

Comunicação, humanidades e humanização: conceituação e experiências na formação profissional no campo da saúde

Mario Alfredo De Marco, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Mariella Vargas Degiovani, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Resumo: Este artigo discute os conceitos de humanização e humanidades e apresenta uma revisão do campo, discutindo os papéis historicamente atribuídos à natureza e à cultura na constituição do sujeito. É apresentada uma revisão do movimento histórico que vem resgatando a valoração da importância da aplicação destes conhecimentos no campo da formação dos profissionais da área da saúde, ilustrando este movimento através do relato de um trabalho que vem sendo desenvolvido há vários anos no campo da graduação em medicina tendo como referencial as diretrizes esboçadas neste estudo.

Palavras chaves: humanização das práticas em saúde, humanidades médicas, comunicação em saúde, educação médica

Summary: This paper discusses the concepts of humanization and humanities and presents a review of the field, discussing the roles historically assigned to nature and culture in the constitution of the subject. A review of the historical movement that has been rescuing valuation of the application of this knowledge in the field of health professionals training, illustrating this movement through the report of a work that has been developing for several years in the field of medical teaching taking as reference the guidelines outlined in this study.

Keywords: Humanization of Health Practices, Medical Humanities, Health Communication, Medical Education

Humanização

Humanização tem sido palavra de ordem em uma série de iniciativas e programas implementados no campo da saúde. Como consequência da ampla utilização do termo nos mais variados contextos e situações, observamos uma tendência a modismos e banalizações que geram uma demanda de arejamento e discussão crítica, tendo em vista restaurar a pujança e a penumbra de associações que o conceito contempla.

Nos encontros e discussões com estudantes e profissionais de saúde observamos com facilidade o desgaste e a incompreensão que o tópico suscita. De um lado temos uma tendência à banalização, expresso em falas que reduzem o conceito a algumas noções básicas de cordialidade e educação: “Claro que é importante ser humano com os pacientes!” “Tem que saber o nome do paciente” “Tem que ser educado e atencioso” e por aí vai. De outro há expressões de indignação e revolta: “Humanizar o que? Por acaso já não somos humanos?”

Estas declarações que expressam o senso comum passam ao largo da complexidade do processo de humanização: na realidade, embora sejamos humanos enquanto espécie, não nascemos humanizados nem a humanização é um processo que possa ser considerado simples de ser implementado e definido, pois, a construção do sujeito depende da possibilidade de transmissão da sedimentação de milênios de evolução cultural. Assim como os cromossomos dos pais transmitem características acumuladas ao longo de milhões de anos de evolução, tudo o que a cultura alcançou em sua evolução é transmitido através da relação e da comunicação cujo papel na própria expressão genética tem descortinado uma compreensão aprofundada da interação natureza-cultura.



Natureza e cultura

Ao nascimento, a criatura humana é a mais frágil e despreparada para fazer frente aos desafios da vida. Contudo, é exatamente esta imaturidade seu maior patrimônio em termos evolutivos, tendo em vista a plasticidade e as possibilidades adaptativas que daí decorrem, pois seu desenvolvimento será amplamente condicionado pelos estímulos aos quais é exposta. É justamente esta característica que torna o ser humano amplamente adaptável e que lhe permitiu aventurar-se pelas diferentes regiões do planeta.

A imaturidade é que faculta a transmissão das aquisições culturais, de modo que, na formação do ser, temos ao lado da evolução condicionada pela herança genética, a evolução proporcionada pela herança cultural.

Se uma criança nasce hoje com características genéticas muito próximas de uma criança nascida há cinco mil anos, em poucos anos a herança cultural produzirá uma enorme diferenciação na medida em que todas as aquisições humanizadoras construídas culturalmente lhe serão transmitidas.

Natureza e cultura em interação recíproca determinam a construção do ser e o debate sobre esta interação ganha um novo e precioso enriquecimento com o aprofundamento dos conhecimentos do campo da epigenética que tem revelado uma importante distinção entre a carga genética e sua expressão.

O que este campo tem trazido de particularmente revolucionário na questão da interação entre disposição genética e meio ambiente é que, em contraste com a sequência genética, determinada por herança e, virtualmente idêntica em todos os tecidos, o padrão epigenético varia de tipo de célula para tipo de célula e é potencialmente dinâmico ao longo da vida. Ou seja, diferentes exposições ambientais, incluindo o cuidado parental inicial, podem afetar os padrões epigenéticos, com implicações importantes para o desenvolvimento e a constituição do sujeito. Tendo em vista que a programação epigenética define o estado de expressão de genes, as diferenças epigenéticas podem ter as mesmas consequências de polimorfismos genéticos. No entanto, em contraste com diferenças de sequência genética, alterações epigenéticas são potencialmente reversíveis. (McGowan e Szyf, 2010).

Esta potencialidade de reversibilidade é um aspecto dos mais importantes, pois, embora existam importantes "janelas" de sensibilidade que se estendem particularmente pelo período perinatal, compreender como essas experiências no início da vida produzem marcas epigenéticas que conferem determinadas características de personalidade e maior ou menor risco para transtornos, compreender como essas marcas são mantidas e como poderiam ser revertidas, está cada vez mais se tornando um foco de investigação nos diferentes campos que se dedicam ao estudo da construção da personalidade e seus transtornos (Murgatroyd e Spengler, 2011).

A base da constituição do sujeito

A base do processo de constituição do sujeito é essencialmente relacional, abrindo-se tanto para a possibilidade de uma evolução com enraizamento quanto para a alienação (Gomes e Schraiber, 2011). A comunicação, em seu sentido amplo, atualizada na relação através de padrões vinculares, irá determinar a extensão e a qualidade da construção da realidade biopsicossocial do ser, a partir dos fatores e da qualidade destas interações.

Duas variantes de uma mesma cena de interação entre a mãe e o seu bebê podem servir como ilustração da dinâmica deste processo de internalização das relações e da construção de padrões vinculares: temos um bebê e sua mãe; eis que o bebê chora e a mãe acorre para assisti-lo, todo seu ser mobilizado para tentar decifrar a qualidade do choro e identificar a perturbação/demanda. Começa a confortá-lo, segurando-o no colo e dirigindo-se a ele naquele dialeto típico (o "manhês") com suas sonoridades peculiares. Pode acontecer que consiga de pronto identificar e atender a necessidade da criança ou, por tentativa e erro, encontrar, sem grande

desespero, uma forma de proporcionar conforto para a criança que, em resposta, se acalma e interrompe o choro.

Numa variante desta situação, temos uma mãe que, frente ao choro do bebê, entra num estado de desespero e, tenta sofregamente se livrar desta situação perturbadora forçando as mais diversas opções para tentar silenciar o sofrimento que toma conta de si e da criança. A ansiedade da mãe potencializa a ansiedade da criança criando uma retroalimentação recíproca: a ansiedade da mãe aumenta a ansiedade da criança que por sua vez aumenta a ansiedade da mãe. Finalmente, após um tempo variável de permanência nessa vivência intensamente aflitiva, a situação desemboca numa interrupção do choro da criança.

Embora com desfecho semelhante –a interrupção do choro da criança– a diferença, a partir da perspectiva do registro da experiência e da construção dos padrões vinculares, é crucial. No caso do primeiro bebê os registros internos (introjeções) construídos a partir da experiência serão: existe um “objeto” ameaçador para o qual, evidentemente, o bebê não tem nome, mas existe, também, um “objeto” que tem a capacidade de permanecer em contato com este estado e oferecer continência, conforto e alívio da turbulência. Se este padrão relacional prevalece, a criança gradativamente vai sendo mais capaz de permanecer em contato com suas vivências discriminando e nomeando progressivamente as demandas associadas às turbulências vivenciadas (dor, fome, sede etc.) e as diferentes nuances emocionais (ódio, tristeza, amor etc.). Temos então, a incorporação de um padrão relacional favorável ao contato e ao crescimento emocional.

No caso do segundo bebê temos uma situação bem diferente, tendo em vista que o que ele irá incorporar é que não existe continência para seu estado de terror-sem-nome (Bion, 1991). A repetição reiterada dessa experiência dará lugar, tendo em vista a necessidade de sobrevivência, à operação de mecanismos que promovam a exclusão dessas vivências da vida mental. Consequentemente a vida mental vai ficar empobrecida e essas emoções, em estado latente, permanecerão em sua configuração primitiva, podendo se manifestar de forma sintomática ao longo da vida.

Esses processos básicos de constituição de padrões relacionais encontram, nos conceitos de continente e contido e o de *rêverie* propostos pelo psicanalista Wilfred Bion (1991), uma formulação útil para a compreensão da capacidade mental materna necessária para participar desse processo que contribui para promover a psiquização das vivências da criança.

A *rêverie* é uma capacidade mental descrita inicialmente como atributo importante da mãe (*rêverie* materna), cuja situação paradigmática, é a capacidade que ela tem para tolerar a identificação projetiva do pânico e do terror sem nome, que o bebê efetua, contendo e transformando estas emoções, de forma que, a criança sinta que está recebendo de volta, a sua temida personalidade, de uma maneira que lhe é agora mais tolerável (Bion 1991).

A *rêverie* materna desempenha para o bebê a função de modificar e transformar suas ansiedades e tensões, permitindo que, mãe e criança, integrem o processo que será o protótipo do processo de pensamento da criança e que continuará a se desenvolver através da vida.

Esta capacidade materna é estendida por Bion para a capacidade do analista em seu trabalho com o paciente e ampliada para as situações da vida em geral; Bion deixa claro, que a possibilidade de alcançar e manter esse estado é útil em muitas outras tarefas além da análise; ela é essencial para eficiência mental apropriada para uma tarefa, seja qual for a tarefa (Bion, 1992).

Com base neste modelo tem sido possível estabelecer uma distinção entre situações em que a estruturação do sujeito está enraizada em sua base emocional e outras em que há um desligamento dessa base.

Podemos, então, da perspectiva da humanização fazer uma distinção entre uma humanização ancorada numa base real e uma humanização estereotipada. Na humanização “real” existe um contato e uma evolução através da transformação das características básicas do ser. Na humanização estereotipada existe um desligamento do ser que abre as portas para a incorporação de padrões estereotipados de conduta. São padrões ditados (pré-moldados) e não construídos, que promovem uma estruturação da personalidade que tem recebido diversas denominações, entre as quais a de “falso Self” proposta por Winnicott (2000) ou de identificação com a “persona” proposta por Jung (1987) que procuram agrupar as situações em que ocorre a estruturação de uma identidade superficial, inautêntica, porque desligada de sua base real.

Emoção e razão

Não é nossa pretensão aprofundar neste artigo uma discussão quanto à definição e classificação dos fenômenos emocionais. A discussão é complexa e carregada de controvérsias e, há autores que inclusive questionam a validade da introdução deste conceito que, no seu entender, só trouxe complicações para a descrição dos fenômenos.

A palavra emoção (*emotion*) foi introduzida na língua inglesa a partir do século XVII e como categoria psicológica a partir do início do século XIX com uma ampla abrangência, englobando tudo o que era compreendido como sentimentos, estados de sentimento, prazeres, dores, paixões, afecções (Dixon, 2012).

Embora na linguagem corrente emoção e sentimentos sejam utilizados intercambiavelmente, no plano da investigação científica algumas tentativas tem sido realizadas para estabelecer uma distinção, por considerar que são fenômenos relacionados mas com características distintas.

Antônio Damásio (2011: 140), neurocientista de renome, formula a partir de suas observações e experimentos, uma distinção que se aproxima da que foi formulada por Carl Gustav Jung. Sucintamente podemos resumir a proposta de Damásio na seguinte proposição: sentimentos surgem quando o cérebro interpreta as emoções que são sinais puramente físicos ativados no corpo em reação a estímulos externos. Os sentimentos seriam, portanto, a experiência subjetiva da emoção, carente de alterações somáticas significativas e com uma certa estabilidade e duração.

Como já mencionado, não é intenção aprofundar esta interessante discussão categorial. O debate importante que se relaciona com a questão das humanidades e da humanização é quanto ao lugar que a vida emocional deve ocupar em nossa vida e em nossa evolução: Qual a contribuição desses fenômenos para a vida mental? Qual a relação entre emoção e razão? Deve a razão ser a encarregada de dirigir nossas vidas e nossas decisões? O que fazer com as emoções?

Toda uma linha de pensamento enraizada inclusive em tradições filosóficas consideram as emoções como um obstáculo para dirigir nossa vida e nossas escolhas. Em oposição a esta visão, temos a percepção, alcançada em diversos campos que se dedicam ao estudo do desenvolvimento da personalidade, de que as emoções constituem uma base importante para o crescimento mental e que o enraizamento na base emocional é de vital importância para a construção de uma personalidade integrada e autêntica. Novamente, do campo das neurociências surgem evidências inquestionáveis do valor das emoções para a condução da vida e das escolhas tornando anacrônica a clássica oposição entre razão e emoção.

Damásio (1996), a partir de extensas observações em pacientes neurologicamente lesionados, demonstrou que um processo puramente racional falha quando colocado diante da necessidade de escolhas e tomadas de decisão, tendo em vista que, a razão, ligada a áreas evolutivamente mais recentes do cérebro humano, não funciona adequadamente na ausência da qualidade gerada pelas emoções.

Pacientes com lesões no lobo frontal quando confrontados com uma situação que demanda decisão, ainda que de natureza trivial, encontram imensa dificuldade e são tomados por dúvidas sem fim, que acarretam adiamento de qualquer decisão.

Emoção, razão e ética

As evoluções culturais transmitidas à criança podem ser divididas em quatro categorias básicas: técnicas, éticas, estéticas e emocionais.

A educação técnica é a que mobiliza menos situações conflitivas, pois não envolve diretamente questões de valores como é o caso da educação ética, estética e emocional.

A relação entre a educação ética e emocional tem sido objeto de reflexões. Kesselring (2006) considera que as emoções foram, por muito tempo, negligenciadas pela ética, atribuindo a razão desta negligência, entre outras, à influência do pensamento de Kant que postulava que uma ação

moralmente boa é uma ação racional. Para Kant a qualidade ética de uma ação advém do fato que deve ser realizada, em contraposição a uma ação executada para satisfazer prazeres associados a inclinações e que, portanto, não possuem qualidade ética. O que as modernas investigações no campo têm demonstrado, sem maiores dificuldades, em contraposição a essa perspectiva, é o papel que as emoções sociais, que se atualizam como sentimentos morais, desempenham no desenvolvimento da conduta moral.

Esta contraposição entre uma ética ditada racionalmente e uma ética ancorada em estruturas inatas se insere numa discussão mais ampla entre duas vertentes de respostas à construção da dimensão moral da humanidade (Hoffmann, 2000).

De um lado uma visão de “pecado original” que assume que, as pessoas nascem egoístas e adquirem um senso moral através da socialização que controla o egoísmo e que tem paralelismo nos primeiros freudianos e, nas teorias de aprendizado social que sublinham a importância para o desenvolvimento moral da punição e recompensa pelos pais, especialmente dando e retirando afeto.

Diametralmente oposta é a doutrina da pureza inata, associada particularmente a Rousseau que via a criança como tendo uma bondade inata (sensível aos outros) sujeita à corrupção pela sociedade.

A nossa base moral está fundada no medo ou tem raízes em componentes inatos? Ficamos com Rousseau que no seu Emílio apresenta a visão da criança como essencialmente boa e com capacidade para ternura, sendo corrompida pela sociedade ou com Thomas Hobbes, que no seu *Leviatã* (1651) traça um retrato bem diferente: o homem desde o nascimento é uma criatura interessada em si própria e movida por perpétuo e incansável desejo de poder que só se extingue com a sua morte (De Marco *et al.*, 2012).

Uma discussão importante é o quanto cada uma destas visões corresponde a uma dimensão da construção do desenvolvimento moral.

As duas dimensões da moralidade

Os conhecimentos acumulados no campo da investigação psíquica quanto à existência de uma base inata, não racional, para a construção do desenvolvimento moral têm recebido confirmação através de estudos da biologia, da antropologia e das neurociências.

A própria concepção de que entre os atributos que tornam o ser humano único está a capacidade de agir moralmente, defendida por muitos filósofos e antropólogos, tem sido colocada em questão pela evolução dos conhecimentos neste campo.

Comportamentos sociais em animais, associados à empatia e preocupação com o sofrimento dos outros, têm sido demonstrados através de consistentes observações e experimentos: quando um chimpanzé entra em sofrimento por perder uma luta, cair de uma árvore ou qualquer outro evento estressante, os outros prontamente se disponibilizam para lhe proporcionar conforto e reassentamento. Eles o abraçam, beijam e tentam acalmá-lo com carícias e afagos.

A abrangência destes comportamentos, considerados como componentes da evolução da inteligência social não se restringe aos primatas, incluindo outras espécies, como elefantes, cetáceos (golfinhos e baleias) e mesmo pássaros (uma espécie da família dos corvos).

Certamente os humanos se diferenciam no grau de aplicação da ética e moralidade para a tomada de decisões, mas, estas observações que demonstram a presença da empatia em animais fornecem importantes indícios quanto à existência de um substrato neurológico destas habilidades (Hunter 2010).

A comprovação deste substrato neurológico vem sendo alcançada através da evolução das pesquisas no campo das neurociências. Sistemas neurais envolvidos na empatia e na inteligência social e que têm como propriedade central permitir a identificação e compreensão das intenções e das ações do outro, tem sido identificados. Este sistema foi denominado de sistema de neurônios-espelho, pois, parece “espelhar” as ações realizadas, codificando uma correspondência funcional entre a ação motora e a percepção sensorial desta ação. As evidências, através de observações e técnicas de neuro-imagem, indicam que este sistema forma parte da atividade neural que participa

do processo de mobilização de preocupação empática, a capacidade de sentir e compreender o estado emocional do outro, constituindo a base biológica para o desenvolvimento da nossa sofisticada evolução social e da base moral que a governa (Molnar-Szakacs, 2011).

Estas observações sugerem que as regras de moralidade que norteiam os comportamentos sociais, determinando a construção de papéis sociais e, as expectativas e sanções a que o sujeito estará submetido, são elaboradas, apoiadas nesta base.

Na construção do sujeito, portanto, temos que a socialização pode ocorrer através de dois mecanismos complementares: de um lado uma transmissão do processo, ou seja, as conquistas e construções sociais são alcançadas através da ativação e evolução das capacidades naturais; de outro a imposição pura e simples das conquistas e expectativas sociais.

Como a imposição é menos trabalhosa do que a construção apoiada na mobilização e evolução das características emocionais inatas, o perigo de um desvio para a tendência exclusiva à imposição estará sempre rondando o processo de humanização.

O resultado, quando esta tendência predomina, é a construção de uma personalidade estruturada com base nos papéis e nas expectativas sociais, mas desligada de uma base profunda que possibilitaria que a construção das condutas morais ocorresse a partir da vivência e elaboração dos conflitos entre as emoções “egoístas” e as emoções socialmente orientadas.

O processo de humanização implica numa base moral e, se essa base é construída apoiada numa preocupação empática, que irá resultar numa atenção e cuidado com o próprio sofrimento e com o sofrimento dos outros, podemos falar de uma humanização “verdadeira”. Por outro lado, podemos nomear como humanização “implantada”, a situação em que não há verdadeira base mas superimposição. Na humanização “verdadeira” os preceitos morais serão incorporados através de uma matriz vivencial e não como submissão a uma autoridade.

Uma leitura destas condições pode ser realizada através de conceituações provenientes das observações psicanalíticas. Jung, conforme já mencionamos, denomina de *persona* a estes papéis desempenhados pelo sujeito, referindo-se este termo latino à máscara utilizada pelo ator na antiguidade. Utiliza o termo para caracterizar nossa disposição inata para a adaptação à coletividade através do desempenho de papéis no palco do mundo (Whitmont, 1990). Esta adaptação representa um perigo quando a personalidade total se identifica com os papéis, promovendo a construção de uma identidade apoiada nos mesmos, que resulta no que Jung denomina *identificação com a persona*, indicando a construção de um sujeito desligado de sua autenticidade. Do ponto de vista da interação, o resultado será um sujeito com uma humanização superficial traduzida em polidez e um simulacro de interesse e respeito pelo outro.

As consequências de uma socialização apoiada na imposição de papéis são importantes tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. A imposição pode provocar tanto uma revolta explícita quanto uma turbulência latente, sendo que esta tem lugar quando ocorre a *identificação com a persona*, produzindo a exclusão de aspectos socialmente indesejáveis, que irão encontrar diversas outras formas de manifestação, como por exemplo, o fenômeno do bode expiatório no qual os aspectos socialmente condenáveis são projetados nos outros (os vizinhos, outros povos, etnias, etc.).

Outro autor que formulou uma importante contribuição para o tema é Donald Winnicott (2000) através do conceito de *concern* (traduzido como preocupação). Para ele a capacidade de se preocupar é inata e, se as condições forem favoráveis, os valores correspondentes serão criados a partir de vivência e maturação. Em condições desfavoráveis teremos um desligamento da base profunda do ser e a construção de um falso *Self* (De Marco *et al.*, 2012).

Medicina e humanidades

A medicina, acompanhando o progresso da ciência em geral e o desenvolvimento das novas tecnologias, alcançou uma condição inimaginável em passado recente, propiciando a cura, o controle e a prevenção de inúmeras patologias bem como a realização, com altas margens de sucesso, de intervenções e cirurgias de alta complexidade. Os benefícios são inúmeros: aumento da expectati-

va de vida da população, diminuição das taxas de mortalidade e melhora na qualidade de vida de muitas pessoas que antes estariam limitadas por doenças crônicas (De Marco *et al.*, 2012).

Este impulso considerável na ampliação de seus conhecimentos conquistado a partir da adesão ao modelo científico fundado na experimentação trouxe um progresso inquestionável, mas, veio acompanhado por um desequilíbrio que comprometeu a visão integral do ser. A formação das escolas médicas vem seguindo preferencialmente este modelo (denominado biomédico), isolando o físico para facilitar a compreensão dos fenômenos estudados e desconsiderando dimensões que constituem a base essencial de nosso processo de evolução cultural e humanização e que determinam o sentido e a qualidade de nossa existência, bem como, interferem em todo o processo saúde-doença.

Um movimento complementar tem se tornado cada vez mais presente ressaltando que, embora não se questione que ter conhecimentos biomédicos é essencial para se tornar um bom médico, isto não é o suficiente. Os protocolos são necessários, mas contém apenas as diretrizes para o começo de um bom cuidado. Os pacientes esperam alguém que cuide deles, alguém que entenda de gente doente e não apenas de doenças. E isto começa por um interesse genuíno pela vida, pelas pessoas, pelos dramas humanos e pelo interesse por histórias de vida (De Marco *et al.*, 2012).

O modelo biopsicossocial

Complementarmente à tendência biologizante, já na primeira metade do século XIX, tem lugar um movimento que procura ultrapassar essa polarização da formação e da tarefa médica nos aspectos biológicos. No plano da dimensão social, a partir dos anos 40 do século XIX se criam as condições para a emergência da medicina social (Nunes, 2006).

Quanto aos aspectos psicológicos, expoentes importantes do movimento de reintegração foram os médicos vienenses Philipp Carl Hartmann (1773-1830) e seu discípulo Ernst Freiherr von Feuchtersleben (1806-1849). Este último foi um precursor da necessidade do preparo dos médicos em suas aptidões psicológicas.

A perspectiva biopsicossocial que se delineou como alternativa ao modelo biomédico preconiza que a formação do futuro profissional não se restrinja ao campo da biomedicina.

Acompanhando essa tendência, em nosso trabalho de formadores dos profissionais, consideramos essencial que a formação técnica biomédica possa ser acompanhada por uma educação emocional, ética e estética que, ao lado do preparo para o conhecimento das doenças, ofereça um preparo para o conhecimento das pessoas: que fique demonstrado para o aluno que aprender a auscultar as pessoas é tão importante quanto aprender a auscultar um coração ou um pulmão; que o ensino de técnicas de comunicação é tão importante quanto o ensino de técnicas cirúrgicas.

É a partir desta perspectiva que consideramos que as áreas ligadas às humanidades têm uma contribuição fundamental a oferecer para a aquisição desses conhecimentos.

A formação do profissional

Não faltam evidências para justificar a imprescindibilidade desta formação para o profissional (Rios e Schraiber, 2011; Llanes, 2011; Macnaughton, 2000; Grant, 2002). Entre elas, temos:

- O conhecimento e o reconhecimento das emoções (em si e no outro) e seu manejo apropriado, contribuem decisivamente para a construção de um campo emocional favorável para o desempenho da tarefa médica. Quem já tem alguma experiência neste campo reconhece prontamente a enorme diferença para a relação que advém, por exemplo, da capacidade de continência e empatia e pela observação e manejo da dinâmica transferencial-contratransferencial (De Marco *et al.*, 2012).
- Os dilemas éticos presentes desde sempre no exercício da profissão se apresentam na atualidade como desafio constante gerando situações altamente críticas (Schraiber, 1997). As intensas mudanças sociais e tecnológicas tornam a capacitação do profissional neste campo muito mais necessária e difícil. O panorama é de importante defasagem entre, de um lado, as mudanças sociais (que com a globalização vem sofrendo

transformações aceleradas e radicais) e as aquisições tecnológicas (com crescimento e transformações exponenciais) e, de outro, as mudanças ético/morais (que são, por sua própria natureza, de gestação e amadurecimento mais lentos).

- Quanto à educação estética, embora à primeira vista sua importância, para o profissional de saúde, possa não se mostrar tão evidente, um exame mais atento revela sua grande valia. A arte em sua linguagem peculiar aporta conhecimentos sobre os fatos da vida e das pessoas com profundidade que não pode ser alcançada através de outras linguagens. O contato com a arte proporciona uma transformação no próprio profissional, em sua visão de mundo e qualidade de vida, ao mobilizar “frequências mentais” que favorecem uma visão ampliada do mundo e uma plasticidade desautomatizadora da percepção. A arte é um convite a uma reorganização e à experimentação de novas versões do mundo e de si (Tapajós, 2002).

É possível no curso médico oferecer o preparo necessário? Certamente não, mas o importante é fornecer referências importantes para que observem, reflitam e para que tenham saídas criativas frente ao inesperado e ao imprevisível, que sempre acontece nos encontros humanos e deixar claro, parafraseando William Osler (1950) que a educação específica do profissional não é curso colegial, nem mesmo o curso médico, mas um *curso de vida*, para o qual o trabalho de poucos anos sob ensino é apenas preparação.

A experiência da Universidade Federal de São Paulo

Há muitos anos temos oferecido em nosso trabalho na UNIFESP, programas que buscam proporcionar um preparo no campo das humanidades, observando o cuidado de evitar seguir uma tendência de transformar esse ensino numa mera aquisição de técnicas, utilizadas mecanicamente (Rios e Schraiber, 2011).

Consideramos a técnica útil e necessária como um recurso a ser incorporado sempre respeitando a equação pessoal e a autenticidade. Dentro dessa perspectiva temos trabalhado com diversas técnicas e recursos metodológicos que incluem, no plano formal, o trabalho com pequenos grupos, o recurso a diversas técnicas de mobilização psicodramáticas, um laboratório de comunicação e outras. (De Marco et al, 2010).

No plano do conteúdo colocamos o aluno em contato com diferentes fontes de conhecimentos, tanto no campo científico (disciplinas psicológicas, sociológicas e antropológicas etc.) quanto do campo da arte, como literatura, teatro e cinema.

Neste trabalho, vamos apresentar com mais detalhes apenas a experiência introdutória que ocorre no segundo semestre do primeiro ano da graduação em medicina.

Conhecendo pessoas – uma ciência, uma arte

Como introdução a um programa que se estende por todo o curso, trabalhamos, com os alunos do primeiro ano da graduação em Medicina, utilizando uma metodologia que incorpora contribuições das ciências e das artes. Como materiais pedagógicos, textos científicos, contos literários e filmes, são estímulos para debates, discussões e planejamento de trabalhos (De Marco et al., 2009; 2011).

A intenção é aguçar a auto-observação e a observação das pessoas; instrumentalizá-los para que tenham a flexibilidade necessária para enfrentar as situações, reconhecendo os dilemas humanos e identificando e considerando os aspectos relevantes presentes no campo relacional e comunicacional (o que inclui o reconhecimento de seus estados e sentimentos bem como os de seus pacientes). Procuramos instrumentalizá-los para reconhecer e evoluir suas capacidades de observação, empatia e continência. Entendemos que, para que esta instrumentalização seja efetiva, o curso deve ter forte cunho experiencial, contribuindo para essa finalidade, não só a observação, o compartilhamento e a reflexão das vivências despertadas, mas, a própria relação profes-

sor-aluno, que pretendemos sirva de modelo de uma relação viva e autêntica. A forma como temos procurado lidar e elaborar as experiências emocionais que surgem no processo, nos leva a formular a hipótese que um componente importante de tal processo poderia ser denominado, utilizando e estendendo a nomenclatura formulada por Bion, “*rêverie* do papel profissional”, onde as atitudes do professor procuram proporcionar continuidade, acolhimento e elaboração das vivências, visando favorecer a metabolização das angústias dos alunos, que emergem nas experiências do curso médico e promover integração e evolução emocional.

“Conhecer pessoas” é o mote do curso que pretende aprofundar o contato dos alunos com as diferentes áreas que historicamente têm se interessado pelo conhecimento e equacionamento dos dilemas humanos. As aulas, em pequenos grupos (20 alunos), visam facilitar o contato entre professores e alunos e favorecer ampla participação.

Através da discussão das contribuições das diferentes áreas de conhecimento como mitologia, filosofia, psicologia, sociologia, antropologia, história, bem como, produções ligadas à arte, como literatura, teatro e cinema, procuramos sensibilizar os alunos para o imenso manancial que estas áreas produziram para o conhecimento das pessoas, seus conflitos e dilemas.

Por exemplo, através da abordagem da psicologia acessar conhecimentos do desenvolvimento da personalidade, seus momentos críticos, progressões e regressões, demonstrando a ajuda que estes conhecimentos podem proporcionar na detecção de fatores e situações de risco que contribuam para a saúde e a doença, bem como as reações da pessoa frente ao adoecer.

Estes mesmos conhecimentos podem ser muito enriquecidos através de contato com manifestações ligadas à arte.

Assim, se queremos um retrato vivo de como se sente e o que se passa com um doente e seu entorno, bem como uma visão crítica dos médicos e da medicina, a leitura de “A morte de Ivan Ilitch” (Tolstoi, 1998) pode ser muito enriquecedora. No texto de psicologia, sociologia, antropologia, vamos encontrar mais informação conceitual, na literatura (nos bons escritores) encontraremos uma visão aguçada da “vida como ela é”:

O clínico dizia: isto e aquilo indicam que o senhor tem isto ou aquilo; mas se o exame não confirmar que o senhor tem isto ou aquilo, devemos levantar a hipótese de ter isto ou aquilo... Ivan Ilitch só se preocupava com uma coisa: o que tinha era grave ou não? O doutor, porém, não ligava para a descabida pergunta. Do seu ponto de vista, o capital era decidir entre um rim flutuante, uma bronquite crônica ou uma afecção do ceco. Não estava em pauta a vida de Ivan Ilitch, mas sim decidir pelo rim ou pelo ceco. E o facultativo, brilhantemente resolveu, segundo pareceu a Ivan Ilitch, a favor do ceco... Exatamente o que Ivan Ilitch fizera mil vezes, e com o mesmo brilhantismo, em relação a um acusado. De maneira igualmente brilhante, o médico fez sua conclusão e, triunfante, e até jubilosamente, olhou por cima dos óculos para o acusado. Mas Ivan Ilitch, pela conclusão científica, inferiu que as coisas andavam mal para o seu lado, embora isso fosse indiferente para o médico e talvez para todo mundo. (p. 37)

Se quisermos conhecer mais sobre o médico, sua personalidade e as vicissitudes do exercício da medicina podemos estudar uma série de textos (psicológicos, sociológicos, antropológicos), mas se, complementarmente, fizermos uma reflexão sobre o mito de Asclépio e seu tutor Chiron (o curador-ferido) com certeza sairemos bastante enriquecidos.

Por outro lado, se desejamos saber como se sente um médico quando adocece, estes trechos do livro “O médico doente” de Dráuzio Varela (2007) são uma amostra de quão instigante pode ser a sua leitura:

“Basta cair doente para que todos se considerem no direito de dar ordens: Já para a cama”; “Não saia no sereno”; “Vista o agasalho”. O mais humilhante é obedecer com a docilidade dos cordeiros, porque a doença tem o dom de nos fazer regredir ao tempo em que nos entregávamos indefesos aos cuidados maternos. “Na cadeia, vi muito assaltante de renome clamar pela mamãezinha na hora da dor” (p. 19).

Ou:

Um técnico do laboratório passou um garrote para colher sangue e ligar o frasco do soro: “Vou dar uma picadinha”. Foi o primeiro de uma série infindável de diminutivos que viriam a ser pronunciados. Achei graça porque me lembrei de meu sogro, engenheiro agrônomo que se orgulhava de ter passado a vida a abrir fazendas e a desbravar rincões longínquos. Quando esse homem à moda antiga saiu do centro cirúrgico depois de uma operação de catarata e lhe perguntei se havia sentido dor, respondeu: “Dor é o de menos; duro é ouvir ‘Abre o olhinho’, ‘Fecha o olhinho’ e ser obrigado a ficar quieto”. O emprego do diminutivo infantiliza o cidadão. Deitado de camisola e pulseirinha, sem forças para agir por conta própria, cercado de gente que diz: “Vamos tomar um remediinho”; “Abre a boquinha”; “Levanta a perninha” há maturidade que resista? (p. 25)

Ou ainda:

As quatro pessoas mais próximas de mim, de quem eu morria de saudades ao me afastar por poucos dias que fosse, haviam perdido o significado afetivo. Não que tivessem se tornado estranhas; continuavam íntimas, mas os laços emocionais que me ligavam a elas já não existiam. Tinha visto pacientes dar a impressão que se desligavam dos familiares nos dias que antecedem a morte. Um deles descreveu com ênfase esse alheamento: “Meus filhos não significam mais nada. Meus netos parece que nunca existiram”. Fiquei chocado ao ouvi-lo. Julguei haver uma frieza nas relações familiares daquele homem, muito diversa do amor e da intimidade que caracterizavam as minhas. No lugar dele, imaginei que não suportaria a dor da separação iminente. Julgamento equivocado. Para mim, também, minha neta Manoela era uma figura abstrata. (p. 118)

Durante o curso, assistimos e discutimos alguns filmes, entre os quais: Freud Além da Alma, Os Quatro Diamantes e Uma Lição de Vida.

O primeiro, desperta muito interesse dos alunos pela postura investigativa do médico recém-formado Sigmund Freud na busca de entendimento dos quadros histéricos. O filme serve como ilustração para discutir com os alunos noções básicas de Psicanálise e sua contribuição para o conhecimento das pessoas.

O filme, Os Quatro Diamantes (dirigido por Peter Werner, 1995) é baseado em história real e mostra a luta de um menino e sua família com um uma doença grave (câncer). O menino Christopher que costuma fantasiar ser cavaleiro da Távola Redonda é obrigado, em função da descoberta de um câncer, a fazer uma quimioterapia durante suas férias escolares. Ao retornar às aulas ao invés da tradicional redação “o que fiz nas férias de verão” é liberado pelo professor para escrever uma história de ficção. Envolvendo, em suas fantasias de cavaleiro, médicos e familiares, aborda a luta que trava com sua doença. Este filme sensibiliza muito os alunos, promovendo ampla discussão sobre a comunicação da médica com seu paciente e as diversas reações ao adoecer.

O filme uma Lição de Vida (dirigido por Mike Nichols, 2001) mostra a luta de uma professora universitária que leciona poesia inglesa e recebe, através de um oncologista e pesquisador famoso, a notícia de que tem um câncer de ovário em estágio avançado. A professora, ela própria, mantinha um relacionamento frio e distante com os seus alunos e, na posição de paciente, se vê exposta ao mesmo tratamento que lhes dispensava. O tratamento e a evolução de sua doença lhe permitem rever sua vida e sua forma de se relacionar.

O filme propicia a discussão da relação e comunicação médico-paciente, das fases do adoecer, consentimento informado, autonomia e ética em pesquisa.

Na literatura, um dos textos que temos utilizado é o conto “O Espelho” (1882) de Machado de Assis (Brayner, 1981), autor conhecido pelo olhar minucioso sobre o comportamento humano. Neste conto, o personagem, ao receber um posto militar, é surpreendido pelo respeito e destaque que recebe quando está fardado. Ser visto fardado torna-se necessidade, a ponto de provocar uma intensa angústia, frente a um sentimento de não-existência, quando o personagem fica sozinho por um breve período. O uniforme militar serve como metáfora para se discutir o uso do avental branco, sua interferência nos relacionamentos e o respeito a ele conferido. Numa avaliação do curso, a maioria dos alunos considerou a leitura e discussão deste conto como um dos momentos mais marcantes, tendo

em vista a mobilização que produziu para ajudá-los a refletir sobre o papel que ocupam e as vivências despertadas quando em contato com os pacientes. Perceber, desde a entrada no curso médico, a responsabilidade e o poder que os pacientes lhes conferem mobiliza emoções intensas. Numa das classes, ao discutir o conto, um aluno comentou sobre o “poder” que sentia ao vestir seu avental:

Num dia em que fomos observar o trabalho numa Unidade Básica de Saúde, eu estava chegando – já de avental – e dois pacientes brigavam na porta para ver quem entrava primeiro. Ao me verem, pararam de brigar e abriram espaço para que eu passasse. Assim que eu passei, voltaram a discutir.

O relato deste aluno trazia o espanto de se deparar com tanto poder para “abrir seu caminho”, mostrando, ao mesmo tempo, sua satisfação com todo o respeito que lhe era dirigido.

Assim como este fato relatado, os anos de graduação médica despertam inúmeras vivências intensas que necessitam espaços de discussão, suporte e elaboração. As aulas de Psicologia Médica favorecem que estas vivências possam ser ventiladas e o tema “conhecer pessoas” abordado durante todo o semestre, de diversas maneiras: os alunos observam os outros, a si próprios e aos pacientes. Isto foi apontado por diversos alunos em suas avaliações:

A habilidade que mais desenvolvi foi a de observar a mim mesma e refletir mais sobre isso. Ao longo do curso descobri muito sobre mim mesmo e isso foi algo que me assustou. Percebi que Psicologia Médica é muito importante e deve ser trabalhada durante toda a vida.

Outra atividade marcante é o trabalho final cujo tema é “Conhecendo pessoas: uma ciência, uma arte”. O trabalho é proposto já no início do curso e os alunos se dividem em grupos (de 6 a 7 alunos), com a tarefa de elaborar, focados no tema, uma apresentação para o resto da turma. Eles são estimulados a utilizar recursos tanto da ciência como da arte na formatação do trabalho. A forma e apresentação são muito variadas: montagem de cenas de teatro, produção de filmes, entrevistas, etc. A experiência promove a aproximação a um campo de conhecimento a partir de uma abordagem pouco habitual para um estudante de medicina, envolvendo um importante componente lúdico. Também proporciona oportunidade de exercitar o trabalho em grupo e conhecer melhor a seus colegas e a si mesmo (De Marco *et al.*, 2011).

Estes trechos nos fornecem uma noção das repercussões do trabalho final:

Vejo que através de tudo o que passamos durante o processo de construção do trabalho final, aprendi um pouco mais o que é ser médico. Ser médico é muito mais do que aprender técnicas, é uma arte de conhecer o outro (...) E essa arte não se aprende de uma só vez, mas continuamente, num processo eterno, porque não só uma pessoa é diferente da outra como o mesmo paciente que conhecemos hoje pode ser outro amanhã. Estamos em constante mudança.

Gostei muito de ter feito o trabalho final do curso. Revi e acrescentei conhecimento numa área que, repito, acredito ser de extrema importância na subjetividade médica. Pude relembrar diversos aspectos colocados em sala durante o curso e, assim, começar a finalizar a primeira de muitas etapas em meu aprendizado de psicologia médica.

Este modelo de curso tem sinalizado que a utilização conjunta de recursos das ciências e das artes tem grande potencial para instrumentalizar vivências e reflexões no futuro profissional, tendo em vista contribuir para um desenvolvimento pessoal e profissional incorporado e uma abertura crítica e aberta frente ao imenso desafio de abertura para o contato com a condição humana (De Marco *et al.*, 2011).

As palavras de alguns alunos ilustram a contribuição do curso em instrumentalizá-los e estimulá-los para este grande desafio:

Há muitas coisas e sentimentos atrás dos atos, atitudes e da própria identidade das pessoas. Conhecer pessoas é um desafio maior do que imaginávamos e um aprimoramento interminável.

Fazemos nossas essas palavras finais.

REFERÊNCIAS

- Bion, W.R. (1991). *O Aprender Com A Experiência*. Rio De Janeiro: Editora Imago.
- (1992). *Cogitações*. Rio De Janeiro: Editora Imago.
- Brayner, S. (org.) (1981). *O Conto de Machado de Assis: antologia*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Damásio, A. (1996). *O Erro de Descartes*. Ed. Cia. da Letras, São Paulo.
- (2011). *E o Cérebro Criou o Homem*. Ed. Cia. da Letras, São Paulo.
- De Marco, M. A. (2003). *A Face Humana da Medicina*. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- , A. C. Lucchese, C. C. Dias, C. C. Abud, L. A. Nogueira-Martins (2009). “Semiologia Integrada - uma experiência de aproximação antecipada e integrada à prática médica”. *Revista Brasileira de Educação Médica* 33, pp. 282-290.
- , A. L. Vessoni, A. Capelo, C. C. Dias (2010). “Laboratório de comunicação: ampliando as habilidades do estudante de medicina para a prática da entrevista”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 14(32), pp. 217-227.
- , M. V. Degiovani, D. M. C. Gallian, A. C. Lucchese (2011). “Conhecendo pessoas uma ciência, uma arte: Breve relato de uma experiência na Graduação Médica da EPM-UNIFESP”. *Interface* 15, pp. 1219-1222.
- , Abud, C.C., Lucchese, A.C., Zimmermann, V. (2012). *Psicologia Médica: Abordagem Integral do Processo Saúde-Doença*. Ed. Artmed, Porto Alegre.
- Dixon, T (2012). “Emotion”. *The History of a Keyword in Crisis Emotion Review* 4, p. 338. Originally published online 2, doi:10.1177/1754073912445814.
- Gomes, R.M. e L. B. Schraiber (2011). “A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 15, pp. 336-350.
- Grant, V. J. (2002). “Making room for medical humanities”. *Med. Humanities*, 28, pp. 45-48.
- Hoffman, M.L. (2000). *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*. New York: Cambridge University Press.
- Hunter, P. (2010). “The basis of morality”. *EMBO reports* 11, pp. 166–169, doi:10.1038/embor.2010.19.
- Jung, C. G. (1987). *O Eu e o inconsciente*. Petrópolis: Vozes.
- Kesselring, T. (2006). “Ética e Emoções Morais”. *Cadernos IHU Ideias*, 4(52).
- Llanes, M. E. M. (2011). “Ciencias Sociales y Humanísticas en la formación médica”. *Rev. Hum. Med.* 11(1). Ciudad de Camaguey.
- Macgowan, P.O. e M. Szyf (2010). “The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes”. *Neurobiol Dis.* 39(1), pp. 66-72, doi:10.1016/j.nbd.2009.12.026.
- Macnaughton, J. (2000). “The humanities in medical education: context, outcomes and structures”. *Med. Humanities* 26, pp. 23-30.
- Molnar-Szakacs, I. (2011). “From actions to empathy and morality – A neural perspective”. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 77, pp. 76–85.
- Murgatroyd, C. e D. Spengler (2011). “Epigenetics of early child development”. *Front. Psychiatry*. 2, 16, doi:10.3389/fpsy.2011.00016.
- Nunes, E. (2006). “Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto”. Em: G. W. de S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. Drumondjr e Y. M. Carvalho, *Tratado de saúde coletiva* (pp. 295-315). Rio de Janeiro, Hucitec, Fiocruz.
- Osler, W. (1950). *Aphorisms from his bed side teachings and writings*. Collected by Robert Bennett Bean; edited by William Bennett Bean. New York, Henry Schuman, Inc.

- Rees, G. (2010). “The Ethical Imperative of Medical Humanities”. *J. Med. Humanit.*, 31, pp. 267–277.
- Rios, I. C. e L. B. Schraiber (2011). “Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno”. *Interface* (Botucatu. Impresso), v. 15, p. 39-52.
- Schraiber, L. B. (1997). “No Encontro da Técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina”. *Interface*, 1(1), pp. 123-140.
- Tapajós, R. (2002). “A introdução das artes nos currículos médicos”. *Interface* (Botucatu. Impresso), 6(10), pp. 27-36.
- Tolstoi, L. (1998). *A Morte de Ivan Ilitch*. São Paulo: Publifolha.
- Varella, D. (2007). *O Medico Doente*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Whitmont, E. C. (1995). *A Busca do Símbolo*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Winnicott, D.W. (2000). *Da Pediatria à Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.

SOBRE OS AUTORES

Mario Alfredo De Marco: Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP), onde tem desenvolvido inúmeras atividades de ensino, pesquisa, extensão e administrativas, tendo implantado vários serviços e ocupado cargos universitários e de coordenação de disciplinas, serviços, cursos e programas. Sua principal linha de trabalho envolve a aplicação dos conhecimentos do campo da Saúde Mental ao campo das práticas e formação em saúde. É graduado em Medicina pela Escola Paulista de Medicina (1972) onde completou a residência em psiquiatria (1974). Tem título de especialista em Psiquiatria pela Associação Brasileira de Psiquiatria (1975) e em Psicanálise pela Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica e International Association for Analytical Psychology (1983). É mestre em Psiquiatria e Psicologia Médica (1993) e Doutor em Ciências (2005) pela Universidade Federal de São Paulo. É professor-orientador dos Programas de Pós-Graduação “Ensino em Ciências da Saúde” do CEDESS da UNIFESP e “Saúde Coletiva” do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP. Tem experiência na área de Psiquiatria, Psicologia Médica, Psicanálise e Psicossomática pesquisando e publicando sobre temas relacionados a metodologia de ensino na área de saúde, intervenções integradoras no campo da saúde (Interconsulta, Programas de Ligação, Comunicação e capacitação profissional, Humanidades Médicas) e prevenção e assistência à saúde do profissional de saúde. É coordenador do Serviço de Atenção Psicossocial Integrada em Saúde (SAPIS) do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Mariella Vargas Degiovani: Coordenadora da Psicologia da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Sao Paulo - HU-UNIFESP, Professora de Psicologia Medica, Tutora E preceptora da Reside.