

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE MEDICINA**

LUIZ FERNANDO REIS ROMÃO

A LITERATURA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

**FLORIANÓPOLIS
2020**

Luiz Fernando Reis Romão

A LITERATURA NA FORMAÇÃO DO MÉDICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a conclusão do curso de Graduação em Medicina.

Orientador: Prof^a. Dra. Suely Grosseman

Florianópolis, 2020

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Romão, Luiz Fernando Reis
A literatura na formação do médico / Luiz Fernando Reis
Romão ; orientadora, Suely Grosseman, 2020.
47 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. Medicina e Literatura. 3. Humanização.
4. Medicina Narrativa. 5. Ética. I. Grosseman, Suely. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em
Medicina. III. Título.

Luiz Fernando Reis Romão

A literatura na formação do médico

Este Trabalho Conclusão de Curso foi julgado adequado e aprovado em sua forma final pelo Curso de Medicina.

Prof. Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho
Coordenador do Curso

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Suely Grosseman
Orientadora

Profa. Dra. Denise Neves Pereira
Avaliadora

Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo
Avaliador

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Zenilde, pelo constante incentivo, apoio e confiança; e por ser uma personificação da dedicação e do amor em minha vida.

Aos meus familiares, amigos e amigas que, de perto ou de longe, acompanharam minha trajetória neste curso e que, de alguma maneira, foram exemplos de humanização em minhas vivências, ensinando-me, acolhendo-me e me inspirando desde sempre.

À profa. Renata Palandri, pelos encontros e conversas sempre instigantes que ajudaram a guiar a minha investigação. Agradeço imensamente por ter me apresentado à Medicina Narrativa e por não deixar esmorecer em mim a ideia de uma medicina humanista.

À profa. Suely Grosseman, não apenas por sua orientação neste trabalho, mas também por ser um exemplo de competência, respeito, sensibilidade e empatia. Sinto-me privilegiado por ter feito parte da minha história.

Aos professores Luiz Cutolo e Denise Neves, membros da banca examinadora, que demonstraram tanto respeito e apreço à minha escrita. Fiquei muito tocado por suas considerações acerca do meu trabalho.

À Literatura que há décadas me acompanha com seus autores, temas, personagens e enredos, permitindo-me entender melhor o mundo e a mim mesmo. Sem ela nada disso seria possível.

RESUMO

A Literatura e Medicina possuem convergências: ambas utilizam a linguagem para compreender o outro; e partem da narrativa para criar e recriar a realidade. Considerando a potencialidade de se repensar a prática clínica e formação médica atuais, este trabalho teve por objetivo elaborar um ensaio que contempla três pontos de convergência entre a Literatura e Medicina no âmbito interdisciplinar: (i) humanização; (ii) narrativa; (iii) e ética. A partir de uma revisão bibliográfica e da leitura de textos literários, mostramos que contemplar a narrativa de forma mais atenta nos permite identificar os elos entre Medicina e Literatura. Isso propicia aos médicos e estudantes de Medicina refletir sobre suas ações, princípios e percepções; e a compreender melhor as experiências singulares de cada ser humano, incluindo o processo de ressignificação da doença e do sofrimento de seus pacientes.

Palavras-chave: Medicina e Literatura; Humanização; Medicina Narrativa; Ética

ABSTRACT

Literature and Medicine have convergences: they both use language to understand the other and through narrative they create and recreate reality. Considering the potentiality to rethink current clinical practice and medical training, the aim of this study was to write an essay that attempts three points of convergence between Literature and Medicine in the interdisciplinary scope: (i) humanization; (ii) narrative; (iii) and ethics. From a bibliographic review and reading of literary texts we have argued that close reading of narrative may help us identify links between Medicine and Literature. It allows doctors and medical students to reflect on their actions, principles and perceptions and to better recognize the unique experiences of each human being, including the process of reframing the disease and the suffering of their patients.

Key words: Medicine and Literature; Humanization; Narrative Medicine; Ethics

SUMÁRIO

I.	INTRODUÇÃO	10
	OBJETIVO	12
II.	MÉTODO	13
III.	HUMANIZAÇÃO, MEDICINA E LITERATURA	14
IV.	MEDICINA E LITERATURA COMO NARRATIVAS DE SI E DO OUTRO	25
V.	A DIMENSÃO ÉTICA DA MEDICINA E DA LITERATURA	35
VI.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
VII.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

The job of the twenty-first century is the discovery of the person — finding the sources of illness and suffering within the person, and with that knowledge developing methods for their relief, while at the same time revealing the power within the person as the nineteenth and twentieth centuries have revealed the power of the body. (CASSEL, 2004, p. VIII)¹

INTRODUÇÃO

Cacos

Que são palavras
a não ser cacos
do real (esse caos:
o vir-a-ser linguagem?)

E o poema: um cacto
espetando o caos:
colagem de cacos:
o ser da linguagem.²

O poema “Cacos”, de Antônio Morais de Carvalho, ao indagar sobre as palavras, nos coloca diante da ideia de linguagem enquanto representação da realidade: as palavras são cacos, fragmentos da realidade. O real é meramente caos à espera da existência, que se materializa por meio da linguagem: o “vir-a-ser da linguagem”. Assim, a linguagem passa a ser instrumento de organização da realidade, de ordenação do caos. É através das palavras que tecemos as experiências do real. Nesse sentido, o poema, esse conjunto de cacos simbolizado pela figura insólita do cacto, ao espetar a realidade torna-se uma reprodução dela. Sob esse prisma, a Literatura torna-se *Mimesis*, uma imitação da realidade, uma representação do universo perceptível, tal como aborda Aristóteles em sua “Poética”³.

Não é só na Literatura que a linguagem, enquanto narrativa, funciona como instância constitutiva e construtiva. A linguagem é o passo inicial no processo de comunicação na prática médica. É a partir da linguagem enquanto narrativa que ocorre o encontro entre médico e paciente. A consulta médica inicia com a construção de uma narrativa. A escuta do outro antecede quase sempre a ausculta cardíaca ou pulmonar.

Dessa forma, percebemos que a Literatura e a Medicina partilham de um mesmo território. Ambas lidam com a palavra para compreender a realidade, o outro

que se expressa nas entrelinhas de uma narrativa. A Medicina maneja a palavra como um instrumento terapêutico, para lidar com a doença, com a vida e a morte. Já a Literatura trabalha com a palavra como um recurso estético na representação da realidade, resgatando assim nossa humanidade.

A inter-relação entre Medicina e Literatura é um dos principais aspectos das Humanidades Médicas – campo de estudo que nas últimas décadas tem sido mais abordado nos currículos de várias escolas médicas⁴. Contudo, essa temática ainda é pouco debatida no meio acadêmico brasileiro⁵. A relação entre texto e Medicina não faz parte da maioria dos planos e programas dos cursos de saúde, ainda que seja pertinente se pensar na prática médica como uma prática narrativa, que se concretiza nas histórias que os pacientes contam sobre seu processo de adoecimento, bem como nas histórias que os médicos recontam a partir de suas interpretações sobre o relato de seus doentes.

Narrativas expressam experiências, vivências pessoais. Portanto, são construídas a partir de subjetividades. Tal como na ficção, em que temos a figura do autor que seleciona o material a partir dos seus princípios idiossincráticos e organiza-o na busca de coerência e inteligibilidade, os relatos médicos englobam pontos de vistas subjetivos. A própria linguagem não é neutra, pois incorpora aspectos sociais e culturais, quando expressa o sofrimento dos pacientes e suas tentativas de reconstruir suas vidas a partir das suas experiências.

Bakhtin⁶, em sua obra “Marxismo e Filosofia da Linguagem”, concebe a comunicação como um processo de interação social, no qual palavra/enunciado/discurso expressa as experiências e os conhecimentos dos indivíduos a partir de seus contextos sócio-históricos. A linguagem não é entendida como um sistema imutável e abstrato de signos que apenas transmite informações; mas torna-se uma instância dinâmica, ativa e interativa ao estabelecer o contato entre indivíduos – locutor e interlocutor; criando o diálogo. Em sua essência, a comunicação é considerada dialógica, pois o ato de falar ou escrever retoma não apenas as ideias que o sujeito internalizou em sua consciência, mas expressa também as ideias externas a esse sujeito, que circulam em suas relações sociais, que inevitavelmente remetem ao outro. Quando falamos sobre um tema, quando criamos um enunciado ou um discurso, temos sempre em mente outras falas, outros enunciados, outros discursos. Toda fala/enunciado/discurso constitui-se a partir de

outra fala/enunciado/discurso. Assim, a fala de um indivíduo resulta de um embate de múltiplas vozes; é polifônica por fazer ecoar vozes sociais plurivalentes, do passado e do presente, com seus interesses, saberes, ideologias e visões de mundo. Os sujeitos constituem sua linguagem a partir das palavras alheias de outros sujeitos, por meio da interação verbal, através da interação com o outro. Para Bakhtin, a palavra (e em um sentido amplo a própria linguagem):

é determinada tanto pelo fato de que procede de alguém, como pelo fato de que se dirige para alguém. Ela constitui justamente o produto da interação do locutor e do ouvinte. Toda palavra serve de expressão a um em relação ao outro. Através da palavra, defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, em relação à coletividade. A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apóia sobre mim numa extremidade, na outra apóia-se sobre o meu interlocutor. A palavra é o território comum do locutor e do interlocutor. (BAKHTIN, p. 115)⁶

A partir dessas reflexões, podemos dizer que a entrevista médica e os registros de anamneses em prontuários, bem como outras modalidades de narrativas médicas, tornam-se processos de reflexão, interpretação e subjetividades. Nesse ponto, Medicina e Literatura se encontram como possibilidades de se pensar a partir da linguagem, através da narrativa.

Considerando a potencialidade de se repensar a prática clínica e a formação médica atuais a partir de reflexões sobre a relação entre a Literatura e a Medicina, **o objetivo deste trabalho** foi apresentar um ensaio incluindo três pontos de convergência entre a Literatura e Medicina no âmbito interdisciplinar: (i) a ideia de humanização presente no exercício da Medicina e na expressão da Literatura; (ii) a narrativa enquanto elemento intrínseco à prática literária e como recurso inerente ao encontro entre médico e paciente; (iii) e a dimensão ética do ato médico e do texto literário.

I. MÉTODO

A abordagem metodológica desse estudo consistiu em uma revisão bibliográfica e na leitura de textos literários, pois entendemos que a análise e interpretação de diferentes tipos de narrativas ficcionais e não-ficcionais são importantes para demonstrar de modo mais profundo as ideias abordadas.

O ensaio está foi disposto em três tópicos. No primeiro, apresentamos o debate sobre a humanização no atendimento em saúde que, apesar de assumir diversos sentidos nas práticas de saúde, revelam o compromisso do profissional em conceber o paciente de forma ampliada, considerando suas subjetividades no cuidado a sua saúde. Além disso, abordamos como a noção de humanização também é contemplada pela Literatura, ao possibilitar a reflexão do homem por meio da leitura da obra literária, recriando a realidade através de histórias e representando a vida com seus valores sociais, culturais e humanísticos.

No segundo tópico, discorremos sobre a prática médica como prática narrativa, situando-a na ótica da Medicina Narrativa. Trata-se de uma abordagem inovadora para o estudo da Medicina que visa desenvolver a competência narrativa do médico – a capacidade de ouvir a narrativa do doente de forma mais atenta e, assim, apreender e interpretar seus significados para atuar no cuidado à saúde de modo mais significativo.

A partir do terceiro tópico, desenvolvemos a ideia de ética e abordamos suas implicações para a prática médica. Fazendo uso de textos literários, mostramos a dimensão da ética tanto na Literatura quanto na Medicina, ao entender a ética enquanto um elemento inerente ao exercício da Medicina e prática da Literatura; e como um recurso para se refletir acerca de nossos princípios, de nossas relações interpessoais, de nossas posições em relação ao outro e à sociedade.

II. HUMANIZAÇÃO, MEDICINA E LITERATURA

O avanço do conhecimento científico e a incidência de novas tecnologias das últimas décadas têm transformado nossas vivências de maneira avassaladora, modificando constantemente nossas percepções da realidade que nos circunda, bem como nossos comportamentos e hábitos sociais. Ao analisar esse impacto na Medicina, percebe-se que os avanços tecnológicos representam importantes contribuições para se promover saúde, por permitir o advento de novos conceitos e teorias no campo da fisiologia humana, biologia celular e molecular, integrando conhecimentos da física, química e farmacologia na construção de sofisticados equipamentos que mostram o corpo humano em seus ângulos mais inusitados. Cada vez mais a tecnologia faz parte das práticas de saúde, transformando nosso ambiente e nosso corpo, e contribuindo para que as Ciências Médicas ou Biomédicas ocupem a posição mais notável da Modernidade, já que se propõe a resolver não só os problemas e patologias que ela mesma produziu, mas também vencer o grande dilema presente na história da humanidade que é a superação da dor, do sofrimento e da morte. Contudo, em um movimento inverso, constata-se uma minoração da dimensão humana, com seus aspectos sociais e culturais, nas relações de profissionais de saúde entre si e destes com os usuários dos serviços de saúde⁷.

Nesse contexto surge o debate sobre a humanização no atendimento em saúde, que nas últimas décadas tem sido incorporado gradativamente nas políticas públicas de saúde e nas novas propostas educacionais para a formação dos profissionais dessa área. A noção de humanização já assumiu diversos sentidos nas práticas de saúde, assim como em estudos e pesquisas brasileiros. Ayres⁸ revela que o termo foi abordado em vários documentos veiculados pelo Ministério da Saúde relacionado a: qualidade do atendimento, aliando excelência técnica à capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais da área da saúde; melhoria da capacidade de comunicação entre os serviços de saúde e seus usuários; violência institucional. Nos anos 2000 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)⁹, que propunha um conjunto de ações integradas a fim de aprimorar a assistência

médica nos hospitais públicos do Brasil. Com sua extinção em 2003, o PNHAH ganha uma dimensão de política pública de saúde e se transforma na Política Nacional da Humanização (PNH)¹⁰, ampliando suas esferas de atuação e afirmando a necessidade de se fortalecer os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e de se valorizar os usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde.

Corroborando essa noção ampliada de humanização, Heckert et al.¹¹ afirmam que o termo humanização é polissêmico, assumindo diversos significados e percepções, tanto no uso corriqueiro da expressão quanto no emprego da palavra em trabalhos acadêmicos. Dentre as acepções mais comumente utilizadas por profissionais de saúde e usuários, encontram-se as ideias de humanização como: “tratar com respeito e carinho, amor, empatia, capacidade de colocar-se no lugar do outro, acolhimento, aceitação do outro, diálogo, tolerância, tratar do outro com respeito e educação, aceitar as diferenças, resgatar a dimensão humana nas práticas de saúde” (p. 496)¹¹. Humanizar também é relacionado a “acolhimento resolutivo, participação no SUS, corresponsabilidade, inclusão, controle social, ética, não discriminação, transformar o SUS, valorização do trabalhador” (p. 496)¹¹.

Nas produções acadêmicas, humanização pode apresentar-se, sobretudo, em dois eixos¹¹. No primeiro, humanização é concebida como vínculo entre profissionais e usuários, que se concretiza em ações baseadas na compreensão e valorização dos sujeitos. Nessa concepção, humanização também se relaciona a atitude ética e humanitária, estabelecida a partir da escuta sensível e compreensiva, e da ação ética. Trata-se de uma humanização que se insere no âmbito das relações interpessoais. No segundo eixo, humanização está vinculada à qualidade do cuidado, incluindo a valorização dos profissionais da saúde e o reconhecimento dos direitos dos usuários. Assim, as ações de humanização se destinam a melhorar a estrutura física dos serviços de saúde, viabilizar a presença de acompanhante nas consultas e internações, bem como capacitar e formar profissionais de saúde.

Para Gallian et al.⁷, de maneira geral, humanização é concebida como ações e atitudes que propiciam melhorias nas relações dos profissionais de saúde entre si e deles com seus pacientes, implicando respeito, consideração e atenção nas relações estabelecidas entre os indivíduos. Contudo, os autores apontam para a ausência de uma fundamentação teórica em uma perspectiva histórica e principalmente filosófica

nos vários discursos e práticas de humanização. A discussão sobre humanização, por vezes, focaliza comportamentos e atitudes, ignorando a ideia de humanizar enquanto um valor moral e ético, em um âmbito filosófico e cultural, que contemplem a perspectiva de mundo, de vida e de existência humana, bem como as subjetividades de cada indivíduo. Desse modo, humanizar trata-se de algo que precede as atitudes e comportamentos, dizendo respeito a uma formação de um sujeito ético-moral.

Essa limitação, no contexto atual de uma cultura científico-tecnicista, faz com que os conceitos de humanismo ou humanidade sejam abordados nas novas propostas educacionais dentro de um conjunto de conteúdos e técnicas que precisam ser incorporados pelos alunos de uma forma sistemática, mecânica, em uma grade curricular já saturada e exigente, aumentando a angústia e ansiedade dos alunos. Assim, ao tratar a humanização apenas em seu caráter de mudança, como aprimoramento de comportamentos, em uma lógica de desenvolvimento de competências e habilidades cognitivas, o sujeito, no intuito de humanizar, acaba paradoxalmente desumanizando o outro, visto que desconsidera a dimensão ética, moral, cultural, histórica, e filosófica da humanização⁷.

Nessa lógica, Ayres⁸ também procura contemplar a humanização em um sentido mais amplo, que inclua uma perspectiva filosófica, em que o ideal de humanização represente um compromisso em promover, por meio das ciências e tecnologias em saúde, valores relacionados à felicidade humana e democraticamente aceitos como um bem comum. O autor reconhece a necessidade de “expandir as preocupações das práticas de saúde desde este seu núcleo mais instrumental até o seu conteúdo relacional e formativo” (p. 550)⁸, em que o cuidar da saúde seja discutido enquanto encontros de subjetividades socialmente determinadas, nos quais aflorem não apenas as necessidades de saúde, mas também as noções do que se entende por boa vida e o modo moralmente aceito de adquiri-la.

Conceber os indivíduos com suas dimensões subjetiva, ética e moral, no processo de humanização à saúde nos leva a reconhecer a importância de se identificar e abordar os fatores sociais que envolvem esses indivíduos, uma vez que estruturas, processos e valores sociais podem determinar os modos de agir, pensar e sentir das pessoas. Esse âmbito social do atendimento à saúde encontra projeção

nas reflexões de Kumagai¹² acerca da formação médica. O autor identifica uma função social na profissão do médico, em que este seja capaz de perceber os obstáculos no acesso aos cuidados de saúde encontrados por comunidades desprivilegiadas. Essa função deve ser considerada na prática médica para que, de fato, a relação médico-paciente seja humanizada e assegure seu compromisso com a felicidade humana. A compreensão desse papel social do médico não se restringe a um processo cognitivo, mas se trata de um envolvimento pessoal profundo e permanente com a Medicina enquanto atividade social e moral.

Kumagai¹² considera a Medicina, em sua essência, uma ciência humana, que está à disposição das necessidades humanas para aliviar o sofrimento e aprimorar a saúde. Nessa perspectiva, a educação médica deve não apenas ensinar aos seus alunos conceitos biomédicos e habilidades clínicas, mas precisa capacitá-los a agir de forma ética, responsável, empática e justa. Isso se torna possível quando o médico busca compreender os contextos individuais e socioculturais nos quais seus pacientes estão imersos.

Por conseguinte, as propostas de humanização em saúde também precisam envolver o processo de formação dos profissionais. A aprendizagem na área da saúde ainda se apresenta predominantemente em um enfoque técnico, racional e individualizado, ignorando o exercício da crítica, criatividade e sensibilidade na produção de conhecimento¹³. Contudo, não se trata de negar ou desconsiderar os meios tecnológicos disponíveis nos atendimentos à saúde, a questão é saber reconhecê-los enquanto recurso e não concebê-los como finalidade da intervenção em saúde¹⁴.

A ideia de humanização está contida nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação em Medicina no intuito de delinear planos, programas e práticas de ensino. Nas DCNI determina-se que o graduado terá:

(...) formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (BRASIL, 2014)¹⁵.

As diretrizes também estabelecem que o aluno, na atenção à saúde, deve:

(...) considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social. (BRASIL, 2014)¹⁵.

Apesar dos projetos pedagógicos reconhecerem a relevância de se assegurar a humanização no âmbito do atendimento em saúde, as necessidades de saúde do paciente não são atendidas de forma plena. A relação médico-paciente por vezes é pautada na falta de atenção, desinteresse em acolher as demandas do paciente e em escutar sua história, frieza, falta de empatia, prescrição de medicamentos ou tratamentos que desconsideram a realidade do paciente. As teorias sobre a humanização na saúde ainda encontram muitas resistências para se concretizarem¹⁶.

Rios et al.¹⁷ chamam atenção para esse dilema no campo do ensino médico na atualidade: por um lado há o reconhecimento da humanização enquanto instância imprescindível na prática e formação do profissional de saúde; em contrapartida, existe uma enorme dificuldade de se integrar os temas das Humanidades nos currículos dos cursos de Medicina. A humanização é concebida como elemento essencial no *ethos* médico, contudo ainda é vista como um assunto descartável e desinteressante.

Não obstante, a problemática sobre a humanização do homem aparece de forma potencializada na Literatura, arte da linguagem que utiliza a palavra como matéria-prima de suas criações para recriar a realidade e representar a vida. Os estudos literários podem ser uma possibilidade de se pensar a prática humanizadora. A Literatura reconhece a humanização como elemento intrínseco da produção literária e do próprio conceito de Literatura, pois, tal como qualquer outra arte, é uma criação humana, uma produção do homem para o homem, por isso sua caracterização é complexa. O homem, enquanto ser histórico, tem anseios, necessidades, hábitos, costumes e valores que se modificam constantemente. Suas criações representam seu modo de ver a vida e de estar no mundo. Assim, a arte literária reflete as relações do homem com seus semelhantes e com o mundo. Dado que essas relações se transformam historicamente, a Literatura também se modifica, podemos dizer que ela se humaniza, visto que é sensível às particularidades de

cada época, aos modos de encarar a vida, de questionar a realidade, de organizar a convivência social e de problematizar a própria existência humana.

Antonio Candido (1918-2017), renomado crítico literário brasileiro, ao pensar o poder humanizador da Literatura, concebe humanização enquanto processo de reconhecimento daquilo que consideramos indispensável a nós e também indispensável ao outro. Isto é, a humanização se concretiza quando o indivíduo se conscientiza de que aquilo que é essencial para sua própria existência também o é para a existência do próximo¹⁸. Para ele a humanização:

(...) confirma no homem aqueles traços que reputamos essenciais, como o exercício da reflexão, a aquisição do saber, a boa disposição para com o próximo, o afinamento das emoções, a capacidade de penetrar nos problemas da vida, o senso da beleza, a percepção da complexidade do mundo e dos seres, o cultivo do humor. (CANDIDO, 2011, p.182)¹⁸.

O indispensável ao homem não se resume a bens que garantam a sobrevivência física, como alimentação, moradia, vestuário, instrução, saúde, liberdade individual, amparo da justiça pública, e resistência à opressão. Contudo, também contempla uma dimensão espiritual, que vê o homem em sua essência, em seu aspecto de formação enquanto sujeito, considerando o direito do indivíduo a suas crenças, suas opiniões, ao lazer, a ler obras literárias¹⁸. Dessa forma, a Literatura é entendida como um direito e uma necessidade, aquilo que não pode faltar ao indivíduo.

A leitura de textos literários desperta sensações, recria a realidade por meio de histórias, estimula a fantasia tão necessária e imanente à vida humana. Antonio Candido chama atenção para o fato de que quando abordamos a Literatura de forma ampla, considerando todas as criações de caráter poético, ficcional e dramático em todos os níveis de uma sociedade, de uma cultura, incluindo seu folclore, lendas, chistes, bem como as produções escritas mais elaboradas e mais complexas das grandes civilizações; percebemos que a Literatura é uma manifestação universal de todos os homens em todas as épocas. Assim, não há povo, não existe cultura, em que a Literatura não esteja presente como possibilidade do indivíduo entrar em contato com alguma espécie de fabulação, visto que, por meio da fantasia, os homens buscam compreender a si mesmos. Não há possibilidade de fugir do

universo onírico já que todas as noites enquanto dormimos sonhamos independentemente da nossa vontade¹⁸.

E durante a vigília a criação ficcional ou poética, que é a mola da literatura em todos os seus níveis e modalidades, está presente em cada um de nós, analfabeto ou erudito, como anedota, caso, história em quadrinhos, noticiário policial, canção popular, moda de viola, samba carnavalesco. Ela se manifesta desde o devaneio amoroso ou econômico no ônibus até a atenção fixada na novela de televisão ou na leitura seguida de um romance.

Ora, se ninguém pode passar vinte e quatro horas sem mergulhar no universo da ficção e da poesia, a literatura concebida no sentido amplo (...) parece corresponder a uma necessidade universal, que precisa ser satisfeita e cuja satisfação constitui um direito. (CANDIDO, 2011, p. 177)¹⁸.

Nessa perspectiva, a Literatura é concebida como um direito inalienável do homem, já que se torna um elemento fundamental para sua existência, fazendo parte da sua própria construção enquanto pessoa. A Literatura educa e forma o indivíduo de maneira ampla, pois a obra literária é uma instância aberta, cheia de possibilidades semânticas. Para Morin¹⁹ é “na literatura que o ensino sobre a condição humana pode adquirir forma vívida e ativa, para esclarecer cada um sobre sua própria vida.” (p. 49)¹⁹. O leitor se reflete no livro e aprende através de comparações e distanciamentos, estabelecendo relações e associações, imaginando realidades possíveis. No momento da leitura, o leitor mobiliza todas as suas capacidades cognitivas e afetivas: inteligência, cultura, informações, domínio da língua, experiências de vida e sensibilidade. Os diferentes textos literários com suas marcas linguísticas, figuras de linguagem e imagens, sensibilizam o leitor, evocando sentimentos por abordarem temas humanísticos; aproximando o ser humano de sua própria realidade, de sua essência²⁰.

Antonio Candido considera que a Literatura é “uma necessidade universal que deve ser satisfeita sob pena de mutilar a personalidade, porque pelo fato de dar forma aos sentimentos e à visão do mundo ela nos organiza, liberta-nos do caos e, portanto, nos humaniza” (p. 188)¹⁸. Negar o acesso à Literatura é negar o acesso a nossa própria humanidade. O autor reconhece a potência humanizadora da Literatura em suas três dimensões. Na primeira dimensão, a Literatura configura uma construção de objetos autônomos como estrutura e significado. Trata-se de pensar na obra literária enquanto objeto singular criado pelo artista. A maneira como

a mensagem é construída é crucial para identificarmos o caráter literário de uma obra. O artista age com precisão, selecionando palavras, combinando-as e ordenando-as de tal maneira que cria uma estrutura coesa e coerente. Para Antonio Candido, “Toda obra literária pressupõe esta superação do caos, determinada por um arranjo especial das palavras e fazendo uma proposta de sentido.” (p.180)¹⁸. Esse caráter de coisa organizada da obra literária, ainda que inconscientemente, organiza as nossas próprias mentes e sentimentos, tornando-nos mais capazes de ordenar nossa visão do mundo. Nesse ponto se manifesta o caráter humanizador da Literatura.

Na segunda dimensão da Literatura, a obra literária é entendida como uma forma de expressão, manifestando emoções e visões de mundo dos indivíduos e das coletividades¹⁸. O escritor torna-se um porta-voz do seu tempo e espaço, concedendo ao leitor a possibilidade de decifrar os mundos e realidades representadas pelo artista. Essa ideia se faz presente na crônica “Pausa” de Mário Quintana (1906-1994), quando este grande escritor brasileiro reflete sobre suas atividades de escritor e de leitor de poesia: “A verdade é que a minha atroz função não é resolver e sim propor enigmas, fazer o leitor pensar e não pensar por ele.”²¹

Na terceira dimensão abordada por Antonio Candido, a Literatura trata-se de uma forma de conhecimento, que permite ao homem se instruir ainda que seja de forma difusa e inconsciente¹⁸. Assim, a Literatura nos faz perceber a vida, enxergar a realidade por meio da ficção. Nesse sentido, é pertinente retomar a epígrafe de José Saramago (1922-2010), escritor português dos mais expressivos da Literatura em língua portuguesa: “Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara”²².

Essa epígrafe, presente no romance “Ensaio sobre a Cegueira” que foi lançado em 1995, convida-nos a sofisticar nosso olhar, nossa percepção, a fim de notar as coisas com mais profundidade; sair da superficialidade e da concretude da realidade que nos rodeia. Essa motivação acaba por se tornar o objetivo das personagens do romance. No livro de Saramago, a narrativa constrói uma história de uma cidade acometida por uma epidemia de cegueira tenebrosa e repentina que, aos poucos, vai acometendo um a um dos habitantes. O fato inusitado e inexplicável gera um caos social, fazendo com que as personagens parem de olhar para fora e passem a olhar para dentro de si mesmas, num processo de reflexão sobre a essência humana

e a relação do homem com seu meio. Em um sentido mais amplo, podemos conceber “Ensaio sobre a Cegueira” como uma reflexão sobre a Humanidade.

A dimensão humana que se observa nos romances saramaguianos também pode ser identificada nas obras de Jean-Paul Sartre (1905–1980). O escritor francês construiu uma filosofia da liberdade na qual problematizava a existência humana. Em sua produção literária, o homem configura o centro das discussões éticas, em contextos onde afloram os problemas sociais, culturais, econômicos, políticos, existenciais do homem. O filósofo concebeu a Literatura enquanto questão social, vinculada à existência e aos problemas humanos. Para ele, por meio da linguagem, a Literatura seria capaz de elucidar e discutir a sociedade, contribuindo para a transformação de certos contextos sociais²³.

Corroborando essa noção da Literatura enquanto forma de expressão da sociedade, Antonio Candido (2010) afirma que:

(...) as manifestações artísticas são inerentes à própria vida social, não havendo sociedade que não as manifeste como elemento necessário à sua sobrevivência, pois (...) elas são uma das formas de atuação sobre o mundo e de equilíbrio coletivo e individual. São, portanto, socialmente necessárias, traduzindo impulsos e necessidades de expressão, de comunicação e de integração que não é possível reduzir a impulsos marginais de natureza biológica. (CANDIDO, 2006, p. 79-80)²⁴.

A Literatura de Sartre vincula-se à ideia de responsabilidade dos escritores de atuarem na sociedade por meio de sua arte. É necessário engajar a Literatura, reconhecendo a função social do escritor, afirmando a responsabilidade dele (escritor) enquanto sujeito que elucidava o mundo por meio da linguagem. O escritor teria a missão de esclarecer a realidade ao leitor²³. Em seu livro “Que é a literatura”, Sartre afirma que “o escritor decidiu desvendar o mundo e especialmente o homem para os outros homens, a fim de que estes assumam em face do objeto, assim posto a nu, a sua inteira responsabilidade” (p. 21)²⁵. Para ele, o papel do escritor é “fazer com que ninguém possa ignorar o mundo e considerar-se inocente diante dele” (p. 21)²⁵. Trata-se de uma literatura engajada, uma literatura empenhada em que o escritor procura expressar suas posições éticas, políticas e humanísticas diante dos problemas sociais. Nas palavras de Antonio Candido, é uma literatura “em que o autor tem convicções e deseja exprimi-las; ou parte de certa visão da realidade e a manifesta com tonalidade crítica.” (p. 183)²⁵.

Esse caráter de denúncia aparece no romance “O cortiço”, de Aluísio Azevedo (1857-1913), em que o escritor brasileiro faz uma crítica social por meio do retrato do cotidiano dos indivíduos de um cortiço carioca. Os personagens tornam tipos sociais, vitimizados pela extrema pobreza, preconceitos raciais e pela exploração do homem pelo próprio homem. No centro da narrativa aparece o mundo do trabalho, do lucro, da competição, da exploração econômica, na representação da rivalidade entre João Romão – comerciante português que simboliza a ganância, a vontade de vencer na vida a qualquer custo – e o comendador Miranda – burguês bem sucedido cuja posição João Romão admira e ao mesmo tempo inveja. A partir de uma escrita que descrevem os personagens como se fossem animais movidos pelos instintos mais primitivos, Aluísio Azevedo consegue retratar as coletividades e as contradições entre exploradores e explorados, no Rio de Janeiro popular e urbano da 2ª metade do século XIX²⁶.

Em virtude dos impasses e impossibilidades do homem em escapar dos condicionamentos sociais impostos, a Literatura torna-se um mecanismo de libertação na medida em que ela permite recriar realidades, possibilitando a reflexão, ação e mudança no plano da ficção. Assim, ela faz um convite ao leitor para repensar sua própria existência no mundo real. Nesse sentido, a Literatura passa a ser instrumento de conscientização em oposição à ideia de mero entretenimento.

Há um caráter educativo na Literatura, já que ao expressar os valores da sociedade por meio da ficção, da poesia e do drama, a Literatura amplia nossa perspectiva da realidade. Dessa forma, ela torna-se um instrumento poderoso de instrução e educação, pois permite que o leitor entre em contato com os valores sociais que permeiam suas vivências¹⁸. Antunes²⁷ ratifica essa ideia de instrução por meio da Literatura, ao considerar a potência da leitura. O desenvolvimento da leitura propicia um enriquecimento contínuo no campo dos valores éticos e morais, da cultura, da linguagem e da cognição. Para a autora:

A leitura nos dá o poder de emersão, nos confere o poder de enxergar e perceber o que nos circunda, a fim de, como cidadãos, assumirmos nossos diferentes papéis na construção de uma sociedade que respeite a lógica do bem coletivo e dos valores humanos. (ANTUNES, 2009, p. 193)²⁷

A leitura permite o acesso a novas ideias, novas concepções, novas perspectivas das pessoas e do mundo. Ler insere o indivíduo no complexo e ininterrupto diálogo entre o homem e seu meio, entre o homem e a sociedade.

Segundo Antunes:

(...) ler é uma forma de saber o que se passa, o que se pensa, o que se diz; é uma forma de ficar inteirado acerca do que vai pelo mundo, acerca do que vai povoando a cabeça e o coração dos pensadores, dos formadores de opinião, dos cientistas, dos poetas; é uma forma de saber acerca das descobertas que foram feitas ou das hipóteses que estão sendo testadas, ou dos planos e projetos em andamento. (ANTUNES, 2009, p. 195)²⁷.

Assim, a Literatura humaniza porque integra um projeto de formação lúcida do homem, quando o indivíduo (re)pensa seus próprios princípios e a ideia de solidariedade, ao lançar olhos do leitor para a realidade do outro. A humanização acontece quando o indivíduo consegue perceber a si mesmo enquanto ser humano por meio da leitura. O escritor não impõe uma tese ao leitor, mas o convida a formular sua própria tese a partir do diálogo que se estabelece no texto entre ele (leitor) e o escritor. O escritor “em vez de impor, ele propõe, deixando, portanto, seu leitor livre ao mesmo tempo em que o incita a se tornar mais ativo” (p. 78)²⁸.

Nessa possibilidade de se pensar o homem em sua essência por meio da linguagem, a Literatura se aproxima da Medicina enquanto instância humanizadora. Ambas utilizam como recurso texto/narrativa para ampliar suas percepções sobre o homem, sobre o mundo. Daí germina suas potências enquanto mecanismos humanizadores. Moacyr Scliar, médico e escritor brasileiro, falando sobre seu processo de escrita, comenta: “Na narrativa propriamente dita, deixo voar minha imaginação, mas tenho bem presente que literatura deve se referir, sempre, ao ser humano em sua dimensão social, histórica, política.” (p. 9)²⁹. Assumir essa postura humanizada na Medicina leva-nos a refletir acerca do próprio conceito de saúde. Torna-se necessário conceber saúde de uma forma ampliada, que considere a doença e o processo de adoecimento não apenas em uma perspectiva biológica, o que seria redutor; mas também em um âmbito subjetivo, incorporando as subjetividades do indivíduo, bem como os processos políticos, culturais e sociais que erigem e determinam essas subjetividades.

III. MEDICINA E LITERATURA COMO NARRATIVAS DE SI E DO OUTRO

Abordar a prática médica enquanto prática narrativa não é uma inovação surgida sob a ótica da racionalidade e do cientificismo contemporâneos. Desde Hipócrates, com sua tríade – médico, doença, doente –, a narrativa da doença é considerada como elemento fundamental do encontro clínico. Não obstante, em contraposição a esta noção, principalmente a partir da Escola Clínica de Paris (1789), a Medicina Moderna se edificou em um solo cientificizante, positivista, valorizando, sobretudo, os aspectos concretos da vida. O relato do doente em sua integridade foi perdendo espaço, pois a nova Medicina se propõe a extrair da fala do paciente aquilo que ela entende como fato, como real, como científico³⁰. Michel Foucault, em “O nascimento da clínica”, chama atenção para esse novo paradigma, apresentando a Medicina Moderna como uma ciência em que apenas os dados objetivos são encarados como fontes confiáveis, desprezando tudo que parece ser abstrato e subjetivo³¹.

Todavia, ainda que hoje a prática médica seja mediada pelas novas tecnologias que permitem registrar e identificar com muita precisão sinais e alterações dos corpos, a consulta médica mesmo assim precisa se valer do relato do paciente. Na maior parte dos casos, a linguagem é o primeiro passo para o estabelecimento do contato na prática médica. “O falar quase sempre antecede o espéculo, a atorvastatina ou a prótese de quadril.” (p.17)³². O médico necessita ouvir o que o seu paciente tem a dizer sobre si mesmo e construir uma história. Ele precisa construir a anamnese para chegar a um diagnóstico do paciente.

A “Anamnese (*aná* = trazer de novo; *mnesis* = memória) significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com a doença e o paciente” (p.46)³³, sendo a parte mais importante da medicina, já que na anamnese germina a relação médico-paciente, base do trabalho médico; e ela promove maior eficácia por assegurar o lado humano da medicina. Assim, “cabe à anamnese uma posição ímpar, insubstituível, na prática médica” (p. 46)³³. Essa fala do paciente que retoma acontecimentos, situações reais ou até mesmo imaginadas, constrói uma narrativa. Dessa forma, podemos dizer que a prática médica parte de narrativas, sendo

necessário então refletir acerca da dimensão delas na prática e na formação do profissional da saúde.

Souto e Pereira³⁴ propõem que a entrevista médica ultrapasse o âmbito de uma anamnese convencional, que se resume na descrição de fatos pouco contextualizados e que verticaliza o médico sobre o paciente, construindo uma relação assimétrica em que o médico sobrepõe-se ao paciente. Trata-se de um instrumento sistemático que não contempla o fenômeno do adoecimento em sua integridade, em seu âmbito psicológico, cultural e social.

O objetivo da anamnese é a queixa principal, selecionando assim o problema que se busca abordar a partir de uma perspectiva organicista, em que se privilegia o corpo e, por vezes, se ignora o lado existencial da pessoa. Assim, perde-se a chance de se considerar as subjetividades do paciente relacionadas à sua experiência com a doença e com a própria interação com o médico. Sem uma contextualização do adoecimento na história existencial do sujeito, a doença é apreendida apenas em sua fisiopatologia orgânica, e não se compreende o porquê e como a doença entra na vida do paciente, nem a dimensão desse acontecimento em suas vivências. As queixas do sujeito não representam somente seus sintomas físicos, mas também expressam sentimentos e percepções que não são abordados na estrutura formal da anamnese aprendida nos currículos de graduação em Medicina³⁴.

Em até 50% dos casos, médicos e pacientes discordam acerca de qual o problema principal escolhido na anamnese, mostrando assim a assimetria da relação entre o médico e o paciente, em que as percepções de prioridade dele (paciente) sobre o gravo de sua saúde são ignoradas³⁴. Em suas pesquisas, Kleinman et al.¹⁴ observaram que metade dos pacientes que são atendidos por um clínico geral nos Estados Unidos relata que vários sintomas identificados por eles não são considerados pelos médicos para o estabelecimento do diagnóstico. Para contornar isso, os autores recomendam que o médico busque compreender o modo de vida do paciente e de sua família, observando como interpretam a doença. Estabelecer relações humanas com os pacientes, além de denotar um sentimento de responsabilidade do médico, melhora os resultados e adesão ao tratamento, proporcionando mais satisfação ao paciente.

O intuito de Souto e Pereira³⁴, ao propor um novo modelo de entrevista médica, não é negar a importância ou a utilidade da anamnese convencional, tampouco menosprezá-la. Os autores defendem o aperfeiçoamento da anamnese enquanto ferramenta na prática clínica, devendo ela ser qualificada e atualizada às necessidades existenciais do nosso tempo. Nesse sentido, a prática médica passa a se focar na pessoa, enquanto ser humano integral, e seu objetivo torna-se a qualidade de vida do indivíduo, seu bem-estar, ao incluir seus desejos e seu projeto existencial. Por não contemplar o paciente em sua totalidade, a anamnese convencional acaba por comprometer a eficiência da prática médica, encarecendo o serviço e tornando-se um recurso de resolubilidade questionável no sentido de não corresponder às expectativas e necessidades do paciente.

Essa nova perspectiva diante do relato do paciente encontra reverberação na Medicina Narrativa – campo de estudos que analisa a prática médica a partir do estudo da narrativa. Essa disciplina foi criada na década de 1990 pela médica e crítica literária Rita Charon, da Columbia University, a partir de grupos multidisciplinares de pesquisadores e médicos clínicos que analisavam as relações entre as Humanidades e a Medicina. A partir de estudos das teorias narrativas, Charon estabeleceu a Medicina Narrativa pela integração dos estudos literários e da medicina, considerando a leitura atenta, a escrita reflexiva e o desenvolvimento da competência narrativa na prática clínica, com o intuito de estimular a sensibilidade dos médicos, bem como alunos de Medicina e outros profissionais de saúde, para exercerem uma clínica centrada no paciente³⁵⁻³⁸.

Trata-se de uma medicina que procura habilitar os médicos a ouvir as narrativas dos seus pacientes, compreendendo e respeitando seus significados, e assim tornando esses médicos capazes a agir mais efetivamente no cuidado à saúde dos seus pacientes. Busca-se desenvolver a competência narrativa que é entendida como a habilidade de absorver, interpretar e responder às histórias de forma mais efetiva, a partir da empatia, reflexão, profissionalismo e confiabilidade. Ao desenvolver a competência narrativa, os profissionais de saúde podem ficar mais atentos aos pacientes, mais sintonizados com as experiências dos pacientes, mais reflexivos em sua própria prática e mais precisos na interpretação das histórias que os pacientes contam sobre suas doenças³⁵⁻³⁸.

A Medicina Narrativa recorre aos conhecimentos das humanidades, sobretudo dos estudos literários, para ensinar aos médicos a perceber os aspectos narrativos das histórias e assim atuarem com mais eficácia em suas práticas. A Literatura se aproxima da Medicina, pois ambas tratam do uso da linguagem, da reflexão sobre narrativas. A partir das experiências com as narrativas ficcionais da Literatura busca-se aperfeiçoar o olhar do médico para as narrativas da vida real: os relatos dos pacientes e dos seus familiares, bem como os relatos dos próprios médicos e de outros profissionais da saúde sobre as histórias de doenças dos pacientes³⁵⁻³⁸.

Charon chama atenção para o fato de que as pessoas doentes desejam um médico que possa entender suas doenças, para além do conhecimento técnico. Faltam médicos com a capacidade de reconhecer as dificuldades dos seus pacientes no cuidado à sua saúde, que demonstrem empatia àqueles que sofrem, e que estejam ao lado de seus pacientes de forma honesta. Uma prática médica que se pautar unicamente em parâmetros científicos não consegue ajudar o paciente na sua luta contra a doença, encontrando um significado para seu sofrimento. Quando o médico escuta atentamente o paciente, seguindo o fio narrativo da sua história, imaginando a situação do narrador (com seus aspectos biológicos, seu contexto familiar, sua situação cultural e existencial), ele reconhece os múltiplos e por vezes contraditórios significados das palavras usadas e dos eventos descritos pelo paciente. Assim, o médico entra no mundo narrativo do paciente e passa a ser movido por ele. Tal como acontece durante a leitura de Literatura, a escuta atenta durante a consulta médica envolve diversos recursos para a determinação de significados: memórias, associações, curiosidades, criatividade, e interpretações³⁵⁻³⁸.

Nas últimas décadas, não só a medicina, mas várias outras áreas do conhecimento como a Enfermagem, Direito, História, Filosofia, Antropologia, Sociologia, reconheceram a importância da competência narrativa. A competência narrativa é mobilizada no entendimento do significado e significância das histórias através de recursos cognitivos, simbólicos e afetivos. Com ela podemos compreender de forma mais rica as singularidades de uma situação, seja em textos como romances, histórias de jornais e escrituras, sejam em cenários da vida cotidiana como tribunais, casamentos, hospitais. Ao contrário do conhecimento lógico-científico que situa o observador em uma ótica generalizante e replicável, a competência narrativa conduz ao olhar profundo e singular. Charon afirma que

“Logicoscientific knowledge attempts to illuminate the universally true by transcending the particular; narrative knowledge attempts to illuminate the universally true by revealing the particular.”³⁷

Em contraposição ao processo de desumanização presente em nossa sociedade e que afeta nossas relações sociais, a Medicina Narrativa se propõe a reconstruir, resgatar, reorganizar, erigir, trazer novos ares às relações humanas, a partir do ato de ouvir, da dedicação e do compromisso com o outro. Para que o médico conheça, de fato, seu paciente, ele deve considerar os diversos aspectos que compõem uma relação interpessoal, como o humor, as expressões corporais, os silêncios, associados à linguagem e às histórias narradas do paciente³⁵⁻³⁸.

A Medicina Narrativa procura dizer o que fazemos com as histórias que ouvimos. Não tenta substituir a consulta médica convencional, mas se propõe a ampliar esse encontro entre médico e paciente pela compreensão das consequências que as histórias narradas acarretam. Aprende-se a habitar as narrativas e, assim, captar sua essência, sensibilizando-se e capacitando-se para agir perante aquilo que se apreende. Se os profissionais da saúde não souberem assimilar e agir sobre as narrativas de doenças que ouvem perderão a chance de vivenciar uma ligação real, mais empática e terapeuticamente significativa com seus doentes³⁵⁻³⁸. Tal como na prática psicanalítica, a narrativa em todas as áreas médicas é um instrumento terapêutico, pois no processo de encontrar as palavras para expressar seu sofrimento, o indivíduo consegue conter sua desordem interna, controlar seu caos³⁷.

A Medicina Narrativa é uma forma de retornar ao ser humano como um todo; é uma tentativa de se conceber o paciente em um âmbito holístico. Quando se aborda o processo de adoecer com sua complexidade existencial, social e cultural, o exame mais moderno e a droga mais eficiente não dão conta de lidar com todas as formas de sofrimento. Nesse sentido, a ideia de saúde se amplia. Uma pessoa que não está bem do ponto de vista psíquico, social e cultural, tem mais chances de ter um problema orgânico. Seria redutor considerar como única possibilidade terapêutica alguma droga ou intervenção cirúrgica. A questão não é deixar de agir a partir dos métodos científicos disponíveis no arsenal médico, mas trata-se de olhar o ser humano como um todo, não fragmentá-lo, e perceber que o sofrimento psíquico, social e cultural também gera consequências no corpo³⁵⁻³⁸.

Para isso, é necessário que esse olhar holístico inclua o paciente sob um novo enfoque. Os pacientes podem ser considerados contadores de suas próprias histórias. Pessoas doentes desejam contar não só a evolução de suas doenças, mas também têm a necessidade de narrar seus sentimentos, crenças e fatos que acreditam ter relação com seus sofrimentos. Quando não havia tantos recursos diagnósticos e terapêuticos, tal como se evidencia atualmente, por vezes em algumas situações médicas, o único recurso que o médico podia lançar mão era ouvir atenta e empaticamente seu paciente. Mesmo hoje, apesar do grande aparato tecnológico à disposição, os pacientes “não confiam em médicos que não olhem em seus olhos, não prestem atenção a suas histórias e desconsiderem seus sentimentos”. (p. 19)³⁹.

As narrativas dos pacientes são muito mais que simples histórias em que os eventos são contados de forma linear. Nelas, os sentimentos existentes por trás dos fatos são mais importantes que os próprios fatos concretos. Para se entender o real significado de uma narrativa é necessário identificar o que foi expresso nas entrelinhas e compreender uma linguagem subliminar. As narrativas implicam interpretação. Uma mesma história pode ser contada e ouvida de formas diferentes por pessoas diferentes³⁹.

Estudantes de Medicina e médicos também podem ser considerados contadores de histórias. Estas são contadas com o ouvinte e não para ele. Assim, quando médicos ouvem seus pacientes com compaixão e empatia, ajudam-nos a reescrever um novo roteiro mais satisfatório para suas vidas e proporcionam a possibilidade de mudanças no padrão de suas histórias. Quando contadas, as histórias propiciam a emergência de um significado para a doença e o sofrimento e a própria identificação desse significado exerce um efeito terapêutico para o paciente³⁹.

A fragmentação da profissão médica e a ênfase na tecnologia tiveram um efeito muito sério, que foi a deterioração do relacionamento médico-paciente, sendo que este foi – e sempre será – a base de uma boa prática da medicina⁴⁰. Uma formação médica que se pauta apenas na interpretação de exames cada vez mais sofisticados e na prescrição de drogas cada vez mais eficientes não corresponde às demandas dos pacientes para compreender e dar significado às suas próprias histórias⁴¹. Considerar a perspectiva do paciente cria novas possibilidades de

interação e concorre para uma prática médica mais humanizada, fundamentada na autonomia do paciente e de seus familiares⁴².

Em seu estudo sobre a efetividade do uso de narrativas como recurso didático na formação humanística de estudantes de Medicina e Enfermagem, Benedetto e Gallian⁴⁰ constatam que o modelo biomédico de ensino e de prática da medicina, predominante na atualidade, deixou “de contemplar as dimensões sutis do ser humano, as quais, por milênios, foram consideradas importantes no que concerne à forma como os indivíduos adoecem e aos processos de cura” (p. 1198)⁴⁰. Os autores afirmam que:

Na verdade, o que o paciente quer é ser cuidado por alguém que, além de competência técnica, saiba entendê-lo como um ser humano com sentimentos, que busca uma explicação para sua enfermidade e que anseia por respeito e amparo em seu sofrimento. (p. 1198)⁴⁰.

O paciente anseia por um médico que reconheça a potencialidade de suas histórias de doenças, que conceba sua narrativa para além do seu enredo – conjunto de fatos concretos de uma história. Ele deseja que sejam reconhecidos os personagens que pertencem à sua história e que, por vezes, definem o enredo, tal como acontece quando a família de um paciente não deseja que ele saiba o seu diagnóstico para poupá-lo do sofrimento. O paciente procura um médico que seja capaz de situar seus sintomas não só em uma linha do tempo cronológico a fim de determinar a história natural de uma doença, mas que descubra que seu ganho de peso começou após a perda de um ente querido. O paciente espera que o médico perceba que o lugar onde se passa a ação de sua narrativa é um espaço ocupado por objetos psicológicos, éticos, morais e socioculturais. O paciente quer ser legitimado enquanto narrador da sua própria história, visto que sem ele, narrador, não existe narrativa; pois ele é o elemento estruturador da história.

O paciente, assim como um leitor crítico de textos literários, não se limita à superficialidade, à compreensão dos elementos mais imediatos e concretos. Esse paciente/leitor procura uma leitura com profundidade, que busque aquilo que o texto quer dizer, que revele o texto em sua plurissignificação. Trata-se de se examinar minuciosamente a narrativa e enxergar sua potencialidade, tal como ocorre nos estudos literários que, para além dos aspectos formais e estéticos, vê a narrativa literária como um exercício de desconstrução, uma prática de alteridade. Com sua multiplicidade de temas e abordagens, as narrativas literárias nos movem em direção

ao desconhecido, desprendem-nos dos nossos arcabouços egocêntricos ao nos defrontar com a voz do outro, abrigado nas histórias.

A narrativa literária é uma entidade imperecível, pois tem a capacidade de se desdobrar, reinventar-se e assumir novas feições. Walter Benjamin – filósofo, ensaísta e crítico literário –, reconhecendo essa perenidade da narrativa contrapõe-na com a noção de informação. Para ele:

A informação só tem valor no momento em que é nova. Ela só vive nesse momento, precisa entregar-se inteiramente a ele e sem perda de tempo tem que se explicar nele. Muito diferente é a narrativa. Ela não se entrega. Ela conserva suas forças e depois de muito tempo ainda é capaz de se desenvolver (BENJAMIN, 1987, p. 204)⁴³.

Ao discorrer sobre narrativas orais, Benjamin observa que a narrativa adquire novas nuances ao incorporar as vivências do narrador em encontro às vivências dos seus ouvintes: “O narrador retira o que ele conta da experiência: de sua própria experiência ou da relatada por outros. E incorpora, por sua vez, as coisas narradas à experiência dos seus ouvintes” (p. 201)⁴³. Portanto, as palavras usadas não são aleatórias, mas refletem os conhecimentos e visão de mundo do narrador entrelaçadas aos conhecimentos e visão de mundo do outro, ouvinte-leitor. A narrativa é capaz de expressar valores, percepções, sentimentos e posicionamentos socioculturais de seus autores. A narrativa é um conjunto de signos com sentidos sociais, culturais e ou históricos singulares⁴⁴.

A narrativa pode aparecer em diversos gêneros e formas de texto, como contos, fábulas, mitos, romances, crônicas e relatos. Ela pode fazer parte de monólogos ou diálogos, histórias fictícias ou histórias de acontecimentos reais, manifestando-se oralmente ou por meio da escrita. Apesar das suas várias formas de apresentação, a narrativa pode ser delimitada em um conceito. Segundo Brockmeier e Harré⁴⁵:

Em seu sentido mais corrente e geral, a narrativa é o nome para um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sociocomunicativas e habilidades linguísticas [...] e, de forma não menos importante, por características pessoais como curiosidade, paixão e, por vezes, obsessão. Ao comunicar algo sobre um evento da vida – uma situação complicada, uma intenção, um sonho, uma doença, um estado de angústia – a comunicação geralmente assume a forma da narrativa, ou seja,

apresenta-se uma estória contada de acordo com certas convenções. (BROCKMEIER e HARRÉ, 2003, p. 526)⁴⁵

A narrativa como possibilidade do escritor se multiplicar, desdobrar-se em vários eus, aparece na obra de Fernando Pessoa (1888-1935), poeta português que fez da sua escrita a manifestação de si mesmo na figura do outro. O poeta se multiplicou, desdobrou-se, reinventou-se, por meio de seus heterônimos, criando autores fictícios com suas multiformes personalidades. Utilizando as vozes de Alberto Caeiro, Álvaro de Campos e Ricardo Reis, seus poetas imaginários mais conhecidos, Pessoa deixou-se possuir por outros seres, outros eus, e assim criou diversas perspectivas do mundo que o cercava, relativizando certezas e revelando as grandes contradições do seu tempo ao recriá-las poeticamente em suas obras que marcaram a poesia do século XX.

Refletindo sobre a obra de Fernando Pessoa, o ensaísta mexicano Octavio Paz (1914-1998) reconhece esse processo de transmutação do poeta, no qual o artista encontra a si mesmo, o outro e o mundo através da escrita. Octavio Paz afirma que:

Escrevemos para ser o que somos ou para ser aquilo que não somos. Em um ou em outro caso, nos buscamos a nós mesmos. E se temos a sorte de encontrar-nos — sinal de criação — descobriremos que somos um desconhecido. Sempre o outro, sempre ele, inseparável, alheio, com teu rosto e o meu, tu sempre comigo e sempre só. (PAZ, 1990, p. 208)⁴⁶.

Essa ideia de ver a si mesmo e o outro a partir da narrativa está presente nos livros de Oliver Sacks (1933-2015), médico neurologista e escritor inglês que se tornou conhecido por escrever histórias a partir das suas próprias vivências e as de seus pacientes. Em seu livro *Leg to stand on*, publicado originalmente em 1984, Sacks narra sua experiência pessoal com uma lesão na perna após um acidente de alpinismo, mostrando sua transição de médico para paciente. O autor conta que estava escalando montanhas na Noruega, quando se deparou com um touro parado a poucos metros dele. Após a inútil tentativa de manter a calma, entrou em desespero, correu, caiu e fraturou a perna. Durante o período que Sacks recebeu atendimento médico, ele assume o papel de paciente e passa a refletir sobre esta condição, percebendo:

(...) the systematic depersonalization which goes with becoming-a-patient. One's own clothes are replaced by an anonymous white nightgown, one's wrist is clasped by an identification bracelet with a number. One becomes subject to institutional rules and regulations. One is no longer a free agent; one no longer has rights; one is no longer in the world at large. It strictly analogous to becoming a prisoner, and humiliatingly reminiscent of one's first day at school. One is no longer a person – one is now an inmate (SACKS, 1990, p. 27)⁴⁷.

Ao contar sobre sua experiência com o adoecimento, o médico passa a perceber como sua formação foi, sobretudo, orientada para aspectos objetivos que remetem à anatomia, patologia, fisiologia, clínica, ignorando as subjetividades que permeiam as narrativas dos pacientes. Reconhece-se a necessidade de se desenvolver, além do conhecimento técnico voltado para o diagnóstico, uma sensibilidade para enxergar o paciente em sua integralidade, conhecendo sua realidade, ouvindo suas queixas à procura de recursos que ajudem o paciente a lidar com seu sofrimento, sejam esses recursos concretos, sejam imateriais.

Essa necessidade pode ser atendida quando consideramos a potência da narrativa que, tanto na Literatura quanto na Medicina, é uma oportunidade para se repensar princípios culturais, éticos e morais, bem como posicionamentos na sociedade. A narrativa insere o sujeito em um processo de percepção de si mesmo, de seus próprios valores, associado às suas experiências singulares de vida, em relação aos valores e experiências do outro. Assim, esse sujeito constrói uma consciência crítica não só de si mesmo, mas também da sociedade em que ele se insere. Por conseguinte, esse indivíduo torna-se mais capaz de lidar com o outro em toda sua complexidade, visto que passa a conceber a natureza humana de forma mais ampla e mais profunda.

IV. A DIMENSÃO ÉTICA DA MEDICINA E DA LITERATURA

Atualmente critica-se profundamente a formação médica baseada no modelo da racionalidade técnica que reproduz somente valores pautados no cientificismo e no pragmatismo, preconizando uma postura fria, objetiva e neutra do médico diante do seu paciente, incitando o individualismo e a competição em detrimento de valores que poderiam melhorar os modos de viver em sociedade. Para mudar esse panorama, torna-se necessário o desenvolvimento de uma nova racionalidade, um novo paradigma cultural com uma nova visão de mundo que seja guiada por um senso crítico e que permita a autonomia dos sujeitos e das instituições que os formam. É necessária uma nova forma de estar e viver a profissão médica, considerando que, diante das constantes mudanças e exigências dos contextos de atuação, a formação profissional enquanto processo elaborado ao longo da vida seja um preceito indiscutível⁴⁸.

Nas entrelinhas, repensar a postura e o comportamento dos profissionais médicos é refletir sobre a dimensão ética da prática em saúde, visto que a ética exige uma reflexão crítica sobre nossas responsabilidades para com o outro e sobre os valores para o bem individual e coletivo em cada contexto. Conscientizar-se das implicações éticas de nossas condutas é uma forma de se contrapor a inércia, a apatia, a desumanização que rondam nossas relações interpessoais nas práticas de saúde. É um imperativo que abordemos a ética na construção do *ethos* médico.

A ética tem como objeto de investigação a conduta e o caráter humanos, a fim de determinar o que é bom ou apropriado para os indivíduos e as coletividades, a sociedade em geral. Ética (do grego *ethos* que significa modo de ser, caráter, conduta) pode ser abordada em um âmbito: filosófico por ter afirmações absolutas e apriorísticas; científico, pois estuda o comportamento moral como manifestação humana; e normativo já que determina normas e preceitos sobre o comportamento humano³³. No âmbito profissional, a ética, também denominada deontologia, reúne os princípios que orientam os profissionais em relação a sua prática cotidiana, a outros profissionais e às instituições onde prestam serviços. Na área da saúde, a ética profissional é vista como a capacidade autônoma de perceber, de refletir criticamente e tomar decisões coerentes em relação às condutas humanas no

cuidado à saúde e à vida. Nesse sentido, a ética se concretiza por meio da responsabilidade e do compromisso com o outro e com o trabalho, pelo respeito e pela afetividade às pessoas. Para isso, a formação do profissional deve incorporar atitudes, valores e habilidades que consubstancie a ética no exercício da sua prática profissional⁴⁹.

Surgido a partir de pesquisas do biólogo Van Rensselaer Potter sobre o câncer, o termo “bioética” compreende saberes filosóficos, científicos e sociopolíticos para se refletir sobre a ética da sobrevivência, da defesa da vida. Nessa esfera discutem-se os limites do progresso técnico e científico das ciências da saúde, bem como as condições adversas da vida que impedem indivíduos de ter uma vida com qualidade, tais como a exclusão social, a fome, a falta de acesso à saúde e direitos sociais³³.

Monte⁵⁰ mostra que, na prática médica, a aplicação da ética pode ser analisada sob vários aspectos, considerando a relação médico-paciente, o princípio de não prejudicar, a equidade no exercício da medicina, a autonomia do paciente, o sigilo médico, o respeito à vida, o relacionamento entre os profissionais médicos e entre estes e a sociedade.

No tocante a ética na relação médico-paciente, a princípio os interesses dos pacientes devem sobrepujar os dos médicos. A maioria dos problemas éticos se refere à relação médico-paciente⁵⁰. Isso faz sentido quando se considera que no encontro entre médico e paciente afloram uma variedade de sentimentos e emoções: angústias, medos, incertezas, afetos, raiva, inseguranças. Problemas no manejo dessa carga emocional, associado às deficiências durante a comunicação entre o doente e aquele que lhe oferece ajuda, tornam-se um combustível para conflitos éticos.

Primum, non nocere, o princípio de não prejudicar diz respeito ao constante questionamento da utilidade de certos atos médicos, considerando os riscos e benefícios associados. A prática médica deve ser efetiva, trazendo os resultados esperados, e ser capaz de otimizar benefícios ao que passo que diminui riscos e custos. Cabe ao médico, a partir do seu conhecimento técnico, zelar pelo bem estar do paciente. Monte⁵⁰ recapitula um caso que traz essa dimensão ética na prática médica:

Em 1929, Dejardière, cirurgião francês famoso em sua época, foi condenado a pagar indenização por uma amputação que realizou numa costureira que, precedentemente, havia sido operada para retirar gordura da perna e teve grave complicação: gangrena do pé. No tribunal, a defesa argüiu que a paciente havia exigido a cirurgia, ameaçando suicidar-se caso não fosse feita. Entretanto, a Promotoria pediu a condenação e a obteve, por ter o cirurgião agido num caso que não era de sua competência, pois era um caso psiquiátrico e não cirúrgico (MONTE, 2002, p.32)⁵⁰.

A ética enquanto equidade remete-nos ao senso de justiça e de igualdade, em que os direitos de cada indivíduo sejam imparcialmente reconhecidos. Assegurar a equidade em saúde é um tópico de difícil resolução uma vez que está associado às desigualdades sociais que fazem com que as pessoas tenham acessos muito díspares aos serviços de saúde⁵⁰.

Pensar na ética como autonomia do paciente está relacionada ao respeito à sua condição humana. Quando o médico respeita o paciente, levando em consideração seus sentimentos, pontos de vista e percepções, ele aceita sua autonomia, e assim torna possível obter o consentimento da pessoa para atos médicos que, por vezes, incorrem em sérios riscos⁵⁰.

Visto que o acesso indevido a informações pode causar constrangimento ou prejuízo, o sigilo é uma condição fundamental para o exercício ético da profissão médica. O sigilo médico está relacionado a uma imposição moral, no sentido de se garantir o direito à privacidade ou inviolabilidade do paciente. Há também um lado social no sigilo por assegurar a confiança das pessoas na figura do médico⁵⁰.

O respeito à vida é um princípio absoluto da ética, ao dignificar a vida humana, considerando seus valores éticos, morais, culturais e sociais, bem como o direito axiomático do homem a uma existência plena. Todavia, a noção de se respeitar à vida pode ser flexibilizada, quando se discute, por exemplo, a questão do aborto, que está relacionado a uma expressiva quantidade de mortes de mulheres em procedimentos clandestinos, ou quando se debate a eutanásia enquanto possibilidade de uma morte digna. Apesar disso, ainda que se ajuste às condições socioculturais e aos novos enquadramentos dos desenvolvimentos científicos, o respeito à vida deve ser absoluto enquanto princípio que nos oriente e nos guie na prática médica⁵⁰.

A ética também se faz presente no relacionamento interpessoal dos médicos. Espera-se que exista entre profissionais da mesma categoria, além de uma

espontânea afinidade, uma solidariedade que se expresse por relações cordiais, conformidade de interesses e respeito aos mesmos princípios éticos. Entretanto, essa solidariedade tem declinado por conta do espírito de concorrência e em função das novas relações de trabalho surgidas com o desenvolvimento do capitalismo. No século XIX emergiu a medicina liberal, associada à busca por maior remuneração e afirmação da profissão médica, em um contexto de disputa de mercados, envolvendo vários atores sociais, como médicos-trabalhadores, médicos-empresários, grandes corporações de planos de saúde, bem como o Estado enquanto gestor das políticas de saúde⁵⁰.

A ética sob o prisma da relação do médico com a sociedade considera a função social do médico enquanto promotor de saúde não apenas no âmbito individual, mas também coletivo, em compromisso com o bem estar social. Nessa perspectiva, observa-se a ação do Estado na delimitação dos direitos e deveres dos médicos, criando leis que regularizam o exercício da profissão e políticas públicas que ajustem a prática médica às necessidades da sociedade⁵⁰.

Como se observa, o estudo da dimensão ética nos aponta para diversos âmbitos da prática médica. Por isso, refletir sobre a ética enquanto aspecto inerente ao exercício da profissão médica é imprescindível para se formar profissionais dignos e condizentes com as expectativas da sociedade. Desde os anos 90, o tema da ética médica tem feito parte como elemento fundamental dos currículos básicos da maioria das escolas médicas dos países ocidentais. Tal incorporação se deu por meio de vários programas sobre ética com objetivos diversos e a partir de metodologias variadas⁴⁹.

Menezes⁵¹, em seu estudo das percepções de estudantes de Medicina sobre o ensino de ética na graduação, afirmam que os currículos de medicina deveriam incorporar saberes diferentes em um contexto interdisciplinar, já que o processo de ensino-aprendizagem no campo da ética e bioética envolve a interação entre áreas e profissões distintas. Quando se aborda ética em uma perspectiva deontológica, em que apenas os deveres do profissional são focados, perde-se o caráter de reflexão crítica intrínseco à ética. Apesar de ser fundamental que os profissionais conheçam regras deontológicas, é importante que eles sejam capazes de resolver conflitos no cotidiano de trabalho, e que tenham embasamento teórico por meio de reflexões

sobre ética e bioética, que os possibilitem tomar decisões diante de dilemas rotineiros.

Diversas situações da prática médica estão relacionadas a questionamentos realizados pelas ciências humanas, portanto a inserção delas nos currículos de medicina contribui para a reflexão e para a humanização da saúde. O conhecimento interdisciplinar possibilita uma atuação médica mais eficiente, visto que a dimensão humana é imperativa na prática médica e o profissional de saúde lida com a vida do paciente em seus aspectos mais íntimos. A medicina “cuida da saúde dos indivíduos, o que justifica a relevância de se discutir ética e bioética junto com o conhecimento técnico” (p. 344)⁵¹.

Esse processo de constante reflexão associado à valorização das pessoas nas relações de trabalho humanizam o atendimento à saúde. Tal processo deve se valer de princípios éticos de respeito por parte de quem cuida e de quem está sendo cuidado. Desenvolver essa dimensão no campo do cuidado é fundamental para que o profissional renove sua prática, reconhecendo o paciente como sujeito⁵¹.

Como alternativa para interdisciplinarizar os cursos de Medicina na abordagem da ética e propor uma discussão mais profunda dessa temática, podemos recorrer a Literatura que por meio de suas histórias e pela maneira com que reconstrói essas histórias nos permite repensar o outro, evocando as vivências dos seus personagens. A Literatura tem uma dimensão ética ao refletir a visão de mundo dos seus autores. Por meio de narrativas, tramas, enredos, personagens, o escritor reflete sobre o espaço social, debatendo os problemas que assombram as sociedades contemporâneas, como a violência, segregações, desigualdades e injustiças de todo tipo. Nessa problematização da vida, a Literatura torna-se um instrumento de reflexão sobre as práticas humanas e uma tentativa de encontrar o bem comum, ao expor e se contrapor a privilégios, hierarquias e disparidades que impedem o ser humano de alcançar uma existência plena.

Oliveira e Barberena⁵² chamam atenção para se pensar a ética na Literatura como um conceito cambiante, no sentido de se refletir constantemente sobre as noções de ética que permeiam as narrativas, identificando se nestas a ética atua como um instrumento de emancipação dos sujeitos ou de reprodução de modelos hegemônicos e excludentes. A dimensão ética não poderia ser tratada em termos de prerrogativas e normas determinadas a priori como valor, um ideal inerente e

universal da Literatura. Assumir a ideia de um primado ético da Literatura “incorre no perigo de reforçar concepções essencialistas, forjadas no seio de formações culturais assentadas em modelos hegemônicos de civilização e racionalidade” (p.13)⁵². O questionamento sobre ser ético aflora quando se privilegia supostos paradigmas universais, renegando-se “contextos e referências marcados pela diferença, não assimiláveis aos padrões legitimados, sejam estéticos, sociais ou culturais” (p.13)⁵².

Nessa perspectiva, o debate sobre ética passa a incorporar a necessidade de o autor estar consciente do seu lugar de fala e suas implicações na construção da representação sobre o outro, bem como do direito de narrar dos sujeitos excluídos, contrapondo-se às narrativas dominantes que falam pelo outro, sob a ótica de um discurso opressor.

Essa representação da ética enquanto ato de percepção de si e do outro aparece em “Mineirinho”, conto de Clarice Lispector (1920-1977), em que a narradora faz uma reflexão sobre a morte de um marginal carioca em um tiroteio com policiais, questionando o senso de justiça. Antes de ser lido como conto, o texto foi publicado como crônica em 1969 a partir de uma ocorrência policial verídica, registrada da seguinte forma nos jornais:

No dia 1º de maio de 1962, sugestivamente a data comemorativa do “dia do trabalho”, os jornais cariocas noticiavam a morte do assaltante Mineirinho, apelido pelo qual era conhecido o fugitivo José Miranda Rosa. Há dias procurado por mais de trezentos policiais, Mineirinho havia escapado do Manicômio Judiciário e jurado nunca mais voltar ao cárcere para cumprir sua pena de 104 anos. Acuado pela polícia, acabou crivado de balas e seu corpo foi encontrado à margem da Estrada Grajaú-Jacarepaguá, no Rio de Janeiro. (...) foi encontrado morto no Sítio da Serra, na estrada Grajaú-Jacarepaguá, com três tiros nas costas, cinco no pescoço, dois no peito, um no braço esquerdo, outro na axila esquerda e o último na perna esquerda, que estava fraturada, dado à queima-roupa, como prova a calça chamuscada. (...) Mineirinho foi morto pela polícia, tendo o cadáver sido transferido depois para outro local para dissimular o assassinato. (ROSENBAUM, 2010, p.170)⁵³.

As reflexões da narrativa do conto “Mineirinho” vão além das condicionalidades sociológicas e se dirigem às esferas mais profundas da subjetividade da narradora, ao olhar o outro e perceber, nesse olhar penetrante, a si mesma. A narradora assume uma voz em primeira pessoa, buscando um nós que

incorpore ela e Mineirinho, o leitor e Mineirinho, o narrador e o leitor; um nós amplificado que consiga promover a alteridade e representar a dificuldade em compreender o outro. Gradativamente a narradora diminui a distância entre ela e Mineirinho, entre o eu e o outro, questionando sua própria existência, até se ver completamente na figura desse outro, como se observa no seguinte trecho do conto:

Mas há alguma coisa que, se me faz ouvir o primeiro e o segundo tiro com um alívio de segurança, no terceiro me deixa alerta, no quarto desassossegada, o quinto e o sexto me cobrem de vergonha, o sétimo e o oitavo eu ouço com o coração batendo de horror, no nono e no décimo minha boca está trêmula, no décimo primeiro digo em espanto o nome de Deus, no décimo segundo chamo meu irmão. O décimo terceiro tiro me assassina — porque eu sou o outro. Porque eu quero ser o outro. (LISPECTOR, 1978, p.101)⁵⁴.

Cada um dos treze tiros que matou Mineirinho representa uma nova experiência que Clarice tenta interiorizar, abrindo espaço para novos valores e crenças; e assim conseguir compreender melhor essa figura do outro, vivenciando a alteridade em seu limite. A narrativa torna-se um exercício de empatia, ao fazer a narradora se identificar com Mineirinho; não pelas atrocidades que fizera, mas pela humanidade que estava adormecida nele. Por meio de indagações, percebemos que esse mesmo adormecimento reside em Clarice, como narradora, e em nós: leitores.

Clarice questiona a suposta justiça em que se mata um bandido pois assim deve ser, e expõe o excesso de violência policial, visto que Mineirinho é eliminado através de um crime de fuzilamento, sendo que: “Uma bala bastava. O resto era vontade de matar” (p. 171)⁵³. No conto, a narradora reivindica:

Uma justiça que não se esqueça de que nós todos somos perigosos, e que na hora em que o justiceiro mata, ele não está mais nos protegendo nem querendo eliminar um criminoso, ele está cometendo o seu crime particular, um longamente guardado. Na hora de matar um criminoso - nesse instante está sendo morto um inocente. (LISPECTOR, 1978, p. 103)⁵⁴.

Nesse momento se nota a potência da escrita enquanto mecanismo de questionamento dos valores sociais. Ao clamar por uma “justiça prévia”, “aquela que vê o homem antes de ele ser um doente do crime” (p 103)⁵⁴, a literatura de Clarice torna-se um meio para mostrar e refletir as contradições da sociedade, repensar a relação do ser humano com a própria realidade, problematizando a existência

humana. Assim, sua literatura atinge uma dimensão ética ao humanizar Mineirinho, percebendo através de um exercício de alteridade que a figura do outro também nos habita enquanto seres humanos, pois “nós todos, lama viva, somos escuros” (p 103)⁵⁴.

O exercício da ética na Literatura, tal como ocorre no conto de Clarice Lispector, faz-nos mudar de perspectiva, impõe-nos diante de outros olhares por meio do foco narrativo que parte de um ponto de vista exterior e atinge o íntimo das personagens, resgatando sua humanidade. Esse deslocamento do olhar que faz parte da essência da Literatura precisa estar presente na prática médica, quando o médico escuta a narrativa do seu paciente e procura, ao identificar o narrador/personagem da história, entender melhor as motivações e implicações daquele relato. Nesse momento, a Literatura e a Medicina se encontram por possibilitar o encontro com o outro pela narrativa. Esse encontro de diferentes subjetividades quando concebido a partir de uma postura aberta, atenta e reflexiva, permite-nos compreender e ser sensível aos sentimentos, ideias e experiências do outro. Tornamo-nos assim mais empáticos, tolerantes e prudentes com as necessidades e manifestações alheias; passamos a agir de forma mais ética.

V. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base nessas reflexões, procuramos mostrar que a Literatura e a Medicina possuem confluências. A partir de elucubrações da Literatura podemos pensar a Medicina como ciência baseada não apenas em fatos, mas também em interpretações.

Contemplar a narrativa em suas várias modalidades nos faz perceber os elos entre Medicina e Literatura. Quanto mais ouvimos novas histórias, sejam elas do mundo ficcional ou da realidade concreta, mais preparados nos tornamos para receber novas histórias, novos relatos de outras pessoas. A Literatura tem essa capacidade de alargar nossa receptividade enquanto leitores. Além disso, essa articulação de textos consubstancializa a ideia de interdisciplinaridade ao justapor conceitos e conhecimentos tanto da Literatura quanto da Medicina. Dessa forma, foi possível perceber melhor os entroncamentos dessas áreas e notar que compartilham saberes.

Tal como se espera de um leitor, a capacidade do médico em identificar as nuances de uma narrativa é extremamente importante no diagnóstico de doenças e, sobretudo, no cuidado à saúde do paciente. A narrativa na prática médica quando concebida, tal como na Literatura, a partir das suas múltiplas possibilidades interpretativas, possibilita ao médico compreender o paciente em sua integridade e assim colaborar no seu processo de cura. Haja vista que o sofrimento envolve a pessoa enquanto sujeito - os corpos não sofrem, as pessoas sofrem. Assim como na Literatura, a narrativa na Medicina envolve valores socioculturais, princípios éticos e morais; e possibilita compreender melhor o outro a partir de uma postura mais aberta em acolher suas necessidades.

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASSELL, E. J. **The nature of suffering and the goals of medicine**. 2th ed. Oxford: Oxford University Press, 2004
2. CARVALHO, Antonio Morais de. **Jogo de sentidos**. Ilha de Santa Catarina, Edição do Autor, 1986. p. 2.
3. ARISTÓTELES. **Poética**. Tradução de Eudoro de Souza. São Paulo: Abril Cultural S/A e Industrial, 1973.
4. CHARON, Rita. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **JAMA**, October 17, 2001 – Vol 286, No. 15.
5. CARELLI, Fabiana Buitor; POMPILIO, Carlos Eduardo. O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 677-681, set. 2013.
6. BAKHTIN, Mikhail M. (V. N. Volochínov). **Marxismo e filosofia de linguagem**. Tradução de Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
7. GALLIAN, D. M. C. et al. Humanização, Humanismos e Humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, Volume 1, Número 1, 2012.
8. AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(3):549-560, 2005.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar - PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizamus: Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde**. Brasília, DF: MS; 2010.
11. HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 493-502, 2009.
12. KUMAGAI, A. K. From Competencies to Human Interests: Ways of Knowing and Understanding in Medical Education. **Academic Medicine**, Vo. 89, No. 7 / July 2014.
13. CASATE, J. C; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005; 13(1):105-111.
14. CAPRARA, A; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad Saúde Pública**. 1999; 15(3):647-654.

15. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução Nº. 3 de 20 de junho de 2014**. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.
16. TAVARES, L. A. **Medicina narrativa**: - significado de humanização para estudantes de Medicina. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
17. RIOS, Izabel Cristina et al. A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP: um caminho para o ensino. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v.32, n.1, p.112-121, Mar. 2008
18. CANDIDO, Antonio. O direito à literatura. In: _____. **Vários escritos**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul, 2011. p. 171-193
19. MORIN, Edgar. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, repensar o ensino. 11ª ed. Tradução de Eloá Jacobina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
20. ANTUNES, Irandé. A leitura: de olho nas suas funções. In: _____. **Língua, texto e ensino: outra escola possível**. São Paulo: Parábola Editorial, 2016. p. 185-206
21. QUINTANA, Mário. **A vaca e o hipogrifo**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2012.
22. SARAMAGO, José. **Ensaio sobre a cegueira**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.
23. ABRAHÃO, T.; INFANTE, U. A literatura, a liberdade e a humanização do homem. Veredas: **Revista da Associação Internacional de Lusitanistas**, n. 25, p. 5-20, 23 jul. 2017.
24. CANDIDO, Antonio. **Literatura e sociedade**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Ouro sobre Azul, 2006.
25. SARTRE, Jean-Paul. **Que é a literatura**. Tradução de Carlos Felipe Moisés.
26. CANDIDO, Antonio. De cortiço a cortiço. In: _____. **O discurso e a cidade**. São Paulo Duas Cidades, 1993. p. 123-152
27. ANTUNES, Irandé. **Língua, texto e ensino: outra escola possível**. São Paulo: Parábola Editorial, 2009.
28. TODOROV, Tzvetan. O que pode a literatura? In: _____. **Literatura em perigo**. Trad. Caio Meira. Rio de Janeiro: Difel, 2009. p. 73-82
29. SCLIAR, Moacyr. Sou perfeccionista. In: **Para gostar de ler** - vol. 9 - contos. 5 ed. São Paulo: Ática, 1991

30. FERNANDES, Isabel. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa , v. 30, n. 5, p. 289-290, out. 2014.
31. FOUCAULT, Michael. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1998.
32. CHARON, Rita. **O corpo que se conta** - por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. Tradução de Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra e Voz, 2015.
33. PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos. **Semiologia Médica**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2014.
34. SOUTO, B.G.A; PEREIRA, S.M.S.F. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. **Arq Bras Ciênc Saúde**. 2011; 36(3):176-81.
35. CHARON, Rita. **Narrative medicine: honoring the stories of illness**. Oxford: Oxford University Press; 2006.
36. CHARON, Rita; DASGUPTA, Sayantani. "Editors' Preface: Narrative Medicine, or a Sense of Story." **Literature and Medicine** 29, no. 2 (2011): vii-xiii.
37. CHARON, Rita. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **JAMA**, October 17, 2001 – Vol 286, No. 15.
38. CHARON, Rita. Narrative medicine: form, function, and ethics. **Ann Intern Med**. 2001;134(1):83-7.
39. BENEDETTO, M. A. C; GARCIA, D. S. O; BLASCO, P. G. Era uma Vez... Narrativas em Medicina. **Revista Brasileira de Cuidados Paliativos**, v.3, p.19 - 25, 2010.
40. BENEDETTO, M. A. C; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, dez. 2018.
41. GROSSMAN, E; CARDOSO, M. H . C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. **Rev Bras Educ Méd**. 2006;30(1):6-14.
42. ALMEIDA, H. O; ALVES, N. M; COSTA, M. P; TRINDADE, E. M. V; MUZA, G. M. Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. **Rev Bras Educ Méd**. 2005;29(3):208-215.
43. BENJAMIN, Walter. O narrador - considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. IN: _____. **Obras Escolhidas Volume – I**. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. Tradução Sérgio Paulo Rouanet. 3ª edição. São Paulo: Brasiliense. 1987. p. 197-221

44. SQUIRE, C. O que é narrativa. **Civitas**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 272-284, maio-ago. 2014.
45. BROCKMEIER, Jens; HARRE, Rom. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 525-535, 2003.
46. PAZ, Octavio. O desconhecido de si mesmo - Fernando Pessoa. In: _____. **Signos em Rotação**. Trad. Sebastião Uchoa Leite. São Paulo: Perspectiva, 1990.
47. SACKS, Oliver. **A Leg to Stand on**. New York: HarperPerennial, 1990.
48. FERREIRA, R. C; SILVA, R. F; ZANOLLI, M. B; VARGA, C. R. R. Relações éticas na atenção básica em saúde: a vivência dos estudantes de medicina. **Ciênc. Saúde Coletiva**. 2009;14 (1 suppl): 1.533-40.
49. GERBER, Viviane Knuppel de Quadros; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. A ética no ensino superior na área da saúde: uma revisão integrativa. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 168-178, Apr. 2013.
50. MONTE, Fernando Q. A ética na prática médica. **Rev Bioética**. v. 10, n. 2, 2002; p. 32-46.
51. MENEZES, Márcia Mendes et al. Percepções sobre o ensino de ética na medicina: estudo qualitativo. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 27, n. 2, p. 341-349, jun. 2019.
52. OLIVEIRA, Rejane Pivetta de; BARBERENA, Ricardo Araújo. Literatura e ética: notas para um diálogo que não se acaba. **Estud. Lit. Bras. Contemp.**, Brasília, n. 51, p. 11-21, ago. 2017.
53. ROSENBAUM, Y. A ética na literatura: leitura de “Mineirinho, de Clarice Lispector.” **Estudos Avançados**, v. 24, n. 69, p. 169 – 182, 1 jan 2010.
54. LISPECTOR, Clarice. **Para não esquecer**. São Paulo: Ática, 1978.