectos objetivos, no que tange a tratamento e qualidade de vida do paciente. A patonarrativa coloca em perspectiva como as intervenções médicas podem ser melhor recebidas pelos pacientes e, a partir disso, oferta maior credibilidade ao papel do médico durante essa etapa.

A biografia também evidencia o estigma e o preconceito relacionado à doença, os quais, muitas vezes, imprimem, nos profissionais de saúde, visão reducionista acerca do paciente, enxergando-o como limitado pela doença. Poucas vezes, o profissional de saúde consegue compreender que a doença faz parte da vida do paciente, que ela implica potenciais danos, mas também é a forma como o paciente se relaciona com o mundo. Negar isso equivale a invalidar a história e as escolhas de vida do paciente. Apesar de ser por caminhos tortuosos, muitas vezes, foi a forma que o paciente encontrou de se encaixar no mundo. Clarice Lispector (2002) tem uma frase famosa que reflete, com clareza e poesia, a relevância do lado obscuro nas trajetórias individuais: “Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso. Nunca se sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro”.

De acordo com William Osler, “tão importante quanto conhecer a doença que o homem tem é conhecer o homem que tem a doença” (JOHN, 2013). Analisando-se a autobiografia da Rita Lee, percebe-se que, apesar da doença, ela teve sucesso em todos os âmbitos da vida social, seja maritalmente, seja financeiramente, seja profissionalmente, seja familiarmente. Trata-se de uma pessoa, pelo menos para os padrões sociais vigentes, bastante realizada. Portanto, a doença não foi um ponto final em sua história, mas a integrou. Essa percepção é muito importante na educação médica, pois o papel do profissional de saúde deve ser no sentido de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, de permitir que eles façam sucesso nos mais diversos âmbitos de suas vidas. E o que se observa na prática médica, muitas vezes, no transtorno por uso de substâncias, é o excesso de julgamento/preconceito e

a falta de conhecimento/suporte clínico e humano, para que o paciente possa cumprir o ciclo de vida dele plenamente.

Os trechos destacados do livro mostram a importância da redução de danos como estratégia terapêutica. Mesmo a paciente tendo recaído no uso de drogas mais de uma vez, ao final, com várias reinternações e com o suporte da terapia alternativa meditação, Rita Lee alcançou um estágio em que as drogas não são mais um problema em sua vida. Não fica claro se ela conseguiu atingir a abstinência total, mas as drogas já não lhe causam mais transtorno.

A ciência baseia-se em estudos de efetividade. Criar obstáculos para os profissionais de saúde de adotar o modelo de redução de danos como opção terapêutica, com notórios benefícios não apenas numéricos – comprovados por estudos científicos –, mas também de ganho de qualidade de vida para os pacientes atingidos pelo transtorno mental por uso de substâncias, fere o princípio da beneficência e corre o risco de alijar os profissionais de saúde do arsenal terapêutico adequado e alijar o paciente da melhor estratégia de tratamento.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ÁVILA, Marcele Barcelos. *A estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas: concepções internalizadas*. Trabalho de conclusão (Especialização – Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva). Universidade Federal do Pampa, Campus Uruguaiana, Uruguaiana, 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014 – Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 23 de junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

CAMPOS, Ronny Franczy. Ética contemporânea: os anos 60 e o projeto de psicologia humanista. *Epistemo-somática*, Belo Horizonte, v. III, n. 2, p. 242-260, set./dez. 2006.

- CHALUB, Miguel; TELLES, Lisieux E. de Borba. Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, supl. 2, p. s69-s73, 2006.
- COELHO, Celenita; M. DE QUEIROZ E PEREZ-RAMOS, Aidyl. Abstinência e a redução de danos no processo de recuperação dos dependentes de substâncias psicoativas. *Boletim – Academia Paulista de Psicologia*, v. 28, n. 1, p. 79-86, 2008.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO (CREMESP). *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: CREMESP; Associação Médica Brasileira, 2003.
- DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2007.
- DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; FERRI, Cleusa Pinheiro. Critérios Diagnósticos: CID-10 e DSM. In: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. *Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3*. 9. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. 70 p.
- GAYDOS, H. Lea. Understanding personal narratives: an approach to practice. *Journal of Advanced Nursing*, v. 49, n. 3, p. 254-259, 2005.
- GROSSMAN, Eloísa; CARDOSO, Maria Helena Cabral De Almeida. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 1, p. 6-14, 2006.
- JOHN, M. Osler to the cone technique. *HSR Proceedings in Intensive Care and Cardiovascular Anesthesia*, v. 5, n. 1, p. 57-58, 2013.
- LEE, Rita. *Rita Lee: uma autobiografia*. Rio de Janeiro: Globo Livros, 2016.
- LISPECTOR, Clarice. *Correspondências*. Organização de Teresa Montero. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.
- MACHADO, Letícia Vier; BOARINI Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v. 33, n. 3, p. 580-595, 2013.
- MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, supl. II, p. 32-36, 2006.

MAY, Rollo. *A descoberta do ser: estudos sobre a psicologia existencial*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

PACHECO, Maria Eniana Araújo Gomes. *Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, Ceará*. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PONTE, Carlos Roger Sales da; SOUSA, Hudsson Lima de. Reflexões críticas acerca da psicologia existencial de Rollo May. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. 17, n. 1, jun. 2011.

RIGOTTO, Simone Demore; Gomes, William B. Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria Pesquisa*, v. 18, n. 1, p. 95-106, jan./abr. 2002.

SILVA, Marilda da; SGOBBI, Isabela Vicenzo; CARLINDO, Eva Poliana. O uso da (auto)biografia em pesquisas brasileiras (2001-2010): a consolidação de uma tendência metodológica. *Educação: Teoria e Prática*, Rio Claro/SP, v. 27, n. 54, p. 175-193, jan./abr. 2017.

TINOCO, Rui. *Método biográfico ou das histórias de vida: notas sobre o seu desenvolvimento e aplicação à investigação das toxicodependências*. Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. São Paulo: INPAD/UNIFESP, 2014.

ASSISTÊNCIA À SAÚDE HUMANIZADA A PACIENTES TRANSEXUAIS À LUZ DO FILME *A GAROTA DINAMARQUESA*

Jorge Augusto Gomes Cavalcante
Raissa Habka Cariello

A identidade trans é construída com base em noções de gênero sexual e de sexo biológico. Ser trans diz respeito ao modo como o indivíduo “performa” seu gênero, em meio a um punhado de supostas determinações do que se veste, do que se inscreve no corpo, de como se anda e se fala, do que é tido como masculino ou feminino no olhar da sociedade.

Este trabalho tem por objetivo suscitar reflexão sobre a assistência humanizada aos pacientes trans e, brevemente, sobre seus direitos no âmbito do SUS, à luz do filme *A garota dinamarquesa*. O filme revela um pouco das demandas, entre outras, de saúde de pessoas trans, tendo sido utilizado como norteador da pesquisa. É importante destacar que, a despeito das discussões na área, ainda prevalece a tendência à patologização da identidade trans.

Embora haja amplo hiato temporal entre o período histórico em que transcorre o filme e a atualidade, percebem-se semelhanças nas abordagens não contemplativas das demandas dos pacientes trans, marcadas por desconhecimento sobre a realidade trans e sobre os seus desafios na sociedade bem como sobre as especificidades de saúde dessa população. É uma atribuição médica acolher as demandas do paciente, considerando-se as implicações biopsicossociais que uma assistência calcada no preconceito e na desinformação pode acarretar. O conhecimento do estudante de medicina e do profissional médico precisa ir além: quais são as trajetórias dos indivíduos trans? Como se dá o acesso ao mercado de trabalho? O preconceito mata essa população? O que é possível fazer, do ponto de

vista médico, com base nos conhecimentos atuais disponíveis, para a readequação de gênero?

Um dos grandes desafios no âmbito da saúde mental é o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), que tem por objetivo classificar e descrever o constructo epidêmico de *transtorno*, tendo como referencial a estatística norte-americana. Ressalvando-se as críticas, em sua quinta edição, a DSM-5 prevê a classificação dos finados transtornos da sexualidade humana em uma nova designação: as disforias de gênero. Termo de origem grega, *dysphoria* significa “sofrimento intolerável, agitação extrema” (HOUAISS, 2001, p. 1054). Na descrição do Manual, o conceito de disforia de gênero é entendido como incongruência entre o gênero designado (no nascimento) e o gênero afirmado (SADOCK; SADOCK, 2017), em outras palavras, o gênero construído na realidade psíquica e vivenciado pelo indivíduo.

Nessa nova classificação, pode-se inferir que o termo transgênero abarca um espectro de *performances* de gênero, desde indivíduos que não se identificam cabalmente ao gênero designado a eles e que manifestam o desejo de transitar entre os gêneros (identidades fluidas), sem grandes mudanças do ponto de vista das características sexuais secundárias, a indivíduos que não se identificam com o gênero designado, tendo, nas características sexuais secundárias e primárias, fonte de profundo sofrimento (SADOCK; SADOCK, 2017). Esse último polo do espectro é conhecido como transexualidade.

O polimorfismo e a caracterização da identidade trans são de extrema importância do ponto de vista assistencial; ou seja, é importante que se conheça a existência de pacientes trans que não precisam de intervenção médica hormonal ou cirúrgica alguma bem como de pacientes que, pelo contrário, manifestam o desejo de mudanças corporais – somente hormonais ou hormonais e cirúrgicas –, para readequação com o gênero afirmado.

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Lei n. 8.080/1990, tem como princípios norteadores a integralidade, a universalidade e a equidade. De acordo com o parágrafo único do art. 4º da Portaria n. 1.820, de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, é um direito dos usuários do SUS:

[...] ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência, garantindo-lhe:

I – identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social [...]. (BRASIL, 2009).

Em 2004, o Ministério da Saúde outorgou o Programa Brasil Sem Homofobia, cujo objetivo é:

promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais. (BRASIL, 2004).

Esse programa tem como um dos princípios:

A inclusão da perspectiva da não discriminação por orientação sexual e de promoção dos direitos humanos de gays, lésbicas, transgêneros e bissexuais, nas políticas públicas e estratégias do Governo Federal, a serem implantadas (parcial ou integralmente) [...]. (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, é essencial, para a assistência humanizada, assegurar os direitos dos usuários do SUS, conforme explicitado acima, destacando-se a inclusão nos serviços ofertados, a informação como instrumento de promoção da saúde e prevenção de doenças, o respeito de sua orientação sexual, de sua identidade de gênero, de suas crenças políticas e religiosas (BRASIL, 2013a), não cabendo ao profissional de saúde uma posição transgressora.

É interessante pensar que, muitas vezes, as pessoas trans precisam ocupar *zonas de não reconhecimento* (MELLO et al, 2011). A sociedade limita a vivência do indivíduo trans ao que julga pertencer a ele, um lugar marginal e de poucos direitos. Em alguns casos, o sujeito trans procura o serviço de saúde para também criar um sentimento de pertencimento, ainda que seja como paciente (MELLO et al, 2011).

No filme *A garota dinamarquesa*, a protagonista Einar, buscando uma explicação para os conflitos que a sua identidade trans suscitava, é rotulada como louca. Em meio a pouco acolhimento, ao ser proposta uma abordagem da queixa dela, não se hesita: interne! Em outras palavras, ao ser considerada como desviante,

o (des)conhecimento vigente prevê que se retire das ruas, que ela seja privada da convivência social, à semelhança do conto *O alienista*, de Machado de Assis (ASSIS, 2011, p. 37-90).

No início da década de 1980, com a eclosão da pandemia de HIV/AIDS, a população trans recebeu certa visibilidade da área da saúde. Ainda assim, muitas demandas dessa população permanecem não discutidas, e os serviços de saúde ainda enfrentam impasses para atendê-las (MELLO et al, 2011).

No que condiz à infecção pelo vírus HIV, alguns estudos apontam prevalência significativamente maior na população de mulheres trans, em comparação à população em geral. Segundo Veloso, Mesquita e Grinsztejn (2015), essa prevalência pode chegar a 17%. Alguns fatores de risco são apontados para essa prevalência assustadora, entre eles, sexo sem preservativo, múltiplos parceiros sexuais, prostituição, uso de substâncias injetáveis – drogas, hormônios e silicone industrial –, estigma social e pertencimento à minoria étnica e racial (KERR-CORRÊA et al, 2017), o que ressalta a necessidade urgente de intervenções na área da saúde.

É importante destacar que as mulheres trans se mutilam mais que a população em geral (BRASIL, 2010). Além disso, em média, 90% das mulheres trans recorrem à prostituição ainda na adolescência, o que não é claramente observado entre homens trans (BRASIL, 2015). Alguns autores apontam que a prostituição entre mulheres trans é produto direto da exclusão social assim como representa uma forma de exercício da identidade de gênero, da afetividade, das relações sociais e de sobrevivência financeira (BRASIL, 2010). Pequenas nuances como essas são imprescindíveis para a assistência integral e humanizada.

Outra especificidade da comunidade de mulheres trans é o uso indiscriminado de hormônios femininos, sem a devida prescrição e acompanhamento médico, o que apresenta inúmeros riscos, levando-se em consideração o excesso de hormônios estrogênicos no corpo (BRASIL, 2015), como distúrbios tromboembólicos, a saber, acidente vascular encefálico (CHAVES, 2000), ataque isquêmico transitório, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar (DUQUE; MELLO, 2003).

Além disso, não se pode deixar de falar sobre o uso de silicone industrial injetável para o remodelamento do corpo (BRASIL, 2010). As mulheres trans costumam o aplicar em seus rostos, em seus seios, em seus glúteos, em seus quadris, tendo-se como objetivo feminilizar seus traços físicos, o que é feito, muitas vezes, em clínicas clandestinas, pelas próprias pacientes ou por seus pares.

No que tange à saúde mental, um estudo brasileiro realizado por KERR-CORRÊA et al (2017) aponta um consumo expressivo de álcool entre a população de mulheres trans. Arán, Zaidhaft e Murta (2008) evidenciam que, em decorrência da inadequação do gênero, a identidade trans se configura como um fator de risco para a depressão, para o suicídio, para a ansiedade, para o abuso de substâncias psicoativas e para um profundo sentimento de angústia.

Além disso, a violência de não se utilizar o nome social de pessoas trans nos serviços de saúde é apontada como um aspecto que limita a procura pelos atendimentos (BRASIL, 2010) (SOUZA; PEREIRA, 2015). Em decorrência disso, é usual que muitos indivíduos trans procurem o serviço de saúde somente para o processo de redesignação de gênero e/ou após o diagnóstico de infecção pelo HIV (BRASIL, 2010).

No relato de uma usuária trans do SUS, é possível evidenciar um pouco do assunto supracitado: “Em qualquer serviço de saúde que a gente vá nos chamam pelo nome masculino. Mal olham para nós e ainda ficam debochando. Parece que não somos gente. Então, é melhor aguentar a dor em casa” (SOUZA; PEREIRA, 2015, p. 150).

Infelizmente, uma grande parte de estudantes de medicina e de profissionais médicos desconhece não somente as especificidades biopsicossociais mencionadas anteriormente, mas também as orientações e os direitos dos pacientes trans.

Uma das orientações desconhecidas, em muitos casos, é a de que as cirurgias de readequação de gênero do tipo neocolpovulvoplastia e do tipo neofaloplastia são consideradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como o pilar mais importante da adequação à identidade transexual (SILVA, 2012). A Resolução CFM n. 1.652/2002 autoriza a cirurgia de neocolpovulvoplastia como tratamento

cirúrgico, nos casos em que o sexo biológico pré-cirúrgico é o masculino, e considera a neofaloplastia como um procedimento experimental, nos casos de transexuais em que o sexo biológico pré-cirúrgico é o feminino (CFM, 2002).

A Portaria n. 2.803, de novembro de 2013, do Ministério da Saúde, que “redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)”, tem como diretrizes do processo transexualizador:

Art. 2º

I – integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas;
 II – trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional;
 III – integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários. (BRASIL, 2013b).

Segundo essa Portaria, o processo transexualizador deve ser articulado entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada, abarcando as modalidades Ambulatorial e Hospitalar. A Portaria descreve quatro hospitais responsáveis pelas cirurgias de redesignação de gênero, no âmbito do SUS, sendo eles: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Universitário Pedro Ernesto/Rio de Janeiro, Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (BRASIL, 2013b).

Diante desses problemas, o conhecimento do estudante de medicina e do profissional médico sobre o acolhimento, sobre a orientação e sobre a redesignação de gênero é de fundamental importância.

A arte cinematográfica possibilita reflexões sobre temas delicados e, muitas vezes, carentes de aprofundamento teórico, ainda que sejam valiosos para a prática médica. O filme, em especial, fez com que os discentes pesquisassem e passassem a conhecer demandas de um grupo que dificilmente são abordadas durante a graduação de medicina e que não são restritas a uma especialidade ou a um serviço de saúde. Embora a pesquisa sobre o tema tenha trazido esclarecimentos, percebe-se a carência de estudos, no âmbito da saúde, sobre a população de homens trans.

REFERÊNCIAS

- ARÁN, Márcia; ZAIHAFI, Sérgio; MURTA, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, jan./abr. 2008.
- ASSIS, Machado de. O alienista. In: ASSIS, Machado de. *Seus trinta melhores contos*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011, p. 37-90.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. *Brasil sem homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.820, de 13 de agosto de 2009. Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 14 de agosto de 2009. Seção 1, p. 80.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, 21 de novembro de 2013. Seção 1, p. 25, 2013b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CHAVES, Márcia L. F. Acidente vascular encefálico: conceituações e fatores de risco. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 7, n. 4, p. 372-382, 2000.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). *Resolução CFM n. 1.652, de 6 de novembro de 2002*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.482/1997. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2002.
- DUQUE, Fernando L. V.; MELLO, N. A. Trombogênese – Trombofilia. *JVB – Jornal Vascular Brasileiro*, v. 2, n. 2, p. 105-118, 2003.
- HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001, p. 1054.
- KERR-CORRÊA, Florence et al. Hazardous alcohol use among transwomen in a Brazilian city. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, 2017.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad* – Revista Latinoamericana, n. 9, p. 7-28, 2011.

VELOSO, Valdilea G.; MESQUITA, Fabio; GRINSZTEJN, Beatriz. Pre-exposure prophylaxis for men and transgender women who have sex with men in Brazil: opportunities and challenges. *JIAS – Journal of the International AIDS Society*, v. 18, Suppl. 3, p.1-6, 2015.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica* – Kaplan & Sadock. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SILVA, Eloísio Alexsandro da. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Livraria Santos Editora, p. 20, 2012.

SOUZA, Martha Helena Teixeira de; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Cuidado com saúde: as travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul. *Texto & Contexto – Enfermagem*, v. 24, n. 1, p. 146-153, 2015.

ANÁLISE QUALITATIVA DO DOCUMENTÁRIO *LAERTE-SE* E SUA APLICABILIDADE NA ENTREVISTA MÉDICA

Elisa Vasconcelos de Queiroz
Gianna Carolina Pereira Cavalli
Mayara Larisse Santos Barbosa
Rebeka Moreira Leite Neres
Thiago Tavares Borba Magalhães

Esta análise busca demonstrar as facilitações que a abordagem pode gerar em uma entrevista médica, a partir do conhecimento da realidade do paciente e da empatia unidas a taxonomias que definem termos a serem utilizados. A entrevista é realizada de forma semiestruturada e livre, deixando que a entrevistada direcione todo o andamento do trabalho. A análise do documentário implica comparação com a literatura acadêmica e levantamento de informações acerca de afirmação identitária, resposta comportamental ao que foge do padrão binário de gênero bem como pensamentos e conclusões da própria entrevistada sobre identidade de gênero e relação com o corpo. Ao final, é traçado um paralelo entre o filme e as complexidades de uma entrevista médica, as formas de abordagem do desconhecido na consulta e o fortalecimento da relação médico-paciente por uma abordagem menos tradicional.

Atualmente, a questão da definição de identidade de gênero transcende a questão biológica do masculino e do feminino. Entre essas duas vertentes, existem várias nuances que são cada vez mais evidenciadas e se relacionam a um novo movimento associado à sexualidade. A partir dessa ressalva, pode-se evidenciar a transexualidade, que diz respeito à busca pela convergência entre o caráter corpóreo e a identidade sexual já que, para um indivíduo transexual, o seu gênero biológico não é o que retrata o seu modo de pensar, agir e sentir. Bento (2006) afirma que a

experiência identitária da transexualidade tem como característica o conflito com as normas de gênero, pois gênero é uma construção discursiva, socialmente produzida, uma estrutura na qual o indivíduo é moldado (SANTOS; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, 2013).

Um conflito grande quando se trata da identidade de gênero refere-se às nomenclaturas e às expressões que devem ser utilizadas. Em uma entrevista médica, deve-se apresentar primeiramente empatia e deixar o paciente à vontade, de forma a fortalecer a relação médico-paciente. Nesse aspecto, as expressões e as palavras a serem usadas quando se trata de identidade de gênero podem fazer a diferença entre a boa relação entre ambos e o abandono por parte do paciente. A literatura menciona diversas maneiras de se padronizar a taxonomia utilizada em entrevistas, como a taxonomia de Phenix, de Morse e o domínio emocional de Davies. No entanto, todas são consideradas bastante engessadas e direcionadas para a linguagem médica. Atualmente, com as novas discussões sociais, uma linguagem mais baseada na pedagogia das humanidades é mais bem aceita em entrevistas e consultas, podendo-se, inclusive, utilizar todas as taxonomias de maneira aditiva para se criar nova forma de abordagem, mais fluida e realista (TAPAJÓS, 2008).

Tradicionalmente, o cinema é utilizado ao longo dos anos para representação de inúmeras formas de expressão. Conceitos já aceitos são replicados, e outros inovadores são introduzidos a partir da sétima arte. Um debate tão inovador quanto a experiência identitária não foge à regra e encontra cada vez mais abertura e espaço para ser explorado no meio artístico. A forma mais explícita e crua de se expor um assunto que é recebido de formas opostas pela sociedade é o documentário. Esse estilo de apresentação não dramatiza e pouco direciona. Ao longo dos anos, com as mudanças sociais vigentes, o clássico cinema-documentário, que apenas mostra um objeto de observação, vem sendo substituído por um estilo mais democrático que envolve mais diálogo entre o documentarista e as pessoas participantes, o que, em medicina, poderia ser análogo a uma forma de humanização na construção da entrevista médica (COSTA, 2015).

Para que houvesse um embasamento sobre a questão de sexualidade e identidade sexual, foi usado como base de análise o documentário *Laerte-se*, de

estilo completamente contemporâneo, que conta a história de Laerte Coutinho, uma quadrinista famosa, que, em determinada época de sua vida, resolveu assumir a sua identidade feminina, deixando de ser o Laerte e passando a ser a Laerte. Por meio de uma entrevista, o documentário retrata, de maneira muito rica, o processo de reafirmação identitária pela qual a cartunista passou, suas impressões sobre a transexualidade, sua nova forma de enxergar seu corpo e suas dificuldades e limitações na descoberta sobre o que é ser mulher.

Buscamos tratar a questão de identidade de gênero sob a perspectiva da entrevista realizada com a cartunista Laerte, por meio do documentário quase homônimo. Baseado nele, procuramos entender a complexidade de uma entrevista que envolva assunto de difícil abordagem na relação médico-paciente, entender as formas de abordagem relativas ao paciente com dificuldades de comunicação, conhecer as melhores maneiras de realizar uma entrevista médica em assunto pouco conhecido pelo profissional médico e reconhecer a influência da abordagem menos ortodoxa na construção da relação médico-paciente.

Durante o documentário, Eliane, a entrevistadora, utilizou-se de recursos a fim de deixar Laerte o mais confortável possível com a situação de expor sua vida pessoal, de modo que, durante a entrevista, ela busca construir uma intimidade entre ambas e permite que Laerte controle o seguimento da história, ao passo que a entrevistadora apenas analisa a adequação do material que deseja obter. Muylaert (2014) revela que, ao se propor tal modelo para entrevista, é possível que o entrevistado fale livremente a partir de uma questão aberta, não havendo um condicionamento de respostas e, sim, uma construção gradativa de uma história com tendências próprias, em que conteúdos antes implícitos possam surgir naturalmente no decorrer da conversa. Acontece, assim, um comprometimento com a realidade cotidiana.

Diante disso, o documentário inicia com o questionamento sobre as impressões da família de Laerte diante da revelação de sua identidade de gênero. A cartunista conta que, ao receber essa notícia, sua família entrou em conflito sobre o que era ser mulher, um embate que remeteria à contradição que há entre o gênero biológico de alguém e a questão identitária. Dessa forma, a entrevistadora pergunta:

[Eliane] O que é ser mulher?

[Laerte] Minha mãe, por exemplo, diz que é parir, e eu perguntei por quê. Ela disse que foi onde ela se sentiu mais próxima de uma ideia de ser mulher e foi a grande realização dela. Existencial, assim.

[Eliane] Mas isso te deixaria de fora.

[Laerte] Sim, me deixa de fora.

O exposto, que é evidenciado por Bento (2006) e Louro (2004), vai contra a visão binária que a sociedade tem, especialmente as sociedades paternalistas, em que há uma correspondência linear entre masculino e feminino e identidade de gênero. Por meio dessas injunções, a sociedade estabelece a divisão masculino/feminino como um fato natural e primordial, dando sustentação à ideia de que o gênero, de algum modo, é reflexo do sexo estampado no corpo e que, a partir da materialidade sógnica deste, deduzimos identidades sexuais e de gênero, além de interligarmos todas as outras esferas constitutivas do sujeito a tal determinação (BENTO, 2006; LOURO, 2004).

Laerte expõe ainda que o processo pelo qual ela assumiu sua identidade como mulher foi gradual e começou por meio de seus desenhos. As suas manifestações de desconforto com o corpo masculino foram manifestas inicialmente por meio de um personagem de cartum (Hugo/Muriel), que se transvestia. Ele permitiu que Laerte transpusesse seus desejos por um corpo diferente, por intermédio da arte, e isso foi um meio que ela encontrou para retratar os próprios questionamentos pessoais sobre sexualidade. A partir dessa personagem, Laerte também apresenta seus receios sobre as impressões sociais diante do ato de um homem estar vestido de mulher, sendo que, em vários quadrinhos desenhados por ela, há o retrato de Muriel sendo agredida verbalmente, julgada e assediada.

Essa situação trazida por Muriel retrata como a relação com o outro assume especial importância no processo de ajustamento psicossocial. Soares et al (2011) trazem à discussão a necessidade que as pessoas transexuais sentem de uma rede social de apoio. As situações de preconceito, intolerância, estigma e falta de conhecimento por parte dos outros, entre os quais se situam os profissionais de saúde, dificultam o processo de aceitação e de apoio, limitando as redes disponíveis para essa população, o que também dificulta seu acesso a programas de saúde e

mascara possibilidades de se estar no papel de doente. Poder pertencer e, ao mesmo tempo, poder se diferenciar da rede social são processos que auxiliam no fortalecimento das redes. Por isso, é importante, do ponto de vista do desenvolvimento pessoal e da construção identitária, a validação que é dada pelo olhar que o outro lança à pessoa transexual.

No transcorrer da entrevista, Laerte já se sente mais à vontade e passa a contar sobre a individualidade de seu processo de se descobrir como mulher, sobre o novo comportamento e a nova postura social que teve que assumir por possuir um corpo mais feminilizado:

[Laerte] A primeira roupa que eu usei foi uma roupa que eu tirei, na verdade. Foi o fato de tirar meus pelos. O primeiro impacto dessa mudança [...]. Quando eu estava ainda ali na maca e ela ali tirando, eu via as partes de mim aparecendo assim, nossa minha perna.

[Eliane] O que que tu viu nesse espelho?

[Laerte] É uma outra pessoa. E eu queria me ver inteira. Aí eu me via e não acreditava, fiquei pulando assim.

Bento (2006) ressalta que as modificações corporais, em busca da reconstrução corporal, podem ser vistas como metáfora da construção da identidade, haja vista que a criação de um corpo feminino, englobando não só os aspectos físicos como também as dimensões comportamentais, auxilia na constituição e no posicionamento da identidade de gênero. Segundo Costa (1989), a identidade é formulada por sistemas que representam a forma com que o indivíduo se relaciona com o universo sociocultural, sendo, portanto, uma experiência não uniforme e distinta para cada pessoa.

Dentro dessa perspectiva sobre a modificação do corpo como um reflexo da construção identitária, ressalta-se a Teoria Queer, que questiona a noção de identidade como substância e propõe se pensar o quanto nossos corpos são significados e modificados permanentemente pelas imposições culturais, que nos obriga a construí-los e a usá-los de modo a ajustá-los aos padrões e aos critérios estéticos, morais e higiênicos compartilhados pelo grupo a que pertencemos. Nessa direção, Butler (2003) propõe a concepção de que aquilo que é comumente visto como “fracasso”, por se desviar da norma, pode ser uma estratégia de resistência e

de oposição aos limites rígidos do binarismo que constitui o gênero. Trata-se de pensar a transformação possível do quadro normativo vigente para que novas possibilidades de vida, como a transexualidade, possam também ser reconhecidas e legitimadas.

Ainda sobre o processo de descoberta identitária de Laerte, é notório o caráter exploratório da sua construção como mulher, sendo que fica claro que há uma forte influência de sua personalidade sobre os componentes que farão parte de sua nova imagem, mas isso tudo inserido em um contexto cultural e social do que é ser mulher. Dessa forma, há a construção de uma identidade feminina dentro de um imaginário sociocultural do que é ser mulher ou ter um corpo de mulher. Esse fato fica claro no seguinte diálogo:

[Eliane] Tu tá fazendo uma investigação do que é ser mulher para tí?

[Laerte] É. Eu tô fazendo uma investigação da mulher que eu posso ser. Tô descobrindo dentro do que existe no universo das coisas oferecidas para mulher aquilo que me serve, aquilo que me cai, aquilo que me expressa, né?

[Eliane] Ou como é possível ser uma mulher fora da questão do corpo, é possível ou não?

[Laerte] De jeito nenhum pode deixar o corpo de lado. Mas também não pode se resumir a corpo.

Louro (2004) reforça que o corpo se torna um lócus privilegiado de construção social. Isso não deve ser entendido no sentido de que sua materialidade não existe, mas no sentido de que são os processos discursivos vigentes na cultura que transformam os atributos corporais em definidores do gênero e, conseqüentemente, do sujeito. Em outras palavras, “os corpos, na verdade, carregam discursos como parte de seu sangue” (LOURO, 2004, p. 79). “Os corpos são o que são na cultura” (LOURO, 2004, p. 75). Dessa forma, o autor evidencia como a personalidade e as influências culturais são definidores da imagem corporal que cada um carrega.

Ao final da entrevista, Laerte, mais uma vez, é questionada sobre o que é ser mulher, sobre as suas impressões sobre o seu corpo e sobre todo o processo de construção de uma identidade de gênero, a partir das suas descobertas cotidianas diárias. Para responder a essas perguntas, Laerte evidencia a sua construção como

pessoa como um processo que é definido por questões culturais, mas que está em constante mudança, não é algo fixo. Afirma que não é necessário ser taxada como homem ou mulher, mas, sim, como uma pessoa, até porque o corpo, assim como a personalidade de cada um, está sob a influência de fatores que estão em constante mudança.

Essas afirmações são corroboradas por Butler (2003), que critica a ilusão de que os gêneros masculino e feminino seriam inevitavelmente construídos, pela cultura, sobre corpos de machos e fêmeas. Assim, afasta-se da crença comum de que sexo, gênero e sexualidade existem em uma relação de correspondência linear. O autor afirma que, pelo contrário, o gênero não é natural e, portanto, não existe relação necessária e biunívoca entre o corpo que se tem e o gênero e entre estes e a orientação sexual.

[Eliane] O que é ser mulher?

[Laerte] Eu tenho aprendido que é possível ser mulher com minha genitália, sim. O que é se sentir mulher? É algo que eu me sinto. É algo que eu venho me sentindo cada vez mais. Agora, é definitivo ou não? Quer dizer, você é mulher, pronto, acabou? Carimba. Não, também não porque essa questão está se tornando algo de menor importância. Acaba sendo, assim: “para que eu preciso ser oficialmente mulher ou homem?”. Eu não estou construindo uma identidade feminina. Mas é que eu não preciso de identidade nenhuma. Pode ser que a identidade que eu já tenha funcione, beleza. [...]. Se eu estou cada vez mais compreendendo que a questão de gênero é para ser tratada como uma construção cultural mesmo, não foi criada por Deus, então eu posso rever tudo.

Eliane] Tu acha que um corpo fica resolvido?

[Laerte] Eu acho que dificilmente um corpo está resolvido para todo o sempre.

[Eliane] E tu acha que teu corpo pode ficar completo?

[Laerte] Não. A gente tá sempre em processo de mudança.

Dentro dessa perspectiva, Soares et al (2011) ainda trazem que as injunções a que essas pessoas estão sujeitas em suas interações sociais acabam por delinear aquilo que propomos denominar de transcorpo. Isto é, um corpo que se cria a partir de um ato performático e que ultrapassa as barreiras normativas, pois se modifica e se transforma constantemente, de forma instável e imprevisível, como materialidade mutante.

O transexual modela diariamente para si um corpo inacabado, sempre a ser conquistado graças aos hormônios e aos cosméticos, graças às roupas e ao estilo da presença, anulando os aspectos significativos de sua antiga corporeidade, para abordar os sinais evidentes de sua nova aparência. É o objeto de uma produção de si, conforme o *design* corporal torna-se um amplo laboratório de experimentação (LE BRETON, 2011). Para o autor, o transexual é um viajante em seu próprio corpo, cuja forma e cujo gênero mudam à sua vontade, levando a termo a dimensão essencial do *body art*, que manifesta a vontade de se libertar dos limites da identidade sexual.

O documentário expõe uma realidade acerca da mudança na Paralelamente, o atendimento em saúde não pode deixar de se atualizar, no que diz respeito a esse assunto e outros tantos que vêm à tona na sociedade contemporânea. Todavia, assuntos que são considerados de difícil abordagem culturalmente são excluídos da consulta médica. Ao longo do tempo, criou-se o hábito de extirpar o que se considera de abordagem mais delicada. A sexualidade é um assunto de alcance complexo, dependendo do paciente ou mesmo da comunidade em que este se encontra inserido. A literatura demonstra que profissionais médicos alegam dificuldades, como o tempo de consulta, e mesmo incapacidade técnica para a abordagem (CHERPAK; SANTOS, 2016).

Ao longo do documentário, Laerte demonstra-se inicialmente fechada e com a comunicação restrita e, com o passar do tempo, torna-se mais confiante. A forma de abordagem da entrevistadora foi fundamental para a mudança de comportamento. Em uma consulta, o médico também deve ser capaz de perceber as dificuldades de comunicação de um paciente e saber contornar esse impedimento. Para isso, o médico necessita saber, cada vez mais, as particularidades e as nuances próprias da idade, gênero, orientação sexual, perfil social e doenças de seus pacientes, para ter autonomia e capacidade empática de facilitar o diálogo e a abertura de um paciente com dificuldades de comunicação e/ou confiança (LOPES; BICUDO; ZANOLLI, 2017).

Como demonstrado no documentário, formas de abordagem muito tradicionalistas podem afastar o entrevistado de maneira parcial ou definitiva. Um

entrevistado arisco como Laerte poderia facilmente ter sido perdido caso a abordagem da cineasta fosse diferente. Na consulta médica, o princípio é o mesmo. Quando não se conhece muito bem o paciente ou quando não há conhecimento técnico para se realizar a consulta, o resultado pode ser altamente prejudicado. A abordagem tradicionalista é focada no descobrimento e no tratamento da doença, conceito já destituído pela própria Organização Mundial de Saúde (OMS). Dessa maneira, a literatura diz que se deve estender mais o campo do conhecimento, ultrapassando o conhecimento médico exclusivo, para que a abordagem seja eficiente mesmo quando o médico não conhece bem o assunto abordado como, por exemplo, a definição atual de gênero (PEREIRA, 2014).

Uma maneira de não se deixar engessar ao longo do tempo é a busca de metodologias menos ortodoxas. Quando se realiza uma consulta de forma menos tradicional, a depender do entrevistado, expõe-se o paciente a uma liberdade que pode ser diferencial na sua resposta à relação médico-paciente. Como ocorreu no documentário, quando a entrevistadora deu liberdade a Laerte para que pudesse conduzir as falas com total espontaneidade, a partir de construção semiestruturada, a abordagem mais contemporânea pode ser diferencial, no que diz respeito à criação de laços de confiança entre o paciente e o seu médico (TAQUETE; MINAYO; RODRIGUES, 2015), e deve, portanto, ser utilizada como ferramenta para fortalecer a veracidade das informações obtidas na consulta.

Atualmente, as questões relacionadas ao gênero representam grande debate em nossa sociedade e merecem destaque quanto às novidades que a vida contemporânea oferece nas abordagens profissionais. Nesse contexto, nota-se que a relação direta que se tinha no passado entre sexo biológico e gênero não existe mais. Apesar de o sexo biológico ainda ser em parte responsável pelo direcionamento da construção do gênero, ele não é mais determinante nas questões do comportamento como no passado.

Nesse aspecto, surgem as novas formas de abordagem que envolvem novos discursos e novo uso de palavras e contextos. Nota-se que as taxonomias tradicionais tornam-se ultrapassadas, e a linguagem mais humana é a melhor maneira de conversar com o paciente, em especial os que apresentam conflitos na comunicação.

Assuntos de difícil abordagem estão cada vez mais em ascensão nos dias de hoje, e a abordagem do paciente neles imerso pode ser a prerrogativa necessária para o acompanhamento médico eficaz.

O ajustamento social é importante fator no percurso da afirmação da identidade de gênero, e a aceitação do outro torna-se tão importante quanto a própria afirmação identitária. Esse aspecto surge de forma negativa no atendimento em saúde. Os profissionais envolvidos no atendimento, em especial os médicos, não estão prontos para lidar com assuntos como identidade de gênero e a própria adaptação da visão do feminino, partindo do ponto de vista de um indivíduo de sexo biológico oposto, deixando claro que pouco se entende sobre a construção cultural do gênero.

Muitos profissionais afirmam que as pendências nas questões relativas à construção cultural de gênero encontram motivo nas condições de trabalho e que não realizam a aproximação ideal por falta de tempo na consulta ou por insegurança acerca do assunto. Deve-se, nesse ponto, tentar implementar melhorias no ensino da medicina, para que o sistema de saúde vigente não entre no absurdo de priorizar o tempo da consulta sobre a sua qualidade. Como demonstrado no texto, o cinema, em especial os documentários, apontam novas técnicas de execução que demonstram ajustamento nas técnicas de entrevista, e, como destacado, essa nova maneira de conversar com o entrevistado é muito menos parcial e gera mais espontaneidade na construção das informações, fortalecendo o elo entre entrevistador e entrevistado – ou entre médico e paciente – e demonstrando, portanto, que o cinema pode e deve ser utilizado como uma ferramenta no ensino da medicina moderna.

REFERÊNCIAS

BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução Renato Aguiar. São Paulo: Civilização Brasileira, 2003.

CHERPAK, Guilherme Liausu; SANTOS, Fânia Cristina dos. Avaliação da abordagem médica da sexualidade em idosos com dor crônica. *Eisntein*, v. 14, n. 2, p. 178-184, 2016.

- COSTA, Ana Clara Gomes. O cinema compartilhado como caminho para uma comunicação solidária e democrática. *Revista Alterjor – Jornalismo Popular e Alternativo*, v. 12, n. 6, p. 69-84, 2015.
- COSTA, Jurandir Freire. *Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. (Série Saúde, Cultura e Sociedade).
- GALLI, Rafael Alves et al. Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 29, n. 4, p. 447-457, out./dez. 2013.
- LE BRETON, David. *Adeus ao corpo: antropologia e sociedade*. Tradução Marina Appenzeller. 5. ed. Campinas: Papirus, 2011. p. 32-34.
- LOPES, Cristiane Maria Carvalho; BICUDO, Angélica Maria; ZANOLLI, Maria de Lourdes. Qualificação como médico preceptor e a satisfação de seus clientes quanto à assistência recebida na UBS de origem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 41, n. 1, p. 145-151, 2017.
- LOURO, Guacira Lopes. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- MUYLAERT, Camila Junqueira et. al. Entrevistas narrativas: um importante recurso em pesquisa qualitativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 48, n. esp. 2, p. 193-199, 2014.
- PEREIRA, Mario Eduardo Costa. A crise da psiquiatria centrada no diagnóstico e o futuro da clínica psiquiátrica: psicopatologia, antropologia médica e o sujeito da psicanálise. *Revista de Saúde Coletiva*, v. 24, n. 4, p. 1035-1052, 2014.
- SANTOS, Yurín Garcêz de Souza; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SANTOS, Manoel Antônio dos. Homoparentalidade masculina: revisando a produção científica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 26, n. 3, p. 572- 582, 2013.
- SOARES, Milene et. al. O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 21, n. 48, p. 83-92, jan./abr. 2011.
- TAPAJÓS, Ricardo. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 4, p. 500-506, 2008.
- TAQUETE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza; RODRIGUES, Adriana de Oliveira. Percepção de pesquisadores médicos sobre metodologias qualitativas. *Caderno de Saúde Pública*, v. 31, n. 4, p. 1-11, 2015.

A GAROTA NO TREM E A ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: CINEMA E REALIDADE

Amanda Ribeiro Alves
Carolina Alencar Ferreira
Larissa Feitosa de Albuquerque Lima Ramos
Renata Machado Bonfim
Victoria Dias Oliveira

Ao selecionar o filme *A garota no trem* (2016), dirigido por Tate Taylor e baseado no romance de Paula Hawkins, buscou-se utilizar um suspense recente e aclamado pela mídia, para ilustrar questões relevantes na formação do estudante de medicina, com foco no tema violência contra a mulher. O filme é um *thriller* psicológico que conta a história de Rachel. Todos os dias, ela embarca no trem das 8h04, de Ashbury para Londres. Em determinado trecho do percurso, o trem para no sinal vermelho, oportunidade diária para Rachel observar a casa de número 15. No passado, Rachel morava na casa ao lado desta, a qual atualmente é o lar de seu ex-marido e da esposa dele. Com o olhar fixo no misterioso casal de habitantes da casa 15 – a quem chama de Jess e Jason –, Rachel imagina a vida do jovem casal. Um dia, ela testemunha uma cena fora da rotina e, poucos dias depois, descobre diretamente o desenrolar dos acontecimentos bem como a vida de todos os envolvidos.

Segundo Vicente e Vieira (2009), a violência de gênero representa sério problema de saúde pública por sua magnitude, acarretando lesões somáticas, dor, sofrimento e morte, além de agravantes psicológicos. Aprofundar nessa temática ajuda no manejo dos casos bem como na quebra do ciclo de violência.

No Brasil, assim como em diversos países, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), a violência

contra a mulher constitui um dos fatores que mais causa doenças e mortes femininas (BRASIL, 2004). Desse modo, as estratégias de prevenção e combate à violência contra a mulher implicam a implementação de políticas públicas que possam prevenir e atuar, de forma eficaz, na eliminação de todas as formas de discriminação de gênero – física, sexual e psicológica que, historicamente, tem vitimado as mulheres (BRASIL, 2011).

Na IV Conferência Mundial sobre as Mulheres, realizada em Beijing e conhecida como um marco no contexto de evolução do movimento feminino, foram apontados alguns aspectos, como a necessidade de inclusão da questão de gênero nos currículos e nas disciplinas, em todos os níveis de educação; o fortalecimento de redes educacionais que potencializam mudanças nos valores e nas práticas sexistas e racistas, em todos os setores da vida pública e privada; a promoção de educação e capacitação sobre gênero e direitos humanos, além da necessidade de novas leis voltadas para a garantia da igualdade de gênero e para o respeito aos direitos humanos das mulheres (GUARNIERI, 2010).

No Brasil, a partir de 2003, as políticas públicas para o enfrentamento da violência foram ampliadas e reforçadas com criação de normas e padrões de atendimento, elaboração de leis, a exemplo da Lei Maria da Penha. Em 2011, foi publicada a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que norteia diversos setores institucionais nos conceitos, princípios, diretrizes e ações de prevenção e combate a esse tipo de violência (BRASIL, 2011).

Ferreira (2016) esclarece que a violência contra a mulher, quando é cometida pelo parceiro amoroso ou por um familiar e ocorre na própria residência dela, é chamada de “violência doméstica”, na maioria dos casos, ocorrendo com um padrão de repetição chamado de “ciclo da violência”. Além disso, destaca que a violência prejudica não apenas suas vítimas e seus filhos, mas também impacta nos setores da saúde, da economia e do desenvolvimento humano. É preciso discutir a temática da violência no ambiente acadêmico, a fim de que os estudantes estejam preparados para vivenciar histórias reais nos diversos cenários práticos. Para tanto, pode-se lançar mão de recursos inusitados para a educação médica dos alunos, além dos métodos já consagrados pelo meio acadêmico.

Ainda de forma preliminar, por meio da elaboração de um jogo de tabuleiro, Pires et al (2017) propõem a discussão de múltiplas estratégias que os jogadores podem realizar, para o combate ou o avanço da violência, tanto cooperativamente como de forma individual, de modo que todos os jogadores ganham a partida ao solucionarem uma situação de violência contra a mulher ou todos perdem caso não consigam identificar e resolver um conflito apresentado. Esse recurso é bastante interessante, pois une o lúdico ao confronto com a realidade, à tomada de decisão e ao trabalho em grupo.

A evolução sociocultural baseada em um contexto de submissão feminina favorece a prática de violência contra mulher. Apesar dos diversos avanços sociais, políticos e econômicos, as mulheres continuam como vítimas frequentes de violência física, moral e psicológica (VILLELA et al, 2011). Nesse contexto, é preciso conscientizar profissionais de saúde desde sua formação, a fim de garantir atendimento humanizado e eficaz à mulher violentada, visando ao empoderamento e à emancipação dela (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Gaslighting é uma forma de abuso psicológico caracterizado pela manipulação emocional progressiva, na qual informações são distorcidas ou seletivamente omitidas pelo manipulador, com a intenção de tirar credibilidade da vítima e fazê-la duvidar de si mesma. Essa forma de abuso pode ocorrer em diversos ambientes e com qualquer gênero, contudo é mais prevalente em âmbito familiar e as principais vítimas são mulheres (SARKIS, 2017).

O dano emocional ocorre quando as vítimas vão gradativamente se tornando confusas, ansiosas e incapazes de confiar na própria mente. A manipulação induz o descrédito de suas habilidades e da capacidade de conduzir sozinhas a vida, tornando-as frágeis e sem poder.

A obra *A garota no trem* ilustra eventos de *gaslighting*, ao descrever a história da protagonista Rachel e do ex-marido dela, Tom. Durante o enredo, é perceptível que Tom aproveita-se da fragilidade da mulher para distorcer sua realidade e manipular suas atitudes. O abuso inicia-se quando Rachel não consegue engravidar e passa a ser negligenciada pelo marido. Por sentir-se incapaz e abandonada, desenvolveu quadro depressivo e foi facilmente instigada por Tom a

aumentar seu consumo de bebidas alcoólicas. Nesse contexto, a paciente virou etilista, e o marido aproveitou-se de seu constante estado de embriaguez para manipular argumentos e fazê-la desacreditar de si.

No filme, é possível perceber cenas clássicas de *gaslighting*. Uma delas ocorre quando Tom, furioso após insucesso em evento de trabalho, empurra Rachel no chão, chama-a de louca e a acusa de culpa pela situação. A vítima sai ferida físico-emocionalmente e não toma atitude perante o abuso, por achar-se culpada e merecedora das ações do marido. Tempos depois, encontra a esposa do chefe e entende que a situação fora manipulada por Tom, o qual descontou falhas e raivas próprias na mulher e ainda a enganou para manter o ciclo de abuso.

Ademais, pode-se relacionar o *gaslighting* com os mecanismos de defesa de Freud, que são processos subscientes desenvolvidos pela personalidade, os quais possibilitam a mente desenvolver uma solução para conflitos emocionais. Esses mecanismos podem surgir em momentos normais, mas, quando em excesso, tornam-se patológicos, podendo ser perigosos para a integridade do ser (SILVA, 2010).

A projeção e a introjeção são mecanismos de defesa do ego de significados opostos, sendo a introjeção o mecanismo em que o objeto externo se torna efetivo internamente. Uma ordem externa passa a fazer parte do próprio indivíduo como um valor seu.

Em artigo de 1981, chamado *Some clinical consequences of introjection: gaslighting*, Calef e Weinshel argumentam que *gaslighting* envolve a projeção e a introjeção de conflitos psíquicos do agressor com a vítima: “essa imposição é baseada em um tipo muito especial de ‘transferência’ de conflitos mentais potencialmente dolorosos”.

Os autores exploram uma variedade de razões pelas quais as vítimas podem ter “uma tendência a incorporar e assimilar o que os outros exteriorizam e projetam nelas” e concluem que *gaslighting* pode ser “uma configuração muito complexa e altamente estruturada que engloba contribuições de muitos elementos do aparelho psíquico” (CALEF; WEINSHEL, 1981).

Assim, a introspecção pode ser favorecida em casos de vulnerabilidade da vítima, como estados mentais anormais, no quadro depressivo, ou o etilismo, ambos mostrados no filme.

Outra cena bastante emblemática é quando a detetive do caso despreza as informações de Rachel, porque ela é alcoolista e já havia registro de uma denúncia de agressão contra ela por parte da Ana. Acerca do tema, o etilismo é predominantemente diagnosticado no sexo masculino, visto que somente 16% dos dependentes alcoólicos na América Latina são mulheres, enquanto que, no Brasil, essa percentagem sobe para 30% (RIBEIRO, 2016). Esse fato se dá pela natureza social, devido ao estigma social imposto às mulheres que bebem: entendem esse ato como feio e vergonhoso e não são vistas como uma boa mãe nem esposa. Como ocorre no filme, a mulher sente-se culpada pelo seu consumo alcoólico e acaba por sustentar seu vício bebendo escondido, além de perder a credibilidade nos seus depoimentos, por conta da sua dependência e das atitudes do passado. Tendo em vista esse predomínio masculino entre os etilistas, há maior necessidade de investigar especificidades do alcoolismo feminino, considerando questões pertinentes à mulher no espaço social, para se estabelecer um correto suporte a ela (CESAR, 2006).

A tentativa de busca por ajuda médica é demasiadamente camuflada por queixas ginecológicas ou referindo-se a sintomas psíquicos, como ansiedade e depressão. Diante disso, o médico da família, o generalista e o ginecologista devem ter capacitação e treinamento para detectar, nas falas e nas expressões das mulheres, uma possível dependência alcoólica. Além disso, o suporte médico deve levar em consideração as diferenças existentes entre ela e o homem, ouvir suas queixas, fazer um histórico de sua trajetória e uma anamnese psiquiátrica detalhada. O profissional deve contar também com o apoio familiar, pois, no início do tratamento, a mulher precisará ir às unidades de saúde e participar de atividades de grupo com mais frequência, tendo como intenção “ocupar” a mente da usuária, a fim de afastar a situação de dependência, por isso, a família e pessoas próximas devem dar apoio às mulheres, para que elas não sejam cobradas nos afazeres domésticos e na

maternidade e para que recuperem a autonomia e o autocuidado aos poucos (CAMPOS; REIS, 2010).

Consoante a isso, é preciso ressaltar que existem diversos recursos disponíveis para abordar a temática da violência contra a mulher. Há nuances nas relações conjugais que devem ser exploradas pelos profissionais de saúde, de forma a identificar possíveis agressões muitas vezes veladas, como a que ocorre no *gaslighting* e no abuso de ingestão de álcool. Isso se torna concreto quando o estudante de medicina tem contato teórico prévio com as questões de violência ainda durante sua formação acadêmica, seja por meios tradicionais, seja utilizando inovações educacionais lúdicas, como a análise de produções cinematográficas.

Na questão médico-paciente, diante do exposto, cabe ao profissional da saúde perceber sinais de possíveis abusos, acolher a mulher e tentar abordá-la de forma sutil, sem julgamentos, informando-a sobre seus direitos como ser humano e como mulher, mostrando opções quanto denúncias e apoio psicológico.

REFERÊNCIAS

BLASCO, Pablo González. É possível humanizar a medicina? Reflexões a propósito do uso do cinema na educação médica. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 357-367, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher*. Brasília, 2011.

CALEF, Victor; WEINSHEL, Edward M. Some clinical consequences of introjection: *gaslighting*. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. 50, n. 1, p. 44-66, 1981.

CAMPOS, Edemilson Antunes de; REIS, Jéssica Gallante. Representações sobre o uso de álcool por mulheres em tratamento em um centro de referência da cidade de São Paulo – Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14, n. 34, p. 539-550, jul./set. 2010.

CESAR, Beatriz Aceti Lenz. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades: resultados preliminares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006.

FERREIRA, Paula Pulgrossi. *Violência contra a mulher: atravessamentos pela juventude e escola*. 2016. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, 2016.

GRUPO EDITORIAL RECORD. *Sinopse “A garota no trem”*. Rio de Janeiro: Distribuidora Record de Serviços de Imprensa.

GUARNIERI, Tathiana Haddad. Os direitos das mulheres no contexto internacional – da criação da ONU (1945) à Conferência de Beijing. *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*, Rio de Janeiro, Curso de Direito, n. 8, jan./jun. 2010.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D’OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez. 2007.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto. Vendo o outro através da tela: cinema, humanização da educação médica e medicina de família e comunidade. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 4, n. 16, jan./mar. 2009.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia et al. Violetas: cinema & ação no enfrentamento da violência contra a mulher: concepção de subjetividade, gênero, cidadania e ludicidade nas regras e nas cartas do jogo. *Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade (RICS)*, v. 3, n. especial, jan./jul. 2017.

RIBEIRO, Leandro Amorim. *Alcoolismo na atenção primária: o papel do médico na prevenção, diagnóstico e continuidade do tratamento*. Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), 2016.

SÁ, Eduardo Costa; TORRES, Rafael Augusto Tamasauskas. Cinema como recurso de educação em promoção da saúde. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 104-108, abr./jun. 2013.

SARKIS, Stephanie A. *Gaslighting: 11 warning signs of gaslighting*. Psychology Today, 2017.

SILVA, Elizabete Bianca Tinoco. *Mecanismos de defesa do ego*. Psicologia.PT – O Portal dos Psicólogos, 2010.

VICENTE, Luciana de Moraes; VIEIRA, Elisabeth Meloni. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de medicina e médicos residentes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 1, p. 63-71, 2009.

VILLELA, Wilza Vieira et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 113-123, 2011.

BARREIRAS E LIMITAÇÕES ENFRENTADAS PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: INCAPACIDADES FUNCIONAIS, REAIS OU IMPUTADAS

Isabela Boulhosa Tavares
Isabella Escarlata Hannes
Karina Ferreira Cordeiro
Melina Julia Ribeiro Chagas
Rafaela de Andrade Silva Miranda

O filme *Intocáveis* (2012), escrito e realizado por Olivier Nakache e Éric Toledano, é um exemplo de uma narrativa que permite ao estudante de medicina obter uma análise crítica, tornando-o capaz não somente de refletir a doença em um contexto clínico real, mas também de considerar todos os fatores sociais, psicológicos e ambientais que influenciam diretamente o aparecimento e o desenvolvimento dela. Ao enfatizar o ambiente em que o indivíduo está inserido, tem-se melhor compreensão das complicações advindas da sua limitação física bem como das dificuldades reais para se superar esses limites. Além disso, estimula-se a interdisciplinaridade na construção do conhecimento ao permitir uma ligação entre os diferentes aspectos socioeconômico-culturais em torno dos quais a sociedade se estrutura.

Essa obra francesa foi inspirada em fatos reais e acontece na cidade de Paris, onde Philippe, um rico e culto tetraplégico, procura contratar alguém que possa trabalhar como seu cuidador. Então, ele conhece Driss, um rapaz que se destaca dos demais concorrentes ao cargo, uma vez que estes observavam apenas a limitação do paciente em sua cadeira de rodas. A compaixão passiva, quando a piedade passa a limitar a visão sobre o outro, não é a ideia de Driss, um jovem negro e rebelde, que vive em situação de precariedade e uma realidade oposta à de Philippe. Surge, assim,

uma amizade improvável, justamente porque Driss entende Philippe como um igual. Mesmo diante dos preconceitos e das limitações relacionadas à falta de conhecimento, Driss esforça-se para superar essas dificuldades, além de procurar melhorar a rotina de Philippe, o qual estava preso a atividades que impediam a expressão de sua individualidade.

Observa-se no filme a importância do conhecimento científico e tecnológico, porém fica claro que o fator essencial para o bem-estar do paciente é ser tratado de forma humanizada. Dessa forma, a obra analisada permite que o estudante de medicina, profissionais de saúde e pessoas que tenham interesse nessa realidade experimentem reflexão sobre o cuidar, sobre o entendimento de que o paciente tem identidade própria, que vai além da doença e que precisa ser incentivada, além de promover reflexão de que as limitações, mesmo quando graves e com poucas opções de melhora, podem ser redimensionadas e não necessariamente vão impossibilitar imersão real na sociedade.

Os profissionais de saúde se veem em situação difícil quando se deparam com tragédias, como a apresentada no filme, pois não sabem como comunicar ao paciente e a seus familiares uma nova condição limitadora da liberdade, como a tetraplegia do paciente do filme, após ter sofrido um acidente. Contudo, a forma como a má notícia é informada é essencial para a aceitação inicial e a perspectiva imediata que o indivíduo terá da sua deficiência. A reação do paciente e da família vai depender da habilidade do médico na comunicação dessas notícias, e, se esta for inadequada, pode acarretar impactos negativos na relação médico-paciente e na relação que o paciente terá com a sua nova condição, como discutido por Silva (2012). Assim, a escolha de um momento adequado e a preparação do paciente para receber a notícia, de forma clara e simples, são medidas importantes que auxiliam o profissional de saúde a ser realista sobre a situação e a dar a informação de forma gradual, para a melhor compreensão da situação pelo paciente.

Além disso, a empatia, contanto que não seja demasiadamente exagerada, e o suporte emocional oferecido pelo profissional apresentam grande relevância em circunstâncias como essa demonstrada no filme. O apoio não verbal não deve ser subestimado, tendo em vista que ele apresenta efeitos positivos de tanta importância

quanto o apoio verbal. Estudos demonstram que as relações interpessoais são mais influenciadas por canais de comunicação não verbais do que verbais, sendo um indicativo de que o discurso não verbal assume relevância nos processos de comunicação humana (MESQUITA, 1997). Assim, muitas vezes, o simples ato de ouvir ou de ficar perto do paciente em silêncio bem como gestos de demonstração, gesticulação e expressão já são atos de suporte suficientes.

Os avanços médicos, o aumento da esperança de vida dos lesionados medulares e o elevado número destes transformaram a lesão medular em uma questão social que, por muito tempo, não foi debatida. Contudo, o questionamento sobre a naturalização da exclusão social a que as pessoas com deficiência são sujeitas nas sociedades ocidentais somente se iniciou a partir dos anos 70, com o desenvolvimento dos Estudos da Deficiência (Disability Studies), nova área de estudos, que foi sedimentada em países como o Reino Unido e os Estados Unidos (HAHN, 2002). A partir desses questionamentos, foram reformuladas estruturas organizativas que estabeleceram como propósito central a visibilidade desse estigma e das múltiplas formas de opressão a que as pessoas com deficiência estão sujeitas, como descrito por Fontes e Martins (2015).

As transformações impostas pela limitação física em pacientes com lesão medular se tornam um fator que pode contribuir para o distanciamento deles da sociedade. Essas mudanças são influenciadas por uma multiplicidade de fatores, como a distância temporal em face da ocorrência da lesão, a estrutura socioeconômica, a situação familiar e afetiva, a situação profissional e o ambiente social na área da residência, como pontuado por Fontes e Martins (2015). Como retratado no filme, a idade em que a lesão ocorreu em Philippe, o fato de ele ser um aristocrata rico, que não depende da sua profissão para o seu sustento na atualidade, por morar em uma região rica da França e ter uma rede de apoio eficiente, mesmo que com problemas na relação com sua filha, constituem uma situação em que todos os parâmetros estão adequados e preparados para as novas necessidades do paciente, possibilitando melhor incorporação dele a essa nova realidade.

Infelizmente, a realidade de Philippe não representa a grande maioria dos pacientes com lesão medular que demonstram carência e inadequação das respostas

que poderiam maximizar a reabilitação e agilizar o processo de inserção deles na comunidade. Assim, o reencontro com a vida de antes da lesão se torna um difícil momento de conscientização das novas barreiras físicas, sociais e culturais que são impostas a esses indivíduos. Quando o regresso ao domicílio não é uma opção viável, por razões médicas e/ou sociais, as soluções existentes são limitadas e resumem-se aos lares e às unidades de cuidados. Essas estruturas de cuidado têm um estigma estabelecido, promovendo discriminação e afastamento ainda maior desses pacientes. Como o acesso a essas instituições não é garantido, depende de vagas e não existe em algumas zonas do território nacional, tudo isso aumenta a indefinição e insegurança sobre o futuro e a qualidade de vida dessas pessoas.

Desse modo, a opressão vivenciada pelas pessoas com deficiência ocorre por diferentes parâmetros, como os valores culturais disseminados pela sociedade, as próprias barreiras arquitetônicas de transporte e de comunicação, a ausência ou a inadequação de apoio no sistema regular de ensino, os critérios excludentes no acesso ao ensino superior e ao emprego, entre outros. Além disso, perpetuou-se uma prática centrada exclusivamente nas limitações funcionais individuais desses deficientes, inviabilizando perspectiva de integração e de reforço da individualidade, tornando-os reféns das formas excludentes de organização social (CORKER; FRENCH, 1999). Assim, lentamente, a angústia pessoal e a relação de perda ligada à subjetividade corpórea dão lugar à consciência dos limites que, por omissão ou violência, negam à pessoa com lesão medular a possibilidade de ressignificar a sua existência em participação social tão plena quanto possível.

Apesar de não ser possível traçar um perfil psicológico desses pacientes, estudos, como o de Macedo et al (1995), mostram reações psicológicas expressivas dessa população, como agressividade, insegurança, ansiedade, impulsividade, isolamento social, desespero, sentimento de inferioridade, ambivalência, raiva, medo e desesperança. Dessa maneira, as alterações físicas podem ser percebidas de forma muito negativa quando o sujeito apresenta dificuldade em perceber outras capacidades, potenciais e alternativas, por meio das quais possa obter satisfação de suas necessidades e de seus anseios. Se essa situação não for revertida com ajuda psicológica profissional, pode levar ao isolamento social e à dificuldade em

reconhecer e expressar emoções bem como em dar continuidade a um processo de busca por maior autonomia enquanto indivíduos e cidadãos, como foi discutido por Fecho et al (2009).

Desse modo, por meio da interação social, o indivíduo poderá descobrir novas formas de se integrar à sociedade, reconhecendo as suas dificuldades, mas entendendo-as como não impeditivas de ação social autônoma e ativa. Contudo, Schoeller et al (2012) destacam que a aproximação a novas pessoas ou o engajamento em relações afetivas podem ser influenciados pelas mudanças orgânicas e do ambiente social, como a cadeira de rodas e o uso de cateteres, o que contribui para a diminuição da autoaceitação, autoconfiança e autoestima. Logo, o desenvolvimento e a manutenção de relações ativas podem ser fonte de estresse, o que é evidenciado quando Phillippe se recusa a encontrar pessoalmente a mulher com quem trocava correspondências, pelo medo de rejeição. No entanto, esse esforço de autodeterminação deve ser ativo e contínuo, com um intenso trabalho de reflexão e de ações que estimulem o acompanhamento psicológico ao longo de toda a reabilitação.

Murta e Guimarães (2007) enfatizam que o enfrentamento bem-sucedido está mais associado a variáveis ambientais e psicossociais do que a variáveis físicas. A acessibilidade ao espaço físico, transporte, educação, trabalho, suporte social e lócus de controle interno são preditores de melhor ajustamento à condição de lesado. Ademais, o modo pelo qual se enfrenta as limitações e se adapta aos papéis sociais está associado à adoção de estratégias focadas no problema, como busca de suporte social e percepção de controle sobre a própria saúde. No filme, isso foi concretizado por Driss, uma vez que ele inseriu Phillippe em um contexto em que o fez se sentir confiante a desenvolver e manter relações sociais, íntimas e de namoro. Além disso, não o tratava como incapacitado, o que ajudou na construção de autoconfiança e de autoestima e na adaptação e na aceitação do contexto atual.

A reabilitação de pacientes com lesão da medula espinal é de grande importância e promove maior sobrevivência, menor morbidade e maior qualidade de vida, como demonstra a ABMFR (2012). Durante todo o filme, são mostradas diversas cenas em que Philip é submetido a sessões de massagem, fisioterapia,

utilização de roupas e equipamentos especiais, para higiene pessoal e prevenção de agravos previsíveis, demonstrando a importância e as peculiaridades no cuidado e na reabilitação desses pacientes. Com o auxílio das novas tecnologias, busca-se identificar e promover recursos ao paciente, para reinserção social dele. Nesse contexto, os serviços especializados constituem importante elo entre as necessidades individuais e a adaptação a um determinado sistema social, representando a possibilidade de favorecer o processo de reabilitação, tal como destacado por Straub (2005).

Dessa forma, o cuidado continuado do paciente com lesão medular é imprescindível. Cardozo-Gonzales, Villa e Caliri (2001) explicam que é necessário o treinamento e a preparação da família para participação ativa do cuidado no domicílio, por meio do planejamento de atividades envolvendo a equipe de saúde, para demonstração e esclarecimento de dúvidas. De acordo com Fontes e Martins (2015), a carência de serviços de apoio constitui um obstáculo à autonomização, o que coloca os lesionados medulares em situação de dependência perante a família, reforçando a imagem de dependentes e de incapazes de gerir suas vidas e condicionando o processo de reconstrução identitária, o que é agravado pela desadequação da rede institucional de apoio, tanto ao nível de estruturas de saúde como de respostas sociais para a inclusão dos lesionados na família e na comunidade.

O acompanhamento em domicílio de pessoas com lesão é complexo e muitas vezes exige cuidados, gera custos e a necessidade de utilizar equipamentos específicos. Assim, define-se cuidador como aquele que apoia a pessoa deficiente no seu processo de recuperação, ajuda-a em suas limitações e sabe lidar com os recursos necessários para que o paciente tenha a melhor qualidade de vida possível. Por esses motivos, muitas vezes, indica-se um cuidador com algum tipo de formação na área da saúde, como enfermeiro, técnico de enfermagem, fisioterapeuta, entre outros, lembrando que, normalmente, o processo de reabilitação é multidisciplinar (MACHADO, 2010). Entretanto, desde que o cuidador tenha capacitação para a situação específica em que ele irá auxiliar, não é necessário que este possua formação acadêmica na área.

Assim, como demonstrado por Trigueiro et al (2011), os cuidadores, em sua maioria, têm origem dentro da família do próprio paciente e, na maioria das vezes, são mulheres e idosas. A relação preestabelecida entre cuidador e paciente pode auxiliar nos momentos difíceis e amenizar os sentimentos de vergonha, principalmente nos momentos de maior vulnerabilidade do paciente. Por se tratar de uma grande mudança de vida para esse cuidador e haver uma pesada carga emocional associada, pela proximidade com as dificuldades pelas quais o paciente é submetido, faz-se necessária uma avaliação da qualidade de vida desses cuidadores, especialmente das pessoas que costumavam ter relações próximas com esses pacientes, mesmo antes da lesão. Nessa avaliação, estão incluídos aspectos como o tempo gasto com as atividades do deficiente, tipo de mudança na sua rotina, aspectos psicossociais envolvidos, convivência com situações estressantes, entre outros.

O cuidador, devido ao seu alto envolvimento com as demandas do deficiente, muitas vezes esquece de cuidar da própria saúde, o que pode causar demandas psicológicas sérias, como transtornos de ansiedade, tensão, fadiga, alteração de autoestima, depressão e estresse. Sintomas e sinais que podem aparecer são, no entanto, internalizados por essas pessoas, para que não interfiram na sua função de cuidador, o que pode muitas vezes agravar o quadro das doenças (TRIGUEIRO et al, 2011). Em um estudo feito por esse mesmo autor, foi mostrado que a maioria dos cuidadores tinha algum tipo de dor física ao fim do dia. Além disso, foi demonstrado que o domínio psicológico e o meio ambiente foram os fatores mais atingidos, relacionados à qualidade de vida. Esses fatores atingiram igualmente todos os cuidadores, independentemente de sexo, escolaridade e nível socioeconômico.

Com as mudanças na rotina, as relações familiares começam a girar em torno dos papéis de atuação do cuidador e do receptor desse cuidado. Nesse caso, duas situações são observadas com maior frequência: pode ocorrer um grande esforço emocional, a fim de que a família mantenha esse padrão de relação, o que pode provocar esgotamento emocional, estresse e discussões mais frequentes, e, quando o paciente não tem um apoio familiar, pode ocorrer o abandono desse paciente ou a exclusão do papel dele na dinâmica familiar. A segunda situação ocorre pelas restrições que os próprios familiares impõem ao paciente, superestimando a sua

incapacidade, limitando-o muitas vezes mais do que a sua própria deficiência (FONTES; MARTINS, 2015).

Schoeller et al (2012) esclarecem que apenas com a interação social o indivíduo poderá descobrir novas maneiras de locomoção, caminhando na sociedade, reconhecendo que as dificuldades na deambulação, movimentação de membros e perda de controle dos esfíncteres não são empecilho para uma vida social ativa e autônoma. Essa interação no filme foi obtida a partir do momento que Driss entrou na vida de Phillipe, uma vez que a saída de casa para desfrutar a vida em sociedade gera ganhos para os indivíduos bem como auxilia na transformação da sociedade, na medida em que proporciona a constatação de que pessoas com lesão medular existem, têm necessidades e potenciais inestimáveis, gerando assim o respeito à diversidade humana.

Com este trabalho, vimos que, nos diferentes momentos da relação entre as respostas institucionais e a vida pessoal, a análise do percurso das pessoas com lesão medular demonstra a carência e a inadequação de respostas que maximizem a sua reabilitação e que agilizem o processo de inserção delas na comunidade. A ausência dessas respostas é agravada em ambientes que não estão preparados para receber esses indivíduos, sob variados pontos de vista, como social, cultural, laboral, arquitetônico e urbanístico, gerando dificuldades de reinserção desses pacientes na sociedade, algo que é extremamente necessário para sua completa reabilitação, fazendo com que a própria pessoa se veja como incapaz.

A capacitação dos cuidadores ou familiares é essencial para que ocorra o correto desenvolvimento do tratamento do paciente, como foi demonstrado no filme. Estudos mostram que o apoio da família e de quem está em volta é necessário para dar segurança e confiança a essa pessoa e funciona como uma fonte de incentivo para que haja prosseguimento no tratamento. É importante ressaltar que essa condição do paciente traz algumas dificuldades nas relações interpessoais, o que pode causar baixa autoestima e diminuição da autoconfiança, tornando ainda mais importante esse apoio.

Uma organização sediada no Reino Unido, a Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS), criada em 1972, por pessoas que vinham de

outras organizações, tem por objetivo mostrar que quem realmente incapacita o deficiente são as pessoas que lidam com ele e as situações que são colocadas para o deficiente, demonstrando que a pessoa incapacitada tem o direito à autonomia e consegue ter um grau de independência e, principalmente, viver em sociedade.

No Brasil, há o exemplo da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, constituída por hospitais que atuam na reabilitação de pessoas que sofreram algum tipo de limitação, como lesão medular causada por acidentes ou como consequências de um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Nesses hospitais é desenvolvido um trabalho de apoio e de acompanhamento dos pacientes e das pessoas que os envolvem, colocando todos como protagonistas da situação, deixando os profissionais de saúde como coadjuvantes. Essa atitude dá mais confiança e autonomia para a pessoa deficiente, levando à melhora da sua qualidade de vida.

Essas instituições batem de frente com o desenvolvimento da medicina moderna, que vem com o objetivo de trazer a cura para os pacientes, determinar quem está são ou não, delimitar as doenças psicossociais como se elas fossem algo geral e não individualizado. O problema desse método para pessoas deficientes é que, como não há cura para a deficiência, essa medicina não sabe como atuar, segregando assim essas pessoas, dificultando seu tratamento e recuperação dentro daquele quadro, impossibilitando que a pessoa cresça, desenvolva-se e compreenda todos os aspectos relacionados à nova situação que está vivendo.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO (ABMFR). *Lesão medular: reabilitação*. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira, 2012.

CARDOZO-GONZALES, Roxana Izabel; VILLA, Tereza Cristina Scatena; CALIRI, Maria Helena Larcher. O processo da assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 34, p. 325-333, 2001.

CEZAR, Pedro Henrique Netto; GOMES, Andréia Patrícia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 93-101, jan./mar. 2011.

CIAMPA, Antonio da Costa. *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CORKER, Mairian; FRENCH, Sally. Reclaiming discourse in disability studies. In: CORKER, Mairian; FRENCH, Sally (Org.). *Disability discourse*. Buckingham: Open University Press, 1999. p. 1-13.

FECHIO, Máira Baldan et al. A repercussão da lesão medular na identidade do sujeito. *Acta Fisiátrica*, v. 16, n. 1, p. 38-42, 2009.

FONTES, Fernando; MARTINS, Bruno Sena. Deficiência e inclusão social: os percursos da lesão medular em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*, v. 77, p. 153-172, 2015.

HAHN, Harlan. Academic debates and political advocacy: the US disability movement. In: BARNES, Colin; OLIVER, Michael; BARTON, Len (Org.). *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002. p. 162-189.

MACHADO, Wiliam César Alves; SCRAMIN, Ana Paula. (In)dependência funcional na dependente relação de homens tetraplégicos com seus (in)substituíveis pais/cuidadores. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 1, p. 53-60, 2010.

MACEDO, S. P. et al. Avaliação dos aspectos psicológicos de pacientes portadores de lesão medular. *Medicina de Reabilitação*, v. 40, p. 11-15, 1995.

MENDONÇA, Fernando de. Medicina e cinema: aproximações para uma filmografia. *Intersemiose – Revista Digital*, ano I, v. 1, n. 1, jan./jul. 2012.

MESQUITA, Rosa Maria. Comunicação não verbal: relevância na atuação profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 11, n. 2, 1997.

MURTA, Sheila Giardini; GUIMARÃES, Suely Sales. Enfrentamento à lesão medular traumática. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2007.

RIBERTO, Marcelo et al. Independência funcional de pacientes com lesão medular. *Acta Fisiátrica*, v. 12, n. 2, p. 61-66, 2005.

SCHOELLER, Soraia Dornelles et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2012.

SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação de más notícias. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 49-53, 2012.

STRAUB, Richard O. *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

TRIGUEIRO, Larissa Coutinho de Lucena et al. Perfil sociodemográfico e índice de qualidade de vida de cuidadores de pessoas com deficiência física. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 223-227, 2011.