



REVISTA INTERNACIONAL DE
**HUMANIDADES
MÉDICAS**

COLECCIÓN DE SALUD, BIENESTAR Y SOCIEDAD

VOLUMEN 1
NÚMERO 1

**REVISTA INTERNACIONAL
DE HUMANIDADES MÉDICAS**

VOLUMEN 1, NÚMERO 1



REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS
<http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/coleccion/>

Publicado en 2016 en Madrid, España
por Global Knowledge Academics
www.gkacademics.com

ISSN: 2254-5859

© 2016 (revistas individuales), el autor (es)

© 2016 (selección y material editorial) Global Knowledge Academics

Todos los derechos reservados. Aparte de la utilización justa con propósitos de estudio, investigación, crítica o reseña como los permitidos bajo la pertinente legislación de derechos de autor, no se puede reproducir mediante cualquier proceso parte alguna de esta obra sin el permiso por escrito de la editorial. Para permisos y demás preguntas, por favor contacte con <soporte@gkacademics.com>.

La REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS es revisada por expertos y respaldada por un proceso de publicación basado en el rigor y en criterios de calidad académica, asegurando así que solo los trabajos intelectuales significativos sean publicados.

REVISTA INTERNACIONAL DE HUMANIDADES MÉDICAS

Director científico

Karim Javier Gherab Martín, Universidad CEU San Pablo, Madrid, España

Editores

Dante Gallian, Universidade Federal de Sao Paulo, Brasil

Juan C. Hernández-Clemente, Universidad Autónoma de Madrid, España

Consejo editorial

Alarcón, Renato D., Humanidades Médicas y Psicopatología, Mayo Clinic, EEUU y Perú

Arce Cordon, Rosario De, Psicopatología, Universidad Autónoma Madrid, España

Asúnsolo del Barco, Angel, Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Alcalá, España

Balaguer, Emilio, Historia de la Medicina, UMH, España

Camps, Victoria, Filosofía, Bioética, Universidad Autónoma Barcelona, España

Cantero, Josefa, Derecho Administrativo, Asociación Juristas de la Salud,

Universidad de Castilla-La Mancha, España

Comelles, Josep M., Antropología Médica, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España

Lolas, Fernando, Bioética, Universidad de Chile, Chile

Morgado Pereira, José, Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Coimbra, Portugal

Pandiella, Andrés, Filosofía, Comunicación, Universidad Autónoma Madrid, España

Pereira, Ana Leonor, Historia da Cultura, Universidad de Coimbra, Portugal

Pérez-Rincón, Héctor, Humanidades Médicas, UNAM, México DF, México

Ramírez Bermúdez, Jesús, Narrativa, México DF, México

Vieira Villela, Wilza, Humanidades Médicas, Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Editores asociados

Helio Angotti-Neto

Roberto Azambuja

Lorenzo Carcavilla

María Auxiliadora Craice de Benedetto

Guillermo de Eugenio Pérez

Mario de Marco

Luis Falque Madrid

Dante Gallian

Juan Carlos Hernández Clemente

María José Miranda Suárez

Alfonso Carlos Neves

Esther Ortega

Edna Maria Peters Kahlale

Flavio R.L. Paranhos

Tatiana Piccardi

Valeria Romano

Carla Cristine Souza de Almeida

Índice

- De paciente a futuro médico: escenas autobiográficas, narrativas y formación humanística en medicina.....1**
Elizabeth E. Gothelf, Mercedes Carrasco, Mariel Sciolla, Paula A. Martín
- Hidra de duas cabeças: configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP.....15**
Fabiana Carelli, Andrea Funchal Lens, Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira, Ariadne Catarine Dos Santos, Mariluz Dos Reis, Carlos Eduardo Pompilio
- Proceso histórico de la medicina en Colombia a partir de las culturas precolombinas (1492 -2008).....39**
Amparo Aurora Ramírez Tamayo, Juan Luciano Olivella Jacquin, Luis Carlos Ospino Castro
- Laboratório de Humanidades como *Paidéia* crítica: percurso estético em confronto a noção de perfectibilidade como dinâmica humanizadora em Saúde.....49**
Jacqueline Izumi Sakamoto
- Wikipetia médica: uma nova ferramenta eletrônica na educação.....59**
Paulo Marcelo Pontes Gomes de Matos, Flora Cruz de Almeida, Anna Beatriz Pedigão Cordeiro, Mariana Lima Vale
- Construção da resiliência na adolescência: interface entre as humanidades e saúde.....65**
Tânia Higa Sakuma, Maria Sylvia de Souza Vitalle
- Cultura o psicosis: ¿una conducta social que induce una psicopatología o una psicopatología que induce una conducta social?.....73**
Paula Ariadna Corzo Pérez
- Fatores de risco e proteção ao comportamento alimentar do adolescente: um olhar sobre vulnerabilidades e resiliência.....79**
Laura Giron Uzunian, Tania Sakuma, Ana Cristina Gonçalves de Azevedo, Leanna Dutra, Rafaella Vidal, Maria Sylvia de Souza Vitalle



Table of Contents

From Patient to Future Doctor: Autobiographical Scenes, Narratives and Humanistic Training in Medicine.....	1
<i>Elizabeth E. Gothelf, Mercedes Carrasco, Mariel Sciolla, Paula A. Martín</i>	
Two Heads Hydra: Ricoeurian Configuration and Impure Narrator in a Narrative of HC - FMUSP.....	15
<i>Fabiana Carelli, Andrea Funchal Lens, Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira, Ariadne Catarine Dos Santos, Mariluz Dos Reis, Carlos Eduardo Pompilio</i>	
Historical Process of Medicine in Colombia from Pre-Columbian Cultures (1492-2008).....	39
<i>Amparo Aurora Ramírez Tamayo, Juan Luciano Olivella Jacquin, Luis Carlos Ospino Castro</i>	
Humanities Laboratory as Critical <i>Paideia</i>: Aesthetic Journey Confronting the Notion of Perfectibility as a Humanizing Dynamics in Health.....	49
<i>Jacqueline Izumi Sakamoto</i>	
Medical Wikipetia: A New Electronic Tool in Education.....	59
<i>Paulo Marcelo Pontes Gomes de Matos, Flora Cruz de Almeida, Anna Beatriz Pedigão Cordeiro, Mariana Lima Vale</i>	
Building Resilience in Adolescence: Interface between Humanities and Health.....	65
<i>Mauricio Soto Subiabre</i>	
Culture or Psychosis: A Social Behavior that Prompts a Psychopathology or a Psychopathology that Prompts a Social Behavior?.....	73
<i>Paula Ariadna Corzo Pérez</i>	
Risk Factors and Protection of the Nourishing Behavior of Teenagers: A Look at Vulnerabilities and Resilience.....	79
<i>Laura Giron Uzunian, Tania Sakuma, Ana Cristina Gonçalves de Azevedo, Leanna Dutra, Rafaella Vidal, Maria Sylvia de Souza Vitalle</i>	



De paciente a futuro médico: escenas autobiográficas, narrativas y formación humanística en medicina

Elizabeth E. Gothelf, Mercedes Carrasco, Mariel Sciolla, Paula A. Martín
Escuela de Medicina, Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Resumen: Este artículo se propone releer, analizar y re-significar una serie de relatos producidos por alumnos de la Carrera de medicina, a la luz de los aportes de la Medicina Narrativa. Dichos relatos fueron escritos en el marco del taller “Médicos y Narrativas” que se desarrolló en la asignatura Cultura y Sociedad I, del primer año del Ciclo Premédico de la Carrera de Medicina del IUC (Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina) en mayo de 2010. El objeto de esta relectura es sugerir algunas hipótesis que orienten el diseño de nuevos dispositivos de formación e investigación–acción, para seguir construyendo conocimiento acerca del aporte que el trabajo con Narrativas hacen a la formación de profesionales de la Salud (tanto inicial como continua). Cuando nos referimos a “Narrativas”, estamos pensando en el uso de relatos provenientes de diferentes fuentes (literatura, tradición oral, producción autobiográfica) en forma de Narración oral y /o escrita, para producir reflexiones acerca del efecto que el uso del lenguaje tiene en la práctica médica y la función que cumplen los relatos en la construcción de la identidad personal y profesional.

Palabras clave: medicina narrativa, formación humanística, comunicación en medicina

Abstract: From patient to future doctor: autobiographical scenes, narratives and humanistic development in medicine. This article intends to reread, analyze and resignify a series of narrations produced by medical students in the light of the contributions of Narrative Medicine. Such accounts were written during the “Doctors and Narratives” workshop which was held in the Culture and Society I class, in the first year of the Premedical Stage of Medical School at IUC (CEMIC University Institute, Buenos Aires, Argentina) in May 2010. The purpose of this “rereading” is to suggest some hypotheses that will guide the design of new mechanisms for training and action research, in order to keep building knowledge regarding the contributions that working with narratives can offer in the training of health professionals (in the initial stages and thereafter). By “narratives” we mean the use of stories from different sources (literature, oral tradition, autobiographical production) whether written or oral, to reflect upon the effect the use of language has in the practice of medicine and the role those accounts play in constructing personal and professional identity.

Keywords: Narrative Medicine, Humanistic Development, Communication in Medicine

Introducción

Este artículo se propone releer, analizar y re-significar una serie de relatos producidos por alumnos de la Carrera de Medicina, a la luz de los aportes de la Medicina Narrativa. Los Relatos fueron producidos en el marco del taller “Médicos y Narrativas” que se desarrolló en una clase de la asignatura Cultura y Sociedad I, del primer año del Ciclo Premédico de la Carrera de Medicina de CEMIC en mayo de 2010. El objeto de esta relectura es, en primer lugar, valorar las producciones de los alumnos –futuros médicos– como punto de partida para reflexionar acerca del impacto que podría tener el uso de Narrativas en la formación de médicos; y en segundo lugar, sugerir algunas ideas fuerza que permitan continuar la investigación acerca de la conveniencia de incluir la Medicina Narrativa en los planes de estudio y los espacios de formación continua de profesionales de la salud, como una estrategia para contribuir a la formación integral de los mismos, incidiendo en el desarrollo personal de los profesionales y aportándoles herramientas y habilidades para la construcción de una práctica asistencial más humanizada.



Contexto

La materia Cultura y Sociedad I, integra el plan de estudios del primer año del Ciclo Premédico de la Carrera de Medicina del CEMIC. En el año 2010, la misma estaba a cargo de la Lic. Mercedes Carrasco y la Arte-terapeuta Mariel Sciolla.

Los objetivos generales propuestos en el programa de esta materia eran que el alumno:

- Internalice la visión integral del paciente.
- Interprete la medicina como la ciencia y el arte de curar.
- Reconozca y potencie su dimensión humanística.
- Se acerque al campo de la medicina desde una perspectiva cultural, con especial interés en las disciplinas artísticas (literatura, artes visuales, música, teatro).
- Reconozca en su capacidad creativa una herramienta para el trabajo clínico.

Para el logro de estos objetivos, las docentes proponían a los alumnos diferentes experiencias con profesionales y estrategias provenientes de distintas disciplinas humanísticas y artísticas que les permitieran propiciar el autoconocimiento y desarrollar sus capacidades creativas.

En este marco, las responsables de la Cátedra invitaron a Elizabeth Gothelf, Narradora Oral y Licenciada en Ciencias de la Educación, a realizar un taller sobre Medicina y Narrativas.

El taller consistió en una serie de experiencias a partir de las cuales los alumnos tomaron primero el rol de “escuchadores” de relatos, para convertirse luego en “productores” de narraciones a partir de escenas autobiográficas.

El recorrido planteado buscaba producir un involucramiento de los participantes tanto afectivo como reflexivo. Para esto se recurrió en primer lugar al relato de origen popular, habilitando después de la narración oral del mismo, un espacio de diálogo sobre los efectos del relato sobre el auditorio, para ir progresivamente a la reflexión sobre los usos que los médicos dan o podrían dar a los relatos. En un segundo momento se narró un cuento proveniente de la literatura que relata la historia de un hombre desde que eligió seguir la carrera de medicina hasta los últimos días de su vida, mostrando las vicisitudes del ejercicio profesional, deseos, ilusiones, desencantos, etc.

Esta segunda historia permitió una reflexión sobre la elección vocacional de la profesión médica, lo que ocurre con esa primera decisión y las condiciones que van imponiendo diferentes contextos y circunstancias al ejercicio profesional.

Sobre el cuento literario se propuso la re-escritura de diferentes finales posibles. Por último, se invitó a los alumnos a evocar la primera experiencia que recordaban en rol de pacientes y luego de una visualización guiada, cada participante produjo un texto breve sobre ese recuerdo. Los relatos que en adelante se analizan son producto de este ejercicio final.

A dos años del taller descrito y en la necesidad de sistematizar nuestras diferentes experiencias con la narración oral aplicada a la salud, comenzamos con Paula Martín (Narradora Oral y facilitadora de Biodanza) a investigar y profundizar sobre las relaciones entre narrativas, salud y enfermedad.

Un marco teórico provisional para el análisis de las producciones

La narración de historias ha sido una de las producciones culturales más antiguas de la humanidad. Los relatos han servido para reunir a la tribu alrededor del fuego, para divertirse, compartir sensaciones, comunicar hechos, crear un pasado común.

Las historias narradas también han sido utilizadas asociadas tradicionalmente a las actividades de curar y enseñar. De hecho en muchas culturas, la función del “chamán” estaba asociada a la del contador de historias y las mujeres curanderas también eran contadoras de historias.

El cuento popular primero y luego la literatura, han reflejado en sus relatos, vivencias y metáforas relacionadas con la salud, la enfermedad, la muerte, la figura del médico y del paciente, los conflictos que surgen en la relación terapéutica, los dilemas ante las decisiones cruciales de

los profesionales médicos. Los relatos audiovisuales actuales abundan en el reflejo de la vida en hospitales y salas de emergencia.

Es que la narración nos ayuda a definir quiénes y cómo somos, a conocernos, a reflejarnos en textos de otros como una suerte de espejos y también a elaborar y tolerar situaciones traumáticas.

Por eso, pensamos que escuchar, leer y producir relatos es un modo de explorar nuestro mundo interno y de reconocer el contexto social y cultural en el que estamos inmersos o viajar a culturas y momentos históricos lejanos a los que sólo tenemos acceso a partir de los relatos.

Sobre las narrativas y la identidad

La respuesta a la pregunta por la identidad (¿quién sos? o ¿quién soy?) es siempre un relato que incluye una serie de cualidades descriptivas y de acciones y acontecimientos que fueron tramando la vida de quién la responde. En esa respuesta se encuentra el núcleo de la identidad personal. Pero, aunque un sujeto sea el/la mismo/a, la respuesta a esa pregunta, en diferentes situaciones o momentos no permanece idéntica.

En palabras de Bruner (2003): “Hablar de nosotros a nosotros mismos es como inventar un relato acerca de quién y qué somos, qué sucedió y por qué hacemos lo que estamos haciendo”; asimismo este relato varía con el tiempo porque el narrador que somos lo resignifica desde su historia presente. No es lo mismo narrar una enfermedad, un contratiempo, un hecho bisagra de nuestra vida, en el momento en que ocurre, diez años después, a nuestro entorno íntimo o en una conferencia. Además, Bruner (1991) (citado por Carrió, 2007) sostiene que “las narraciones son parte de nuestro bagaje para enfrentar las sorpresas, nos enseñan a imaginar qué podría ocurrir, a adentrarnos en el reino de lo posible”.

Para comprender más profundamente las relaciones entre identidad y narración es útil examinar el concepto propuesto por P. Ricoeur acerca de la “Identidad narrativa”. Gloria Pampillo (2001) explica, siguiendo el pensamiento de Ricoeur que “... es el lenguaje donde se inscribe y deposita la experiencia humana; la búsqueda de sentido se apoya en los signos, los símbolos, los textos, para identificar la realidad de la conciencia. Los textos funcionan así como polos en ese movimiento de reflexión mediante el cual el hombre devela su identidad”. Los textos narrativos en particular, son aquellos que nos permiten el acceso a la experiencia subjetiva del tiempo, el devenir en su doble y simultánea dimensión de continuidad y cambio.

La identidad narrativa es la que surge por la escucha de las narraciones de los otros y por nuestro propio relato acerca de nosotros mismos. Y en esos relatos se configura la experiencia de la vida en unidades de *sentido*, con inicio y fin; con valoraciones de lo que nos pasa y lo que somos en una misma “trama” unificada. La identidad narrativa es un puente, una mediación entre dos componentes de la identidad personal, según la interpreta Ricoeur. Para este autor, la identidad personal es “... de carácter bipolar, es decir, posee dos componentes que son irreductibles el uno al otro: la *mismidad* y la *ipseidad*. La *mismidad* refiere a la persona **cómo** es ella misma y la *ipseidad* a un aspecto más abstracto de la personalidad que hace que sigamos siendo nosotros mismos a pesar de los cambios en nuestra forma física, carácter, circunstancias. La *mismidad* es un aspecto más rígido, más fijo, más referido al presente y la *ipseidad* sólo puede captarse en la dimensión temporal, a través de nuestras acciones en contexto, en nuestra historia y en el sentido que las mismas adquieren cuando las interpretamos.

Si antes afirmamos que la narración es la estructura del lenguaje que nos permite captar nuestra experiencia subjetiva y tener conciencia de ella, la identidad narrativa que surge de nuestros relatos, es la que nos permite integrar los polos de *mismidad* e *ipseidad*, comprendiéndonos a nosotros mismos no sólo como sujetos esenciales (dimensión ontológica) que somos (respuesta al quién soy), sino y simultáneamente como sujetos “prácticos” que “hacemos” y nos reconocemos en nuestros actos (dimensión ética).

Respecto de nuestro hacer, es interesante tener en cuenta que Ricoeur concibe a la narración como una actividad y esta actividad está compuesta por tres momentos: la experiencia previa a la narración en sí (que la pre-figura), el texto (que es una configuración dinámica en tanto es una trama de acciones) y el acto de lectura. La identidad narrativa atraviesa esos tres momentos en

los que se devela, se expresa y se ofrece para su interpretación. Entonces, es posible pensar las vidas de las personas como "... textos que se analizan y reinterpretan y una de las reinterpretaciones posibles es un cambio de género. Podemos vivir una situación de un modo determinado y luego contarla como una comedia, como una tragedia, como una sátira, con ironía, con suspenso, como héroes o víctimas" (Carrió, 2007).

Sobre la "Medicina Narrativa"

La Medicina Narrativa es un movimiento iniciado en Estados Unidos por la Dra. Rita Charon. Este enfoque invita a los profesionales de la salud a revisar sus modelos profesionales, tomando en cuenta los aspectos de la práctica asistencial que van más allá de los procedimientos técnicos, de los conocimientos basados en la biología y de las llamadas "ciencias duras". Según Charon (2000) el acercamiento entre Medicina y Narrativa comenzó en los años setenta a partir de la introducción de cursos de Literatura en los planes de estudio de algunas escuelas de medicina, con la intención de ayudar a los estudiantes a comprender el dolor y el sufrimiento a través de los relatos literarios y de adquirir a través del aprendizaje de la lectura, competencias para interpretar historias clínicas y observar los usos del lenguaje en la comunicación médico-paciente.

Con el tiempo, tanto la medicina narrativa, organizada como disciplina en la Universidad de Columbia, como la introducción del uso de Narrativas (entendidas como obras literarias, relatos orales que los pacientes producen en las consultas médicas, relatos biográficos que los médicos narran en historias clínicas o casos de ateneo, o propuestas de escritura autobiográfica sobre la propia práctica clínica), han ido avanzando y contribuyendo a mejorar las competencias de los profesionales de la salud para, desarrollar una escucha más empática, comunicar en forma más eficaz y establecer vínculos más significativos con los pacientes a través de una comprensión de la enfermedad como un acontecimiento en la biografía de un paciente, que puede resignificar su vida entera.

En relación a la contribución de la medicina narrativa a la formación de competencias de comunicación, el doctor Bernard Lown, profesor emérito de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, ha señalado que "si bien las palabras de un médico pueden dañar, ellas tienen un potencial curativo mucho mayor. El proceso de sanación demanda mucho más que ciencia, requiere también movilizar las expectativas positivas del paciente y estimular la fe en las indicaciones de los médicos. Conozco pocos remedios más poderosos que la elección cuidadosa de una palabra".¹ En tiempos en que predomina la "medicina basada en la evidencia", la introducción de las narrativas en la formación y la reflexión sobre la práctica asistencial, "... pueden permitirnos reconocer que vivimos en un mundo hecho de narraciones porque la realidad independiente de nosotros, nos es inaccesible por definición. Solo podemos conocerla a través de nuestros sentidos y nuestros modelos interpretativos"... Así "La narrativa puede mediar entre el médico, el paciente y la enfermedad. La narrativa en contextos médicos puede usarse para trabajar el punto de vista, la relación entre lo que se cuenta, quién lo cuenta y quién lo escucha. Puede ayudar a considerar hasta qué punto el conocimiento está situado, pertenece a un contexto" (Carrió, 2007).

El lenguaje en la práctica clínica

El campo de la salud está atravesado por el uso que en él se hace de la palabra, más allá de la conciencia que sus portadores tengan de esto. Al decir de la lingüista Ivonne Bordelois (2009) "...no sólo se trata de curar con palabras, sino de curar y de cuidar las palabras mismas que se relacionan con la curación, del mismo modo que se estudian y cuidan los instrumentos que rodean la cama del enfermo". A lo que agregamos, siguiendo a Todorov (1967): "... que la palabra tiene un poder "mágico", en tanto al interpretar la realidad percibida, darle un color y un contexto particular, se convierte en generadora de realidad".

¹ <http://www.savat.cl/link.cgi/MundoMedico/Reportajes/14054>

El mismo autor afirma que ese poder genético de la palabra aumenta a medida que avanzamos desde el discurso privado al discurso público.

La palabra del médico por su saber y rol social, tiene un peso especial. Un antiguo relato cuenta que Sócrates detuvo a uno de sus discípulos antes de que comenzara a hablar y le pidió que pasara tres filtros antes de verbalizar lo que estaba a punto de decir:

- ¿es verdad?
- ¿es necesario?
- ¿está bien intencionado?

Cuando la palabra autorizada del profesional de la salud no cumple con alguno de estos tres filtros, el efecto es iatrogénico (efecto nocebo)². El Dr. Carlos Tajer, uno de los estudiosos de la medicina narrativa en la Argentina, en su artículo denominado *El médico lenguaraz* (Tajer, 2012) analiza el poder devastador que pueden tener las palabras de un profesional de la salud utilizadas sin cuidar ni la veracidad de los términos, ni la necesidad de las afirmaciones, ni el modo del decir o sus efectos: “Creo sinceramente que los médicos no asumimos lo pesadas que pueden resonar nuestras palabras...Así como una palabra cálida puede demostrar simpatía y ayudar, los efectos adversos de la palabra médica pueden ser terribles...Quizá la mínima precaución sería cuestionarse con: “¿qué me gustaría escuchar a mí si estuviera en esta misma circunstancia?”, no desde la mentira o el ocultamiento, sino ubicando el problema en el sitio en donde el paciente puede batallar por resolverlo y donde podemos ayudarlo, aunque sea no más que para aceptar lo incorregible”.

Los datos y su análisis

Los relatos producidos por los alumnos en la actividad descrita en el punto B fueron recuperados para ser analizados a luz de nuestros saberes teóricos y prácticos actuales.

Los alumnos presentaron un trabajo escrito respondiendo a las siguientes consignas:

1. Escriba en forma de relato la primera visita al médico que recuerde en rol de paciente.
2. Vuelva a leerlo después de escribirlo.
3. Responda: ¿De qué me di cuenta al releer mi relato?

La totalidad de los textos recibidos (27) fueron incluidos en este análisis, 10 pertenecen a alumnos varones y 17 a alumnas mujeres. La edad promedio de los alumnos en el momento de la escritura de los textos era de 19 años.

De acuerdo con los propósitos del análisis y los conceptos teóricos que guiaban nuestra exploración decidimos buscar en los relatos, tanto las recurrencias como las singularidades. Para esto rastreamos en cada texto:

- El tema principal alrededor del que se estructura el relato.
- Algunos subtemas que se destacaban tanto por la recurrencia, por lo significativo de la experiencia, por referirse a la relación médico –paciente, por tratarse de imágenes que se relacionan con valores a tener en cuenta en la futura práctica médica o por referirse a experiencias traumáticas.
- La emoción predominante en el relato y su valencia (positiva o negativa).
- El escenario del relato.

² El concepto de *nocebo* se utilizó originalmente para calificar la contrapartida negativa del efecto placebo y para definir los efectos deseados e indeseados de un placebo (medicamento o intervención simulados). A menudo los médicos cargan con buena parte de la responsabilidad, según explica el Prof. Dr. Paul Enck, experto en medicina psicosomática, a la revista científica *Bild der Wissenschaft*. Su crítica se centra en las “sospechas que muchos médicos expresan de forma imprudente y en voz alta a la hora de diagnosticar”. En cambio, se denomina “respuesta nocebo” (nocebo response) a los síntomas que se producen a consecuencia de las expectativas negativas del paciente o de la sugestión (involuntariamente negativa) causada por el médico sin un (pseudo) tratamiento. A partir de los estudios examinados, se llega a la conclusión de que las reacciones *nocebo* se adquieren mediante todas las formas posibles de aprendizaje. Recíprocamente, hay que suponer que el paciente adquirió tales reacciones, cuando acontecen en un contexto clínico, durante su pasado. (Fuente: <http://news.doccheck.com/es/article/211293-nocebo-el-hermano-malo-del-placebo>)

Análisis cuantitativo

Emociones predominantes en los textos

Sobre un total de 27 relatos detectamos las siguientes valencias:

	<i>Valencia positiva</i>	<i>Valencia negativa</i>
<i>Varones</i>	6	5
<i>Mujeres</i>	17	2
<i>Total</i>	23	7

Cabe aclarar que en algunos pocos casos, los textos evidencian dos emociones predominantes de signos opuestos en su desarrollo.

Si bien la muestra de relatos analizada es muy pequeña, nos resulta llamativo que la proporción de mujeres que expresan emociones positivas en sus recuerdos como pacientes es muy superior a la proporción de varones.

Las emociones referidas por los relatos son las siguientes:

<i>Emociones positivas</i>	<i>Emociones negativas</i>
Comodidad	Miedo
Respeto	Ironía / Burla
Cuidado	Dolor
Reconocimiento	No reconocimiento
Buen humor	
Esperanza	
Confianza	
Placidez	
Contención	

Escenario en que se desarrolla el relato

<i>Consulta pediátrica</i>	<i>Internación o intervención quirúrgica</i>	<i>Estudio</i>	<i>Consulta clínica</i>	<i>Consulta psiquiátrica</i>
15	5	2	4	1

Análisis cualitativo

Pensamos que quizá la gran mayoría de los relatos refieren a la consulta al pediatra por incidencia de la consigna dada “Escriba en forma de relato la primera visita al médico que recuerde en rol de paciente”. Es interesante no obstante la recurrencia de subtemas en estos relatos:

- a) La preocupación del pediatra por empatizar con su paciente
- b) El recuerdo de un ambiente agradable en la sala de espera y el consultorio
- c) La vacunación

Cuando se percató de que era sólo un pequeño que estaba asustado, se arrodilló, se puso a su altura, y con voz muy calma le dijo: -“todo va a estar bien, no te voy a hacer daño. ¡Simplemente quiero saber cómo has estado porque hace rato que no me visitas! De a poquito el niño fue dejando de llorar, lentamente recuperó la compostura y cambió las lágrimas por una sonrisa. Fue en ese momento que me di cuenta porqué seguía consultando al Dr. Gómez y no a otro doctor. Él no era simplemente, un mundialmente reconocido profesional sino que también le preocupaban profundamente sus pacientes. (SIC)

El Dr. hizo que me sienta cómoda a lo largo de toda la consulta hablando y contándome qué era lo que estaba haciendo. (SIC)

Al Dr. Giannini le gustaba hablar mucho con sus pacientes. Era un médico el cual no cumplía con los horarios de las consultas porque decía que cada persona necesita su tiempo para contar sus problemas.” (SIC)

El consultorio era muy cálido, tenía ladrillos a la vista, cuadros de ositos en las paredes y una mesa pequeña con libritos, hojas y crayones para entretenerme mientras esperaba ser atendida. La secretaria era una joven muy bonita que atendía con amabilidad, el lugar olía a medicación y estaba calefaccionado. – El médico la atendió de una manera didáctica, de manera que cuando la niña se quiso acordar, el médico ya la había revisado y tenía su diagnóstico. (SIC)

“Vacunas” preguntamos con mi hermano, “¿Qué es eso?”. Ahí fue cuando el doctor nos explicó que era la picadura de un mosquito que nos servía para que no nos enfermemos y podamos pasar más tiempo con nuestros amigos. Al escuchar eso, felizmente acepté ir primero. Cuando escuché las palabras “Esto va a ser como la picadura de un mosquito” mi día cambio drásticamente. Sentí un pinchazo terrible en el brazo, como si me hubiese clavado una chinche y me pusieran alcohol, e instantáneamente me largué a llorar. Fue uno de los peores dolores que había sentido en mi vida. Desde ese día en adelante nunca más fui feliz al escuchar la palabra “doctor”. (SIC)

Los relatos referidos a estudios o intervenciones / internaciones, narran en general experiencias traumáticas que se resuelven mejor o peor en función de la forma en que el médico se comunica con su paciente:

Cuando tenía 12 años fui al médico por fuertísimos dolores de estómago. Nunca supieron la causa así que me dijeron que era un problema de nervios y que ese dolor era la forma de expresión. Me internaron y permanecí en el hospital 3 semanas. Recuerdo el trato con los médicos como malo en el sentido de que no hacían las cosas con ganas y quizás creían que yo mentía. Al contrario de esto las enfermeras se convirtieron en mis amigas y no hay queja alguna de ellas ni de cómo realizaron su trabajo, se portaron excelentemente conmigo y con mi familia. Creo que son personas para admirar. (SIC)

[Al llegar por primera vez a un hospital después de un accidente]... Primero me preguntó mi nombre, me comentó lo que tenía y eso me dejó mucho más tranquilo. (SIC)

Esta, claramente, era una mala noticia, significaba que esta lesión me dejaría inactivo de actividades físicas por un largo período. Mira, ves esto? Jaja – señalándole con el dedo la pantalla (Se le decía un médico a un residente asombrado por el tamaño de la lesión que se veía en la ecografía, en voz alta, delante del paciente). Pero, ¿qué pasó? – Pregunté sin entender la situación Tenés un desgarrar ENORME. (SIC)

Todo se veía con una tonalidad roja brillante, a pesar de que sus sentidos le habían privado la vista – la desesperación inundaba su mente más por la falta de explicaciones, de diálogo, de presencia de sus padres que por el dolor mismo. Al pequeño le hubiese gustado recibir alguna mirada de comprensión, de alguien que comprendiera el dolor por el que estaba pasando en aquella sala donde nadie habla pero todos saben... no importa la edad, el paciente merece explicaciones y comprensión por parte del personal médico. (SIC)

Respecto de las consultas a clínicos o psiquiatra hacen especial referencia al modo de hablar y/o escuchar del médico:

Luego de un tiempo, la paciente entre palabras y palabras, comenzó a contarle lo que le estaba sucediendo, recibiendo por parte del médico una actitud de escucha y comprensión incomparables y que a su vez ella necesitaba imperiosamente. No sólo se sintió escuchada sino que también acom-

pañada y aconsejada, sentía que por primera vez, alguien la estaba realmente ayudando. La charla duró unos minutos y luego la paciente cambió rotundamente, se veía en sus expresiones que sus sensaciones eran diferentes. (SIC)

Me preguntó primero por mi persona, se preocupó por hacerme sentir cómoda en todo momento. Después sí, pasó a preguntarme por el motivo de mi consulta. – Me sentí cómoda durante la consulta, realmente pude calmar todas las inquietudes que me llevaron hasta allá. (SIC)

El valor del mensaje: contenido y forma de comunicar

Más allá del tema eje, la mayor parte de los relatos asignan un valor fundamental al uso del lenguaje y sus efectos: las palabras elegidas para comunicar calma y confianza, las palabras descuidadas, las palabras no dichas y las explicaciones omitidas. Se observa que las narraciones prestan atención tanto al contenido como a la forma del lenguaje que el médico, técnico o enfermera utilizan para comunicarse con el paciente. También hay relatos que valoran especialmente el modo en que el médico habilita la palabra del paciente.

Se observa una conexión directa entre la elección de las palabras que realizan quienes transmiten el mensaje al protagonista de cada historia y los efectos que provocan en el mismo.

En los relatos que refieren a empatía, calidez, esperanza de curación y contención entre otros, se recuerda una preocupación del médico por saber acerca de la biografía del paciente más allá del síntoma que lo llevó a la consulta. También hay emociones positivas ligadas a las explicaciones sin subestimación de la comprensión del paciente y negativas ligadas a la falta de palabras, a la minimización del dolor o del procedimiento y a la mentira “blanca” o “piadosa” que no deja de ocultar una realidad que pronto se evidencia.

De médico a paciente

Algunos relatos hacen una conexión directa o indirecta entre la experiencia de su autor/a como paciente y las expectativas o aspiraciones que el mismo tiene sobre su futuro ejercicio de la medicina, tanto refiriéndose a los valores de la práctica médica a los que adhieren o rechazan, como haciendo alusión a sí mismo/a en el futuro :

Me acuerdo como si fuera ayer que sus manos estaban heladas y que me hacían poner la piel de gallina cada vez que me tocaba. Me acuerdo también que me dejaba hacerle lo mismo a él y siempre estaba con una sonrisa. – Me di cuenta que ahora que soy más grande la atención de los médicos para con los adolescentes es muy distinta. Ya muchos no son tan pacientes ni se muestran tan “alegres” cuando te atienden. – Releer el relato me hizo pensar que los médicos fueron siempre parte de mi crecimiento así como mamá y papá, y que siempre supe que podía contar con ellos si me pasaba algo o si a alguien le pasaba algo. (SIC)

Fue en ese momento que me di cuenta porqué seguía consultando al Dr. Gómez y no a otro doctor. Él no era simplemente, un mundialmente reconocido profesional sino que también le preocupaban profundamente sus pacientes. (SIC)

Después de charlar un rato, sobre distintos aspectos de mi vida, me revisó, como hacen todos los doctores (o como imagino que lo hacen: de la forma normal). Lo más sorprendente fue que luego de eso, comenzó a preguntarme sobre mi familia, mi tiempo libre, el horario de la escuela, las actividades que realizaba. Y no sólo eso, luego me preguntó sobre mis abuelos, que también eran sus pacientes. Le conté que hacían, cómo estaban y hablamos sobre eso por un tiempo. (SIC)

Me preguntó primero por mi persona, se preocupó por hacerme sentir cómoda en todo momento. Después sí pasó a preguntarme por el motivo de mi consulta. - Me sentí cómoda durante la consulta, realmente pude calmar todas las inquietudes que me llevaron hasta allá. También me di cuenta de cómo me gustaría ser en un futuro como médica. Recordando la consulta, pensé en que cosas me gustaron y en qué cosas no me gustaron y así pude llegar a verme a mí como médica, trabajando para mis pacientes. (SIC)

... sufrí de ataques de pánico y una vez que fui a la dermatóloga y me preguntó cómo estaba yo y le conté, y en mi relato le dije que tenía miedo de sufrir un infarto durante los ataques ya que me latía rápido el corazón y ella me dijo que lo que yo piense que me iba a pasar me iba a pasar y yo me quedé angustiada porque justamente yo creía que me podía pasar eso y por eso tenía miedo. Luego fui a la cardióloga y al escuchar mi corazón dijo “¡como galopa! “ pero luego me dijo que no me iba a dar un infarto por taquicardia, igualmente me recomendó algunas cosas, lo que quiero decir es que los médicos tienen que tener cuidado con lo que dicen y principalmente como dicen las cosas, y tienen que aprender además de la biología, como se sienten las personas. Si yo hubiese sido esa dermatóloga no hubiese dicho eso porque es como tirar leña al fuego y sin sentido.

Además hay gente que piensan y sienten a los médicos como que saben todo y a medida que fui creciendo me di cuenta que no es así totalmente, reconozco su saber parcial y relativo en algunas cosas pero en otras depende mucho de la persona que sea ese médico y si su enfoque es total o parcial de sus pacientes. Y creo que si alguien está yendo al médico, además de pagándole está confiando su inquietud en el médico y esto conlleva una responsabilidad y creo que por ejemplo esta mujer que me dijo que si pensaba que me iba a pasar me iba a pasar fue muy irrespetuosa y muy poco cuidadosa de mí ya que si bien existe una relación entre el estrés y las afecciones cardíacas, según mi cardióloga yo soy sana pero tengo que relajarme y hacer ejercicio, entonces hay que tener cuidado con como uno le dice las cosas a los pacientes porque no saben su nivel de sensibilidad en ese momento y cómo puede afectar la mente del paciente. (SIC)

El valor de la escritura y la lectura del propio texto

Respondiendo a la tercera consigna, uno de los relatos refiere el siguiente comentario:

Al ir escribiendo el relato, me ayudó para ir acordándome de cosas de esa escena que no tenía tan presente. Me ayudó para agregar detalles. Y al releerla me di cuenta que había escrito mucho más cosas de las que había pensado inicialmente. Que todo aquello que yo tenía guardado en mi memoria como imágenes, al unirse, se complementaba con otros datos que no había tenido en cuenta, y que quizás eran importantes para el relato. Cuando lo releí pude ver que las ideas en el papel estaban mucho más ordenadas y organizadas de lo que estaban en mi cabeza. También me ayudó a ver la escena desde otro punto de vista, como si el relato que estuviera leyendo fuera ajeno. (SIC)

Este comentario ilustra el efecto que narrar una experiencia personal tiene sobre su autor apoyando la tesis de Ricoeur según el cuál “los relatos son modelos para volver a describir el mundo” (Paul Ricoeur, citado por Brunner).

Un relato singular

A continuación, reproducimos un relato completo que nos impactó tanto por el contenido como por la forma en que está narrado. En él se evidencia el dramatismo de la experiencia subjetiva del paciente y se observa como determinadas experiencias pueden marcar un antes y un después en las relaciones terapéuticas, el vínculo con la salud, la enfermedad, las consultas o los tratamientos:

Siete palabras

Cansancio. Cansancio pleno y puro. Cansancio cruel. ¿Por qué insistían con que siguiera? ¿Qué les había hecho? ¿Por qué me trataban así?

Traté. De verdad traté de mantenerme en pie. Pero no. Tratar no fue suficiente, y me desplomé en el suelo.

Empecé a llorar. “Estoy cuadripléjico” pensé. No me podía mover. Mi mente había logrado su objetivo: ahora mi cuerpo yacía inmóvil en el suelo. No podía hacer nada más que respirar y llorar. ¿Cuánto tiempo estuve así? ¿Media hora? ¿Una hora? ¿Dos? Nunca lo supe. ¿Cómo iba a pensar en el tiempo si sabía que nunca más me iba a mover?

Cada segundo valía por seis, y el odio hacia mí mismo no paraba de crecer. “Soy un inútil” pensaba “soy un débil. Merezco lo que me pasó. Nunca más voy a poder hacer esto...” y entonces ocurrió: mi mano se contrajo. Renació la esperanza.

Tardé, pero por fin lo hice. Pude sentarme y di un profundo suspiro. Había vencido mi bloqueo...

No se lo conté a mi papá, pero mi profesor de karate lo hizo, y la consulta se tornó en algo inevitable. No era miedo a la consulta lo que me hizo abstenerme, fue simplemente el hecho de que no lo consideraba relevante.

Mi papá me llevó al médico, alguien que nunca en mi vida había visto. Todo empezó bien. Eran sólo algunas preguntas de rutina: ¿Ya me había pasado antes? ¿Cuándo? ¿Cómo me había sentido? ¿Cuánto duró? ¿Ya lo había superado?

Respondí a todo con lo único que podía decir: la verdad.

Se acabó el cuestionario y cometí el error de pensar “¿Ya está? ¿Listo? ¿Era eso solamente?”. Pero no. Como buen médico el hombre comenzó con el análisis de control: peso, altura, presión, uso de estetoscopio, etc.

Hago eso todos los años. No había nada nuevo en esa consulta.

Sin embargo, hay siete palabras que sé que voy a recordar por el resto de mi vida. Siete palabras que me hicieron sentir débil y desprotegido. Siete palabras que no me atrevo a nombrarle a nadie más, a que implicaban la zona genital.

Desde que entré en la pubertad todo lo referente al sexo me lo guardaba para mí, no hablaba con nadie y no consultaba con nadie (ni siquiera con mi médico de confianza) ninguna duda de mi desarrollo.

Ese médico fue el único, hasta el momento, en mi vida, en analizarme la zona genital, y fue esa experiencia, esa sensación de humillación y desprotección la que me llevó a recordar, no sólo para el ejercicio profesional, sino que también para el resto de mi vida consciente, aquella situación. (SIC)

Una invitación a profundizar esta investigación

La lectura de las producciones de los alumnos, a la luz de los conceptos teóricos que expusimos como marco de referencia arroja interesantes evidencias acerca de la función de los relatos en la construcción de las identidades personales y profesionales. También ilustran sobre los efectos del uso del lenguaje en la relación terapéutica, teniendo en cuenta que el vínculo que se establece entre los profesionales de la salud y sus asistidos tiene una fuerte influencia tanto en la aceptación de un diagnóstico y la adherencia a un tratamiento indicado, como en las expectativas positivas o negativas que el paciente desarrolle sobre su posibilidad de curarse, sobre la relación con otros médicos en el futuro, como así también sobre su actitud respecto de la salud y la enfermedad. Al respecto Carrió señala: “Las enfermedades son discursos construidos, reproducidos y perpetuados a través de conversaciones, y uno de los focos centrales del entrenamiento clínico debe ser aprender a recibir y dar relatos, ya que es a través del escuchar y contar historias, que los seres humanos logran comprender sus experiencias” (Carrió, 2007).

Las emociones positivas o negativas acerca del vínculo entre médicos y pacientes aparecen ligadas, en las producciones de los alumnos, a ciertos temas recurrentes: la elección del lenguaje, la valoración de los relatos personales y las formas de interrogar y de habilitar la palabra del paciente. Así se narran los recuerdos placenteros vinculados a la escucha empática, la creación de un clima agradable o a las palabras de aliento y los displacenteros asociados a la falta de explicaciones, al uso descuidado de frases o comentarios, a la rapidez o despersonalización de la atención y a la minimización de la experiencia subjetiva de dolor.

A partir de los resultados del taller referido en este trabajo, podemos sugerir que escuchar relatos bien seleccionados habilita el diálogo profundo que sigue al silencio de una experiencia de escucha conmovedora y permite la expresión de sentimientos e ideas en un mismo espacio. Al mismo tiempo, escribir relatos sobre escenas biográficas propicia una re-significación del recuerdo narrado a la luz del presente. Y la recuperación de recuerdos ayuda a indagar sobre la elección vocacional, sobre los modelos éticos de ejercicio de la profesión, sobre aquellos episodios de la propia biografía que se quieren reparar o repetir en la práctica profesional futura y sobre los valo-

res y modelos éticos a seguir. De este modo, el uso de las narrativas puede contribuir a la construcción de la futura identidad profesional.

Si bien la experiencia que se relata en este artículo tiene sus límites por ser ésta acotada, las recurrencias observadas en el análisis de los relatos nos hacen pensar que sería interesante profundizar en el trabajo desde la narrativa con estudiantes de medicina a fin de:

- Habilitar y profundizar la indagación de la propia biografía en los aspectos que conectan con la profesión elegida.
- Desarrollar:
 - la escucha activa y empática a través de espacios compartidos de relatos orales de diferentes fuentes;
 - la capacidad de interpretar los relatos de pacientes, colegas, científicos, familiares, tomando del análisis literario los elementos que ayudan a comprender la experiencia humana;
 - la posibilidad de interrogar, construir significado, narrar en forma comprensible y eficaz, como herramienta para mejorar las competencias comunicacionales orales y escritas.
- Favorecer la formación de vínculos positivos, utilizando los lenguajes verbales y no verbales y atendiendo a la singularidad de los distintos casos y de cada paciente.
- Generar espacios donde prime la conexión con el humor, la emoción y la alegría a fin de expandir los recursos para enfrentarse al dolor y a la muerte.

También nos parece interesante abrir espacios de investigación sobre la incidencia de las narrativas en las prácticas de los médicos en relación con:

- El cuidado de la salud
- La educación para la salud
- La comprensión del significado subjetivo de una enfermedad
- La construcción de puentes entre el saber biomédico y la interpretación biográfica de la enfermedad
- El fortalecimiento de la resiliencia tanto de profesionales de la salud como de los pacientes que llegan solicitando su asistencia.

Los trabajos de investigación–acción a partir de dispositivos de formación que se realicen en adelante, demostrarán en qué medida la inclusión de la Medicina Narrativa puede contribuir al desarrollo de la sensibilidad, la empatía y la humanización de las relaciones entre los profesionales de la salud y sus pacientes. Para esto será necesario probar acciones similares al taller descrito en este trabajo, tanto en instituciones de formación como en Servicios de Salud, públicos y privados y generar dispositivos que permitan observar un proceso de formación más sistemático y longitudinal, que supere las intervenciones puntuales, las que si bien abren camino, tienen riesgo de ser neutralizadas por el shock que produce el encuentro con la realidad en la práctica profesional cotidiana.

REFERENCIAS

- Bordelois, Ivonne (2009). *A la escucha del cuerpo: Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Bruner, Jerome (2003). *La fábrica de historias: Derecho, literatura, vida*. Buenos Aires: FCE.
- Carrió, Silvia (2007). *Medicina narrativa. Relaciones entre el lenguaje, el pensamiento y la práctica profesional médica*. Tesis de maestría, Buenos Aires.
- Charon, Rita (2000). "Literature and Medicine: Origins and Destinies". *Academic Medicine*, 75(1), January 2000.
- Pampillo, Gloria (2001). *Permítame contarle una historia*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Tajer, Carlos (2012). *El médico lenguaraz*. Buenos Aires: Intramed, <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=78087>

SOBRE LAS AUTORAS

Elizabeth E. Gothelf: Licenciada y Profesora en Ciencias de la Educación de la Universidad de Buenos Aires y Narradora Oral. Profesora Asociada de la Materia Cultura y Sociedad I de la Licenciatura en Enfermería y Docente Invitada en las Asignaturas Cultura y Sociedad I y IV de la Carrera de Medicina del Instituto Universitario CEMIC, (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno), Buenos Aires, Argentina. Docente en la Universidad de San Andrés en el área de formación de docentes y directivos. Consultora en Formación de Formadores en organizaciones privadas y públicas.

Mercedes Carrasco: Licenciada en Sociología por la Universidad de Buenos Aires y Diplomada en Educación Médica por la Universidad de Tucumán, Argentina. En el área académica se desempeña como profesora de grado de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno") en las carreras de Medicina, Enfermería y Nutrición, y profesora de posgrado en carreras de Médico Especialista en Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. En el área profesional, ejerce el cargo de Jefa de la Sección "Situaciones vitales derivadas de la marginalidad y la exclusión social" cuyo objetivo es la reinserción socio-educativa-laboral de pacientes que consultan en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Otra de sus especialidades es el trabajo de promoción humana y reinserción social de personas en situación de calle, sumado a la capacitación de los voluntarios y profesionales de Organizaciones de la Sociedad Civil que les brindan asistencia.

Mariel Sciolla: Artista plástica, formada en artes visuales, pintura y escultura. Actualmente cursando la Licenciatura en Psicología en la Universidad J. F. Kennedy, Buenos Aires, Argentina. Se formó en psicoanálisis en el Centro de Estudios Freudianos, y en Arte y Psicología en La Escuela de Arte Jungiana. En el área académica se desempeña como Ayudante Docente en las carreras de Medicina, Enfermería y Nutrición del Instituto Universitario CEMIC (Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno"), aplicando el arte como herramienta pedagógica. En el área profesional se desempeña coordinando talleres de sensibilización artística para pacientes que consultan en la Sección "Situaciones vitales derivadas de la marginalidad y la exclusión social" en el Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas "José de San Martín", de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Su especialidad es el estudio de la relación de las psicologías profundas con el arte y la espiritualidad.

Paula A. Martín: Docente de enseñanza básica, narradora oral bilingüe y facilitadora de biodanza. Ha realizado experiencias de Narración Oral y Salud en el Hospital y Geriátrico Municipal "Gui-

lermo Rawson” de la Ciudad de Buenos Aires y en el Centro de Integración Social Casa Abasto. Miembro de la comisión organizadora del Encuentro Internacional de Narradores Orales de la Feria del Libro de Buenos Aires.

Hidra de duas cabeças: Configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP

Fabiana Carelli, Universidade de São Paulo, Brasil
Andrea Funchal Lens, Universidade de São Paulo, Brasil
Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira, Universidade de São Paulo, Brasil
Ariadne Catarine Dos Santos, Universidade de São Paulo, Brasil
Mariluz Dos Reis, Universidade de São Paulo, Brasil
Carlos Eduardo Pompilio, Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo: Este artigo busca analisar, do ponto de vista da teoria literária e da literatura comparada, o modo como é configurada, por ela mesma, a narrativa de vida de uma paciente do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo num contexto de consulta com a médica residente que a atende, e de que modo essa narrativa é reconfigurada pela mesma residente, tanto na conversa com seu assistente quanto na retomada da consulta com a paciente, na qual hipóteses diagnósticas, prognósticos e tratamento lhe serão transmitidos. A análise empreendida aqui funda-se essencialmente nos conceitos de prefiguração, configuração e refiguração, tal como estabelecidos por Paul Ricoeur em sua obra *Tempo e narrativa* (2010); narrador e ponto de vista narrativo, tal como em Arrigucci Jr. (1998) e Friedman (2002); e do riso em suas articulações culturais, tal como em Aristóteles (s/d), Darnton (1996), Bakhtin (1999) e Baudelaire (2002). Ao final, este trabalho visa a propor bases analíticas e teóricas para a definição do conceito de narrador “clivado” ou “impuro”, no contexto das relações entre narrativa e medicina.

Palavras-chave: narrativa e medicina, literatura e medicina, narrative medicine, Ricoeur e medicina, relações médico-paciente, GENAM, AGD-HC-FMUSP, narrador clivado, narrador impuro.

Abstract: From the point of view of literary theory and comparative literature, this article aims to analyze how it is configured the narrative of life of a patient of the General and Didactic Clinic of the University of São Paulo School of Medicine, in the context of a consultation with the resident who attends her, and how that narrative is reconfigured by the same resident, both in the conversation with her assistant and at the resumption of the consultation with the patient, in which diagnostic hypotheses, predictions and treatments will be transmitted. The analysis undertaken here is based mainly on the concepts of prefiguration, configuration and refiguration established by Paul Ricoeur in his book *Time and Narrative* (2010); narrator and narrative point of view, as in Arrigucci Jr. (1998) and Friedman (2002); and the cultural aspects of the comic genre, as in Aristotle (s/d), Darnton (1996), Bakhtin (1999) and Baudelaire (2002). In conclusion, this paper aims to propose some analytical and theoretical grounds for the concept of a “cleaved” or “impure” narrator in the context of the relations between narrative and medicine.

Keywords: Narrative and Medicine, Literature and Medicine, Narrative Medicine, Ricoeur and Medicine, Doctor-Patient Relationship, GENAM, AGD-HC-USP, Cleaved Narrator, Impure Narrator.

À guisa de introdução

Tem a quinda, tem a missanga. Veja: solta, mistura-se; não posso arrumar a beleza que eu queria. Por isso aceito sua ajuda. Acamaradamos. Dou o fio, o camarada companheiro dá a missanga – adiantamos fazer nosso colar de cores amigadas. [...] Por isso pergunto de poimento do muadié: vida de pessoa não é assim a missanga sem seu fio dela, misturada na quindinha dos dias? (Vieira, 1987: 13-4)

O trecho acima citado, do início do romance *João Vêncio: os seus amores*, do angolano José Luandino Vieira, refere-se a uma conversa. Ou melhor: o romance todo é uma conversa, mas escrito como a fala de um só. Nele, à semelhança do *Grande sertão: veredas*, de Guimarães Rosa, há um homem simples, um mulato, que é o narrador. Preso por tentativa de



homicídio no contexto de uma Angola em plena guerra colonial, o mulato Juvêncio Plínio do Amaral (nome completo, “com flores circunflexas”, cf. Vieira, 1987: 38) ou, no apelido, João Vêncio (porque, no jogo de palavras, ao final “eu venço”, afirma ele, cf. Vieira, 1987: 83), dialoga na prisão com um “muadié” (senhor, doutor), advogado. Seu objetivo? Contar sua história, para que, articulando sua vivência pessoal com o saber linguístico e argumentativo do defensor, ele possa, afinal, ser absolvido no julgamento dos “brancos”. Por esse motivo, ele afirma: tem a quinda (o cesto, a vida), tem a missanga (as contas do colar, os fatos). Mas, na confusão dos dias, é preciso dar o fio, selecionar as missangas, organizar o colar: configurar uma história. A lógica dessa história, sua ordem, é claro, dependerá de quem “dá o fio”.

Fatos selecionados: miçangas

Todo paciente conta uma história, e é essa história, a análise dessa história, repleta de riqueza informacional, que constitui o nosso escopo. Como afirma Paul Ricoeur, há uma “identidade estrutural entre a historiografia e a narrativa de ficção”, e, por que não dizer, entre as narrativas cuja vocação é evidentemente ficcional e aquelas pretensamente verdadeiras, já que, ainda de acordo com o filósofo francês, há uma “profunda afinidade entre a exigência de verdade de cada um dos modos narrativos”; uma exigência de verdade que se constitui enquanto “o caráter *temporal* da experiência humana” (Ricoeur, 2010: 9; itálicos do autor).

Toda narrativa se constitui de diversos elementos e olhares, mas em geral se configura de acordo com os ditames de uma consciência, de uma racionalidade que *escolhe* o que contar e *organiza* esses fatos: seleciona e combina. A essa racionalidade que tudo preside no universo diegético, a teoria literária convencionou chamar de *narrador*. O narrador é quem conta a história. E uma história é, por definição, enunciado e enunciação (tal como definido por Benveniste e depois Genette, *apud* Ricoeur, 2010: 109/138 e ss.): um conjunto de *fatos selecionados* (enunciado) a partir de uma existência caótica de ações no “mundo da vida”, aos quais se confere um *sentido* a partir de sua estruturação no *tempo* – ordem, duração, frequência (o “tecido” ou composição sendo, propriamente, a enunciação). “Narrar”, diz Günther Müller a partir de Ricoeur, “é presentificar [...] acontecimentos não perceptíveis pelos sentidos de um ouvinte”, já que “todo narrar [é] um narrar alguma coisa que não é, em si, narrativa” (Ricoeur, 2010: 131).

Nesse sentido, sem a inteligência discriminante e articuladora de um narrador, não há possibilidade alguma de narrativa. Mesmo quando disfarçado por um efeito discursivo que remeta à sua transparência ou pretensa objetividade, o narrador está sempre presente na narrativa enquanto consciência configurante. Ou, nas palavras de Ricoeur: “[q]ue o narrador esteja ausente de seu texto ainda é um fato de enunciação” (Ricoeur, 2010 (II): 140).

Como lembra Davi Arrigucci Jr., numa palestra destinada a psicanalistas,

a escolha do narrador é um dos fatos decisivos da ficção [também das narrativas não ficcionais] e da sua interpretação, da articulação orgânica que há entre técnica e temática na obra [...]. Se o narrador pode estar em Sirius, como às vezes quer o narrador de Machado de Assis, é porque ele tem uma superioridade absoluta sobre os demais – ele pode mais que os demais. Se ele pode narrar a história depois de morto, ele pode mais que o comum dos mortais, e isto decerto tem consequências decisivas sobre tudo o que ele diz ao relatar em retrospecto a vida dele em meio aos pobres mortais. (Arrigucci JR., 1998: 20)

Importante lembrar, o narrador não é o autor, ser vivo, empírico, de carne e osso, mas sim um artefato de linguagem, uma instância configuradora, criada no contexto próprio de cada narrativa com a finalidade específica de contá-la e nela instaurando um *quê* e um *como*. Nas palavras de Roland Barthes,

narrador e personagens são essencialmente ‘seres de papel’; o autor (material) de uma narrativa não se pode confundir em nada com o narrador dessa narrativa; os signos do narrador são iminentes à narrativa [...]: quem fala (na narrativa) não é quem escreve (na vida) e *quem escreve não*

é quem é” (lembrando a dúvida de Lacan, em rodapé: “O sujeito do qual falo quando falo é o mesmo que aquele que fala?”) (Barthes, 2013: 50, itálicos do autor).

Nesta seção, trataremos da importância dos *fatos selecionados* na construção de uma narrativa, definindo-os, de modo geral e no contexto da história clínica aqui analisada, como o conjunto de ações escolhidas pelo(s) narrador(es), a partir de um todo multiforme e até certo ponto caótico da vivência cotidiana, para compor(em) suas histórias e conferir a elas os *sentidos* que melhor as expressam, de acordo com seu(s) ponto(s) de vista.

Quando pensamos na escolha dos fatos selecionados pela metáfora de um colar de contas, conseguimos vislumbrar mais claramente a complexidade e heterogeneidade próprias dos universos culturais em contato na relação paciente-médico. O paciente, por um lado, chega à consulta com os paradigmas subjetivos próprios da *experiência*, constituídos a partir de sua vivência como indivíduo, do seu estar-no-mundo. Nesse sentido, o narrador por ele constituído está muito mais próximo daquele tal como definido pelo filósofo alemão Walter Benjamin, que institui sua autoridade a partir de sua “faculdade de intercambiar experiências”. “Se a arte da narrativa hoje é rara”, diz Benjamin, “[a] razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações” (Benjamin, 1987: 203).

O médico, por outro lado, além da experiência que lhe é própria como ser-no-mundo, traz consigo, para sua relação com o paciente, os protocolos da prática clínica e os paradigmas da racionalidade tecnocientífica duramente aprendidos ao longo de seus anos de formação¹. Esse aspecto é ainda mais pungente no contexto do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (AGD), “casa” desta pesquisa, já que, além de se constituir como instituição que presta atendimento de saúde à população em geral, o Ambulatório funciona como local de ensino e treinamento da prática clínica pelos estudantes recém-graduados pela FMUSP e por outras faculdades brasileiras. Nesse sentido, os residentes que lá atendem o fazem não apenas como médicos, mas principalmente como aprendizes, justamente, dos protocolos e diretrizes acima referidos. De alguma maneira, estão lá para apreendê-los, repeti-los; incorporá-los. Como demonstraram Souza-e-Silva e Piccardi (2012), a consulta médica pode ser considerada, de modo pertinente, um “gênero do discurso” (Souza-E-Silva & Piccardi, 2012: 8). Sendo assim, vem imbuída dos protocolos e procedimentos próprios da sua definição enquanto tal².

Pois bem: médicos e pacientes, ao contarem suas histórias, ou, em geral, ao contarem e recontarem a *mesma* história (a da vida do paciente depois da doença, ou com a doença), escolhem e organizam os *fatos selecionados* de acordo com seus diferentes paradigmas, e é nisso que diferem, ou mesmo se distanciam, ainda que, no caso de uma consulta médica, busquem incessantemente uma sincronização entre seus pontos de vista, em prol de diagnósticos e tratamentos que, deseja-se, sejam bem-sucedidos. Assim, de imediato, os fatos selecionados que constituirão as histórias configuradas por eles variam de indivíduo para indivíduo, de uma perspectiva subjetiva a uma perspectiva generalizante, do universo cultural da experiência ao universo cultural do pensamento científico.

A consulta médica que acompanhamos no AGD, e que nos serve de base analítica para este artigo, foi realizada por um médico Residente, aqui denominado R, com uma Paciente (P) e sob a supervisão de um médico Assistente (A). No AGD, os atendimentos em geral acontecem de acordo com a seguinte ordem: o paciente que se consulta pela primeira vez chega ao Ambulatório por indicação do Pronto-Atendimento, que detecta a necessidade de um tratamento continuado; é

¹ Esses aspectos da educação médica são discutidos, entre outros artigos, em Sobel (2005), em que tornar-se médico aparece como a aquisição de uma “segunda língua” e da prática de dizer quase tudo “em uma única sentença”.

² “A consulta médica - entendida como gênero do discurso que determina o modo de os atores sociais, médico e paciente, interagirem - afeta o tipo de comunicação que se desenvolve entre eles. Nessas interlocuções ainda é forte a influência dos discursos médicos do século XIX, que deram origem ao chamado modelo biomédico, ainda em voga, do qual se originam os posicionamentos discursivos dominantes na saúde. Esse modelo - que desloca lentamente o olhar do médico do doente para a doença, do ator social para o objeto - afeta diretamente a comunicação entre médico e paciente, na medida em que o primeiro designará de modo “objetivo” um mal que, na realidade, não pode ser separado da experiência vivida do sujeito doente”, afirmam as autoras (Souza-E-Silva & Piccardi, 2012: 8-9).

atendido por um médico residente – em nosso caso, um residente do 1º ano; a consulta transcorre entre residente e paciente; nesta, o médico faz a anamnese do(a) paciente e exames clínicos presenciais, observando também exames laboratoriais e de imagem que ele(a) possa trazer; a consulta é então interrompida para que o residente possa expor o caso a um médico assistente em serviço (este médico é um profissional formado e credenciado, portanto com habilitação e certificação para fazer diagnósticos e prescrever exames e tratamentos); enquanto o residente discute com o assistente na sala de reuniões, o paciente permanece à espera, na sala de consultas; o residente, após discussão com o assistente, estabelece o diagnóstico e elabora o tratamento; o residente volta para a sala de consultas e repassa ao paciente o que foi discutido com o assistente; residente e paciente combinam, por fim, a sequência do tratamento, bem como, caso necessário, novas estratégias de investigação; com o término da consulta, o paciente se dirige ao serviço de agendamento de retorno, no caso de a investigação prosseguir.

Nossa paciente, uma mulher de 52 anos, veio ao Ambulatório buscar o tratamento anti-tabagismo que o Hospital oferecia. Sua história clínica, porém, não era tão simples, já que, no correr da consulta, evidenciou-se também que P sofria de diabetes, hipertensão, artrose e sobrepeso, mas tinha convênio particular e tratava com médicos conveniados essas e outras questões. De comum acordo entre P e R, e por orientação institucional, decidiu-se que o AGD faria apenas o acompanhamento do tratamento anti-tabagismo que P desejava.

Ao selecionar os fatos e começar a concatená-los, a paciente o faz por uma ordem inicialmente cronológica, remontando sua trajetória até ali e tentando expressá-la para o médico. A tabela abaixo mostra o início da conversa, do ponto de vista dos fatos selecionados, mostrados como unidades de ação (“vim aqui”, “me inscrevi”, “assisti”, etc.):

<i>Fatos selecionados da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Doutora, é o seguinte	Hum
Eu já vim aqui uma outra vez	
me inscrevi pra fazer o tratamento antitabagismo	
assisti palestra	
passei no médico	
ele me pediu pra fazer uns exames	Tá
eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame	
eu tenho plano de saúde	Uhum
Eu fui na minha médica	Tá
pedi pra ela pedir os exames que ele pediu no nome dela pra eu poder fazer pelo plano de saúde. Entendeu?	Entendi, tá
eu tive que procurar laboratório pelo plano de saúde para não ter que pagar particular	
demorou um pouco eu perdi o dia da consulta	Tá
eu vim aqui no outro dia	
falei com a moça lá, que marca	
ela marcou	
o médico que me atendeu falou que tinha que marcar tudo de novo	

Daí eu falei pra ela	
ela disse não, magina, vou marcar uma consulta como se fosse a primeira vez, já pensou você ter que se inscrever e esperar assistir palestra, tudo? Eu vou colocar como uma primeira consulta	
eu falei, ah, beleza então	
Então hoje, tá marcado,	
eu vim...	

Nesse dado momento, há um corte, até certo ponto brusco, da narrativa da paciente, e uma intervenção incisiva da parte da médica. Na sequência:

<i>Fatos selecionados pela Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
...trouxe os exames, tanto que o médico daqui pediu como quanto que uma outra médica endocrinologista me pediu também, eu trouxe tudo pra você dar uma olhada	Certo... Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P, que a senhora passou em uma consulta, né? Que tá registrado aqui no sistema
Isso, isso. Ai hoje ela falou que ia marcar como se fosse a primeira	Isso, tá
	hoje o ambulatório é de casos novos
	a gente começa desde o início
	eu dou uma olhada nos seus exames
	a gente pergunta tudo de novo
	eu vejo direitinho os medicamentos que a senhora tá tomando
Mas os exames vão servir, os que eu trouxe, né?!	Eu vou dar uma olhada
	A senhora tá com cinquenta e dois anos, né?
Isso	A senhora nasceu aonde?
Salvador, Bahia	Mora em São Paulo?
Moro	Faz quanto tempo?
Trinta anos	A senhora trabalha ainda?
Trabalho	No quê?
Eu sou... artesã	a senhora é casada?
Sou	Tem quantos filhos?
Uma de vinte e seis anos	e a senhora procurou aqui o ambulatório da clínica pra tentar parar de fumar, né?

De imediato, é possível perceber que, enquanto no início da consulta é dada à paciente a liberdade de escolher e articular livremente os dados de sua história clínica, em sua opinião relevantes, que a trouxeram até ali, depois de alguns minutos, e mediante a fala “Deixa só eu fazer umas perguntas pra senhora, dona P”, uma outra racionalidade se instaura na configuração dessa narrativa. A história continua sendo a de P, obviamente; mas *que fatos* selecionar do contínuo caótico da vida e *em que ordem* contá-los nessa fala passa a ser função, não mais da escolha do paciente, mas de uma outra lógica: a do médico. Não propriamente a do médico como pessoa, isso também parece claro; mas a do médico enquanto exercício de um papel profissional apren-

dido como um protocolo de ações cientificamente constituído e incorporado enquanto prática. Um gênero.

A sequência da consulta transcorre sem grandes alterações nesse novo padrão. Ao final dessa fase inicial do atendimento, a médica pede então licença à paciente para ir conversar com o assistente sobre o seu caso na sala ao lado. A conversa entre R e A inicia-se como segue:

<i>Fatos selecionados pela Residente</i>	<i>Intervenção do Assistente</i>
Dona P	
ela tem 52 anos	
ela foi encaminhada aqui pro AGD pra cessação de tabagismo	
Já passou em consulta em maio	
foi solicitado/ela os antecedentes	
ela tem diabetes tipo 2	
Dislipidemia	
Hipertensa	
tem fibromialgia	
tem um quadro de/ é uma queixa/um quadro de insônia também	
uma osteoartrite no joelhos e quadris	
E aí na primeira consulta que ela passou aqui a gente tinha dado algumas orientações	
também por conta do quadro de hipertensão, diabetes	
A gente tinha indicado algumas medicações	
Pelo que eu entendi	
ela não aceitou	
[...]	
Ela veio aqui porque ela quer parar de fumar e, assim, foi solicitado exames gerais pra ela na primeira consulta	
ela fez pelo convênio	
veio	
perdeu a consulta	
veio num segundo retorno	
o médico falou que ela teria que começar os exames aqui, pelo que eu entendi,	
e não olhou os exames dela	
falou que ela teria que agendar tudo de novo	
Aí ela reagendou a consulta de novo	
e veio como caso novo	

Aí, eu não cheguei a dar uma olhada, nos exames	Aí depois disso do tabagismo que é o que a gente vai pegar
---	--

Dois fenômenos ficam bastante evidentes já no início dessa nova conversa. O primeiro é sem dúvida na fala de R. Alguns fatos selecionados por P desaparecem da fala de R (“eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã”, por exemplo; tal fenômeno fica ainda mais evidente na sequência da consulta, não reproduzida aqui) ou são transformados, provavelmente por informações constantes do prontuário ou interpretações próprias (“A gente tinha indicado algumas medicações. Pelo que eu entendi, ela não aceitou”, ou “o médico falou que ela teria que começar os exames aqui, pelo que eu entendi, e não olhou os exames dela”).

O segundo fenômeno claro nesse excerto é o total silêncio do Assistente, por vários minutos, até sua primeira intervenção. Ele é análogo ao laconismo da Residente no início de sua conversa com P. Por mais que seja idiossincrático (há obviamente pessoas mais caladas ou mais comunicativas) ou contextual (há dias em que estamos mais falantes, ou o contrário), esse silêncio parece indicativo de que uma nova seleção de fatos está em processo. O Assistente escuta atentamente a fala de R, buscando justamente os fatos relevantes para a *sua* reconstrução pessoal da história. Nesse sentido, só quando encontra esses fatos é que ele exerce seu poder de re-configuração. No exemplo acima: que R tenha 52 anos, diabetes, hipertensão, osteoartrite, etc, são fatores que não interessam na articulação dessa “nova” história e serão, nesse contexto, desconsiderados: “Aí depois disso do tabagismo que é o que a gente vai pegar”. Na sequência:

<i>Fatos selecionados pela Residente</i>	<i>Intervenção do Assistente</i>
[...]	
mas ela fuma principalmente em casa	Ela mora com o marido?
Ela é casada	
não perguntei se mora com o marido	E o marido fuma?
Não perguntei	Ela fuma onde em casa?
	Na varanda...?
Ela fuma em casa	
não abordei em qual local específico	O local que ela mais fuma é a casa dela
tomando café e ()	Isso
	que mais?
Ela falou que, assim, o que mais motivou ela a fumar foi porque ela começou a tá apresentando alguns sintomas	
Ela tá tendo tosse seca há um ano, mais ou menos	
e tá tendo dispneia	
[...]	
	Levar pro lado positivo ao invés de ()
	dizem os psicólogos que isso é melhor
Hum	Então os benefícios que vai fazer ele parar de fumar
	não pelos malefícios que ele não vai ter ao não fumar
	E aí orientar as coisas básicas, né

	evitar essas situações, né
	café
	essas coisas que seja, sabe?
Uhum	Palitinho de cenoura, e tal
	Vê se o marido fuma também
Tá	Fala pra ela fazer compromisso social
	que compromisso social é fundamental
	Fala pra todo mundo
	se ela não for política né?
	Se ela for política não resolve compromisso social
[...]	

Ao compararmos as seleções feitas pela paciente e pelos médicos, notamos claramente a diferença concreta dos discursos, ou seja, a percepção diversa do que seja considerado importante para a paciente e para os médicos, e entre os próprios médicos. No caso da paciente, a escolha se dá mediante uma ordem não predominantemente cronológica; poderíamos até dizer analógica. Sua memória influencia na escolha dos fatos, assim como a percepção do que seja ou não relevante para o tratamento de determinado problema ou doença, de acordo com diversos critérios subjetivos; por vezes, mas não em todos os casos, o incômodo ou a dor.

A escolha e concatenação dos fatos relevantes, no entanto, não se estrutura da mesma forma quando se trata da Residente ou do Assistente. Nesse processo, esses profissionais são, de modo genérico, guiados por outros paradigmas, especialmente os provenientes do modelo científico. Em sua intervenção durante a consulta, a Residente acabará guiando a escolha dos fatos narrados pelo paciente na composição de sua história clínica, de modo a preencher seus protocolos de como bem proceder a uma anamnese diagnóstica e concatená-los de acordo com seus critérios, não mais apenas subjetivos, mas eminentemente técnicos.

Já em um terceiro momento, na conversa entre Residente e Assistente, temos outro tipo de seleção de fatos, ainda de acordo com conceitos protocolares científicos, porém com o objetivo de chegar a uma escolha que aponte para um diagnóstico mais preciso. Os fatos que a Residente seleciona da conversa com a Paciente, posteriormente reportados a seu Assistente, são escolhidos na busca de um consenso, da defesa de um ponto de vista e de suas previsões médicas. O Assistente assimila esses fatos e, a partir deles, concorda ou não com a Residente, discutindo com ela o caso clínico em questão e chegando a um parecer comum a ambos, o diagnóstico final e as decisões clínicas a serem tomadas, a partir de uma narrativa três vezes configurada.

Em todo esse percurso, três indivíduos fizeram suas escolhas próprias de fatos selecionados, na ordem a que os guiaram suas visões de mundo, e exerceram seus papéis como Paciente, Residente e Assistente. Nosso questionamento a partir daqui, sobre o qual nos debruçaremos em busca de dados relevantes, é de como os fatos selecionados serão estruturados e reestruturados ao longo do percurso da consulta médica estudada e a importância que isso terá na *mediação* entre o “mundo da vida” da paciente e o universo técnico-científico dos médicos no exercício de sua profissão.

Para Paul Ricoeur, toda narrativa, seja ela pretensamente verdadeira ou intencionalmente ficcional, estrutura-se exatamente enquanto um processo de *mediação* entre um “antes” e um “depois” do texto. Em *Tempo e narrativa*, ele propõe a tripartição do conceito aristotélico de *mimesis* ou “representação” no que chamou de “três momentos”:

Tomo como fio condutor desta exploração da *mediação entre tempo* [da vida] e *narrativa* a articulação, evocada anteriormente e já parcialmente ilustrada pela interpretação da *Poética* de Aristóteles, entre os três momentos da *mimesis* que, numa brincadeira séria, denominei *mimesis* I, *míme-*

sis II, *mimesis* III. Considero estabelecido que *mimesis* II constitui o eixo da análise; por sua função de corte, ela abre o mundo da composição poética e institui, como já sugeri, a literariedade da obra [...]. Mas minha tese é que o próprio sentido da operação de configuração constitutiva da composição da intriga resulta de sua posição intermediária entre as duas operações que chamo *mimesis* I e *mimesis* III e que constituem o antes e o depois de *mimesis* II. (Ricoeur, 2010: 94; itálicos do autor)

De um modo sintético, poderíamos dizer que toda efabulação narrativa, para Ricoeur, ocorreria mediante uma prefiguração do “mundo da vida” (“uma pré-compreensão do mundo da ação: de suas estruturas inteligíveis, de seus recursos simbólicos e de seu caráter temporal”; Ricoeur, 2010: 96); uma *configuração* (“composição da intriga” ou “agenciamento dos fatos”; Ricoeur, 2010: 113); e uma *refiguração* (“intersecção entre o mundo do texto e o mundo do ouvinte ou do leitor”; Ricoeur, 2010: 123). De modo esquemático:

<i>Tipo de Mimesis</i>	<i>Operação</i>	<i>Universo a que se refere</i>
Mimesis I (M1)	Pré-figuração	“mundo da vida” – fatos empíricos, categorias simbólicas e culturais
Mimesis II (M2)	Con-figuração	texto em si (narrativa)
Mimesis III (M3)	Re-figuração	ouvinte/leitor

Se fundamentarmos nossa argumentação utilizando a teoria das mimeses de Ricoeur, conseguiremos descortinar, na(s) narrativa(s) sobre a vida de P, um aspecto até certo ponto encoberto.

No processo de configuração/reconfiguração da história de P entre ela mesma, Residente e Assistente, no início é ela, P, que, a partir da sua seleção de fatos e mediante seu universo empírico, social, simbólico e cultural (M1), ou seja, seu “mundo da vida” caótico e sem um sentido previamente estabelecido, chega ao consultório, institui um narrador e *configura* sua narrativa (M2). Mesmo após a intervenção da Residente com perguntas (“A senhora nasceu onde?”; “Mora em São Paulo?”), ainda é esta configuração que está em jogo. Essa narrativa, em nível de M2, emerge do âmbito vivido concretamente pela paciente e, por meio de uma seleção de fatos e de sua ordenação numa lógica temporal, gera um significado para o que está sendo dito. Nesse momento, a Residente ocupa duas posições: M2, enquanto dirige, a partir de dado momento, a *configuração* da narrativa por P; e M3, pois vai *refigurar* a narrativa do paciente, interpretando-a, reconstruindo-a segundo seus próprios repertórios, seus objetivos e seu universo cultural, a fim de *reconfigurá-la*, na conversa com seu Assistente. Observe-se, como dado relevante aqui, a diferença substancial entre os conceitos de *refiguração* (leitura/interpretação) e *reconfiguração* (nova configuração da história em pauta). Assim, na primeira parte da consulta (Paciente-Residente),

<i>Consulta entre Paciente e Residente (1ª parte)</i>
M1 → Paciente (vivência pessoal) (+ Residente - fatos selecionados por um e por outro)
M2 → Paciente (+ Residente – ordem do discurso)
M3 → Residente

Esse processo, porém, é dinâmico, e há intercâmbio de papéis. No momento em que R inicia o relato do caso de P para A, a narrativa inicialmente configurada entre P e R no início da consulta já não é mais configuração – é *prefiguração*. Ela é um dado da “realidade” de R, da sua vivência com a paciente dentro do consultório, como também o são os exames clínicos realizados por R em P nesse contexto e os dados do prontuário de P na tela do computador e na ficha que R tem em mãos. Nesse novo turno de fala, entre Residente e Assistente, o responsável por M1 é predominantemente a Residente, como também o é por M2, a *configuração*. E quem prefigura (por

perguntas, indicando a seleção de fatos), configura e predominantemente *refigura* (compreende, interpreta, confere sentidos) é o Assistente:

<i>Conversa entre Residente e Assistente</i>
M1 → Residente (+ Assistente - fatos selecionados por um e por outro)
M2 → Residente (+ Assistente – ordem do discurso)
M3 → Assistente

O mundo está em pleno movimento no momento em que é transfigurado em texto. Na construção de qualquer narrativa, a passagem da prefiguração para a configuração confere foco, ordem e significado à referencialidade que nele se articula. Por fim, o ouvinte/leitor que escuta/lê essa narrativa a refigura de acordo com seus próprios pontos de vista, suas crenças e seu universo cultural.

Diz Paul Ricoeur,

é tarefa da hermenêutica [da interpretação – portanto, nossa tarefa] reconstruir o conjunto das operações pelas quais uma obra [um texto, uma narrativa] se destaca do fundo opaco do viver, do agir e do sofrer, para ser dada por um autor a um leitor que a recebe e assim muda seu agir. [...] A questão é portanto o processo pelo qual a configuração textual faz mediação entre a prefiguração do campo prático e sua refiguração pela recepção da obra. (Ricoeur, 2010: 94-5; itálicos nossos)

Quando colocamos as narrativas produzidas no âmbito da saúde nessa dinâmica, entendemos que um paciente só faz sentido, dentro do contexto clínico, quando configurado por ele mesmo, e configurado e refigurado pelos médicos que o atendem. Nesse sentido, utilizar a narrativa como forma de conhecimento, na prática clínica, é reconhecer o seu caráter mediador de “síntese do heterogêneo” (Ricoeur, 2010: 115). Ainda nas palavras de Ricoeur, “todos os textos poéticos [em sentido amplo, de articulação expressiva de linguagem], sejam eles líricos ou narrativos, [...] falam do mundo, embora não o façam de modo descritivo”. A isso corresponderia, de acordo com o filósofo francês, “um poder mais radical de referência a aspectos de nosso ser-no-mundo que não podem ser ditos de maneira direta”, ou seja, ao alcance eminentemente *ontológico* dessas configurações narrativas (Ricoeur, 2010: 136). Ricoeur desenvolve a ideia de que existe uma identidade entre ser e agir em *O si-mesmo como um outro*, ao discutir a relação dialética entre a mesmidade e a ipseidade (Ricoeur, 1991: 11 e ss.). Por meio dessa relação, seria possível falar em uma “ontologia do agir humano”, radicada em nosso ser-no-mundo e, portanto, narrável. Essa via seria uma entre as possibilidades de valoração epistêmica da narrativa no contexto médico.

Os fios do tempo

No capítulo “Os jogos com o tempo”, do segundo volume de *Tempo e narrativa*, Paul Ricoeur busca sistematizar, a partir de categorias concretas, alguns modos possíveis da *configuração* narrativa enquanto *articulação dos fatos selecionados no tempo* – ou, nas palavras do filósofo, “como a invenção [no sentido de “descoberta”] das intrigas [seleção de fatos] se articula na sintaxe dos tempos verbais” (Ricoeur, 2010: 123).

De fato, se toda narrativa, tal como definida por Aristóteles em sua *Poética*, é uma representação ou mímesis de *ações* (Aristóteles, s/d: 248), representação essa que se faz por meio da linguagem verbal, nada mais natural do que procurar suas bases estruturais na categoria gramatical do *verbo*, definida como “palavra que, *exprimindo ação* ou apresentando estado ou *mudança* de um estado a outro, pode fazer indicação de pessoa, número, *tempo*, modo e voz” (Bechara, 1989: 103; itálicos nossos). A vinculação entre *ação* e *tempo*, assim, já está prevista na grande maioria das línguas conhecidas, de forma concreta, no verbo e suas desinências.

Nesse sentido é que Ricoeur inicia sua abordagem dos modos de articulação do tempo na narrativa por meio de um estudo das categorias verbais e suas propriedades específicas. “[D]essa perspectiva”, diz o filósofo, “a língua já tem pronto, com o sistema dos tempos, o meio de modular temporalmente todos os verbos de ação ao longo da cadeia narrativa” (Ricoeur, 2010: 105). No limite, toda declaração simples, toda frase que se articula em torno de uma ação verbal (por exemplo, no início da fala de P a R, “me inscrevi para fazer o tratamento antitabagismo”, ou de R para A, “ela veio aqui porque ela quer parar de fumar”, verbos no passado sublinhados) já é uma micronarrativa: temos ali *quem, quando, o quê, onde* e, potencialmente, *como*.

A partir das teorias de Émile Benveniste (1902-1976), Ricoeur postulará, assim, que

a narrativa inclui três tempos: o aoristo (ou passé simple definido), o imperfeito, o mais-que-perfeito (ao que podemos acrescentar o prospectivo: ele devia ou ia partir); mas a narrativa exclui primordialmente o presente e, junto com ele, o futuro, que é um presente por vir, e o perfeito, que é um presente no passado. (Ricoeur, 2010: 107; itálicos do autor)

Em outras palavras: quando narramos, narramos essencialmente *atos passados*. Mais do que isso: *selecionamos* fatos passados (tal como exposto na seção anterior) e os *organizamos* no “fio” do tempo. Genericamente, isso acontece do seguinte modo: tudo seguia de acordo com uma constante sem grandes alterações (uso do imperfeito), até que algo que muda o curso da história acontece (para esse “algo”, empregamos em geral o passado simples), mediante fatos que haviam ocorrido mesmo antes do fato modificador (para estes, empregamos o mais-que-perfeito).

Observemos a articulação temporal em um trecho do início da narrativa de P, já mencionado anteriormente:

<i>Narrativa da Paciente</i>
Doutora, é o seguinte
Eu já <u>vim</u> aqui uma outra vez
me <u>inscrevi</u> pra fazer o tratamento antitabagismo
<u>assisti</u> palestra
<u>passei</u> no médico
ele me <u>pediu</u> pra fazer uns exames
eu não <u>tinha</u> como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame
eu <u>tenho</u> plano de saúde
Eu <u>fui</u> na minha médica
<u>pedi</u> pra ela pedir os exames que ele <u>pediu</u> no nome dela pra eu poder fazer pelo plano de saúde. Entendeu?

Se quiséssemos representar visualmente a organização temporal da seleção acima, teríamos:

←---eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame ---↓

vim
me inscrevi
assisti
passei
pediu

fui
pedi

.....→

Passado

Futuro

De pronto, podemos perceber, na narrativa de P, o uso ostensivo do passado simples, indicando fatos pontuais no passado (“vim”, “me inscrevi”, etc.), ordenados no tempo de acordo com a sequência dessas ações na fala; uma ocorrência do imperfeito, indicando um fato/ação não

pontual, mas duradouro no passado (“não tinha como chegar”); e dois empregos do presente, apontando, não fatos da narrativa, mas a situação de comunicação em si (“é”) e uma condição da paciente, que é até certo ponto “fixa” (“tenho plano de saúde”). Esta última condição está fora da linha do tempo, indica uma espécie de “estabilidade”, e não processo, portanto não se inclui na *narrativa* propriamente dita.

Estamos, assim, totalmente imersos no universo narrativo, em pleno “agenciamento dos fatos”, para usar o termo ricoeuriano, o qual implica sua organização temporal. Uma *sequência* propriamente dita: o que veio antes e o que veio depois no fio do tempo. Mas não apenas isso: temos também, nesse pequeno trecho, indicadores de *duração* dos mesmos fatos, por meio dos tempos verbais. Fatos que aconteceram apenas uma vez, pontuais, com começo e fim: “vim”, “me inscrevi”, “assisti”; e um fato contínuo no passado: “não tinha como chegar aqui”. Além disso, temos um *ritmo*, vertiginoso, diríamos, dessas ações no passado (“vim”, “me inscrevi”, “assisti”, “passei”, “pediu”, “fui”, “pedi”), algo como o descrito por Ricoeur: “saltar os tempos mortos, [...] precipitar a marcha da narrativa por um *stacatto* da expressão (*Veni, vidi, vici*)”, ao mesmo tempo em que se condensam “num único acontecimento exemplar traços iterativos ou durativos (todos os dias, sem cessar, durante semanas, no outono, etc.)” (Ricoeur, 2010: 134; itálicos do autor).

A quase ausência de traços durativos na breve sequência analisada, e a profusão rítmica, a sucessão vertiginosa de ações parecem corresponder a um tipo de agenciamento que aponta para um *traço de sentido* na história, tal como configurada por P. Para ela, não parece haver diferença de importância entre as principais ações narradas. Entre “vir”, “assistir”, “pedir”, “passar”, nada parece ganhar destaque ou ser mais digno de nota. Nesse sentido, a única ação/condição mais duradoura no tempo é o “não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã”. Se considerarmos, com Ricoeur, a duração como um sinal da “exemplaridade” do fato, ou seja, da sua relevância dentro de uma cadeia ampla de ações fugazes de igual (e, aparentemente, pouca) importância, é no mínimo curioso que esse seja, justamente, um dos fatos narrados pela paciente que “desaparecem” na reconfiguração da sua história pela Residente ao Assistente. Tão relevante para um universo, ele é ínfimo, insignificante para o outro. A esse único fato, portanto, são atribuídos *sentidos* diversos; e a percepção desses diferentes sentidos se dá por meio da análise do seu *agenciamento no tempo da narrativa*.

Vista dessa maneira, a expressão da paciente que conclui o trecho citado é emblemática. “Entendeu?”, pergunta P à Residente. De um modo mais superficial, a pergunta pode ser traduzida por: “conseguiu compreender a *temporalidade dos fatos* que narrei, doutora?” (o que e como aconteceu), a que R responde, sem muita convicção ou atenção, em tom de voz mais baixo, “Entendi, tá”. Mas, de modo profundo, talvez pudéssemos postular a questão como: “doutora, você conseguiu perceber o *sentido* que, ao construir minha história, estou atribuindo aos fatos?”

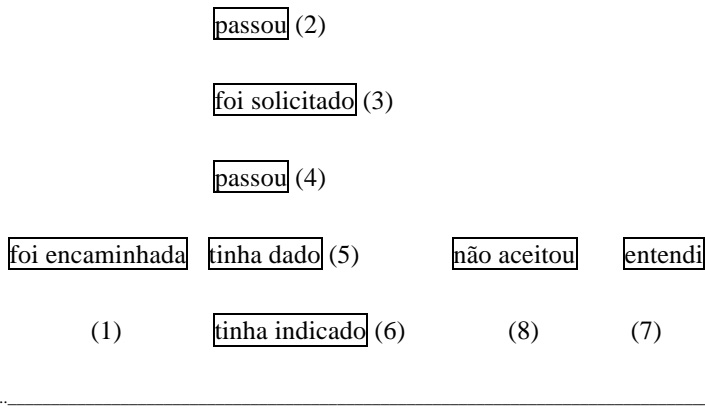
Observemos agora o início da reconfiguração da narrativa da paciente por R, ao recontá-la ao Assistente:

<i>Narrativa reconfigurada pela Residente</i>
Dona P
ela <u>tem</u> 52 anos
ela <u>foi encaminhada</u> aqui pro AGD pra cessação de tabagismo
Já <u>passou</u> em consulta em maio
<u>foi solicitado</u> /ela os antecedentes
ela <u>tem</u> diabetes tipo 2
Dislipidemia
Hipertensa
<u>tem</u> fibromialgia

<u>tem</u> um quadro de/ <u>é</u> uma queixa/um quadro de insônia também
uma osteoartrite no joelhos e quadris
E aí na primeira consulta que ela <u>passou</u> aqui
a gente <u>tinha dado</u> algumas orientações
também por conta do quadro de hipertensão, diabetes
A gente <u>tinha indicado</u> algumas medicações
Pelo que eu <u>entendi</u>
ela não <u>aceitou</u>

No excerto acima, R começa a recontar a A a história de P, e o que se percebe é que, além de proceder a uma outra seleção dos fatos para a configuração de sua própria narrativa, R também os *agencia*, no tempo, de modo bem diverso. Enquanto no início da narrativa de P temos apenas dois verbos no presente, apontados anteriormente, na história de R aparecem sete (sendo três deles elípticos, “[tem] dislipidemia”, “[é] hipertensa”, “[tem] uma osteoartrite nos joelhos e quadris”), de um total de 15 formas verbais no trecho (as elípticas incluídas). De imediato, podemos dizer que essas formas não correspondem a declarações constantes do processo narrativo, mas a estados ou condições de saúde da paciente considerados “constantes” ou “estáveis”, do ponto de vista narrativo.

Em relação à narrativa propriamente dita, ou seja, às ações no passado, a tentativa de R parece ser a de coordenar a sequência delas no tempo para explicitá-la de modo claro a seu interlocutor. Ela usa, para isso, não a ordem da fala propriamente (primeiro isso, depois aquilo, etc., como faz a Paciente), mas um tempo verbal, o mais-que-perfeito, que organiza a lógica temporal das ações, modulando o que veio num passado mais remoto em relação ao que está expresso no passado simples. Vejamos:



Passado

Futuro

A ordem dos números corresponde à sequência em que as ações aparecem na fala de R. As formas verbais colocadas na mesma coluna correspondem a um mesmo momento na linha do tempo, o da primeira consulta de P no AGD. As idas e vindas na sequência das ações e o emprego profuso do mais-que-perfeito parecem denotar um grande esforço de R na reconstituição da cronologia tão facilmente apresentada por P: R vai e volta no tempo, tentando estabelecer uma sequência, mas relutando sobre a ordem dos acontecimentos, “adiantando-se” e tendo de “voltar atrás”.

Além disso, toda essa estruturação sequencial complexa, tateante, estabelece-se sempre em relação ao fato passado que, conforme o trecho parece indicar, é o mais relevante para R: o momento imediatamente anterior da sua consulta com P, representado, na linha do tempo, pela forma verbal “entendi”. É em relação ao momento da consulta, apenas suspensa para a conversa de

R com A, que toda a história se estrutura, na visão de R. Curiosamente, o verbo que “enraíza” esse momento na narrativa de R é, justamente, “entendi”, ou melhor, “pelo que eu entendi”, diz R. A hesitação explícita é sintomática, se a compararmos à atitude de certeza diante da paciente, no momento da consulta, em que R declara, até com certa indiferença, “Entendi, tá”, e mostra que talvez R não esteja tão certa de que tenha realmente *entendido* a narrativa que lhe fora contada. E talvez possamos postular que ela nem lhe fosse tão importante – sendo esse, novamente, o *significado* atribuído pelo agenciamento temporal de R em relação à narrativa de P: para R, todos os fatos passados só são relevantes no estabelecimento do um *presente*, que é a condição de saúde *atual* de P, sobre a qual buscará agir. Todos os passados, assim, são pensados na relação com o *presente* (ou passado imediato, mas ainda em curso, porque apenas suspenso: “não entendi”) da consulta; o discurso de R, diferentemente do de P, é absolutamente permeado de *presentes*, o que parece próprio, não do discurso narrativo, mas do discurso genérico e atemporal das constantes científicas.

E não apenas no trecho destacado. Observe-se a seguinte tabela, que compara as ocorrências de presente e passado (Modo Indicativo, que indica “certeza” na fala do locutor) na consulta em foco, em seus três momentos (Paciente-Residente; Residente-Assistente; Residente-Paciente):

	<i>Tempo Verbal</i>	<i>Paciente</i>	<i>Residente</i>	<i>Assistente</i>
<i>1º Momento (P-R)</i>	Presente	141	117	-
	Presente composto (duração)	10	19	-
	Pretérito perfeito	83	28	-
	Pretérito Imperfeito	10	5	-
	Pret. Mais-que-Perfeito	0	1	-
<i>2º Momento (R-A)</i>	Presente	-	70	93
	Presente composto (duração)	-	4	5
	Pretérito perfeito	-	49	6
	Pretérito Imperfeito	-	1	0
	Pret. Mais-que-Perfeito	-	4	0
<i>3º Momento (R-P)</i>	Presente	39	75	-
	Presente composto (duração)	0	3	-
	Pretérito perfeito	9	19	-
	Pretérito Imperfeito	5	0	-
	Pret. Mais-que-Perfeito	0	0	-

Somando-se o total de ocorrências de presentes verbais nas falas de P e de R, e mesmo levando-se em consideração o fato de R atuar em três turnos de fala (com a Paciente, com o Assistente e de novo com a Paciente), a diferença é significativa: 190 ocorrências de presente na fala de P, contra 288, na fala de R, o que parece corroborar a análise feita acima. Mesmo a curiosa abundância de presentes na fala de P no primeiro turno (141), até certo ponto inesperada em princípio (já que a Paciente, por meio de passados, está narrando sua história clínica para a Residente), torna-se compreensível, nessa lógica, se levarmos em consideração que o uso desses presentes aumenta consideravelmente, e evidentemente, após a intervenção da Residente com perguntas a respeito do quadro clínico de P (“Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P...”) e apontam para estados “contínuos” de seu quadro clínico, objetos da pesquisa empreendida pela médica.

Além disso, é preciso observar a considerável diferença nas ocorrências de passados verbais entre a fala da Paciente (93) e da Residente (34) no primeiro turno da consulta, que é quando P

configura sua narrativa para R. Por sua vez, a diferença entre uso dos passados verbais torna-se ainda mais gritante entre Residente e Assistente, no segundo turno da consulta (R-A): 54 usos de passados por R, contra apenas 6 de A. Se considerarmos a observação de Ricoeur, já mencionada, de que “a narrativa exclui primordialmente o presente e, junto com ele, o futuro” (Ricoeur, 2010: 107), podemos concluir, a partir desse dado, que o uso de passados define, no contexto da consulta estudada, a definição de um *papel*: o papel do *narrador*, ou, em outras palavras, da instância que *configura* a história narrada, num primeiro momento exercido pela Paciente e, no segundo, pela Residente ao médico a quem se reporta. Essa conclusão novamente parece confirmar-se pela intrigante coincidência de ocorrências de tempos passados nas falas de P e R, ao longo dos três turnos de fala da consulta: P emprega, ao todo, 107 passados em sua fala; e R, igualmente 107!

Uma última observação sobre a questão dos tempos verbais na consulta analisada aqui, em relação à intervenção do Assistente. Se, nas falas de R, já observamos a profusão de presentes apontada acima, eles são quase absolutos na fala de A. A não conta a história de P, não *narra*: apenas busca e aponta constantes, pelo emprego dos presentes, como fica evidente em seu trecho de fala destacado abaixo, após seu longo silêncio inicial:

<i>Intervenção do Assistente</i>
só assim, ela primeiro ela <u>tá parando</u> de fumar porque o cigarro <u>tá fazendo</u> mal pra ela
só pra reforçar, a gente <u>para</u> de fumar pelas coisas positivas que o cigarro
o parar de fumar <u>traz</u>
e não pelas coisas negativas que o cigarro <u>traz</u>
então <u>tentar colocar</u> na cabeça dela que <u>parar de fumar</u>
ela <u>tá</u> com falta de ar
quando ela <u>parar</u> de fumar não é que ela <u>vai deixar de ter</u> falta de ar
ela <u>vai respirar</u> melhor
<u>Levar</u> pro lado positivo ao invés de ()
dizem os psicólogos que isso <u>é</u> melhor

Ao todo, são 98 ocorrências de presente na fala total de A, contra apenas 6 de passado, conforme apontado na tabela acima. Mas não apenas isso. A fala de A apresenta um padrão temporal muito próprio, relacionado ao papel exercido por ele na consulta estudada. Ao contrário do que ocorre com P e com R, seu discurso é permeado de *futuros* (são 23, no Modo Indicativo), já que uma de suas funções é planejar (ou “sonhar”...) possíveis desfechos clínicos para a história de P; e de *imperativos*, todos afirmativos. São no total 24. A manda, dirige, prescreve: “então tentar colocar na cabeça dela que[, ao] parar de fumar, [...] ela vai respirar melhor...”.

Ainda voltando a Ricoeur:

A ficção [ou a configuração narrativa], como dissemos, não cessa de fazer a transição entre a experiência antes do texto e a experiência depois dele. Ora, na minha opinião, o sistema dos tempos verbais, por mais autônomo que seja com relação ao tempo e a suas denominações correntes, não rompe em todos os aspectos com a experiência do tempo. Dela procede e a ela retorna, e os signos dessa filiação e dessa destinação são indelévels na distribuição tanto linear quanto paradigmática”. (Ricoeur, 2010: 125)

Nesse sentido é que a fala do Assistente, pela boca da Residente, retorna à Paciente, buscando modificar o curso de sua narrativa, intervir em seu desfecho, construindo-o enquanto nova vivência de fatos no tempo, enquanto transformação da experiência depois da narrativa, após o texto.

Miçangas “bichadas”: os chistes

Quando não conseguimos entender um provérbio, uma piada, um ritual ou um poema, temos a certeza de que encontramos algo. Analisando o documento onde ele é mais opaco, talvez se consiga descobrir um sistema de significados estranhos. O fio pode até conduzir a uma pitoresca e maravilhosa visão de mundo. (Darnton, 1996: 15)

Na relação entre médico e paciente, percebemos, por vezes, uma assimetria no diálogo que pode dificultar o vínculo terapêutico e desconsiderar informações. Essa relação assimétrica está associada a diversos fatores, como o avanço tecnocientífico e o apego às chamadas “evidências” da medicina atual³. Tais fatores acabaram resultando, historicamente, nas categóricas especializações médicas que, muitas vezes, reduzem o paciente e/ou as moléstias que o acometem a um diagnóstico. Atualmente, a medicina possui técnicas avançadas para lidar com cada fragmento do homem, destrinchar cada parte do corpo humano, para depois analisá-los minuciosamente; no entanto, algumas vezes falta ao médico a habilidade e a técnica para observar que o paciente, além do corpo, possui um discurso a ser considerado.

Diante desse quadro, o paciente, perante o rigor dos protocolos científicos, acaba respondendo à avaliação clínica de forma mecânica, pois percebe que os dados importantes naquele diálogo são os sintomas relativos à sua doença ou queixa, na maior parte do tempo desvinculados da sua experiência deles, que é expressa pela narrativa que ele configura diante do profissional da saúde. Muitas vezes, os fatos dessa experiência, aos quais a narrativa do paciente, como vimos, atribui um sentido, são vistos como dados de segundo plano, na interpretação do médico. São as “miçangas bichadas” do colar, desprezadas na reconfiguração da história, elaborada segundo os protocolos científicos. Muitas vezes, essa prática tem um impacto negativo sobre a possibilidade de criação de um vínculo eficaz entre médico e paciente, além de obscurecer dados de realidade importantes, que acabam passando despercebidos pelo profissional, por mais bem-intencionado que seja.

Dessa forma, apesar das evidentes diferenciações discursivas entre as práticas de médicos e pacientes no exercício de seus papéis na relação de consulta (o universo cultural do médico, marcado pelos modelos científicos, e o do paciente, marcado pelos modelos da vivência e da experiência), percebemos, no registro e análise da narrativa produzidas no contexto da saúde, a produção de formas “opacas”, elaboradas, de sentidos múltiplos, cuja interpretação é capaz revelar não-ditos e meandros dessas histórias⁴. Entender as lacunas discursivas, o que não se diz dizendo, ou o contrário, contribui para outra leitura das narrativas na prática de saúde e, conseqüentemente, pode levar, por vezes, a desfechos diversos nos tratamentos propostos.

Na consulta específica entre P e R, analisada neste artigo, percebemos a ocorrência dos fatores desprezados no emprego evidente de chistes e no recurso ao humor, por parte da Paciente, e em sua relação com o silêncio discursivo que eles provocam na Residente que a atende. Em meio à narrativa de seus problemas de saúde, P graceja, buscando, por meio do riso, estabelecer vínculos menos formais com a médica, receber apoio para seu tratamento e, principalmente, transmitir informações importantes que, diante do protocolo e da sistematização do atendimento, a profissional acaba deixando escapar. Tentaremos, portanto, abordar a questão do riso e seus

³ V. entre outros, Pompilio, CE. As “evidências” em evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 2006; 11: 16-17.

⁴ Fazemos referência, aqui, à distinção estabelecida por Ismail Xavier para o discurso cinematográfico, no limite válida para todos os tipos de elaboração discursiva: a oposição entre “transparência” (estilo de composição que, por sua aparente simplicidade de formas e pretensa objetividade, chama pouco a atenção sobre si mesma e busca favorecer a relação do leitor/ouvinte/intérprete com o mundo representado); e “opacidade” (estilo de composição que chama a atenção para o aparato técnico e textual da representação) (Xavier, 2005: 9). Por seus próprios modelos, a atenção médica costuma voltar-se para o discurso do/a paciente interpretando-o como algo “transparente”, visando somente aos dados empíricos que ele possa vir a veicular, sem prestar atenção à sua “opacidade” (seus modos de construção), eles próprios plenos de sentidos.

dizeres nesta consulta médica por dois planos: o plano individual (sentidos para o paciente) e o plano social (relação de hierarquia entre médico e paciente), pelo viés dos teóricos da linguagem.

Ao longo do primeiro turno da consulta em pauta, é possível perceber, em diversos momentos, que o silêncio de R diante do relato de P faz com esta fique constrangida e, em determinadas passagens, crie frases e episódios de viés cômico para contar sua história clínica. Observe-se, nesse sentido, o seguinte trecho:

<i>Narrativa da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
	e a senhora procurou aqui o ambulatório da clínica pra tentar parar de fumar, né?
Isso, também pra emagrecer	Perder peso, tá...
[Tom de riso] Só que aí o médico que me atendeu ele falou assim que era só dar uma seguradinha na boca porque eu não tava	
mas eu não tô conseguindo segurar a boca sozinha	
Eu bem tento, mas à tardinha pra noite eu sinto muita fome	
eu chego em casa e tento tomar uma sopinha Vono, sabe?	
Mas eu durmo muito tarde, que eu tenho problema de insônia	
e eu sinto muita fome, daí tenho que comer alguma outra coisa	a gente vai ver como tá a dieta da senhora

Situações como essa muitas vezes são permeadas, ao longo da consulta, pelo humor da Paciente, que funciona como uma válvula de escape diante daquilo que a atormenta, constrange, inibe ou deprime. Como tal, essas falas são plenas de informação, de significado. De acordo com Freud, em texto clássico sobre o assunto, o chiste é “a habilidade de encontrar similaridades entre coisas dessemelhantes, isto é descobrir similaridades escondidas” (Freud, 1974: 18-9). Assim, uma possível interpretação para a fala de P quando R pergunta sobre os problemas que a levaram a procurar tratamento médico é o seu desconforto quanto a seu peso, fator que, para ela, não parece secundário em relação ao tabagismo; aliás, demonstra, isso sim, uma preocupação central em seu contexto clínico e para sua motivação em cuidar da saúde.

Os gracejos de P em torno da questão do tabagismo estão permeados de um pedido de ajuda: o médico do Ambulatório que a atendera anteriormente lhe dissera “pra dar uma seguradinha na boca porque [...] não tava obesa não...”; com isso, a paciente expressa que tal intervenção fora ineficaz. Salta do seu discurso, assim, que tanto parar de fumar como de comer, além das questões fisiológicas que vinculam ambas as práticas, lhe exigiam um esforço que ela não sabe como empreender. Entre os fatos que conta e que se seguem, a Paciente tenta revelar outros quadros que intensificam o problema com a comida, como os de que não tem uma dieta balanceada e de que dorme tarde, ou seja, alimenta-se, mas não se sente saciada, logo está com fome quando vai dormir. No entanto, diante do computador, a Residente, séria, desvia o assunto e continua preenchendo o formulário de diagnóstico, retomando o tema apenas depois, ao pedir à paciente que repita todas as informações. R não ri.

Em outro momento, a Paciente passa a topicalizar todos os seus problemas de saúde, porém, diante de uma dificuldade de entender certo questionamento da Residente, P, mais uma vez, graceja diante da situação:

<i>Fala da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Eu tenho artrose	Da onde?
Dor?	Artrose da onde?
Nos dois joelhos, nos quadris e na coluna	
Chega né? [risos]	

Nesse trecho, percebe-se que a Residente, ainda olhando para a tela do computador, não consegue captar que a Paciente não havia entendido o que havia lhe sido perguntado e, ao repetir a pergunta, pouco a reformula. P, então, tentando compreender o questionamento, revela onde são suas dores e ironiza a própria situação. Observamos, então, o que aponta Ribeiro sobre o humor, funcionando como um mecanismo de esvaziamento e transformação do drama individual numa problemática mais geral, compartilhada com outros, sendo o compartilhamento da vivência, no caso, com a Residente, a abertura de uma possibilidade de mudança na própria história:

[...] O humor abre a possibilidade de as defesas se deslocarem e mudarem de posição e de lugar. Há um esvaziamento do estilo dramático da narrativa do paciente que neste momento se depara com a inutilidade do gozo que, até então, manteve o sujeito preso ao seu drama. (Ribeiro, 2008: 109-110)

Em todos esses momentos, R não ri, demonstrando, ou falta de interesse, ou não entender a “piada”. Também não menciona, entre os fatos selecionados da reconfiguração da narrativa da Paciente para o Assistente, nenhum dos chistes proferidos por ela. Assim, toda a sequência da consulta é marcada por pausas longas e silenciosas da médica, enquanto a Paciente, por vezes, tenta introduzir assuntos para além da doença ou explicar pormenorizadamente as suas atividades, suas dificuldades e sua relação com o tabagismo. Grosso modo, nesses momentos, a Residente interrompe o discurso da Paciente, voltando-se à pesquisa das informações constantes do prontuário e fazendo com que o discurso de P se re-organize dessa forma.

Quando o preenchimento do da ficha clínica termina, ainda antes de a Residente pedir licença para discutir com o caso com o Assistente, a Paciente demonstra a sua ansiedade quanto ao tratamento e retoma o assunto do início da consulta sobre o tabagismo e sua relação com alimentação. Ela discorre sobre alguns antidepressivos que já utilizou para controlar a sua ansiedade e questiona a médica se terá algum outro tipo de amparo. Neste momento, utiliza-se novamente do riso para falar de seus problemas e angústias, entremeando no seu discurso, em tom irônico, o medo de não conseguir concluir o tratamento e explicitando algumas das dificuldades que teria, após ouvir a sugestão da Residente quanto ao uso de uma goma de nicotina para diminuir a vontade de fumar:

<i>Fala da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Essa goma é no final?	No final
	a gente vai aos poucos
Espero nem precisar dessa goma	
porque eu uso prótese	
não masco chiclete porque gruda tudo [risos]	Uhum... tá bom

Como se vê, a Residente não faz nenhum comentário sobre o fato mencionado pela Paciente, restringindo sua resposta a “Uhum... tá bom”, o que faz com que P, na exata sequência das falas acima, conte um caso para elucidar a sua preocupação quanto ao processo, revelando, por meio do discurso, um pedido de ajuda para permanecer no tratamento:

<i>Narrativa da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Né?	É
[<i>Em tom de risada</i>] Eu até fiz amizade com uma senhora ali embaix/ lá fora	
e a gente foi na lanchonete, né?	
Então, eu tomando cafezinho lá	
e a gente começou a conversar	
aí quando eu falei pra ela, né	
que eu tava vindo pra começar o tratamento	
Ela: “ai boba eu já fiz e não adiantou nada	
isso aí não adianta nada não”	
eu falei “bom, eu conheço gente que fez e parou, né”	Aqui...

Verificamos, nos trechos destacados, algumas tentativas de comunicação da paciente que vão além das anotações dos sintomas. A paciente constrói enredos, situa personagens e fala de si, sempre em relação ao que a incomoda do ponto de vista físico e para o que viera buscar tratamento. No entanto, a maioria dessas intervenções não são compreendidas e/ou consideradas pela Residente, lembrando aquilo que o historiador Robert Darnton afirmou a respeito da incompreensão entre universos culturais distintos (históricos, no caso dele): “Quando não conseguimos entender um provérbio, uma piada, um ritual ou um poema, temos a certeza de que [estamos diante de] um sistema de significados estranhos” (Darnton, 1996: 15). Nesse sentido, o encontro entre pacientes e profissionais da saúde parece vir se configurando, em nosso tempo, como um embate entre universos culturalmente distintos; quase, poderíamos dizer, entre modelos hegemônicos da cultura e suas margens.

Enquanto a visão aristotélica do cômico, conservadora e rígida em seus padrões morais, estabelece que só conseguimos rir daqueles que consideramos “piores do que nós” (a distinção entre comédia e tragédia, para Aristóteles, seria que “uma propõe-se imitar os homens, representando-os piores, a outra melhores do que são na realidade”, Aristóteles, s/d: 242, e “[a] comédia é [...] imitação de maus costumes, Aristóteles, s/d: 246) – segundo a qual, se considerarmos a assimetria hierárquica entre médico e paciente na relação de consulta, esperaríamos que R risse, sim, das piadas de P –, de acordo com as teorias sobre o cômico desenvolvidas por Mikhail Bakhtin a partir das formas populares de cultura, o riso prevalece na sociedade como uma das forças de combate à tirania, já que, desde a propagação da visão de mundo cartesiana, o cômico passa a ser culturalmente desprezado. Para Bakhtin, diante das fórmulas e teorias científicas da Idade Moderna, o riso teria sido expulso dos espaços políticos, religiosos e acadêmicos:

A partir do XVII, o riso refere-se apenas a certos fenômenos parciais e parcialmente típicos da vida social, a fenômenos de caráter negativo; o que é essencial e importante não pode ser cômico; a história e os homens que a encarnam (reis, chefes de exército, heróis) não podem ser cômicos; o domínio do cômico é restrito e específico [...] (Bakhtin, 1999: 57)

No desenrolar da consulta analisada, observamos, então, que a Paciente, muitas vezes, busca atuar discursivamente segundo uma outra lógica cultural, expressando, pela via do chiste e da ironia, aquilo que a aflige, imersa num modelo de ação que é vivencial e advém, não do conhecimento científico, mas da experiência. A Residente, por sua vez, guiada pelos protocolos de sua cultura científica, não dá atenção aos ditos de P que não se apresentam como dados claramente relativos ao seu quadro sintomático. Tal postura médica condiz com uma crença na medicina como conjunto de verdades e de procedimentos empiricamente comprovados como eficazes,

e o médico, como detentor dessas verdades e métodos duramente aprendidos, comporta-se como o homem clássico, o sábio, que nunca ri, já que o riso é culturalmente considerado secundário e está vinculado à ideia de imoralidade.

Nesse sentido, os médicos só ririam de suas próprias piadas e no interior de seu próprio grupo profissional, assim como fazem, em dado momento, Residente e Assistente em sua conversa particular sobre o caso de P. A certa altura, A diz a R: “Fala pra ela fazer compromisso social, que compromisso social é fundamental. Fala pra todo mundo. Se ela não for política, né? Se ela for política, não resolve compromisso social [risos]”. Como analisa Baudelaire, segundo as escrituras, o grande conhecedor, o sábio, não ri, pois o riso está relacionado com aquele que nada sabe, o bobo:

O sábio, isto é, aquele que é animado pelo espírito do Senhor, aquele que possui a prática do conjunto de fórmulas divino, não ri e só abandona ao riso tremendo. O Sábio treme por ter rido; o Sábio teme o riso, como ele teme os espetáculos mundanos, a concupiscência. Ele se detém às bordas do riso, como às bordas da tentação. Há, pois, segundo o Sábio, uma certa contradição secreta entre seu caráter de sábio e o caráter primordial do riso. Com efeito, para mencionar apenas superficialmente lembranças mais do que solenes, eu assinalarei - o que corrobora perfeitamente o caráter oficialmente cristão dessa máxima - que o Sábio por excelência, o Verbo Encarnado, nunca riu. Aos olhos d'Aquele que tudo sabe e que tudo pode, o cômico não existe. E, no entanto, o Verbo encarnado conheceu a cólera; conheceu até mesmo as lágrimas. (Baudelaire, 2002: 2)

Portanto, ao buscar o ideal da objetividade científica, o médico imbuí-se do discurso da ciência, que exige neutralidade e controle, já que apenas os corpos enfraquecidos se entregam à força do riso, ao descontrole das palavras, ao discurso pouco articulado, opaco e pitoresco de uma anedota. No entanto, agindo assim, como vimos, esse profissional pode perder dados importantes de uma trama que se constrói para além do corpo, mas se manifesta corporeamente, nas narrativas configuradas na relação entre ele e os pacientes.

Uma hidra de duas cabeças

Em *Tempo e narrativa*, Paul Ricoeur tece considerações a respeito das relações entre o que chama de “autor real” e de “narrador fictício” (Ricoeur, 2010: 148 e ss.). De fato, como já mencionado anteriormente aqui, no momento em que, em atos de fala, Paciente e Residente configuram e reconfiguram a mesma história, já não são mais os autores, com seus nomes reais e suas biografias, as vozes que, ali, constroem a narrativa, mas, sim, narradores, instâncias narradoras, não seres empíricos. “O recurso à voz narrativa”, diz Ricoeur, “permite que a narratologia dê um lugar à subjetividade, sem que esta seja confundida com a do autor real” (Ricoeur, 2010: 149).

Além disso, articulando a noção de voz narrativa (ou narrador) à da configuração do tempo na história narrada, diz Ricoeur que “o presente da narração [ou da enunciação] é entendido pelo leitor como *posterior* à história narrada [enunciado] e, assim, [...] a história narrada é o *passado* da voz narrativa” (Ricoeur, 2010: 171, itálicos do autor). A partir de comentários a respeito de *Em busca do tempo perdido*, de Proust, ele postula uma espécie de “relação bipolar entre narrador e personagem” (Ricoeur, 2010: 161): são uma “mesma” identidade, porém diversos *no tempo*.

No primeiro momento da consulta entre P e R, quando P institui sua *voz narrativa* enquanto um narrador-personagem em primeira pessoa (ou, como conceituado por Norman Friedman, “narrador-protagonista”, que conta sua própria história - Friedman, 2002: 176), essa voz imediatamente cinde a “vida” em dois momentos: o presente, em que conta o que viveu até ali e se torna *narrador*, e o passado, aquilo que é contado, do qual é *personagem*. Mais ou menos da seguinte forma: “Era uma vez uma mulher que era eu e que passou por isto, por isto e por aquilo, até chegar até aqui...”. Nesse sentido, podemos afirmar que se institui, nesse momento, um ponto de vista até certo ponto convencional, especificamente em primeira pessoa, bastante comum enquanto modelo de configuração narrativa e previsto, como tipo e conceito, pela teoria da literatura.

Algo análogo acontece quando, diante de A, em particular, R reconta a história de P: “Dona P, ela tem 52 anos, [...] foi encaminhada aqui pro ADG para cessação de tabagismo”, diz R. A narrativa começa. Nesse caso, porém, temos R contando, não a história de sua própria vida, mas a de um outro, a Paciente. Portanto, o narrador que se institui na reconfiguração da narrativa de P por R não é mais um narrador-protagonista, como o de P, mas aquele que poderíamos classificar, ainda de acordo com Friedman, como “câmera”, cujo objetivo, segundo esse autor, seria “transmitir, sem seleção ou organização aparente, um ‘pedaço da vida’ da maneira como ela acontece diante do *medium* de registro” (Friedman, 2002: 179). Conforme já verificamos anteriormente, a suposta “falta de seleção e organização” é mero efeito de sentido, pretensa objetividade, simulacro de ausência: um narrador, uma vez instituído, *sempre* seleciona e organiza – *configura* – os dados de sua história. Na tipologia de narradores friedmanianos, porém, como o crítico bem esclarece, a câmera é o tipo de ponto de vista que “parece ser o último em matéria de exclusão autoral” (autor ≠ narrador ≠ personagem) (Friedman, 2002: 179). Novamente, nesse enunciado que se conta mediante outra enunciação, o que vemos é um tipo de narrador bastante corriqueiro, estudado e previsto nas principais teorias sobre o ponto de vista narrativo.

Na primeira conversa entre P e R, porém, ocorre, em relação ao ponto de vista, e, por conseguinte, à própria *configuração* da história, um fenômeno singular. P inicia a consulta narrando a R sua “vida” até chegar ali: “Doutora, é o seguinte: eu já vim aqui uma outra vez, me inscrevi para fazer o tratamento antitabagismo”, etc. Entretanto, no momento em que R interrompe a fala da narradora-personagem com a frase “Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P”, ainda é P que continua narrando os fatos de sua própria história (“Salvador, Bahia”, “Moro”, “Trinta anos”, “Trabalho”, “...sou artesã”), *porém é uma outra racionalidade que seleciona fatos e organiza essa configuração – a racionalidade de R*. Um narrador que conta, outro – uma outra *inteligência* – que *aponta* fatos a contar e os *organiza*. Um dá os fatos; o outro diz quais, e como. Que tipo de ponto de vista – híbrido, estranho – seria esse?

Em seu estudo clássico, Friedman aponta a existência de um tipo de narrador que chama de “autor onisciente intruso” (Friedman, 2002: 173), uma tradução para o português do original em inglês “editorial omniscience” (Friedman, In Stevick, 1967: 119 e ss.), que, apesar de apresentar a ideia de “intrusão”, não parece ter muita relação com o fenômeno observado na consulta em análise. Para Friedman, “a marca característica [...] do Autor Onisciente Intruso é a presença das intromissões e generalizações autorais sobre a vida, os modos e as morais, que podem ou não estar explicitamente relacionadas com a estória à mão” (Friedman, 2002: 173)⁵. Em momento nenhum da consulta, porém, observamos esse tipo de “intrusão” na performance narrativa de R. O que observamos é uma *clivagem*, uma divisão de funções narrativas entre duas inteligências distintas: uma que *seleciona e organiza*; a outra, que *informa*.

Tal observação nos permite postular um tipo distinto de narrador ou de ponto de vista que nos parece original e característico do gênero do discurso que convencionamos chamar de consulta médica e que denominaremos de *narrador clivado* ou *impuro*: quando duas (ou mais) “inteligências” dividem as funções implicadas no ato de configurar a mesma história, numa mesma situação de comunicação. Na primeira parte da consulta analisada aqui, é isso que acontece: P ainda é narradora-protagonista de sua narrativa, e continua sendo, até o fim desse encontro. Mas, a partir de certo momento, não é mais ela que *escolhe* o que dizer, nem em que *ordem*: ela apenas *alimenta* de informações *suas* uma estrutura *alheia*.

Com isso, a narrativa que se configura ali é até certo ponto esdrúxula, quase monstruosa. Um “bicho” com duas cabeças. Colar de várias voltas. Uma hidra. No mito grego da Hidra de Lerna, essa serpente gigante e mortífera, de muitas cabeças, é símbolo dos vícios múltiplos⁶. Em nosso contexto, de uma consulta no AGD, é uma história de males, de moléstias, pensada e conduzida

⁵ Para fins de comparação, segue o mesmo trecho no original, em inglês: “The characteristic mark, then, of Editorial Omniscience is the presence of authorial intrusions and generalizations about life, manners, and morals, which may or may not be explicitly related to the story at hand” (Friedman, in Stevick, 1967: 121). A indistinção entre autor e narrador também nos parece problemática no trecho, porém não cabe discuti-la aqui.

⁶ Para mais informações, v. Brandão, 2004: 242-4.

por um narrador que se divide em dois. Como extirpar os males dessa história, mudar seu curso, domar a serpente?

Nesse encontro entre dois universos culturais distintos que é a consulta médica, a constituição de narradores clivados, como indicada acima, nos parece habitual, comum, até certo ponto necessária e, ao contrário do que possa inicialmente parecer, não negativa em princípio. Tudo dependerá do tipo de efeito que a ação eminentemente narrativa de pensar mesma a história sob outra racionalidade terá sobre a vida do paciente – ou ainda, para voltar a Ricoeur, da *refiguração* que este fará da sua narrativa depois de *reconfigurada* pelos médicos que o atendem. Se a intervenção clínica conseguir transformar o *sentido* que o paciente constrói da própria história, mostrando-lhe outros, mais saudáveis e positivos, muito provavelmente haverá melhora, até mesmo cura. Caso contrário, a mesma história, com seus mesmos significados e desfechos, ainda virá a se repetir por tempos a fio, até que algo a transforme ou que ela, enfim, termine.

No caso de P, parece que a serpente de seus males ainda a assombrará por algum tempo, e que o colar de contas, por fim, se desfez. Com reavaliação marcada para depois de um mês, a Paciente não retornou ao AGD.

REFERÊNCIAS

- Aristóteles. *Arte retórica e arte poética*. Rio de Janeiro: Ediouro, s/d.
- Arrigucci Jr., Davi (1998). Teoria da narrativa: posições do narrador. *Jornal de psicanálise*. 31(57), pp. 9-44.
- Bakhtin, M. (1999). *O mundo popular da Idade Média e do Renascimento: o contexto de François Rabelais*. 4. ed. Trad. de Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora da UNB.
- Barthes, Roland *et alii* (2013). *Análise estrutural da narrativa*. Petrópolis: Vozes.
- Baudelaire, Charles (2002). Da essência do riso (e de modo geral do cômico nas artes plásticas). In: *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. pp. 733-746. Consultado em http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2006/textos/essencia_riso.pdf. Última consulta em 10-12-2013.
- Bechara, Evanildo (1989). *Moderna gramática portuguesa*. 33.ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Benjamin, Walter (1987). *Magia e técnica, arte e política*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, (Obras escolhidas, I).
- Brandão, Junito de Souza (2004). *Mitologia grega*. 18. ed. Petrópolis: Vozes.
- Darnton, Robert (1996). *O grande massacre de gatos e outros episódios da história cultural francesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. O humor (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XXI.
- Friedman, Norman (2002). O ponto de vista na ficção: desenvolvimento de um conceito crítico. Trad. de Fábio Fonseca de Melo. In *Revista USP*, São Paulo, n. 53, pp. 166-182, março/maio.
- (1967). Point of view in fiction. In Stevick, Paul (ed.). *Theory of the novel*. New York: The Free Press, p. 108-137.
- Pompílio, Carlos Eduardo (2006). As “evidências” em evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 11, pp. 16-17.
- Ribeiro, M. (2008). Do trágico ao drama, salve-se pelo humor! *Revista Estudos de Psicanálise*, nº 31, outubro, pp. 104-113.
- Ricoeur, Paul (1991). *O si-mesmo como um outro*. Trad. de Lucy Moreira Cesar. Campinas: Papirus.
- (2010). *Tempo e narrativa* 3 vols. Trad. de Márcia Valéria Martinez de Aguiar. São Paulo: Martins Fontes.
- Sobel, Rachel K. (2005). Becoming a physician: MSL – Medicine as a second language. *The New England Journal of Medicine*. 2005 May 12; 352 (19), pp. 1945-1946.
- Souza-E-Silva, Maria Cecília Perez de & Piccardi, Tatiana (2012). Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica. In *Tempus: actas de saúde coletiva*, 6(2), pp. 209-222.
- Vieira, José Luandino (1987). *João Vêncio: os seus amores*. 2.ed. Lisboa: Edições 70.
- Xavier, Ismail (2005). *O discurso cinematográfico: a opacidade e a transparência*. 3.ed. São Paulo: Paz e Terra.

SOBRE OS AUTORES

Fabiana Carelli: é mestre (1997) e doutora (2003) em Teoria Literária e Literatura Comparada pela Universidade de São Paulo, e docente e pesquisadora do Programa de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa dessa Universidade desde 2004. Suas áreas de docência e pesquisa incluem literatura comparada e narrativa em geral, modelos narrativos, literaturas de língua portuguesa, literatura e oralidade e literatura e outras formas de linguagem e do conhecimento, em especial literatura e cinema e literatura e medicina. Desde 2011, coordena, com Carlos Eduardo Pompilio (HC-FMUSP), o GENAM-USP (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo), que vem promovendo eventos e cursos, orientando pesquisas e publicando artigos no sentido de desenvolver o estudo das relações entre narrativa e saúde, mediante pontos de vista provenientes da literatura, dos estudos da linguagem e da filosofia.

Andrea Funchal Lens: é estudante do 5o ano da graduação de Letras - habilitação Português/Espanhol da Universidade de São Paulo. Desde 2011 participa do GENAM (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da USP), em cujo âmbito desenvolve a pesquisa de iniciação científica “Anatomia da Clínica: um estudo teórico-literário das narrativas médicas”. Desde 2013, acompanha pacientes em consultas médicas no Hospital das Clínicas da FMUSP, coletando, transcrevendo e analisando narrativas produzidas nesse contexto clínico.

Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira: é graduanda em Letras na Universidade de São Paulo, com habilitação em Grego Clássico e Português. Atualmente desenvolve pesquisa de iniciação científica no âmbito do Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo (GENAM-USP), com projeto intitulado “Se essa história fosse minha: narrativa, criança e doença”, que busca analisar narrativas construídas por crianças em ambiente hospitalar.

Ariadne Catarine Dos Santos: é aluna de graduação do curso de Letras da Universidade de São Paulo, com habilitação em Português. Pesquisa na área de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa, com foco nas relações entre a literatura e outras formas do saber, com especial atenção para a confluência entre literatura e medicina e literatura e psicanálise. Integra o grupo de pesquisa GENAM (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da USP), por onde desenvolve, atualmente, com bolsa, o projeto de iniciação científica intitulado “O percurso histórico-social da melancolia através da literatura: a doença que inspira ou a arte que adoenta”.

Mariluz Dos Reis: é médica geriatra, assistente do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP e da Diretoria Executiva do Instituto Central do HC FMUSP, coordenadora do Ambulatório de Clínica Geral do HCFMUSP, doutorado em medicina pela FMUSP, especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública USP e MBA em Gestão de Projetos pela FGV. Coordenou e foi professora do Curso de Clínica Médica do 4o. ano de Medicina da FMUSP por 12 anos e professora no curso de Propedêutica e de Clínica Geral do 3o. e 5o. anos da FMUSP.

Carlos Eduardo Pompilio: é graduado (1989) e doutor (2000) em Medicina pela Universidade de São Paulo, com especialização em Clínica Médica e Medicina Intensiva. Atualmente, é médico-assistente do Serviço de Saúde Suplementar do Hospital das Clínicas da FMUSP e membro do corpo clínico do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. É fundador e coordenador do GENAM-USP (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo) e um dos professores-coordenadores da disciplina de pós-graduação “Literatura, Narrativa e Medicina” da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da mesma Universidade.

Proceso histórico de la medicina en Colombia a partir de las culturas precolombinas (1492-2008)

Amparo Aurora Ramírez Tamayo, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
Juan Luciano Olivella Jacquin, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
Luis Carlos Ospino Castro, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen: *Historia de la Medicina es una asignatura que cursan los estudiantes de pregrado del programa de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. Al no encontrar un libro con la información precisa para conocer algunos pormenores de su proceso, se procedió a resolver el problema desde la investigación teniendo en cuenta la medicina precolombina que hallaron los españoles en los indígenas, el proceso de su desarrollo y el estudio académico que obtuvieron los estudiantes con la influencia europea. Igualmente se investigó acerca del progreso médico científico logrado por los galenos colombianos, sobresalientes, tanto en su país natal como en el exterior. El resultado será consignado en texto didáctico-académico para la clase de Historia de la Medicina.*

Palabras clave: *proceso, historia, medicina, escuelas, ciencia, Colombia*

Abstract: *History of Medicine is a subject enrolled in undergraduate medical program of the Cooperative University of Colombia. Failing to find a book with the information needed to know some details of the process, we proceeded to solve the problem from the research considering the Columbian drug found by the Spaniards in the indigenous, the process of their development and academic study obtained students with European influence. Equally it researched the medical scientific progress achieved by the Colombians, outstanding, both in his native country and overseas doctors. The result shall be recorded in educational-academic text for the class of History of Medicine.*

Keywords: *Process, History, Medicine, Schools, Science*

Introducción

El texto que se presenta a continuación es la síntesis del producto de la investigación realizada con el objeto de dar a conocer a los estudiantes de medicina el trayecto sanador que tuvieron los antepasados del territorio colombiano, que muestran preocupación por la salud, la prevención y los castigos punitivos ante el incumplimiento de la preservación de la naturaleza, siempre bajo el criterio de las creencias religiosas que hoy no se han perdido por parte del ciudadano común y que conservan y respetan los galenos de la actualidad, muchos haciendo caso omiso de las nuevas sentencias (Iberoamericano, 2006) no claras ni precisas, que permiten el aborto o la eutanasia (Quintero, 2012). El único médico que acepta su dedicación y ayuda a morir a pacientes terminales es el doctor, Gustavo Quintana, en Bogotá desde cuando la Corte constitucional la despenalizó (Vásquez de Alba, 2011)

Incluye el proceso del estudio académico influenciado por las diferentes escuelas europeas y el progreso médico científico logrado por los médicos colombianos, sobresalientes, tanto en su país natal como en el exterior. El resultado será consignado en texto didáctico-académico para la clase de Historia de la Medicina.

El método aplicado para la investigación es el histórico-crítico (Tamayo, 2001) que determina el estudio retrospectivo de los hechos históricos, reconstruye los pasos y determina experiencias e interpretaciones de quienes vivieron la evolución de la prevención de la enfermedad, el seguimiento a las enfermedades, el progreso de la industria medicinal y el descubrimiento de nuevas formas de tratarlas, de hacer implantes, de quitar o poner prótesis en los seres humanos.



Para la recolección de la información se recurre tanto a la fuente primaria, en menor proporción, como a la secundaria.

Culturas precolombinas

Esculapio no puede estar ausente ante el estudio de la historia médica y es el primer tema que toca la investigación con el fin de hacer una reflexión sobre la vocación, calidad y proyección del aspirante a tan delicada profesión. El estudio comparativo de “Quieres ser médico hijo mío” implica el reconocer que tanto en la mitología, escrita cinco siglos antes de Cristo, como en la antigüedad y en el presente, los médicos deben tener características específicas por la responsabilidad que adquieren en los campos personal, social, político y religioso.

Tampoco debe desconocerse la organización social de los diferentes grupos indígenas que habitaban el territorio colombiano; cuando penetraron “los conquistadores”; sus creencias religiosas proyectadas a la conservación de la naturaleza y por ende a la de la salud, bajo la vigilancia de los dioses que promueven el castigo punitivo para quienes atenten contra ella teniendo como mediadores a los sacerdotes en las prácticas rituales; todo lo anterior hace parte de este estudio investigativo.

Tres grandes culturas son denominadas precolombinas: aztecas, mayas e incas. Pertenecientes a los mayas son los tayrona, bonda y matuna; los kágaba, los kogui, y quizá los guayú (Ramírez, 2007) habitantes de la zona Caribe o “línea negra”, territorio sagrado; con los chibchas o muiscas, del plano cundi-boyacense, fueron las culturas indígenas encontradas por los españoles, prácticamente sin enfermedades propias de la civilización, sino aquellas que por naturaleza se producen: dolores fuertes de cabeza, desconocidos, pero resueltos con la trepanación; heridas de guerra, curadas con yerbas; ruptura de huesos sabiamente entablillados; brebajes y emplastos para otras necesidades.

Todas las comunidades indígenas, con pocas diferencias, relacionaban las enfermedades con una causa específica que debía ser conocida mediante la confesión pública, explorada desde las preguntas inquisidoras y castigadas individual o colectivamente. El “penitente”, por ejemplo, se golpeaba con una piedra atada a una cuerda, simultáneamente con el sacerdote, escupía sobre un haz de hierba que era arrojado al río donde debía también sumergirse el pecador. El agua era, y es hoy, purificadora, como el bautismo en las diferentes religiones de las comunidades “civilizadas”. El examen de conciencia, la confesión de boca y la penitencia, solo tienen la diferencia de que es individual entre los católicos. En las comunidades indígenas es pública. En tiempos de epidemias o plagas, todo el pueblo peregrinaba a los lugares sagrados para hacer ceremonias de purificación mediante el conjuro o la “manda”.

Los sanadores estaban divididos en magos, cirujanos y adivinos. Los inválidos se dedicaban al cultivo de las plantas herbolarias.

Como remedios vegetales usaron la coca y el bálsamo de resinas para tratar heridas, la corteza de quina como antipirético, el sulfato cúprico para las úlceras, la arcilla para la disentería, el azufre para la sarna, sulfuro de arsénico para la leishmaniosis.

Las mujeres practicaban “la limpia”. Consistía en frotar el cuerpo (animal parecido al ratón) en el cuerpo del enfermo hasta sofocarlo y dejarlo morir. Al abrirlo y examinarlo diagnosticaban la enfermedad. Similar a los sanadores babilonios, salvo que aquellos hacían una hepatoscopia del cordero que recibía las sobras del enfermo y se consideraba que ambos tendrían la misma enfermedad reflejada en el hígado (Entralgo, 1994) entonces, se procedía a medicar al paciente.

A la habitación, vivienda, le dieron su importancia, pues tuvieron en cuenta la anfractuosidad del terreno para la construcción. Corrigieron terrenos y aplanaron los detalles geológicos. Hicieron canales y alcantarillas para evitar la contaminación del agua, es decir, tuvieron en cuenta la prevención para la salud.

Hoy después de 500 años las comunidades indígenas continúan sus rituales ante las creencias religiosas. Tienen su propio gobierno, sus costumbres, sus curanderos, sus medicamentos, su forma de vida y continúan la preservación de la naturaleza a lo largo y ancho de “la línea negra”, ocupada al norte por los koguis, el oriente por los kankuamos; el occidente por los wiwas y el sur

por los arhuacos. El perímetro circunferencial desplegado por *Serankwa* es una línea trazada antes del amanecer, desde la oscuridad (Duque, 2009)

Estas comunidades y todas las del territorio colombiano con sus delegados hacen presencia en cada Conferencia Mundial de los Pueblos, siempre aportando y exigiendo identificar y sancionar a aquellas corporaciones multinacionales que están contribuyendo con el calentamiento global y causando crisis en el medio ambiental (El Tiempo, 2008)

Han salido de sus posesiones para habitar, sin mezclarse con los hermanos menores, aceptado al médico de la academia y hasta estudian medicina o enfermería para poner en práctica sus conocimientos dentro de sus comunidades.

Algunos convierten su vivienda en centro de atención y se atreven a hacer consulta y tratamientos a base de yerbas entre ellas el yagé, anamú, el llantén, la 'uña de gato' y la chuchuhuaza. Pasan desapercibidos hasta cuando uno de sus pacientes pierde la vida, es denunciado y puesto en manos de la autoridades.

Durante casi dos siglos el pueblo resolvió la dualidad entre la cura y la enfermedad con la medicina indígena. Los españoles seguían en manos de los barberos cirujanos, sangradores y enfermeros que debían asistir a los marineros con problemas de salud y a los heridos en guerra pero aceptaban y pedían la curación indígena.

Incursión de las escuelas de medicina en Colombia

Los inicios de la medicina colonial se dieron después de la conquista entre 1758 y 1810, por principios de autoridad y orden con tendencias escolásticas. El jesuita Baltasar Masi Burgués, fundó la primera escuela de medicina en la Universidad y Academia de San Francisco Javier, más tarde, 1767, Universidad Javeriana (Men, 2009)

Las primeras lecciones de medicina fueron dictadas el 1 de abril de 1636 por el protomédico licenciado Rodrigo Henríquez de Andrade, graduado en la Universidad de Alcalá.

En 1653, el fraile Cristóbal de Torres fundó el Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario para enseñar filosofía, teología, jurisprudencia y medicina. Se inicia la imposición de la Iglesia Católica en los asuntos educativos del país. Uno de los regentes de la medicina en el Colegio Mayor del Rosario fue Don Vicente Román Cansino, quien además ejercía el control y el reconocimiento de licencias a los "médicos populares" como barberos, teguas, parteras y sangradores que proliferaban en la antigua Santa Fe.

En 1802 Mutis y De Isla presentaron para la aprobación de las autoridades españolas, el siguiente plan de estudios para los estudiantes de medicina, similar a las facultades españolas. Cinco años teóricos durante los cuales estudiaban: anatomía, instituciones médicas, patología general, doctrina hipocrática. Tres años de práctica en el Hospital de la Caridad consolidada con la instrucción en el estudio práctico de operaciones. Dos de ellos en estructura curricular, la plataforma con la cual se retomaron las clases de medicina en el Colegio del Rosario. Con ello se constituyó la primera Facultad de Medicina en el país.

La medicina solo la podían estudiar y ejercer personalidades reconocidas, era un arte de clase social.

En el año de 1653 el rey de España delegó la fundación del colegio Mayor del Rosario, bajo el modelo de la Universidad de Salamanca, al padre Fray Cristóbal Torres para que los que se inclinaban por la medicina, la jurisprudencia y la doctrina de Santo Tomás fuesen doctos en el ejercicio de sus funciones. Clausurado en 1810 por Vicente Gil de Tejada por no simpatizar con la causa de la emancipación.

En 1815 se funda el hospital Militar para atender a los heridos en combate, los médicos sanatafereños fueron obligados a prestar sus servicios, realizando estricto control militar para evitar la atención a los heridos de la causa libertadora. En otras ciudades de Colombia, se siguió el ejemplo. En Santa Marta, el general Mariano Montilla nombró a Alejandro Próspero Reverend médico de la guarnición y del hospital (Ramírez, 2009:p. 55-65)

En 1819 se establece la Gran Colombia y se reabren las cátedras de medicina tanto en el Colegio Mayor Bartolomé como en el Mayor del Rosario dando fortalecimiento a la enseñanza de

las ciencias y la medicina moderna caracterizada por el ensayo en el cuerpo del enfermo o la técnica de la sangría para las enfermedades crónicas, aplicados por los médicos franceses. La corriente escocesa de John Brown, hoy Brownismo, estableció que el origen de las enfermedades, se basaba en un exceso o una deficiencia de estímulo al organismo, por lo que fueron tratadas con excitantes o soporíferos, según el caso.

La homeopatía o medicina alternativa de Hahnemann encontró adeptos en Colombia desde el año de 1835, hoy es tan común que en las escuelas de medicina se convirtió en una asignatura del programa de medicina.

Los hospitales de caridad fueron los lugares de práctica, por excelencia, de los médicos. De la escuela francesa, en 1823, se tomó de la doctrina de Broussais una medicina fisiológica explicada a través de la irritación y en la que la técnica de la sangría ocupaba un lugar central en la curación y valoración de las enfermedades. Esta nueva concepción trajo consigo una nueva organización hospitalaria. El monopolio religioso fue relegado y los médicos dominaron en su práctica.

Las disecciones de cadáveres incentivaron al estudio de la medicina y entre 1841-1850, se abrieron tres universidades más: Popayán, Cartagena y Bogotá que asumirían las funciones de los anteriores Colegios. Por Decreto, se funda la Facultad de Ciencias Médicas” en donde se practicó examen “hoy de suficiencia” a boticarios, sangradores y parteras para la expedición de las licencias y el ejercicio del oficio. Ante la carencia de catedráticos experimentados, el estudio de la medicina se reagrupa en nueve cursos y se determina el catedrático que debería dictarlos:

- Anatomía general y especial (catedrático de botánica y farmacia)
- Química y botánica médicas (catedrático de anatomía)
- Anatomía especial y fisiología (catedrático de anatomía)
- Patología general interna y clínica interna (catedrático de patología)
- Terapéutica, materia médica y clínica interna (catedrático de patología)
- Farmacia teórica y práctica (catedrático de botánica y farmacia)
- Cirugía, arte obstétrica y clínica externa (catedrático de terapéutica y medicina legal)
- Medicina legal, historia y bibliografía médica (catedrático de cirugía e higiene)
- Higiene y clínica externa (catedrático de terapéutica y medicina legal).

Próspero Reverend posiblemente estudió enfermería en Francia, llegó a Santa Marta, validó el título de médico en Cartagena, fue quien atendió la llegada del Libertador, siguió su enfermedad durante 17 días y escribió 31 boletines que narran la historia médica de Bolívar. Considerada la calidad del personaje, cuando este murió, recibió la orden del Intendente Militar, el General Montilla para que practicara la autopsia.

Hoy los médicos deben preparar la historia clínica de sus pacientes con características similares a la historia médica de Reverend pero con técnica. Próspero, escribió la historia médica del Libertador Simón Bolívar, en ella consignó el método curativo, no formal. Síntomas: voz ronca, tos profunda, esputos viscosos y de color verdoso de temperamento bilioso-nervioso, noches febriles. Tratamiento: remedios pectorales con narcóticos y expectorantes, pequeñas dosis de sulfato de quinina, emplastos de pez de Borgoña, caústicos, vegigatorios, sinapismos. Por alimento: masa de sagú, pollo, caldo, leche de burra, agua de goma.

Entonces vale la pena hablar aquí de las boticas, propiedad de los médicos en donde se preparaban las recetas bajo estricto control. Reverend dejó un “Antidotario” escrito entre 1825 y 1829 con el nombre de “Farmacopea Universal”.

Quizá fue la época en que aparece el concepto popular de “letra de médico”, las recetas eran escritas casi que con jeroglíficos para que no fueran enviadas a otras boticas sino a las propias. Ya existe un estudio sobre “Caligrafías de la enfermedad”, letra de médico en el Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero (Universitat de València – Consejo Superior de Investigaciones Científicas) por el Comisario Ricard Huerta.

Cuando José Hilario López, en 1849 suprimió las universidades y los títulos universitarios, la medicina, considerada ciencia elitista, se suprimió. Universidades privadas formaron los llamados pseudomédicos. Sin embargo, los médicos con título tomaron a su cargo, en los hospitales, a jóvenes deseosos de estudiar la medicina, los guiaron como “aprendices de médico”, con-

vivían y practicaban juntos. Cuando el médico consideraba que su aprendizaje estaba preparado, le daba el aval para ejercer.

En el siglo XIX se empieza a hablar de Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia. Hoy después de 144 años de existencia, el Museo de Historia de la Medicina y el sistema de Patrimonio y Museos mantiene exposiciones permanentes e itinerantes que guardan evidencias de la trayectoria médica de la Facultad.

En la actualidad hay 47 universidades estatales y privadas que ofrecen Programa de Medicina en todo el país. La exigencia del Ministerio de Educación es que todos tengan Registro Calificado, casi todos lo tienen, y Acreditación. La Universidad Cooperativa de Colombia tiene programa de medicina en cuatro sedes: Santa Marta, Pasto, Villavicencio, y Medellín aún sin egresados. La Universidad de San Martín también tiene cinco sedes con medicina: Sabaneta, Bogotá, Cali, Pasto y Puerto Colombia.

Los anfiteatros han pasado a la historia y los estudiantes se preparan por medio de páginas web y las grandes salas de simulación con muñecos sistematizados que se preparan con antelación para que el estudiante practique con el paciente, se le muera, resucite y hasta tenga un parto.

La incursión de los laboratorios y el cambio de los medicamentos

En Colombia, popularmente se hablaba de droga, refiriéndose al tratamiento médico, la incursión del narcotráfico hizo que la denominación cambiara solamente a medicamentos. Cincuenta años atrás el conocimiento empírico de las madres recetaba “quenopodio” o aceite de hígado de bacalao como purgante; los jóvenes, aspirantes a pagar el servicio militar, debían someterse a la limpieza estomacal con este aceite y alimentarse con agua de panela durante todo el día. Algunas pastillas se conocían con el nombre de su inventor “píldoras de vida del doctor Ross”, tabletas de Ok Gómez Plata para el dolor, las píldoras Hermosita de Zoilo Ruíz, para la mujer, Agua Mineral de Alter Carroll, “Cloromicetina Parke Davis”, o la Emulsión de Scout que aún se distribuye y cuya característica es el pescador cargando el bacalao en la etiqueta, “Curanina” de Salas Nieto. Citratos, bicarbonatos, sulfadiazina, gotas de passiflorina, para mordeduras de culebra y fiebres, “Bayrum” y el “Menticol”, merthiolate, azul de metileno, penicilina, aspirinas y otras sales en polvo, que servían para la elaboración de fórmulas, eran distribuidos por las diferentes boticas del país que se alimentaban de las empresas importadoras: “Thomassin” y “Blanco & Roca” en la Costa Caribe. Emisora que se respeta y canal de televisión tienen por lo menos un programa con asesoría en medicina alternativa, activada desde la evangelización.

Una vez que los laboratorios industriales ingresaron, todos los medicamentos se comercializaron, pero las boticas no han dejado de funcionar. Muchas de ellas son de médicos que combinan la medicina profesional con la estética y la alternativa. Otros son de acupunturistas, teguas que se amparan con los títulos que traen del exterior.

Personajes como el ex presidente Uribe, se precian de tener médicos como Elsa Lucía Arango, quien lo introdujo en técnicas orientales de relajación a las que el ex presidente les dedica al menos quince minutos en la mañana y quince minutos en la noche. El yoga nidra y el chi kong son de las más recomendadas, así como la “re canalización de energías” con poliedros. La médica de la Universidad Javeriana hizo famosas las goticas que el Presidente siempre carga a la mano (Redacción Política, 2009).

El primer laboratorio que ingresó a Colombia en 1922 a través de "Química Industrial Bayer Weskott & Cía" fue Bayer, marcó el ingreso formal a la Región Andina con la fundación en Barranquilla y ampliaron el cubrimiento de los productos Bayer a lo largo y ancho del país. Es de anotar que gran parte de la información de Historia de la Medicina Universal es aporte de este laboratorio que emitió sendas cartillas y las distribuyó en los consultorios médicos.

Cada laboratorio que ingresa al país tiene su representante que instruye a “Visitadores Médicos”, estos se encargan de mercadear los productos, dejan muestras médicas y los galenos se encargan de recetarlas a su criterio científico. Todo amparado por la Ley 100 de 1993 que creó en el Artículo 245 el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) El Decreto 1290 de 1994, precisa las funciones.

Médicos a escribir claro

En anterior capítulo se hizo alusión al concepto de “letra de médico”, pues el Ministerio de Protección Social, mediante el Decreto 2200 de junio 28 de 2005, (Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá 2005) en el capítulo IV reglamenta la fórmula en los capítulos 16 y 17 en el sentido de que el médico debe escribir claro, sin tachones y darle la opción al paciente de comprar genérico o comercial. Los médicos no conocen el Decreto, sus fórmulas siguen siendo ilegibles y no cumplen con las características legales.

Ante las dificultades de lectura de las fórmulas para los usuarios, del personal de las droguerías, en la mayoría de los casos auxiliares de farmacia, químicos farmacéuticos o regentes, y para evitar errores en la entrega de medicinas, el Gobierno emitió el Decreto.

Se trata de una extensa normatividad emitida por el Ministerio de la Protección Social, que en 15 páginas reglamenta el servicio farmacéutico y da 22 indicaciones específicas a los profesionales de la salud a la hora de elaborar las fórmulas médicas.

A través del Decreto, el Gobierno aclara que toda fórmula debe ser hecha por un profesional de la medicina “La prescripción debe ser en letra clara y legible, con las indicaciones necesarias para su administración. Se hará en idioma español, en forma escrita ya sea por copia mecanográfica medio electromagnético y/o computarizado”, destaca la norma.

En el articulado también sobresale otra estricta disposición; “No podrá contener enmendaduras o tachaduras, siglas, claves, signos secretos, abreviaturas o símbolos químicos, con la excepción de las abreviaturas aprobadas por el Comité de Farmacia y Terapéutica de la Institución”.

De igual manera el Decreto reglamenta otros temas que están relacionados con las dosis de cada medicamento formulado por el médico

La momificación natural

Este capítulo tiene como referencia el fenómeno de la momificación natural del que se habla en México e Italia. En Colombia se ha encontrado en el cementerio de San Bernardo es el municipio ubicado en la región de Sumapaz, a 99 kilómetros de Bogotá. El sitio donde exhiben “la momias” se denomina “Mausoleo” y tiene a la entrada un lema “Somos lo que eres, serás lo que somos” Durante la entrevista realizada al sepulturero, señor Antonio Baquero se conoció que hace 40 años hubo sorpresa ante la exhumación de cadáveres convertidos en momias. Científicamente no se conoce la consecuencia. De acuerdo con las especulaciones populares puede ser por algún mineral, cobre o uranio; por irradiaciones, distribuidos en el aire, o por la alimentación a base de Guaitila y Balui.

Recientemente el señor Baquero ha recibido la orden de exhumar cadáveres a los cinco años, pero han tenido que volverlos a sepultar porque al “partirlo”, nota que está congelado, no momificado, y produce un fétido líquido amarillento. Para que el cadáver quede totalmente momificado, necesita estar en la bóveda de ocho a nueve años.

Varias han sido las entidades que han incursionado e iniciado la investigación pero hasta ahora la que ha dejado evidencia de ella ha sido la Universidad Externado de Colombia de la Facultad de Estudios del Patrimonio Cultural, que de acuerdo con las fotografías obtenidas por Andrés Pedraza y el informe final de los estudiantes, iniciaron una serie de estudios del ambiente de los espacios de exhibición para comprobar el estado o deterioro de las momias y propiciar su conservación en las bóvedas de vidrio en que se encuentran. Concluyeron con la elaboración de fichas que determinan el estado de cada momia y sus características.

La primera momia encontrada en San Bernardo, corresponde al cadáver incorrupto de Florinda Gutiérrez de Cruz, quien fue sepultada en 1959. Años más tarde, en 1965, el cadáver momificado fue exhumado de la cripta y ubicado en el Mausoleo.

Desde ese momento, en las exhumaciones frecuentes, comenzaron a encontrarse más cadáveres con diferente grado de momificación conduciendo como resultado en 1994, a la apertura del “Panteón de Momias”.

Actualmente el panteón abierto al público, cuenta con la exhibición de catorce cuerpos divididos en dos salas distintas. En el espacio principal, situado en la planta baja, se encuentran cinco cuerpos femeninos y dos masculinos cada uno de los cuales se ubica en su propia vitrina; en la planta superior, aparecen ubicados siete cuerpos (seis infantes y un adulto) dispuestos en dos urnas de vidrio.

En un sótano hay varias momias NN olvidadas, como muñecos de una juguetería sin valor, aún conservan sus vestimentas y estas sus colores.

Comienzos de la vida científica en Colombia

En el campo de la científicidad el médico paisa, Francisco Lopera, desde hace 28 años detectó la recurrencia del Alzheimer a consecuencia de la alteración de una proteína en el cromosoma 14, en una familia ubicada en el municipio de Yarumal (Antioquia) con matrimonios intrafamiliares, cuyo gen alterado ha sido transmitido durante generaciones afectando a cientos de personas. En la zona, la enfermedad se conoce como "la bobera" y se le atribuía, a la maldición de un sacerdote o a haber tocado las ramas de un árbol. La idea del equipo de científicos que acompaña al doctor Lopera es comenzar a administrar drogas, no ensayadas, en pacientes de la familia que aún no presentan signos para definir si es posible prevenir o minimizar la enfermedad.

En campo de la neurología, el médico científico Salomón Hakim Dow ha hecho valiosos aportes como la descripción del síndrome de hidrocefalia con presión normal, llamado Síndrome de Hakim, en 1964; nuevas teorías sobre la dinámica del líquido céfalo-raquídeo y el primer capítulo de demencias seniles tratables, ha investigado sobre la mecánica de la cavidad endocraneal. Es de vital importancia su aporte a la ingeniería biomédica; introdujo a la práctica neuroquirúrgica nuevos sistemas de derivación del líquido cefalorraquídeo, como la válvula de Hakim de presión fija, y diseñó la de presión variable con su hijo, el ingeniero biomédico Carlos Hakim (David, 2004).

El doctor Rodolfo Llinás Riascos, bogotano, es el médico neurofisiológico, Doctor más reconocido como investigador científico, uno de sus libros "El cerebro y el Mito del Yo" muestra el estudio de la evolución del cerebro, según él, es un sistema cerrado 'perforado' por los sentidos y que en él se recrean las representaciones del exterior que permiten anteceder estados funcionales de respuesta (Llinás, 2003) Científico colombiano y jefe de fisiología y neurociencia del Colegio de Medicina de la Universidad de Nueva York, ha sido asesor de la Nasa, miembro de las academias de Ciencia de Estados Unidos, Francia, España, Colombia. Se caracteriza por enseñar de forma lúdica sus conocimientos científicos. Recientemente inauguró en "Maloca" una réplica didáctica para explicar el fenómeno del cerebro. Objeto de 22 distinciones y premios internacionales, ha escrito más de diez libros y cerca de 500 publicaciones en revistas de medicina y ciencia.

El doctor Jaime Gómez González, médico neurocirujano, egresado de la Universidad Nacional de Colombia, residente en Estados Unidos, promovió y organizó los 50 años de su egreso y editó el libro "Bodas de Oro Profesionales" con relatos histórico-médicos provenientes del año 1955 hasta el 2005 que permiten reconocer los avances de sesenta médicos científicos, docentes y especialistas durante esta época. (Gómez 1955-2005). Un segundo tomo habla sobre los primeros reimplantes de miembros y trasplantes de riñones, además de las malformaciones congénitas y sus posibles orígenes. Gómez (2006) Su campaña contra "Las malformaciones de la espina bífida" en Colombia, ha sido tan intensa que promovió la ingesta de sulfato ferroso en las niñas próximas a contraer matrimonio con la ayuda de algunos párrocos de diferentes ciudades.

El doctor Jaime Restrepo Cuartas miembro de la Asociación de Médicos de Antioquia, especialista en Cirugía General, miembro de la Universidad de Antioquia, desde la docencia hasta la rectoría, representante a la Cámara de Antioquia en el Congreso de la República donde presentó los proyectos de reforma a la ley 100 de 1993 y el Proyecto de Ley sobre la atención integral de los niños de la Primera Infancia, niveles I y II del SISBEN, presenta un magnífico texto llamado "Ensayo sobre la historia de la Medicina en Antioquia" (Restrepo 1994) al que se le debe dar la debida importancia por ser Antioquia una de las pioneras en avances científicos.

La vacuna sintética contra la malaria es la investigación del doctor Don Manuel Elkin Patarroyo que ha dado la vuelta al mundo y ha promocionado premios en diferentes países a donde va con la conferencia científica explicando el trayecto de la investigación, sus logros y las necesidades de apoyo que la investigación exige. La baja efectividad que la vacuna obtuvo, en diferentes ensayos, llevaron a sus críticos a tildar el trabajo de fracaso. Ahí empezaron los problemas, sobre todo en Colombia, donde muchos han justificado que el Estado le niegue recursos a su trabajo. Si no fuera por los recursos que le entregan el gobierno español y la Universidad del Rosario, no hubiera podido seguir adelante. La reciente publicación en “Chemical Reviews”, la revista de química más importante del mundo, de una investigación a través de la cual presenta las bases para elaborar vacunas sintéticas contra la mayoría de las enfermedades infecciosas, es la forma en que responde por su trabajo (Patarroyo, 2011).

Se reconocen otros tres científicos colombianos, no estudiados en esta investigación por sus características, estudiaron y viven en el exterior, pero que merecen el reconocimiento y nombre dentro del texto como expectativa para los estudiantes investigadores, ávidos de conocimiento: Adriana Ocampo astrónoma y geóloga planetaria, licenciada en Ciencia, piloto astronauta, nacida en Barranquilla. Comandante de la aventura espacial Misión Juno en el cohete *Atlas V551* rumbo a Júpiter. Martha C. Gómez (D. V. M. Dra.), oriunda de Pereira, considerada una autoridad mundial en clonación de gatos. Investigadora de Especies en Peligro de Extinción del Centro Audubon. Jorge Reynolds, inventor del marcapasos artificial externo con electrodos internos, domina la electrofísica cardíaca y la ingeniería biomédica; hoy vuelve a ser noticia mundial, tras anunciar su nuevo invento: el Puente AV (aurícula-ventrículo), diminuto marcapasos (nanomarcapasos), que mide “la tercera parte de un grano de arroz”, y cuyo precio será la décima parte de los actuales.

Conclusiones

Como se anuncia al comienzo del artículo, esta es, apenas, una síntesis de la investigación que contiene 16 capítulos con sus correspondientes guías didácticas para el estudio de la Historia de la Medicina en Colombia. Un proyecto que involucra a estudiantes, profesores de Medicina y que inicia con la adquisición de conocimiento sobre las enfermedades que encontraron los españoles en las diferentes familias indígenas, los sanadores y los medicamentos naturales producto de las plantas que mediante la observación notaron que tenían propiedades curativas. Plantas que hoy son empleadas por los laboratorios para la producción comercial de los medicamentos que formulan los médicos académicos como los denominan los indígenas.

El texto avanza de acuerdo con las diferentes épocas estudiadas por los historiadores de la medicina hasta llegar a los diferentes científicos que se han dedicado a la investigación y han promovido, creado y aportado grandes inventos como la Válvula de Hakim, la vacuna sintética y la nanoburbuja.

REFERENCIAS

- David, J. (2004). *Salomón Hakim Dow*. Bogotá: Biblioteca Virtual del Banco de la República.
- Duque, J. P. (2009). *Lo sagrado como argumento jurisdiccional en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Entralgo, P. L. (1994). *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Erbol. (16 de Octubre de 2008). Visión indígena sobre cambio climático, protagonista en Foro Nacional del Agua. *EL TIEMPO*, pág. 12.
- Fernández, D. G. (2011). "Análisis de la oferta de programas de medicina en Colombia durante los últimos 30 años (1980-2010)". *Revista colombiana de reumatología*, 111.
- Gómez, J. (2005). *Bodas de oro Profesionales*. Medellín: Universidad Cooperativa de Colombia.
- (2006). *Bodas de Oro Profesionales. II Tomo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gómez, S. (2 de Junio de 2010). "Científicos de EEUU y Colombia realizarán un estudio en Antioquia para combatir el Alzheimer". *EL TIEMPO*, pág. DS eltiempo.com.
- Iberoamericano, F. C. (2006). *Sentencia C-355*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Llinás, R. (3003). *El cerebro y el mito del Yo*. Florida USA: Editorial Luz.
- Ministerio de Educación. (2009). *La medicina en los tiempos de la Independencia*. Bogotá: www.medicina.unal.edu.co/gestionCalidad/Historia/02-Medicina_independencia.pdf.
- Patarroyo, M. E. (2011). *El nuevo dirigente frente a la agenda de ciencia, tecnología e innovación*. Santa Marta: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Ramírez, A. (2007). *Historia de la medicina en Santa Marta*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Redacción Política. (6 de Septiembre de 2009). Los médicos de Uribe. *El Espectador*.
- Restrepo, D. (2010). *Entrevista con Rodolfo Llinás*. Bogotá: You tobe.
- Retrepo, J. (1994). "Ensayo sobre la Historia de la Medicina en Antioquia". *Revista Credencial Historia No 59*, 13-14.
- Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (2005). *De la prescripción de los medicamentos*. Bogotá: Secretaría General de la alcaldía Mayor de bogotá.
- Tamayo, M. (2001). *El proceso de la investigación científica*. México D. F.: Limusa S.A.
- Vásquez, D. A. (2011). *Doctor Gustavo Quintana, promotor de la eutanasia*. Bogotá: RCN Radio.

SOBRE LOS AUTORES

Amparo Aurora Ramírez Tamayo: Maestría en Educación de la Universidad de Jaén, España. Especialista en Metodología de la Enseñanza del Español y la Literatura de la Universidad de Pamplona, Colombia. Licenciada en Lenguas Modernas, Universidad del Magdalena, Colombia. Docente de Historia de la Medicina por 13 años en la Universidad Cooperativa de Colombia. Docente de Método de Estudio y Técnicas de la Comunicación. Tutora en el programa de Literatura a distancia de la Universidad del Magdalena por 10 años. Adscrita a Colciencias, con GRUPLAC en Categoría D. Escritora de "Historia de la Medicina en Santa Marta", "Estrategias de Aprendizaje y Comunicación" y "Tertulia Literaria Siglo XXI, por la paz del Magdalena".

Juan Luciano Olivella Jacquin: Médico Internista de la Universidad de Chicago en el American Hospital Chicago y el Kook Hospital. Dedicó dos años del estudio a la Neurología Clínica y tres a la Medicina Interna. Como residente estudió electroencefalografía. Investigó en Biopsia de Músculos para buscar las características de las placas mioneurales de pacientes con patologías muy avanzadas. Decano vitalicio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Cooperativa de Colombia, donde actuó como decano fundador del Programa de Medicina En su honor la Biblioteca de la sede Santa Marta lleva su nombre: Biblioteca Juan Luciano Olivella Jacquin.

Luis Carlos Ospino Castro: Maestría en Education Online, Docente investigador con 19 años de experiencia. Comunicador Social.

Laboratório de Humanidades como *Paidéia* crítica: percurso estético em confronto a noção de perfectibilidade como dinâmica humanizadora em Saúde

Jacqueline Izumi Sakamoto, Universidade Federal de São Paulo, Brazil

Resumo: Este trabalho integra o Projeto de Pesquisa Regular FAPESP “As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades”: investigação e experimentação, e pretende com ele problematizar, na confluência entre investigação e experimentação, em que medida a desumanização pode ser vista como “sintoma patológico” da Modernidade quando segue como fundamento uma Antropologia da Perfectibilidade humana. E até que ponto a experiência das Humanidades podem ser apresentadas como “remédio” ou caminho de humanização (“*Paidéia*” crítica) no âmbito da Saúde.

Palavras-chave: laboratorio de humanidades, humanização na saúde, percurso estético literário, *paidéia* crítica, antropología da perfectibilidade

Abstract: This study is part of the FAPESP Regular Research Project “The pathologies of modernity and the remedies from humanities: investigation and experimentation”, and it intends to discuss, at the confluence of research and experimentation, to what extent dehumanization can be seen as a “pathological symptom” of Modernity, when following an Anthropology of Human Perfectibility as its basis. This work also intends to discuss to what extent the experience of Humanities can be presented as a “remedy” or a humanization journey (critical “*Paideia*”) within the health scope.

Keywords: Humanities Laboratory, Humanization in Health, Literary Aesthetic Journey, Critical *Paideia*, Perfectibility Anthropology

Introdução¹

Consideramos que caracteriza a nossa época polarizações e extremismos reais e profundos. Se por um lado chegamos a um desenvolvimento técnico científico que supostamente trariam alívio aos sofrimentos humanos, por outro lado, foi exatamente a dimensão humana – naquilo que traz de indefinível, contraditória, e movida pelos afetos - que sofre com a tecnificação da vida. E, como consequência do afastamento radical de todo conteúdo existencial a experiência humana descola da realidade e passa a ser compreendida como realidade a ser realizada. Abre-se aqui um vácuo de sentido onde o homem real dá lugar a um homem ideal, não existente, e em processo de não existir (Cf. Bauman, 2000; Oakeshott, 2000).

Um dos sintomas patológicos desta tecnificação da vida pode ser apreendido como um luto, uma ressaca em relação às utopias modernas. E suas consequências inevitáveis parecem estar ainda longe de seu fim. A razão científica como instância organizadora da nova ordem, libertada da solidez anterior, produz uma liberdade arbitrária num movimento errático absoluto. Percebe que, como efeito do conhecimento das mediações racionais organizadoras do mundo, a orientação humana é esvaziada de sentido e acaba por compreender a modernidade por seu fracasso e a existência como frustração.

A atualidade deste movimento pode ser acompanhada pela principal metáfora da era moderna apresentada por Bauman (2000): a fluidez e, conseqüentemente, a impermanência da construção social e o desenho do ser humano no ar. Fluidez como característica de líquidos e gases, que ao contrário dos sólidos, não suportam a tensão das forças tangenciais ou deformantes, sofrendo

¹ Texto inédito. Resultado parcial de doutorado em andamento financiado pela FAPESP (n. 2012/10176-6).



mudanças de forma constantemente. E a impermanência como a nova ordem líquida que substitui os sólidos derretidos no processo de emancipação da história. Isto diz respeito a realocação de poderes de dissolução da modernidade, do derretimento da ordem e das instituições existentes, para a substituição contínua por outros nichos da nova ordem. O sedimento deste processo se encontra na compreensão da liberdade dos agentes humanos que se vêem livres, porém, condenados por esta liberdade, a constante adaptação num mundo agora sem padrões e referenciais resistentes ao fluxo do tempo.

Mobilidade, leveza, inconsistência, facilidade e rapidez constituem a natureza da fase moderna. Na falta de referenciais o novo alvo pode ser identificado na dissolução dos elos que entrelaçam escolhas individuais e a inviabilidade de ações coletivas, onde a autoconstrução individual se torna endêmica e leva ao fim a própria vida do indivíduo, que escorre e não se sustenta, não tem forma por si e se torna escravo da especulação com o outro. É moldado por outros que são iguais a ele, água moldando água, em processo de não existir (Cf. Bauman, 2000).

Neste grande movimento em aceleração ao vazio, a razão desconstruindo a tradição não coloca nada em seu lugar e, qualquer tentativa de reconexão concreta com o mundo não tem o peso, nem a garantia de permanência. Relações são frouxamente atadas para serem novamente desfeitas, conforme o alerta de Bauman (2004, 13):

Estar em movimento, antes um privilégio e uma conquista, torna-se uma necessidade. Manter-se em alta velocidade, antes uma aventura estimulante, vira uma tarefa cansativa. Mais importante, a desagradável incerteza e a irritante confusão, supostamente escoraçadas pela velocidade, recusam-se a sair de cena.

E, neste cenário de inconsistências e confusões, na área da saúde tornam-se candentes as discussões acerca da humanização, porém, trazendo em seu bojo de soluções *o próprio problema*: a humanização compreendida com um processo técnico de procedimentos que assegurariam uma humanização no cuidado do paciente/ usuário. Isto torna evidentes os equívocos nos fundamentos teórico-filosóficos que sustentam os diversos discursos acerca das práticas de humanização. Tal cenário movido por surpreendentes progressos no desenvolvimento técnico científico traz avanços inegáveis na prática das Ciências Médicas. Porém, no que concerne à compreensão de uma prática médica *humanizadora* em saúde, nascida no seio de uma visão científica, redundando numa *humanização* restrita a padrões de procedimentos, habilidades e técnicas *humanas* que acabam paradoxalmente resultando em desumanização. Difícil acreditarmos em fórmulas imbatíveis no que diz respeito à planificação de procedimentos humanos para além da técnica. Sendo o progresso técnico inegável a obsolescência da utilidade dos procedimentos está inscrito em sua impermanência no tempo, o útil não permanece no tempo. E a busca de correspondência entre fórmulas e realidade são percebidas por profissionais, estudantes das áreas médicas e pacientes pela sua ineficácia, pela ausência de sentido, e como frustração (Gallian, 2002; Gallian & Reginato, 2009).

Compreendemos Humanidades como um conjunto de saberes e práticas que foram se constituindo ao longo da experiência humana no tempo e à margem do campo das ciências. Muito mais relacionado com as tradições do que com perspectivas metodológicas e racionais. E, neste sentido, com trânsito mais livre, longe das repetições mecânicas, e muito mais voltadas à esfera criativa e volitiva do ser (Ribeiro, 2001). Uma esfera que pode fazer frente aos problemas, fecundando e inovando a própria atividade científica, na medida em que compreende a humanização como formação humanística, *Paidéia* no sentido original do termo. (Jaeger, 2001). Isto vem de encontro a uma necessidade fundamentalmente epistemológica. Pela lógica do desenvolvimento das ciências só poderíamos falar em verdadeira evolução do conhecimento quando buscarmos integração dos saberes de caráter físico experimental à formação humanística. Tal como em sua origem a Medicina Ocidental foi uma ciência essencialmente humanística (Cf. Gallian, 2012; Jaeger, 2001).

A abertura à dimensão humanística do conhecimento conta assim com repertórios da Literatura, Filosofia, Religião, História e Artes (Kaufmann, 1995) como meio privilegiado das discussões acerca da humanização, e por decorrência, Ética e Bioética, na prática dos profissionais da

área da saúde. Porque atua numa confluência entre fundamentação teórica e um experimental diferenciado resultante de uma experiência concreta, o Laboratório de Humanidades, que realiza trânsito entre: fruição de obras literárias e reflexão filosófica/histórica/estética conjugadas em planos múltiplos, numa fusão entre o individual e o social expandindo o alcance de uma transformação concreta em ato, pessoal e profissional no mundo.

Da noção de perfectibilidade

[...] identificar a perfectibilidade do homem com sua capacidade de se aperfeiçoar tecnicamente numa atividade significa deparar-se com dificuldades insuperáveis – a menos que a perfectibilidade seja inteiramente divorciada da perfeição moral. (Passmore, 2004, 26)

Herdeiros que somos das utopias racionalistas não deixamos de buscar variedades de projetos perfectibilistas articulados num discurso organizado. E que sempre nos apresentam uma realidade possível, não existente, mas antes, na *esfera* do possível. E será neste rastro que as questões morais emergem violentamente. Quando um projeto nos apresenta possibilidades de um mundo e um homem ideal, aperfeiçoado, fruto de uma infeliz viagem teórica vazia é o ser humano concreto quem fica de fora. A matriz deste racionalismo compreendida como a faculdade racional que tudo entende e tudo projeta, e seu produto suposto, a perfectibilidade, constituiu uma moda intelectual pós-renascentista conforme Oakeshott (Cf. 2000). Sendo que o fracasso das tentativas não inviabiliza de vez novas profecias perfectibilistas. Passmore identifica que em sua variação secular ganhou amálgamas de uma versão mística científica. A manipulação genética é ressaltada como a salvação dos males do corpo e da alma. Educação, Ciência e Legislação são defendidas como instrumentos de perfeição (Cf 2004, 537). Se neste mundo onde relações sociais são matematicamente calculadas podem, por um lado, encarnar nossos sonhos mais secretos, por outro lado, é exortado pela literatura como aquilo que deveríamos deter (Cf. Huxley, 2009; Dostoiévski, 2004, 2000). Não porque dizem respeito às descobertas científicas em si, mas antes, da maneira que estas afetariam os seres humanos: o custo da felicidade política e saciedade individual estariam no fato de levarem os seres humanos a amarem a servidão. As aplicações estatísticas interessam-se somente pelos grandes números e não pelos indivíduos singulares.

Um dos sintomas presentes em nossos dias pode ser observado no fenômeno da exclusão dos excêntricos, o indivíduo que mesmo “disfarçado” não tem permissão para viver. Uma fobia que demonstra uma corrida irresistível rumo ao mundo limpo e especializado. O desconforto em relação aos *outsiders* deveria nos levar a desconfiança que a gerencia do mundo, onde a liberdade fica subordinada à “perfeição”, somente poderia ser realizada na compreensão da perfeição individual como especialização técnica, e a perfeição do mundo como a realização de desempenhos específicos de tarefas. Sendo que a versatilidade e criatividade, tão caracteristicamente humanas, deverão ceder lugar às regras gerais.

Ora, que prazer se pode ter em desejar segundo uma tabela? Mais ainda: no mesmo instante, o homem se transformará num pedal de órgão ou algo semelhante; pois que é um homem sem desejos, sem vontades nem caprichos, senão um pedal de órgão? (Dostoiévski, 2000, 40)

Seria assim possível pensarmos a humanização do homem, do profissional, com bases somente em prescrições técnicas?

Ao percurso estético literário

A consciência científica do homem moderno aprendeu a orientar-se em complexas condições de um “universo contingente”, não se desconcerta diante de quaisquer “indefinições”, mas sabe levá-las em conta e calculá-las. Essa consciência há muito acostumou-se ao universo einsteiniano com sua multiplicidade de sistemas de cálculo, etc. Mas no campo do conhecimento *artístico* continua, às vezes, a exigir a mais grosseira, a mais primitiva definição que, evidentemente, não pode ser verdadeira. (Bakhtin, 1997, 275)

No lugar das *sínteses sofisticadas*, porque cientificamente bem calculada, o trabalho com obras de arte não deverá levar a visões harmônicas e coesas das coisas. Os projetos utópicos e totalizantes não podem mais ser considerados desejáveis. Embora ainda presentes (Cf. Ribeiro, 2001). Ao contrário, é a originalidade que pode contrapor a ciência aplicada na literatura. Para Bakhtin a oposição às relações mecânicas é o dialogismo: onde começa a consciência começa o diálogo, a vida é uma contraposição dialógica que compreende: a coexistência e a interação, simultaneidade e confrontação. Não há categorias genéticas nem causais, nem acabamentos ou sistemas. Enfim, chegaremos a inconclusibilidade e à precária infinitude da consciência. O sentido sério e profundo de seu trabalho pode ser assim expresso: não se pode transformar o homem vivo em objeto mudo, definido, à revelia. Nenhuma consciência se converte definitivamente em objeto da outra (Cf. Bakhtin, 1997).

O homem nunca coincide consigo mesmo. [...] a autêntica vida do indivíduo se realiza como que na confluência dessa divergência do homem consigo mesmo, no ponto em que ele ultrapassa os limites de tudo o que ele é como ser material que pode ser espiado, definido e previsto “à revelia”, a despeito de sua vontade. A vida autêntica do indivíduo só é acessível a um enfoque *dialógico*, diante do qual ele responde *por si mesmo* e se revela livremente. [...] uma verdade *à revelia*, transforma-se em mentira que o humilha e mortifica caso esta lhe afete o “santuário”, isto é, o “homem no homem”. (Bakhtin, 1997, 59)

O trabalho filosófico de Bakhtin, inspirado em Dostoiévski, nos diz respeito a relação entre autor e herói, criador e criação, e, sobretudo, na relação entre seus personagens. Porém, amplie-mos a questão para a dialogicidade estendida na relação da obra com seus leitores: a experiência original que as obras clássicas nos proporcionam, nunca *à revelia*, mas antes uma *ampliação da consciência* entre seres que se sabem inacabados. A obra clássica, moderna ou antiga, pode ser considerada o “equivalente do universo, à semelhança dos antigos talismãs” (Calvino, 1993, 13), comporta uma relação pessoal de identificação tornando-se o *seu* clássico, assim como de forte rejeição e antítese.

Uma descoberta artística ocorre cada vez como uma imagem nova e insubstituível do mundo, um hieróglifo de absoluta verdade. Ela surge como uma revelação, como um desejo transitório e apaixonado de apreender, intuitivamente e de uma só vez, *todas* as leis deste mundo – sua beleza e sua feiúra, sua humanidade e sua crueldade, seu caráter infinito e suas limitações. O artista expressa essas coisas criando a imagem, elemento *sui generis* para a detecção do absoluto. Através da imagem mantém-se uma consciência do infinito: o eterno dentro do infinito, o espiritual no interior da matéria, a inexaurível forma dada. (Tarkovski, 1998, 40)

Não se sai impune deste encontro. Enquanto equivalente do universo mantém a integralidade do *livro total*. Que “provoca incessantemente uma nuvem de discursos críticos sobre si, mas continuamente as repele para longe” (Calvino, 1993, 12). E que é capaz de relegar ao pano de fundo o barulho de nossas atividades pragmáticas e utilitárias. Mas, jamais prescinde delas. “A idéia do infinito [...] pode ser apreendida através da arte, que torna o infinito tangível. Só se pode alcançar o absoluto através da fé e do ato criador” (Tarkovski, 1998, 42). Assim a leitura dos clássicos já configura uma contradição com o ritmo mecânico de nossas vidas. E neste caminho acabamos sendo *lidos* em relação ou em oposição a ela. Tal qual as consciências dostoiévskianas nos romances. Nenhuma utilidade ou fim deve ser vislumbrado no horizonte, mas antes, no lugar do dever ou do respeito esta aproximação diz respeito a uma atividade *desinteressada*, onde só o amor (*desinteressado* e não compulsório, por definição) garante que esta relação não seja abusiva. Porque “A realidade toda – escreveu Dostoiévski – não se esgota no essencial, pois, uma grande parte deste nela se encerra sob a forma de *palavra futura ainda latente, não-pronunciada*” (Bakhtin, 1997, 89).

Os problemas técnicos são brincadeira de criança: pode-se aprendê-los com a maior facilidade. Pensar com independência e dignidade, porém, é muito diferente de aprender a fazer alguma coisa, ou de tornar-se uma personalidade inconfundível. Ninguém pode ser forçado a carregar um peso que não apenas é difícil, mas, às vezes, impossível de suportar. No entanto, não há outra saída: tem de ser tudo ou nada. (Tarkovski, 1998, 148)

A força provocadora das obras literárias dispensa um *operating instructions*, porém, nos leva a pensar nas possibilidades de conciliação entre uma atividade criativa de leitura que não abuse da relação com a integralidade da obra e mantenha, ao mesmo tempo, uma possibilidade de *trânsito* original com liberdade de expressão. “Arte e vida não são a mesma coisa, mas devem tornar-se algo singular em mim, na unidade de minha responsabilidade” (Bakhtin, 2006, xxxiv).

No laboratório de Humanidades

O Laboratório de Humanidades é uma atividade que podemos considerar como autenticamente universitária na medida em que reúne ao mesmo tempo: disciplina de Graduação, disciplina de Pós Graduação, atividade de pesquisa e de extensão com a abertura aos participantes livres da comunidade UNIFESP. Nela a multiplicidade de interesses, idades e inserções sociais e acadêmicas constituem sua maior riqueza e dinâmica. Em desenvolvimento desde 2004 na Escola Paulista de Medicina/ UNIFESP, inicialmente como continuidade da disciplina de Graduação em História da Medicina, foi ganhando corpo em maiores proporções até a forma em que funciona hoje: como um grupo de reunião semanal onde são discutidos obras da literatura clássica, moderna ou antiga (Cf. Bittar *et al.*, 2013).

O contexto na qual se insere esta disciplina se dá como uma das frentes do Projeto de Pesquisa Regular FAPESP *As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades*: investigação e experimentação, conforme problematizado por Gallian *et al.* (2012) em seu artigo *Humanização, Humanismos e Humanidades*. E também num contraponto às demandas que passam por discussões institucionais articuladas na forma de políticas públicas em âmbito governamentais (Brasil, 2003) que vêm identificando a problemática da humanização na área da saúde. Mas que ao contrário de proposições protocolares acerca da humanização propõe um percurso *heterodoxo* de formação partindo de uma experiência empírica (laboratorial) concreta. Experiência que não se limita fundamentalmente como racional cognitiva, mas que leva em consideração outros aspectos da existência humana, como o afeto, a inteligência e a vontade.

Ao considerarmos que o modelo global de racionalidade científica moderna constituiu-se desde seu início nos domínios das Ciências Naturais, as chamadas Humanidades, ou estudos humanísticos, foram colocadas à margem do saber legitimamente constituído. Por não serem fundadas nas mesmas bases - historicamente infinitamente anteriores à emergência das Ciências - tem suas fronteiras ostensivamente policiadas, consideradas irracionais e intrusas, perturbadoras das categorias gerais passíveis à verificação e repetição. A rejeição ao seu estatuto científico se dá em função de não compartilhar os mesmos princípios epistemológicos e metodológicos com o modelo *ortodoxo*. E neste sentido, na mesma medida que percebemos os efeitos negativos da arbitrariedade do conhecimento científico disciplinar que segrega em favor do policiamento de suas fronteiras, é reconhecido o fato que a hiper especialização dos saberes acaba por tornar o cientista um “ignorante especializado” (Santos, 1988, 17). Os efeitos deste fenômeno são visíveis, sobretudo no domínio da ética nas ciências, ou tecnologias aplicadas. A legislação do impacto destrutivo das aplicações do conhecimento hiper especializado foge das mãos dos cientistas (Cf. Santos, 1988; Shattuck, 1998; Vega Rodriguez, 2002) na mesma velocidade que instrumentos manuseáveis reduzem a riqueza das personalidades, em função de exigências funcionais unidimensionais. As medidas propostas para correção acabam de forma geral por reproduzir o problema de outra forma.

Neste sentido o saber advindo das Humanidades que preferem a compreensão do mundo à sua manipulação pode ser recuperado se colocado a serviço de uma reflexão sobre o mundo e o homem. Um saber que não nos separe, mas antes, nos una à experiência do que pesquisamos. Quando a segurança e a precariedade do sentido de nossas vidas domesticadas se vêem reduzidas

as esferas da mera sobrevivência se faz relevante a seguinte consideração: “A qualidade do conhecimento afere-se menos pelo que ele controla ou faz funcionar no mundo exterior do que pela satisfação pessoal que dá a quem a ele acede ou partilha” (Santos, 1988, 20).

No Laboratório de Humanidades os participantes são expostos a uma experiência estética literária, acervo das Humanidades na forma de literatura clássica. A obra escolhida é lida individualmente e depois levada ao compartilhamento de suas experiências de leitura. De acordo com uma metodologia própria estas experiências que são inicialmente afetivas são dinamizadas dando início a um processo de reflexão, intelectual, que emerge a partir dos conteúdos e repertórios tão distintos em razão da multiplicidade de participantes, portanto, de seus acervos. Não se trata de um trabalho em crítica literária, nem formulado com bases analíticas conceituais estereis. Muito menos do uso da literatura de forma instrumental. Mas antes, de um *evento* (Cf. Bakhtin, 2010; 2006), um acontecimento real e singular que busca uma não separação entre o mundo da cultura e o da vida. Assim o percurso *heterodoxo* de formação no Laboratório realiza ainda um *resgate* devolvendo a literatura ao público comum, como fonte de humanização do homem moderno, para além

[...] das leituras e interpretações autorizadas e autoritárias da crítica especializada, oficializadas e impostas pelos aparelhos ideológicos nas esferas educacionais e culturais, [onde] as grandes obras, os clássicos da literatura universal, passaram a ser território de especialistas e iniciados. (Gallian, 2012, 1)

Este empoderamento de tal crítica especializada acabou por empobrecer radicalmente uma das maiores fontes culturais e éticas em nosso tempo, uma concepção estreita que acabou por desligar a literatura do mundo e de seus leitores. Consideramos com Todorov (2010) que o objeto da literatura é a própria condição humana, e não levará o leitor a tornar-se um especialista em análise literária, mas antes, um conhecedor do ser humano.

Assim, os estudos literários encontrariam o seu lugar no coração das humanidades, ao lado da história dos eventos e das idéias, todas essas disciplinas fazendo progredir o pensamento e se alimentando tanto de obras quanto de doutrinas, tanto de ações políticas quanto de mutações sociais, tanto da vida dos povos quanto da de seus indivíduos.

Se aceitarmos essa finalidade para o ensino literário, o qual não serviria mais unicamente à reprodução dos professores de Letras, podemos facilmente chegar a um acordo sobre o espírito que o deve conduzir: é necessário incluir as obras no grande diálogo entre os homens, iniciados desde a noite dos tempos e do qual cada um de nós, por mais ínfimo que seja, ainda participa. (Todorov, 2010, 93-94)

E será neste espírito que o aspecto formativo e humanizador compreendido pelo Laboratório se dá na dimensão da experiência estética, *Paidéia* no sentido grego, porque integra uma antropologia do homem inacabado, sempre vindo a ser, nunca terminado. Esta dinâmica tem em sua base a busca de excelência (*areté*), virtude, que não deve ser tomada como conceitual vazio e abstrato, mas antes do âmbito da vontade, das atitudes e responsabilidades nas escolhas. Neste sentido, estética e ética são integradas, porém sua realização prescinde de atitudes ou competências pré-estabelecidas em princípio como que dotadas de conteúdos como mandamentos. Desta perspectiva não se pode pretender, nem compreender, a ética (aspecto prático da *arete*, sem este aspecto seria mero conceito ou ideal) tomada de teorizações abstratas universalizantes.

Ao contrário, ao priorizarmos o *evento* e a *singularidade* de cada ser o implicamos numa participação da vida real que deriva de sua singularidade na medida em que o ganho de sentido acontece para cada um. Por exemplo: genericamente a proposição *o homem é mortal* só adquire sentido e valor a partir do lugar de uma pessoa única, o valor de minha morte, de meu próximo, de uma pessoa real. Somente a um homem desencarnado, indiferente, não participante, todas as mortes são iguais em relação ao valor. Assim o genérico e abstrato apagam o valor, tornam inútil e indiferente o ato singular. Da mesma maneira encontramos na abertura de Anna Karenina:

“Todas as famílias felizes se parecem, cada família infeliz é infeliz à sua maneira” (Tolstói, 2005). Desta maneira não há alibis para a existência humana, não há escapatória. Entre a validade abstrata e genérica e a unicidade do ato não repetível (na tomada de decisão) encontramos uma força responsável (Cf. Bakhtin, 2010).

Bakhtin (2010, 30-31) identifica uma visão que se realiza na escrita literária como uma *arquitetônica* organizada em torno do ser humano singular, centro de valor em sua unicidade, insubstituibilidade, precariedade, mortalidade, que tem “[...] os seus significados abstratos preenchidos em relação à situação emotivo-volitiva deste centro participativo – de um sentido concreto”. Somente num enfoque dialógico, como o todo da interação entre várias consciências dentre as quais nenhuma se converteu definitivamente em objeto da outra (Cf. Bakhtin, 1997, 17) se constitui a arquitetônica do ato responsável sem alibi, na medida em que mantém a alteridade do centro de valor, a partir de um lugar único, participativo e não indiferente.

E será neste sentido que esta pesquisa propõe identificar por correspondência que a experiência do Laboratório de Humanidades promove em seu percurso estético literário uma *arquitetônica* constituída por uma autêntica polifonia de vozes participantes e plenas (plenas de valor) consideradas em suas singularidades como centros absolutos de valor. A polifonia ainda compreende uma multiplicidade de consciências equípolentes que participam do diálogo em absoluta igualdade e, sobretudo, não se objetificam; não perdem sua personalidade (Cf. Bakhtin, 1997, 6). Ao efeito da interpelação realizada na leitura da obra literária conjuga-se a “vontade artística da polifonia que é a vontade de combinação de muitas vontades, a vontade do acontecimento. Estética e ética realizadas num acontecimento singular que propõe a unificação da experiência num mundo concreto de realizações e escolhas, de participação sem alibis, pessoal e profissional, autoral e criadora.

A criação científica no paradigma emergente assume-se como próxima da criação literária ou artística, porque a semelhança destas pretende que a dimensão activa da transformação do real (o escultor a trabalhar a pedra) seja subordinada à contemplação do resultado (a obra de arte). (Santos, 1988, 20)

REFERÊNCIAS

- Bakhtin, M. (2006). *Estética da Criação Verbal*. São Paulo: Martins Fontes.
- (1997). *O Problema da Poética em Dostoiévski*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- (2010). *Para uma Filosofia do Ato Responsável*. São Carlos: Pedro & João Editores,.
- Bauman, Z. (2004). *Amor Líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos*. São Paulo: Jorge Zahar.
- (2000). *Modernidade Líquida*. São Paulo: Jorge Zahar.
- Bittar, Y., Gallian, D. M. C., Souza, M.S.A. (2013). A Experiência Estética da Literatura como Meio de Humanização em Saúde: O Laboratório de Humanidades da EPM/UNIFESP. *Revista Interface*, 17(44), jan./mar.
- Brasil (2003). Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Brasília, Ministério da Saúde.
- Calvino, Í. (1993). *Por que ler os Clássicos*. Trad. Nilson Moulin. São Paulo: Companhia das Letras.
- Dostoiévski, F. M. (2000). *Memórias do Subsolo*. Trad. Boris Schnaiderman. São Paulo: Editora 34.
- (2004). *Os Demônios*. Trad. Paulo Bezerra. São Paulo: Editora 34.
- Gallian, D.M.C. (2002). “As Humanidades e o Saber Médico”. *Notandum*, Salamanca, 9, 47-50.
- et al. (2010). *As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades: investigação e experimentação*. Projeto de Pesquisa Regular FAPESP (n.2010/ 50448-0). Disponível em <<http://www.bv.fapesp.br/pt/projetosregulares/27591/patologias-modernidade-remedios-humanidades-investigacao/>>. Último acesso em: 08 de abr. 2013.
- (2010). *A (Re)humanização da Medicina*. Disponível em: <<http://hottopos.com/convenit2/rehuman.htm>>. Último acesso em: 14 de fev. 2012.
- (2012). “Literatura e Formação Humanística em Medicina: o experimento do Laboratório de Humanidades da EPM/ UNIFESP”. *Revista de Medicina/ Departamento Científico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 92. (no prelo)
- , Pondé, L. F., Ruiz, R. (2012). “Humanização, Humanismos e Humanidades: Problematizando Conceitos e Práticas no Contexto da Saúde no Brasil”. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 1(1), 5-15.
- , Reginato, V. (2009). “Relação assistencial e sua humanização”. In: Ramos, D.L.P. (Org.). *Bioética, Pessoa e Vida*. São Caetano do Sul. Difusão Editora, pp. 117-133.
- Huxley, A. (2009). *Admirável Mundo Novo*. São Paulo: Globo.
- Jaeger, W. (2001). *Paidéia: A Formação do Homem Grego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Kaufmann, W. (1995). *The Future of the Humanities: teaching Art, Religion, Philosophy, Literature and History*. New Brunswick, London: Transaction Publishers.
- Oakeshott, M. (2000). *El Racionalismo en la Política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Passmore, J. (2004). *A Perfectibilidade do Homem*. Rio de Janeiro, Topbooks.
- Ribeiro, R. J. (org.) (2001). *Humanidades; um novo curso na USP*. São Paulo, Edusp.
- Santos, B. S. (1988). “Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna”. *Estud. av.*, São Paulo, 2(2), Ago. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. Último acesso em 14 fev 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>.
- Shattuck, R. (1998). *Conhecimento Proibido: de Prometeu à Pornografia*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Tarkovski, A. A. (1998). *Esculpir o Tempo: Tarkovski*. Trad. Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Martins Fontes.
- Todorov, T. (2010). *A Literatura em Perigo*. Rio de Janeiro: DIFEL.
- Tolstói, L. (2005). *Anna Kariênina*. Trad. Rubens Figueiredo. São Paulo: Cosac Naif.
- Vega Rodriguez, P. (2002). *Frankensteiniana: La Tragédia Del Hombre Artificial*. Madrid: Tecnos/Alianza.

SOBRE O AUTORA

Jacqueline Izumi Sakamoto: Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Integrante do Projeto de Pesquisa As Patologias da Modernidade e os Remédios das Humanidades - FAPESP/ EPM/ UNIFESP. Professora convidada do Grupo de Estudos Humanidades e Humanização em Saúde - CeHFi / EPM/ UNIFESP. Graduação em Pedagogia e Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Wikipetia médica: uma nova ferramenta eletrônica na educação

Paulo Marcelo Pontes Gomes de Matos, Universidade Federal do Ceará, Brazil

Flora Cruz de Almeida, Universidade Federal do Ceará, Brazil

Anna Beatriz Perdigão Cordeiro, Universidade Federal do Ceará, Brazil

Mariana Lima Vale, Universidade Federal do Ceará, Brazil

Resumo: A WikiPetia Médica é uma iniciativa do grupo PET Medicina que visa a auxiliar o ensino médico por meio da publicação online de resumos. O projeto consiste no desenvolvimento de textos, sempre embasados em estudos feitos em bibliografia médica altamente reconhecida, que serão utilizados para a revisão de temas médicos. Os textos são publicados em uma plataforma online onde são organizados em categorias correspondentes à grade curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, para facilitar a dinâmica de aprendizagem do aluno. Há também uma ferramenta de busca rápida disponível. Mensalmente, cada um dos 12 integrantes do grupo é responsável por atualizar a plataforma com um texto. Assim, ao final de cada mês o site possuirá 12 novos textos sucintos e confiáveis, que abordam os principais pontos dos mais diversos assuntos do universo médico. Atualmente a WikiPETia Médica já conta com aproximadamente 250 textos resumos. As estatísticas do site apontam que o número total de visitas é de 754.147 desde a sua criação em 2009. Um dos textos, sobre micoses cutâneas, por exemplo, atingiu a impressionante cifra de 45.284 visitas, demonstrando o impacto que a plataforma eletrônica está tendo.

Palavras-chave: WikiPETia, e-Learning, medicina, resumos, revisão, economia, aprendizagem, praticidade, confiável

Abstract: WikiPETia Médica is an initiative from the group PET Medicina that aims to assist medical teaching through the publication of online summaries. The project consists in the development of texts, based on revisions of recognized medical bibliography, which are meant to be used for the study of medical subjects. Those texts are published in an online platform and organized according to the curriculum of the Federal University of Ceará School of Medicine. Also available on the website is a quick search tool. Monthly each of the 12 students of the group is responsible for updating the platform with a new text. This way, until the end of each month the website will contain 12 new short and reliable texts of many different subjects from the medical universe. Currently WikiPETia Médica has approximately 250 texts. The statistics shows a total accesses number of 754.147 since its creation in 2009. The cutaneous mycosis text has been accessed 45.284 times, proving, this way, the impact this online platform is achieving.

Keywords: Wikipetia, E-Learning, Medicine, Summaries, Revision, Economy, Learning, Practicity, Reliable

Introdução

O Programa de Educação Tutorial – PET Medicina é uma iniciativa do governo federal vinculado à Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura – MEC/SESU. Os grupos PET estão presentes nas mais diversas regiões do País, atuando em praticamente todos os cursos superiores. Em todos eles, o principal objetivo é o aprimoramento da graduação.

Busca-se propiciar aos alunos membros, sob a orientação de um professor tutor, condições para o desenvolvimento de atividades extracurriculares que complementem a sua formação acadêmica, procurando atender mais plenamente às necessidades do próprio curso de graduação e/ou ampliar e aprofundar os objetivos e os conteúdos programáticos que integram sua grade curricular. As atividades extracurriculares que compõem o Programa devem garantir aos alunos do curso como um todo oportunidades de vivenciar experiências não presentes em estruturas curriculares convencionais, visando a sua formação global e favorecendo a formação acadêmica. Baseado nessas premissas, o grupo PET Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) desenvolveu a WikiPETia Médica.



Para a idealização do projeto, o grupo se baseou na técnica experimental e inovadora *e-learning*, que é o ensino suportado pelos meios eletrônicos, baseado nas novas tecnologias. Dentre tantas vantagens, vale ressaltar que essa ferramenta possibilita o rompimento de barreiras geográficas e temporais, além possuir benefícios relacionados à reprodução do conteúdo, já que milhares de alunos podem ter acesso aos textos a um custo marginal insignificante (Mariani, 2012).

Outro aspecto positivo seria a facilidade de atualização das informações de maneira rápida, quase instantânea, evitando que o material de pesquisa fique ultrapassado. Em um mundo científico em que diariamente novas informações são divulgadas e adaptadas, essa qualidade é muito cara aos olhos do público e ainda corresponde às perspectivas ecológicas, que clamam por um mundo menos descartável (Cornachione, 2007).

É possível que o *e-learning*, venha a representar uma verdadeira revolução na geração de conhecimento, porém, é importante salientar, que ele não objetiva substituir o ensino tradicional, mas complementá-lo por meio das facilidades ofertadas pelo mundo atual.

No entanto, como consequência da alta flexibilidade e outras facilidades advindas dessa ferramenta, abre-se margem para erros de conteúdo. De modo a superar tal desafio, todos os textos publicados na WikiPETia são baseados em revisões minuciosas da bibliografia médica reconhecida pela sociedade acadêmica, partindo de tratados famosos como *Harrison: Medicina Interna* a periódicos como o americano *The New England Journal of Medicine* e o britânico *The Lancet*. Desse modo, os resumos encontrados na plataforma contêm apenas informações confiáveis e reconhecidas.

Metodologia

A WikiPETia Médica é uma plataforma eletrônica disponível gratuitamente na rede internacional de computadores. As páginas estão divididas, em ordem alfabética, de acordo com a grade curricular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, contemplando os seguintes assuntos: Anatomia, Anestesiologia, Bioestatística, Biologia Celular e Molecular, Cirurgia Geral, Clínica e Cirurgia do Aparelho Cardiovascular, Clínica e Cirurgia do Aparelho Digestório, Dermatologia, Embriologia, Endocrinologia: clínica e cirurgia, Farmacologia, Geriatria, Ginecologia, Hematologia, Imunopatologia, Infectologia, Microbiologia, Nefrologia, Neonatologia e Obstetrícia, Neurologia e Neurocirurgia, Nutrologia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Cirurgia Pediátrica, Pneumologia e Cirurgia Torácica, Psiquiatria, Reumatologia, Semiologia, Terapia Intensiva, Urologia e Traumatologia e Ortopedia.

A cada mês, todos os integrantes do PET Medicina são responsáveis por acrescentar um texto inédito na plataforma, totalizando 12 novos textos. Busca-se contemplar todos os temas de maneira igualitária, de modo que a cada rodada mensal, sejam corrigidos eventuais desníveis quantitativos.

Atualmente, os textos estão passando por uma padronização em sua formatação. O objetivo é facilitar o acesso aos textos através de aprimoramentos estéticos oriundos da criação de tópicos e subtópicos e de ferramentas de interatividade, tornando-o mais atrativo aos visitantes.

Os textos são resumos baseados em bibliografias médicas reconhecidas e utilizadas por consagradas instituições de ensino. Ao fim de cada texto, as fontes que levaram até a sua confecção são disponibilizadas ao leitor, prestando assim a devida homenagem aos autores originais do tema, assim como provendo mais fontes bibliográficas para aqueles que possuem o interesse de estudar tal assunto de modo mais aprofundado. Também é fornecido, no topo da página, o nome do aluno responsável por cada revisão.

Resultados

Hoje existem aproximadamente 250 textos disponíveis *online* na plataforma dos mais diversos temas médicos, sendo o número de total de visitantes, até o momento da confecção deste artigo, de 754.147.

Na Universidade Federal do Ceará a WikiPETia já é reconhecida tanto pelo corpo discente quanto docente. Os resumos são muitos recomendados pelos monitores do terceiro semestre para o estudo dos grupos tutoriais de três módulos muito importantes, sendo eles Patologia, Imunologia e Relação Parasito-Hospedeiro. Os professores aprovam a qualidade do material didático e o indicam como uma ótima estratégia para revisões. Muitos alunos já entraram em contato com o grupo PET elogiando a estratégia WikiPETia e relatando como ela foi útil para seu sucesso acadêmico.

Os números de visualizações refletem o quanto a plataforma vem de encontro à necessidade estudantil. A revisão sobre micoses superficiais já tem impressionantes 45.284 visitas. Tal marca comprova que a utilidade do conteúdo da plataforma vai além do campo geográfico da Universidade Federal do Ceará, e sim, atende em um âmbito nacional.

Existem alguns temas médicos, cujos resultados de pesquisa em *sites* de busca, revelam como primeira opção ofertada ao usuário um texto da WikiPETia. Como a ordem em que os sítios eletrônicos aparecem é baseada em um algoritmo matemático que dá peso aos materiais disponíveis na rede mundial de computadores (Berry M, 2005) e os apresenta de maneira decrescente de acordo com sua importância e relevância para a *web* como um todo, conclui-se que alguns dos textos disponíveis na WikiPETia são os mais indicados para pesquisa *online* em seus respectivos assuntos na língua portuguesa (Austin, 2013).

Discussão

O cérebro é o responsável por interpretar todos os estímulos que nós recebemos do meio em que estamos inseridos. Ele que nos diz se algo é quente ou frio, doce ou azedo, bom ou ruim. No entanto, o meio ambiente está sempre mudando, produzindo novos tipos de estímulos e isso exige do cérebro uma capacidade de se remodelar. Nesse sentido, foram realizados estudos que comprovaram que existe uma grande plasticidade no tecido nervoso, a qual permite, através do desenvolvimento de novas vias neuronais, que o nosso cérebro atualize seu modo de se relacionar com o mundo (Acharya, 2012).

Os avanços obtidos na computação, especialmente a difusão do uso de computadores pessoais e da internet, provocaram alterações significativas na organização e no funcionamento cerebral. Devido ao grande número de informações curtas e em constante processo de renovação sendo ofertadas, o cérebro das gerações pós-internet está reduzindo sua capacidade de concentração em uma única atividade e está desviando o seu metabolismo para um esquema de multifunções incapaz de absorver todos os dados com os quais o indivíduo entra em contato. Além disso, como é extremamente fácil ter acesso a determinadas informações, inclusive as científicas, as pessoas não dedicam mais tanto tempo para a leitura e para o estudo e, assim, em muitos casos, o conhecimento acaba sendo “descartável”, utilizado apenas no momento em que é necessário e, logo em seguida, esquecido. Em outras palavras, o jovem atual se sente menos atraído por textos longos e que exigem grandes períodos de concentração. Ele está sempre em busca de novas informações rápidas e variadas.

Outra grande vantagem do ensino virtual é que num passado não tão distante, o acesso ao conhecimento era muito limitado, pois as boas bibliografias eram muito caras. Os estudantes universitários, especialmente os da rede pública, por exemplo, faziam uso das bibliotecas de suas respectivas instituições de ensino, solicitando a compra de determinadas obras, sendo obrigados a aguardar um certo período para poderem realizar suas consultas e sanar suas dúvidas.

Atualmente, a dificuldade já não é mais a mesma de outrora, ou seja, o acesso propriamente dito a informações tornou-se extremamente disseminado. No entanto, com a existência uma infinidade de fontes, muitas vezes com conteúdos divergentes entre si, é difícil saber qual delas possui as afirmações verdadeiras. Sendo assim, o grande empecilho desse novo processo de aprendizagem encontra-se no fato que muitas das informações ofertadas no mundo *online* não são confiáveis, de modo que os jovens acabam perdendo o interesse em procurar novas informações ou aprendem coisas erradas.

Hoje, com tantas ferramentas de busca disponíveis e a um custo muito inferior do que costumava ser, nota-se uma desvalorização da leitura, por assim dizer.

Com o propósito de solucionar esse problema e conhecendo o funcionamento básico do cérebro das gerações atuais, o PET Medicina UFC deu início à plataforma *online* WikiPETia Médica.

Esse *site* é composto de resumos de temas médicos construídos a partir de revisões de fontes bibliográficas altamente confiáveis. Desse modo, obtemos um padrão de textos adequado para o novo estilo de aprendizagem dos jovens estudantes de medicina de hoje.

Nesse contexto, a WikiPETia beneficia tanto seus consultores, como os autores, posto que, para que um artigo seja escrito e publicado, um membro do grupo PET Medicina UFC terá que estudar sobre um tema em uma bibliografia conceituada, que seja bem aceita no meio científico, e, então, escrever um resumo sobre tal tema.

Um ponto interessante nessa experiência é a construção e disseminação do conhecimento sendo feita pelos próprios estudantes, que entendem a perspectiva e as necessidades dos acadêmicos, já que também estão vivendo a mesma realidade.

O resultado disso foi a grande aceitação que esse projeto vem obtendo na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, especialmente pelos alunos do terceiro semestre. Tal fato se deve à utilização de grupos tutoriais na metodologia de ensino nesse período, a qual se baseia na divisão da turma em grupos que deverão a cada semana discutir temas diversos baseados em casos clínicos reais ou fictícios. Como o conteúdo a ser estudado usualmente é muito extenso, diversos alunos recorrem à WikiPETia Médica pela facilidade de aprendizado e confiabilidade das informações.

A busca pelo conhecimento sempre apresentará desafios para quem a realiza. A carência de informações, aflição do passado, deu lugar a um novo obstáculo, o excesso de dados. Assim, o desafio atual é ser capaz de filtrar o que é relevante e correto no verdadeiro “mundo” de dados criado pela World Wide Web.

Conclusão

A educação exige a busca constante de novas estratégias. Baseando-se nisso e nas necessidades de aprendizagem dos estudantes, a WikiPETia médica foi criada por alunos e para eles.

Buscando adaptar o ensino universitário às novas tecnologias, e, sobretudo, aos novos interesses dos estudantes, o objetivo era estabelecer uma fonte de informações seguras, fácil de ser acessada e de conteúdo direto.

Atualmente, após algum tempo da existência da plataforma, observando o número de acessos e a repercussão dessa nova ferramenta no espaço acadêmico, conclui-se que a estratégia *e-learning* é muito promissora, já que a nova geração de estudantes e profissionais está sempre conectada à internet, procurando atualizar-se e aprender com rapidez. Assim, a WikiPETia atende aos interesses dessa geração. É importante lembrar que essa ferramenta está em constante processo de atualização e construção, com um banco de dados crescente.

O grupo pretende, cada vez mais, expandir a utilidade da plataforma, não só na quantidade dos textos, mas também em sua qualidade, procurando ficar atento ao que seus usuários necessitam, sejam eles acadêmicos de medicina do Ceará ou de outras regiões, médicos ou quaisquer outros profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

- Acharya, S., Shukla, S., Mahajan, S. N. & Diwan, S. K. (2012). “Localizationism to neuroplasticity- the evolution of metaphysical neuroscience”. *The Journal of the Association of Physicians of India*, 60, 38-46.
- Austin, D. (2013). “How Google Finds Your Needle in the Web's Haystack”. *The American Mathematical Society Grand Valley State University*.
- Berry, M. & Browne, M. (2005). *Understanding Search Engines: Mathematical Modeling and Text Retrieval. Second Edition*, Philadelphia, SIAM.
- Cornachione Jr. & Edgard B. (2007). “E-Learning: mitos e distratores”. *Revista Contabilidade & Finanças*, 18(45), 7-8.
- Doidge, N. (2007). *The Brain That Changes Itself: Stories of Personal Triumph from the Frontiers of Brain Science*. United States, Viking Press.
- Joshi A., Novaes M. A. & Iyengar S. (2011). “Evaluation of a tele-education programme in Brazil”. *Journal Telemed. Telecare*, 17 (7), 341-5.
- Langville, A. & Meyer, C. (2006). *Google's PageRank and Beyond: The Science of Search Engine Rankings*. New Jersey, Princeton University Press.
- Mariani, A., Wasum; T., Mingarini, R.; Pêgo-Fernandes, P. (2012): E-Learning: from useful to indispensable tool, Sao Paulo Medical Journal. vol.130 (6): 357-359.
- PET Medicina (2013). Disponível em: <<http://www.fisfar.ufc.br/petmedicina/>>. Acesso em: 05 abr 2013.
- Portal MEC (2012). Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12223&ativo=481&Itemid=480>. Acesso em: 28 mar 2013.
- Ruiz, J. G., Mintzer, M. J. & Leipzig, R. M. (2006). “The impact of E-learning in medical education”. *Acad. Med.*, 81(3), 207-212.
- WikiPETia Médica (2013), Disponível em: <http://www.digimed.ufc.br/wiki/index.php/P%C3%A1gina_principal>. Acesso em: 12 abr 2013.

SOBRE OS AUTORES

Paulo Marcelo Pontes Gomes de Matos: Acadêmico de medicina atuante no Programa de Educação Tutorial desde 2011, integrante da Liga de Medicina Clínica Dr. Paulo Marcelo Martins Rodrigues desde 2012 e aluno de iniciação científica do Laboratório da Farmacologia e da.

Flora Cruz de Almeida: No disponible.

Anna Beatriz Perdigão Cordeiro: No disponible.

Mariana Lima Vale: No disponible.

Construção da resiliência na adolescência: interface entre as humanidades e saúde

Tânia Higa Sakuma, Universidade Federal de São Paulo, Brazil
Maria Sylvia de Souza Vitalle, Universidade Federal de São Paulo, Brazil

Resumo: Com o propósito de discutir a importância de ações preventivas de construção de resiliência na adolescência, o presente artigo revisa os vários conceitos de resiliência, dentro de uma visão dinâmica e humanista, como também, propõe novas perspectivas e possibilidades de construção de jovens resilientes através da interface de múltiplas ações e olhares das áreas de Ciências Humanas e Saúde.

Palavras-chave: resiliência psicológica, saúde do adolescente, comportamento do adolescente, desenvolvimento humano, educação da população

Abstract: In order to discuss the importance of preventive actions to build resilience in adolescence, not only this article reviews the various concepts of resilience within a dynamic and humanistic point of view, but also it proposes new perspectives and possibilities for building resilient youth through interface and multiple actions through the areas of Health and Human Sciences.

Keywords: Psychological Resilience, Adolescent Health, Adolescent Behavior, Human Development, Population Education

Conceito de resiliência

Resiliência é um conceito originário da Física e Engenharia e foi introduzido, em 1807, pelo cientista Thomas Young através dos estudos de tensão e compressão na elasticidade de materiais. Nestas áreas, a resiliência é definida como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente (Júnior, 1972).

Há cerca de três décadas começaram os primeiros estudos que deram origem ao que atualmente se conhece como resiliência nas áreas de Ciências Humanas e Saúde. O conceito nasceu e começou a desenvolver-se com Michael Rutter, na Inglaterra e Emmy Werner, nos Estados Unidos, espalhando-se depois pela França, Países Baixos, Alemanha e Espanha. A visão norte-americana teve uma orientação principalmente comportamental, pragmática e centrada no indivíduo. A visão européia apresentou uma visão preferencialmente psicanalítica e assumiu uma perspectiva ética. Mais tarde, o conceito entrou na América Latina assumindo uma dimensão comunitária, desafiada pelos problemas do contexto social.

Junto com o conceito de resiliência, surgiu uma primeira geração de pesquisadores, cujo interesse maior era descobrir os fatores protetores que estão na base dessa adaptação positiva em crianças que vivem em condições de adversidade (Kaplan, 1999). Uma segunda geração de pesquisadores expandiu o tema da resiliência em dois aspectos: a noção de processo, que implica a dinâmica entre fatores de risco e de resiliência, que permite ao indivíduo superar a adversidade, e a busca de modelos para promover resiliência de forma efetiva em termos de programas sociais.

No primeiro momento, alguns autores consideravam a resiliência como uma capacidade excepcional, de resistência extrema e de invulnerabilidade (Cowen & Work, 1988). Outros termos também foram utilizados como sinônimo de resiliência, como por exemplo: sobreviventes, heróis, pessoas-modelo (Tarter & Vanyukov, 1999), crianças de ouro (Beauvais & Oetting, 1999), invencíveis (McGlown & Widom, 2001), e invulneráveis (Kaplan, 1999). A invulnerabilidade



implica que a pessoa não é atingida (Garmezy, 1993). Contudo, não é isso que geralmente acontece com as pessoas, quer sejam elas resilientes ou não.

A perspectiva que tem prevalecido, atualmente, compreende a resiliência mais como um fator de equilíbrio pessoal e social, que permite ter um funcionamento adaptado em situações adversas, do que como um fator impossível de desestabilizar. Para muitos autores, suas definições de resiliência dão uma ênfase especial nas consequências atingidas perante situações de risco. Por exemplo, Rutter (1987) define resiliência como o resultado de processos de proteção que permitem ao indivíduo lidar com as adversidades com sucesso. Para Garmezy (1999), a resiliência traduz-se na manifestação de competência, apesar da exposição a fatores de risco significativos. Segundo Masten (1999), a resiliência geralmente refere-se à apresentação de comportamentos desejados, em situações em que o funcionamento adaptativo ou o desenvolvimento estão significativamente ameaçados por acontecimentos ou situações de vida adversas.

Mangham, McGrath, Reid, e Stewart (1995) definem resiliência como capacidade que os indivíduos e sistemas (famílias, grupos e comunidades) têm para lidar com as adversidades ou riscos significativos com sucesso. Esta capacidade desenvolve-se e modifica-se ao longo do tempo e, também pode aumentar por fatores de proteção do indivíduo e contribuir para a manutenção ou promoção da saúde. Desta forma, estes autores ressaltam que a resiliência não se trata de um traço fixo e estável ao longo do tempo, mas susceptível a mudanças em função das variações nos fatores de risco e de proteção.

Como diz Werner (1994), para a resiliência é necessário um equilíbrio entre fatores de risco e de proteção, isto é, se existem mais fatores de risco também são necessários mais fatores de proteção para compensar. Werner também afirma que estes fatores de proteção podem ser estimulados ou melhorados.

Segundo Grothberg (1997), a resiliência permite em certas situações atingir níveis superiores de desenvolvimento, comparativamente com aquele que existia antes da ocorrência da situação adversa. Assim, a resiliência pode ser considerada como a capacidade das pessoas suportarem, superarem e de criarem uma superioridade (força e maturidade) diante de experiências de adversidade. A autora também defende a ideia de que a resiliência pode ser promovida não necessariamente por causa da adversidade, mas como antecipação a adversidades inevitáveis.

O conceito de resiliência sob a forma de um processo ou resultado de processos, que permitem ultrapassar riscos significativos, tem sido cada vez mais apoiada pelos autores mais recentes, que consideram, de forma mais conveniente, a resiliência como um processo e não como um traço de personalidade (Luthar *et al.*, 2000), como foi defendido em tempos anteriores. Desta forma, ser classificado resiliente numa determinada situação não implica que essa pessoa continue sempre a ter um bom ajustamento diante dos mesmos tipos de adversidades ao longo do tempo.

Para Ungar (2008), pesquisador canadense, o conceito de resiliência é visto como resultante daquilo que cada comunidade define como saudável e socialmente aceito de acordo com sua cultura e a sua capacidade em prover recursos significativos. Em suas pesquisas, ele busca compreender como as diferentes culturas e contextos podem influenciar a definição de “riscos” e “resultados positivos”, pois como a maioria das pesquisas sobre resiliência foram realizadas no mundo ocidental fica o questionamento se estes conceitos são focados, apenas, em valores ocidentais e hegemônicos sobre as adaptações saudáveis que um indivíduo pode desenvolver.

A resiliência é assim um processo dinâmico de desenvolvimento humano, que se desenvolve a partir das relações do indivíduo com o seu meio, ao longo da vida. Na Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner, “o desenvolvimento humano ocorre por meio de processos de interação recíproca, progressivamente mais complexos entre um organismo humano biopsicológico em atividade e as pessoas, objetos e símbolos existentes no seu ambiente externo imediato” (Bronfenbrenner, 2011). Da mesma forma, o desenvolvimento da resiliência acontece nos processos de interação da pessoa com o seu contexto, dentro de um determinado tempo. Bronfenbrenner ressalta que “durante o desenvolvimento humano, os indivíduos inevitavelmente crescem, amadurecem e mudam. Nesse mesmo período, mudanças ocorrem em suas sociedades, comunidades, redes

sociais, famílias e relações pessoais. O segredo do desenvolvimento social requer que os investigadores acompanhem estas mudanças simultâneas no desenvolvimento humano que ocorrem com suas pessoas e seus contextos, determinando suas interrelações” (Brofenbrenner, 2011).

Construção da resiliência na adolescência

Para abordar a adolescência na sua complexidade é fundamental desenvolver trabalhos de interface multidisciplinar, justamente, por ser um período marcado por várias alterações físicas, psicológicas, sociais, cognitivas e culturais caracterizadas por esforços do indivíduo para confrontar e superar desafios, para estabelecer uma identidade e conquistar autonomia (DiClemente *et al.*, 1996).

Nesta fase, os jovens procuram assumir uma maior independência e irreverência face aos pais. A adolescência está associada à experimentação, autodescoberta, importância da relação com os pares e, conseqüentemente, aos comportamentos de risco que se tornam mais frequentes.

Ser adolescente significa aceitar ou rejeitar, modificar ou assumir novos papéis. Acompanhando as modificações biológicas da puberdade, os adolescentes experimentam igualmente uma modificação social, na qual os pares passam a ter uma forte influência. Assim, o início da separação emocional dos pais, da aquisição de uma identidade própria, da maturação das capacidades cognitivas, do foco nas relações de pares, da transição para a vida adulta e do posicionamento de diferentes papéis na família, acarretam significativas alterações emocionais, cognitivas, interpessoais e sociais (Danish, 1997).

Dentro deste processo de desenvolvimento, o adolescente se envolve numa multiplicidade de contextos sociais e interpessoais que se abrem para situações e desafios constantes, que tanto podem colaborar no amadurecimento emocional, como também, podem se transformar em problemas de ajustamento com conseqüências negativas à saúde (Matos, 1998). Como salienta Bekaert (Bekaert, 2003), é na adolescência que se adquire consistência às fundações da saúde futura, aos estilos de vida, às atitudes e aos padrões de comportamento que podem garantir ou não o bem-estar e uma melhor realização da pessoa.

Os vários contextos escolares e extraescolares onde os jovens se passam a movimentar com mais frequência, proporcionam inúmeras oportunidades de interação, aumentando a probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco e enveredarem por estilos de vida pouco funcionais e comprometedores do bem-estar. Para ser bem-sucedidos, os adolescentes necessitam de adquirir resiliência e competências de vida necessárias para funcionar de uma forma eficaz na família, na escola ou na comunidade. Para tal, Danish *et al.* (2002) subscrevem ser desejável que, durante a adolescência, os indivíduos adquiram as seguintes características: (I) capacidade de processar informação proveniente de variadas fontes e comunica-la de uma forma clara; (II) estar encaminhado para uma vida com significado, aprendendo e adaptando as aprendizagens a diferentes contextos educativos e laborais; (III) ser um bom cidadão através da participação em atividades comunitárias e a sentir empatia e preocupação pelo bem-estar dos outros; (IV) ser um indivíduo ético, distinguindo o “bem” e o “mal” e agindo em conformidade, e (V) ser uma “pessoa saudável”, do ponto de vista biopsicossocial.

A fase da adolescência traz subjacente a necessidade de desenvolvimento de programas preventivos que visam o desenvolvimento da resiliência e das competências de vida (Dias, 2001). Nestes programas de resiliência, os estímulos que se apresentam aos adolescentes consistem em adquirir competências, gerir emoções, tornar-se autônomo, estabelecer e desenvolver relações interpessoais mais maduras e desenvolver integridade pessoal (Danish *et al.*, 2002).

Seligman (2011) e pesquisadores da Universidade da Pensilvânia, vêm promovendo estudos do desenvolvimento da resiliência em crianças e adolescentes. Em sua obra sobre o otimismo em crianças, Seligman *et al.* (1995) sugere que o incremento de habilidades comportamentais resilientes pode ser obtido por meio de reforçamento contingente a comportamentos desejáveis, que favorecem o sentimento de competência, de modelos de identificação de aspectos positivos presentes nas experiências vividas, de desenvolvimento da autoestima e de modelos de estilos explicativos positivos oferecidos por adultos significativos.

Estudos comprovam que Programas de Resiliência para adolescentes previnem sintomas de depressão e ansiedade, reduz problemas de condutas, melhora a aprendizagem e promove um comportamento para uma vida mais saudável (Seligman, 2011). O programa mais pesquisado no mundo é o PRP (Penn Resilience Program) da Universidade da Pensilvânia – Estados Unidos que é focado na prevenção da depressão de adolescentes (Gillham & Reivich, 1999). Outro programa de resiliência de muita visibilidade é o KidsMatter, desenvolvido pelo Governo da Austrália (Departamento de Saúde e Envelhecimento), aplicado nas escolas australianas. Este projeto traz resultados positivos nas relações do bem-estar e saúde mental dos estudantes e melhor desempenho escolar (Dix *et al.*, 2012).

Há outros 23 programas reconhecidos nos Estados Unidos que reforçam as competências emocionais e habilidades sociais das crianças e adolescentes (Casel, 2013). Além destes programas de resiliência e de desenvolvimento da aprendizagem social e emocional, com foco nos adolescentes, começaram a ser desenvolvidos programas que ajudem os pais e as escolas a promover a resiliência dos jovens (Wong *et al.* 2008).

Todos estes programas de resiliência são modelos que ajudam o adolescente a obter um leque de recursos para desafiar as situações de seu cotidiano e promover seu bem-estar. Entretanto, como qualquer outro recurso, a sua validade e o seu valor está na capacidade de saber utilizá-lo. Estes programas não cultivam adolescentes melhores, simplesmente formam adolescentes mais capazes de lidar com situações mais adversas da vida. É importante observarmos os contextos culturais e específicos de cada indivíduo, para não inculcarmos conceitos e valores hegemônicos típicos de sociedades majoritárias (Ungar, 2008). Dentro de uma visão mais humanista do desenvolvimento do adolescente, faz-se necessário construir a resiliência considerando a ética, a igualdade, equilíbrio ecológico e ambientes humanos sustentáveis, ao invés de reforçarmos, apenas, a sobrevivência de indivíduos fortes e competitivos.

Considerações finais

Ao longo destas últimas três décadas, a resiliência vem sendo discutida nos círculos acadêmicos e nas pesquisas das áreas de Ciências Humanas e Saúde. No entanto, podemos considerar o conceito de resiliência nestas áreas como um constructo novo e ainda em desenvolvimento. No momento atual, temos como ponto de partida o reconhecimento de que há uma grande heterogeneidade nas respostas das pessoas para todos os tipos de situações estressantes e adversas (Rutter, 2006). Segundo este mesmo autor, a resiliência é uma inferência baseada em evidências de que alguns indivíduos têm um resultado melhor do que outros que tenham sofrido níveis comparáveis de adversidade (Rutter, 2012). Estas ideias de relatividade nos levam a refletir sobre os aspectos culturais e contextuais que realmente influenciam no desenvolvimento humano e na construção da resiliência.

As pesquisas no Brasil sobre o processo de construção de resiliência nos adolescentes ainda são bem escassas. Ao considerar a resiliência como um processo passível de ser promovido nos adolescentes, teorias e conceitos mais convergentes tornam-se cada vez mais necessários. Assim, os pesquisadores e profissionais de diversas áreas podem se unir e elucidar as dinâmicas subjacentes e intervenções mais eficazes deste processo de construção. Outro fator a ser considerado é o foco das teorias e pesquisas no conceito de resiliência do adolescente, para que se possa sistematizar intervenções de promoção psicossocial e adaptação positiva com base na cultura e nos múltiplos cenários em que o adolescente está inserido.

As futuras pesquisas e os programas de construção de resiliência de adolescentes podem ser planejados seguindo conceitos mais claros de resiliência e a conexão entre os diferentes componentes do seu processo, contemplando ainda, as variações culturais que afetam o processo de interação do indivíduo e o seu contexto. O desafio contínuo de visualizar diretrizes comuns na promoção do desenvolvimento humano e da saúde pública, permite aumentar a comunicação entre as diferentes disciplinas, aumentando, conseqüentemente, a possibilidade de mais pesquisas interdisciplinares com aportes de antropólogos, sociólogos, educadores, biólogos, psicólogos,

médicos, especialistas de diversas áreas e dos próprios jovens para, assim, poder explicar e desenvolver o processo de resiliência dos adolescentes de forma eficaz e sustentável. O enfoque em resiliência do adolescente permite a promoção da qualidade de vida e bem-estar destes como um trabalho coletivo, multidisciplinar, ético e humano. Dessa forma, a resiliência permite uma nova epistemologia do desenvolvimento humano, pois enfatiza seu potencial, valoriza cada cultura e faz um chamado à responsabilidade coletiva.

REFERÊNCIAS

- Júnior, J. S. (1972). *Resistência dos materiais*. São Paulo, Ao Livro Técnico.
- Kaplan, H. B. (1999). "Toward an understanding of resilience: A critical review of definitions and models". In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 17-83). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Cowen, E. L. & Work, W. C. (1988). "Resilient children, psychological wellness, and primary prevention". *American Journal of Community Psychology*, 16(4), 591-607.
- Tarter, R. E. & Vanyukov, M. (1999). "Revisiting the validity of the construct of resilience". In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 85-100). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Beauvais, F. & Oetting, E. R. (1999). "Drug use, resilience, and the myth of golden child". In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 101-107). New York: Klumer Academic / Plenum Publishers.
- McGloin, J. M. & Widom, C. S. (2001). "Resilience among abused and neglected children grown up". *Development and Psychopathology*, 13, 1021-1038.
- Garmezy, N. (1993). "Children in poverty: Resilience despite risk". *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Rutter, M. (1987). "Psychosocial resilience and protective mechanisms". *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Garmezy, N. (1999). "Resilience: An interview with Norman Garmezy". In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 5-14). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S. (1999). "Resilience comes of age: Reflections on the past and outlook for the next generation of research". In J. L. Johnson (Ed.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 281-296). New York: Klumer Academic/Plenum Publishers.
- Mangham, C., McGrath, P., Reid, G. & Stewart, M. (1995). *Resiliency: Relevance to health promotion. Detailed analysis*. Halifax: Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University, Canada.
- Werner, E. E. (1994). "Overcoming the odds". *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15, 131-136.
- Grotberg, E. (1997). *The International Resilience Project: Findings from the Research and the Effectiveness of Interventions. Psychology and Education in the 21st Century*. International Council of Psychologists. Edmonton.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). "The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work". *Child Development*, 71(3), 543-562.
- Ungar, M. (2008). "Resilience across cultures". *British Journal of Social Work*, 38, 218-235.
- Brofenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*. Porto Alegre. Artmed.
- DiClemente, R., Hansen, W. & Ponton, L. (1996). *Handbook of Adolescent Health Risk Behavior*. New York: Plenum Press.
- Danish, S. J. (1997). "Going for the goal: A life skills program for adolescents". In G. Albee & T. Gullotta (Eds.), *Primary prevention works* (pp. 291-312). London: Sage Publications, Inc.
- Matos, M. (1998). *Comunicação e gestão de conflitos na escola*. Lisboa. FMHUTL.
- Bekaert, S. (2003). "Developing adolescent services in general practice". *Nursing standart*, 17(36), 33-36.
- Danish, S. J., Fazio, R., Nellen, V. C. & Owens, S. (2002). "Community-based life skills programs: Using sport to teach life skills to adolescents". In J. V. Raalte & B. Brewer (Eds.), *Exploring sport and exercise psychology* (2nd ed., pp. 269-288). Washington, DC: APA Books.

- Dias, C., Cruz, J. F. & Danish, S. (2001). “O desporto como contexto para a aprendizagem e o ensino de competências de vida: Programas de intervenção para crianças e adolescentes”. *Análise Psicológica*, 29(1), 157-170.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Florescer: uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem estar*. Rio de Janeiro: Objetiva
- Seligman, M. E. P., Reivich, K., Jaycox, L. y Gilham, J.(1995). *The Optimistic Child*. New York: Harper Perennial.
- Gillham, J. E. & Reivich, K. J. (1999). “Prevention of depressive symptoms in school children: A research update”. *Psychological Science*, 10, 461-462.
- Dix, K. L., Slee, P. T., Lawson, M. J. y Keeves, J. P. (2012). “Implementation quality of whole-school mental health promotion and students’ academic performance”. *Child and Adolescent Mental Health*, 17, 45-51.
- Casel (2013). *Effective Social and Emotional Learning Programs Preschool and Elementary School*. Edition, Chicago
- Wong, *et al.* (2008). “The impact of a newly-designed resilience enhancing program on parent-and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong”. *Epidemiol. Community Health*, 63, 209-214.
- Rutter, M. (2006). “Implications of resilience concepts for scientific understanding”. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rutter, M. (2012). “Resilience as a dynamic concept”. *Dev. Psychopathol*, 24, 335-344.

SOBRE OS AUTORES

Tânia Higa Sakuma: Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação e Saúde da Infância e Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especializada em Medicina Comportamental pela Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Psicopedagoga (PUC-SP), Pedagoga e licenciada em Letras pela Universidade de São Paulo (FE-USP/FFLCH-USP), pós-graduada pelo Depto de Educação da Akita University Japão, Certificada pela European Coaching Association e pela Metaforum Internacional em Coaching Sistêmico. Atua como educadora, coach, consultora e ministrando cursos e palestras em congressos, organizações educacionais e empresariais, abordando vários temas como Coaching para Crianças e Adolescentes, Programas de Resiliência, Potencialização da Aprendizagem, Metacognição, Desenvolvimento e Mapeamento Competências e Habilidades das crianças e adolescentes, Neurociência aplicada à Educação, Dificuldades e Facilidades de Aprendizagem, Aprendizagem Organizacional (Learning Organization), entre outros.

Maria Sylvia de Souza Vitalle: Graduada em Medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes (1982), Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo /Unifesp(1994) e Doutora em Medicina pela Unifesp(2001). Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo desde 1991. Chefe do Setor de Medicina do Adolescente - Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria (Unifesp) desde 2007. Membro da Comissão de Pós-Graduação e Professor Permanente do Programa Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo, desde 2009. Orientadora do Programa de Pós-Graduação Educação e Saúde na Infância e na Adolescência nas linhas: 1. A Integridade física, emocional e intelectual da criança e do adolescente e 2. Questões relacionadas à infância e adolescência na formação de educadores e de profissionais de saúde, no Projeto Temático Vulnerabilidades e Processos de Escolarização, cujo Núcleo Temático é Vulnerabilidades e riscos na atenção integral e interdisciplinar ao adolescente.

Cultura o psicosis: ¿una conducta social que induce una psicopatología o una psicopatología que induce una conducta social?

Paula Ariadna Corzo Pérez, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen: El objetivo de esta revisión es ilustrar, a través de un caso clínico, las dificultades que se presentan en el abordaje de los pacientes con diferentes culturas y creencias que por sus características especiales requieren de una evaluación transcultural. Asimismo, también se pretende proporcionar herramientas básicas para su comprensión y análisis ya que cuando un profesional de la salud encuentra en su consulta diaria un caso en el que predominan elementos mágicos, místicos y sobrenaturales que buscan una estrategia de sanación para el individuo y su grupo familiar, éste debe estar en la capacidad de abordarlo de una manera científicamente acertada pero sin interferir con las creencias culturales de éstos. El F44.3 Trastorno de trance y posesión se incluyó en la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CDI-10) de la Organización Mundial de la Salud de 1999(1) con fines epidemiológicos y de planeación. Sin embargo, esta inclusión no es suficiente para describir la complejidad de las conductas y estructuras de pensamiento relacionadas con creencias culturales.

Palabras clave: psicosis, cultura, creencias

Abstract: The aim of this review is to illustrate through a case tried, the difficulties encountered while dealing with patients' special cultures and beliefs, which require a culture assessment, given its special features. Also, this review aims at providing basic tools for understanding and analyzing the impact of the cultural environment. In the event that a health professional stands in front of cross culture context in his daily practice, one in which magical and spiritual elements dominate, he/she must have the ability to assess it in a scientifically, way but without interfering with the cultural belief of the individuals. The F44.3 The Trance and Possession Disorder (9) was included in the 1999 International Classification of Diseases (ICD-10) of the World Health Organization for epidemiological and planning purposes. However, this inclusion is not sufficient to describe the complexity of the behaviors and thought patterns related to all different culture beliefs.

Keywords: Psychosis, Culture, Beliefs

Introducción

Los profesionales del área de la salud, en algún momento de su práctica clínica, probablemente se hayan encontrado con situaciones en las que las creencias culturales del individuo y su grupo familiar dan una explicación mágica a los síntomas representados por el individuo. Así, por ejemplo, existen casos de curanderos, chamanes modernos, espiritistas y exorcismos que inducen, de alguna manera, la perpetuación del cuadro clínico y favorecen la presentación de una idea delirante, aceptada por el grupo social al que pertenece el individuo, y dificultando, de esta manera, la comprensión y el abordaje científico.

Partiendo de este planteamiento, y a través de la presentación de un caso clínico de psiquiatría transcultural, se ilustra la controversia y los interrogantes que pueden surgir cuando un estado de psicopatología induce una conducta en un individuo, un grupo familiar, o incluso una comunidad.

Caso clínico

Paciente masculino de 15 años de edad con cuadro clínico de aproximadamente 7 años de evolución que muestra cambios en su comportamiento consistentes en conductas bizarras y extrañas. La madre comenta que el menor frecuentaba el cementerio y le gustaba jugar en la tumba de un



militar, de nombre Juan, que había fallecido en una emboscada. Durante uno de sus juegos el menor entra en la tumba del fallecido y toma un frasco de loción que había en ella. Aplica esta loción en su cuerpo y, posteriormente, su familia asume que es poseído por tres espíritus.

Tiempo después las dificultades de comportamiento del menor empeoran y su familia asume que es a causa de la posesión de los espíritus, ya que éstos controlan y ordenan lo que el menor debe hacer.

El menor describe voces de los espíritus y narra la forma en que éstos le ordenan hacer huecos en el jardín de su casa y buscar un tesoro escondido. En varias ocasiones el menor encontró dinero y otros objetos de valor durante sus excavaciones lo cual reforzaba sus ideas extrañas. La familia interpreta las alteraciones de conducta como un estado de trance y posesión.

Las conductas disociales del menor, las alucinaciones auditivas de ordenanza y sus conductas bizarras fueron aumentando progresivamente con la edad del menor, hasta volverse intolerables para su madre.

Su familia relata el momento en que “se salió de control”. La narración, en sus palabras, es como sigue: “todo empeoró un domingo de ramos, el niño se volvió ansioso, inquieto, irritable. En la casa pasaban cosas extrañas; lanzaba objetos por el aire; aparecían mensajes extraños escritos en un idioma extraño y con letras extrañas; y, veían como le lanzaban objetos al niño, aspecto que la familia interpreta como obra de los espíritus”. La madre, con temor, comenta que en una ocasión observó cómo le arrancaba la cabeza a una muñeca. El núcleo familiar del menor decide acudir a un espiritista. La espiritista les informa que el menor estaba poseído por el espíritu de Juan y los espíritus de los hermanos de Juan, y que solo liberaría al menor si éste hacía lo que ellos le ordenaran. En caso contrario Juan se llevará al niño.

Después de la visita de la espiritista, el menor es tratado como el iluminado. El padre aseguró que había presenciado situaciones de trance y posesión en su hijo, que levitaba elevándose dos metros en el aire y que no ha podido despertarlo, que hace milagros y predice el futuro. Es reconocido por su grupo social como “El hermano”, viste de blanco y muchas personas acuden a su casa en busca de ayuda. Le construyen un altar. El padre le lleva a visitar a un sacerdote para que le realicen un exorcismo, aunque sin mejoría. Las conductas del menor fueron toleradas y aceptadas; incluido el hecho de tener relaciones con su madrastra a pesar de poner en peligro la vida de su hermanastro, ya que el menor ordena que se sacrifique a su hermanastro por poseer un demonio. En este momento, el padre consulta con un psicólogo y el menor es remitido a las urgencias del servicio de psiquiatría.

Una vez que el niño sale de su núcleo familiar, se delega el estado de trance y posesión a la hermana menor del padre del paciente, a quien también se le construye un altar.

Formulación cultural

La cultura es un fenómeno que define los sistemas y, necesariamente, representan las necesidades del colectivo; es decir, todos aquellos patrones de conducta y del pensamiento aprendidos a lo largo de la vida y que, de una u otra manera, determinan la forma de comportarse dentro de una sociedad, la normalidad de la anormalidad, o lo correcto de lo que es visto como incorrecto. La cultura tiene una alta probabilidad de estar interfiriendo cuando el método científico y la clínica fallan en el diagnóstico. Son actitudes y comportamientos que constituyen la forma de ver el mundo y un estilo de vida de un grupo social (Lewis-Fernández & Kleinman, 1995).

En este caso en particular, es probable que el síntoma apareciera como una extensión de las creencias culturales y una expresión de las mismas. El temor que genera la alteración de comportamiento del menor llevó al grupo familiar a buscar una explicación culturalmente aceptada para los fenómenos que toda la familia presenció. De esta manera, aparece una creencia compartida, no sólo por el grupo familiar, sino por el grupo social al que pertenece el menor (Freud, 2010). Además, una creencia que es compartida por todo el grupo social del menor, le reconoce como un ser iluminado utilizado por seres del más allá para ayudar y sanar a las personas de su comunidad (Lukoff, Lu y Turner, 1995).

Es una medida, inconsciente o consciente, de la necesidad de establecer una estructura que le permita al menor funcionar y, a la vez, protege a sus miembros de las severas alteraciones de conducta del menor, permitiendo la identificación con ideales compartidos y valores culturales. De esta manera, la psicosis en este caso en particular, podría concebirse como un constructo social que protege al individuo de lo que, desde un punto científico, se concibe como patológico. El modelo científico no debe olvidar que, en la mayoría de las comunidades, el individuo, consciente o inconscientemente, actúa en relación con sus ancestros, su cultura, la comunidad a la que pertenece y lo que los demás esperan de él. De esta manera, la religión y las creencias primitivas no solo satisfacen una necesidad espiritual y física, sino que ayudan a integrar al individuo en la sociedad; contribuyen a mantener la estructura y el equilibrio de la sociedad; fortalecen el significado de grupo; y, refuerzan el valor de grupo como tal (Levine & Gaw, 1995).

Comprender los patrones culturales del grupo social, proporciona al individuo las claves para un comportamiento apropiado y le guía en la evaluación y comprensión de la realidad. Si las claves son ambiguas o inciertas, la reorientación y la reintegración son más difíciles. Esto induce el síntoma y lleva a crear una dependencia del síntoma y de la propia cultura. Estos patrones preestablecidos generan que el individuo encaje en un patrón de comportamiento insano e inducido, directa o indirectamente, por su comunidad y su cultura (Mezzich, 1995).

La intolerancia a las alteraciones de la conducta del menor tuvo como consecuencia que su conducta se concibiera como anormal a pesar de que inicialmente se aceptara e, incluso, se le concediera el título de iluminado y se construyera un altar en su honor.

Todo lo anterior evidencia la tolerancia frente a los fenómenos anormales, concebidos como espirituales en determinados contextos culturales, y explica cómo individuos con trastornos similares funcionan de manera diferente en contextos culturales diferentes (Escobar, 1995; Kleinman, 1980; Joseph & Peter, 2007).

En este caso en particular el menor logra, a través del síntoma, el reconocimiento familiar y social que antes no tenía, lo que le motiva, consciente o inconscientemente, a continuar con la representación del síntoma. El menor, que no había logrado funcionar, lo consigue a través del reconocimiento espiritual de su grupo social.

Éste es un claro ejemplo de cómo los síntomas determinados socialmente varían de cultura a cultura y, de esta manera, también refuerzan el papel de enfermo. Existen diferentes culturas y diferentes formas de percibir el mundo de acuerdo a cada una de éstas. Por ello, al abordar al enfermo, es necesario buscar un punto de equilibrio que permita la restauración del funcionamiento sin causarle al paciente ningún estrés (Kleinman, 1980).

¿Cómo abordar los estados mentales anormales?

Propuesta (Mezzich, 1995):

1. Hacer un análisis sistemático del trasfondo cultural del paciente.
2. Identificar el papel del síntoma dentro del grupo social.
3. Identificar el papel de la cultura en los síntomas.
4. Evitar que las creencias culturales interfieran con la relación médico paciente.
5. Identificar la identidad cultural del individuo.
6. Explicar culturalmente los síntomas.
7. Identificar factores socioculturales relacionados con el funcionamiento del individuo.

Discusión

El concepto de psiquiatría transcultural ha ido evolucionando. Existen muchos debates sobre lo que definimos como normal y como anormal. En el caso presentado, surgen varios cuestionamientos que requerirán mayor discusión para ser resueltos, y se plantean varias reflexiones para futuras discusiones en las que debemos de continuar trabajando.

Este caso de un menor con severas alteraciones en su comportamiento, miembro de una familia nuclear biparental disfuncional, que evoluciona hasta un estado de psicopatología compleja,

evidencia la necesidad de un abordaje temprano de todas las alteraciones de comportamiento infantil a fin de mitigar o prevenir el desarrollo de estados psicopatológicos complejos.

El síntoma parece surgir como una medida desesperada que se nutre de las creencias mágicas y religiosas del núcleo familiar y social, quienes frente a una serie de eventos inexplicables, convierten al menor con alteraciones de comportamiento, y hasta ese momento disfuncional, en el centro del universo, logrando que todos giren a su alrededor. De esta manera, el menor consigue lo que nunca antes había tenido, tener la atención no solo de su familia, sino de la comunidad en la que vive. Es reconocido como un ser superior, iluminado y enviado del más allá para resolver y ayudar a resolver los problemas de otros.

El grupo social del menor reconoce el síntoma como un don que le confiere poderes especiales. Esto refuerza constantemente la conducta y da poder al menor enfermo. Únicamente se consigue evitar la perpetuación del cuadro clínico cuando se pone en riesgo la vida del hermano menor del iluminado y, entonces, el padre decide intervenir.

Conclusión

Se trata de un menor con un trastorno de conducta, que requiere de un estímulo constante; poco tolerante, impulsivo, irreflexible frente a situaciones emocionales; que continuamente manipula para lograr que todos giren a su alrededor, obtener aprobación y lograr confirmación de sus conductas. Su estado cognitivo emerge de una ausencia de introspección y un exceso de atención a elementos externos. Es miembro de una familia para la que es más fácil aceptar un fenómeno paranormal que las limitaciones de su propia estructura familiar en la contención afectiva y conductual de su hijo.

REFERENCIAS

- Escobar, J. I. (1995). "Transcultural Aspects of Dissociative and Somatoform Disorders". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18 (3): 555-571.
- Freud, S. (2010). *Psicología de las masas*. Biblioteca Freud. Ed. Alianza.
- Joseph, A. M. & Peter, J. R. (2007). "Talking with patients about spirituality and worldview: practical interviewing techniques and strategies". *Psychiatric Clinics of North America*, 1(5): 182-195.
- Kleinman A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An Exploration of the borderland between Anthropology*. Medicine and Psychiatry. Berkeley University of California Press.
- Levine, R. E. & Gaw, A. C. (1995). "Culture Bound Syndromes". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 523-537.
- Lewis-Fernández, R. & Kleinman, A. (1995). "Cultural psychiatry". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 433-449.
- Lukoff, D., Lu, F. G. & Turner, R. (1995). "Culture Considerations in the Assessment and treatment of religious and spiritual problems". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 467-487.
- Mezzich, J. E. (1995). "Cultural Formulation and Comprehensive Diagnosis". *The Psychiatric Clinics of North America*, 18(3): 649-659.
- Organización mundial de la Salud (1999). *Décima Clasificación Internacional de Enfermedades*.

SOBRE LA AUTORA

Paula Ariadna Corzo Pérez: Médico Cirujano graduada de la Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Psiquiatría graduada de la Universidad Militar de Nueva Granada. Candidata Doctorado en Bioética Universidad Militar de Nueva Granada. Actualmente Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio. Coordinadora de Investigación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia. Psiquiatra Hospitalaria Clínica del Sistema Nervioso Renovar.

Fatores de risco e proteção ao comportamento alimentar do adolescente: um olhar sobre vulnerabilidades e resiliência

Laura Giron Uzunian, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Tania Sakuma, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Ana Cristina Gonçalves de Azevedo, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Leanna Dutra, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Rafaella Vidal, Universidade Federal de São Paulo, Brasil
Maria Sylvia de Souza Vitale, Universidade Federal de São Paulo, Brasil

Resumo: *O comportamento alimentar é formado desde a infância por meio de sensações e experimentos que são oferecidos à criança através do tato, sabor e odor, constituindo as preferências alimentares. Tais preferências vão construindo sensações e significados de representações físicas, sociais, psicológicas e culturais. A alimentação relaciona-se com as alterações corporais dos adolescentes, o que pode ser visto com os padrões alimentares adotados por essa população. O adolescente, exposto às influências da mídia, da sociedade, dos pares e da família, pode sofrer modificações no seu comportamento alimentar, tornando-o vulnerável a desenvolver mudança no padrão alimentar. Em uma situação extrema, tais mudanças favorecem o surgimento dos transtornos alimentares, sendo os mais conhecidos a anorexia e bulimia nervosa. Neste sentido, o desenvolvimento da resiliência de maneira adequada pode ser um fator de proteção contra a instalação de transtornos do comportamento alimentar no adolescente.*

Palavras-chave: *saúde do adolescente, resiliência, vulnerabilidade, transtorno alimentar*

Abstract: *Eating behavior is acquired from infancy through sensations and experiments that stimulate the child through touch, taste and smell, building the food preferences. Such preferences consist in sensations and meanings of physical, social, psychological and cultural representations. The way of eating is related to the adolescents' body transformation, which can be observed by the food standards adopted by this population. Adolescents exposed to the media, society, peers and family influences may undergo changes in their eating behavior, turning it vulnerable in their dietary patterns. In some extreme situation, such changes can cause eating disorders, in which the most common are anorexia and nervous bulimia. The building of properly resilience can be a protective factor against the onset of eating disorders in adolescents.*

Keywords: *Adolescent Health, Resilience, Vulnerability, Eating Disorder*

Introdução

A alimentação está presente no cotidiano do homem e exerce influências marcantes na sobrevivência, no desempenho da vida e na conservação da espécie humana (Pinheiro, 2005). O alimento é um dos requerimentos básicos para a existência de um povo e a aquisição da comida desempenha papel importante na formação de qualquer cultura (Leonardo, 2004). Segundo



Cascudo (2004), o homem começou sua alimentação pelos frutos e raízes, sob a imitação animal. Depois passou a se alimentar da carne crua, dos moluscos in natura e posteriormente aprendeu a assar e cozinhar.

A cultura alimentar no Brasil é algo bem peculiar, sendo que nosso hábito alimentar foi formado a partir de três povos distintos: dos índios, dos africanos e dos portugueses. Na cultura alimentar brasileira, a alimentação é mais voltada para o prazer de comer do que para o valor nutritivo do alimento. A quebra de um hábito dar-se-á mediante a evolução nas informações transmitidas para que as pessoas façam a tomada de decisão. Desde a metade do século passado, o mundo sofre uma série de transformações entre as quais, as mais perceptíveis foram os fenômenos de urbanização e da globalização (Leonardo, 2004).

O fenômeno da globalização e industrialização atua como fator determinante na modificação dos hábitos alimentares, gerando transformações no estilo de vida de, praticamente, toda a população mundial (Pinheiro e Genti, 2005). A alimentação de hoje é profundamente diferente dos nossos antepassados, que viviam em contato com a natureza, alimentando-se de tudo que ela lhes oferecia: animais abatidos, frutas, gramíneas, folhas e raízes, entre outros (Mezomo, 2002).

Os aspectos ligados à urbanização no Brasil, quais sejam, a grande velocidade deste processo, bem como a procura pelas grandes cidades, propiciaram mudanças profundas na alimentação de grande parte da população brasileira. A globalização atinge a indústria de alimentos, o setor agropecuário, a distribuição de alimentos em redes de mercados de grande superfície e em cadeias de lanchonetes e restaurantes (Diez Garcia, 2003). Tem-se percebido a tendência dos brasileiros adotarem novos hábitos, criados pela indústria alimentar e marcados pelo consumo excessivo de produtos artificiais, em detrimento de produtos regionais com tradição cultural.

No Brasil, em função do *fast-food*, um novo padrão alimentar está se delineando, com prejuízos dos produtos da dieta tradicional do povo. O arroz, o feijão e a farinha de mandioca, que foram, desde o século XVIII, a base do cardápio da maioria da população, perdem cada vez mais espaço para os produtos industrializados e com maior valor calórico e financeiro. E não podemos esquecer da inserção dos alimentos transgênicos nessa competição. Pelos dados que temos, nos últimos 10 anos, o consumo anual de feijão caiu de 12 kg por brasileiro para 9,5 kg. A farinha passou a ocupar o 38º lugar no mercado alimentar. Em alguns Estados, planta-se cada vez menos feijão. Esta situação é muito ruim, principalmente para a população com poder aquisitivo menor (Santos, 2006).

Diante das transformações impressas pela urbanização e pela globalização, a alimentação passou por mudanças que afetam a qualidade dos alimentos produzidos e industrializados. Na verdade, um novo estilo de vida impõe novas expectativas de consumo, que acabam orientando as escolhas de alimentos. Nesta transição de final e início de milênio, há o triunfo do indivíduo sobre a sociedade, ou melhor, o rompimento dos fios que antes ligavam os seres humanos em estratos sociais (Hobsbawm e Ranger, 1997). Esse é o estilo que triunfa e passou a ser marca mundial, isto é, a juventude praticamente deixa de ser uma etapa da vida para se constituir num estilo dela. O jeans, o rock, o hambúrguer e o refrigerante são expressões simbólicas dessa nova cultura. Os adolescentes ganharam maior autonomia e isso é vislumbrado pela indústria, que vê aí um mercado promissor. Daí as mudanças dos padrões, que parecem menos satisfatórios ao paladar e ao aporte nutritivo em relação ao que eram anteriormente.

Leonardo (2004), afirma que não há na cultura brasileira muito espaço para as frutas e hortaliças, visto que o nosso prazer alimentar está centrado na mistura de massas, gorduras, doces e carnes.

A evolução do consumo alimentar no Brasil pode ser observada nas pesquisas do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF), Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 1987/1998 e 1995/1996 (IBGE, 2013). Com essa preocupação em relação à saúde da população brasileira em decorrência do novo estilo alimentar, faz-se necessário que as autoridades implantem medidas a fim de conscientizar a população para o problema.

Apesar de a alimentação ser uma necessidade primária do ser humano, há pouco tempo que as questões relacionadas a ela, como nutrição, saúde, direitos de cidadania, obrigações do Estado e deveres da sociedade passaram a figurar como parte das grandes reflexões e linhas de ação de políticas públicas (Batista Filho, 2010). Neste íterim algumas declarações e leis têm sido imprescindíveis para assegurar uma alimentação digna ao ser humano no âmbito internacional e nacional, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1945, a Carta da Terra de 2000 (TerraCarta,

2013), a Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988), e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 (Brasil, 1990).

A alimentação foi assegurada pela primeira vez na Declaração Universal dos Direitos Humanos (Brasil, 1988), marco importante na história, que prevê que “todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação (...)”. A partir de então “as portas se abriam” para constituições nacionais, textos legislativos, regulamentos e estratégias, ao ponto que o direito à alimentação tornou-se uma obrigação jurídica, com o advento do Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (Brasil, 1966), ratificado pelo Brasil em 1992.

Outra importante declaração internacional de princípios éticos fundamentais, que compreendeu como justiça social e econômica a garantia à segurança alimentar (TerraCarta, 2013), foi a Carta da Terra de 2000.

O Brasil teve recentemente uma conquista histórica neste sentido, com a chegada da Emenda Constitucional 064/2010, onde o direito à alimentação foi incluído no artigo 6º da Constituição Federal (1988), entre os direitos sociais individuais e coletivos, trazendo a partir de então que “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (Brasil, 1988).

Destarte, as crianças e os adolescentes, como sujeitos de direito, também têm a alimentação assegurada no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), em diferentes circunstâncias da vida. A priori, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) diz que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, os direitos referentes à vida, à saúde e à alimentação, entre outros. Incumbe ainda, ao poder público, propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem (Brasil, 1990).

Ao mesmo tempo, o ECA prevê que a criança e o adolescente do ensino fundamental devem ter acesso a programas de alimentação. Além disso, os adolescentes atendidos por programas de intervenção, que são uma das medidas socioeducativas previstas no ECA para aqueles que cometem atos infracionais, também possuem o direito de receber alimentação suficiente e adequada à sua faixa etária (Brasil, 1990).

As representações legais citadas, dentre outras, têm sido fundamentais para a proteção de crianças e adolescentes aos riscos e consequências que trazem a má alimentação, ao passo que responsabilizam a família e o estado a proteger estes seres tão vulneráveis de possíveis atentados a sua dignidade humana. O acesso à alimentação é um direito humano em si mesmo, na medida em que a alimentação constitui-se no próprio direito à vida. Negar este direito é, antes de mais nada, negar a primeira condição para a cidadania, que é a própria vida (Diouf, 2013).

O objetivo deste trabalho é descrever o comportamento alimentar do adolescente e quais fatores de risco e vulnerabilidades estão envolvidos neste processo. Além disso, pretende-se relacionar a formação da resiliência no comportamento alimentar.

Metodologia

Para a composição deste artigo utilizou-se o enfoque teórico sobre comportamento alimentar de adolescentes, procurando focar nos aspectos das vulnerabilidades e promoção de resiliência. Neste sentido, abordaram-se os aspectos comportamentais, legais e nutricionais relacionados com a saúde alimentar de adolescentes para auxiliar na identificação dos fatores de proteção e construção da resiliência no comportamento alimentar. Foi feita revisão bibliográfica, tendo a busca sido realizada por acesso *on-line* e compreendeu as publicações científicas indexadas nas bases de dados eletrônicas: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e ADOLEC (Biblioteca Virtual em Saúde - www.adolec.org), utilizando os descritores: "comportamento alimentar", "medicina do adolescente", "saúde do adolescente", "comportamento do adolescente", "vulnerabilidades alimentares", "adolescente" "resiliência psicológica" e "legislação" como assunto, utilizando os vocábulos em português, inglês e espanhol. Selecionaram-se os artigos publicados entre 1990 e 2012. Outras fontes de informações foram trabalhos técnicos publicados por órgãos oficiais como Organização Mundial da Saúde (OMS), ECA, Constituição Federal do Brasil, Carta da Terra e a Declaração Universal dos

Direitos Humanos. As expressões de pesquisa foram construídas por meio da combinação desses termos. A pesquisa bibliográfica incluiu estudos de caso, de coorte, transversais e de revisão, escritos nas línguas portuguesa, espanhola e inglesa, além de artigos e livros relacionados, obtidos por meio da pesquisa dos artigos selecionados com as palavras-chave. Os artigos foram eleitos pelos seus títulos e resumos. Foram excluídos aqueles escritos em outras línguas e não relacionados com a faixa etária adolescente, sem resumo, ou cujo título não estivesse relacionado com o objetivo da revisão. De todas as publicações identificadas, foram selecionadas aquelas que atendiam aos objetivos da revisão.

Comportamento alimentar

Defini-se comportamento alimentar como todas as etapas que envolvem o processo de seleção, aquisição, conservação, modo de preparo e ingestão do alimento (Viana, Santos, e Guimarães, 2008). Vários fatores influenciam no comportamento alimentar, tais como biológicos, sociais, econômicos, culturais, psicológicos e antropológicos, todos com importância inegável (Assis e Nahas 1999, Silva, Pais-Ribeiro, e Cardoso, 2008).

A escolha dos alimentos é uma decisão complexa e dinâmica norteada por vários aspectos. O termo “escolha alimentar” é definido pela somatória de decisões racionais e inconscientes no momento de optar sobre o alimento a ser adquirido e consumido (Silva, Pais-Ribeiro, e Cardoso, 2008, Carvalho, Luz, e Prado, 2011). As escolhas alimentares nos mostram, na maioria das vezes, qual grupo se deseja pertencer seja este social, étnico ou de idade (Bleil, 1998).

O conhecimento sobre nutrição exerce alguma influência sobre o comportamento alimentar, no entanto isoladamente não é capaz de motivar mudanças (Assis e Nahas, 1999). A concepção do alimento mais saboroso ser o mais maléfico à saúde demonstra uma visão sobre alimentação no sentido restritivo (Diez Garcia, 1997). A promoção da saúde deve ser iniciada na infância sendo a escola um ambiente propício para este fim. No Brasil, a Portaria Interministerial 1010 de 8 de maio de 2006, instituiu as diretrizes para a Promoção da Alimentação Saudável no ambiente escolar. O sucesso nas estratégias de promoção da saúde e adoção da alimentação saudável depende do conhecimento dos fatores motivadores da escolha alimentar (Silva, Pais-Ribeiro, e Cardoso, 2008).

Os motivos que levam o indivíduo a selecionar os alimentos podem ser categorizados e elaborados em modelos teóricos para explicá-los. Três modelos recebem destaque por demonstrarem os aspectos relacionados ao indivíduo, assim como os induzidos pela característica do alimento e do ambiente. O modelo desenvolvido por Khan (1981) classifica os determinantes do comportamento alimentar em fatores intrínseco, pessoais, culturais e religiosos, extrínsecos, biológicos e sócio econômicos. Enquanto o modelo proposto por Randall e Sanjur (1981) contempla as características do indivíduo, do alimento e do ambiente. O terceiro modelo, o proposto por Boothe e Shepherd (1988) sintetiza os anteriores destacando a influência da característica dos alimentos e a percepção do indivíduo. Partindo-se dos pressupostos apresentados, pode-se ainda sistematizar em modelos explicativos de aprendizagem no comportamento alimentar, como o desenvolvimental e o cognitivo. A abordagem desenvolvimental evidencia a aprendizagem considerando a exposição, a aprendizagem social e a aprendizagem por exposição, entretanto é limitada por ter sido elaborada em contexto laboratorial. Enquanto que o modelo cognitivo expressa seu foco na cognição do indivíduo salientando o modelo de crenças da saúde, o da motivação e o da ação, porém também possui limitações visto que valoriza apenas o papel individual (Silva, Pais-Ribeiro, e Cardoso, 2008).

Vários fatores influenciam nas escolhas alimentares, principalmente o controle biológico, a influência dos pais e da família, a religião, os aspectos sociais e a mídia.

Controle biológico

O organismo humano possui mecanismos fisiológicos no controle da ingestão alimentar. O hipotálamo relacionado às atividades viscerais e endócrinas, também é responsável pelo comportamento afetivo e emocional (Ferreira, Guerra e Fortunato 2004, Cambraia, 2004).

Influência dos pais e da família

O aspecto de maior influência no comportamento alimentar da criança é a família, pois é a primeira instituição que tem ação direta nos hábitos alimentares, onde os pais tem o papel de limitar os tipos de alimentos e a quantidade oferecida. A criança desenvolverá a tendência a preferir os alimentos normalmente consumidos pela família (Viana, Franco e Morais, 2011).

Os hábitos aprendidos na infância tem consequências a longo prazo, pois existe uma relação desse aprendizado com as escolhas alimentares na vida adulta. A preferência pelo sabor é aprendida e interfere na escolha e quantidade do alimento, sendo que a exposição é iniciada na amamentação por meio do leite materno. A familiaridade e exposição ao alimento permite que se formem as preferências. Assim, a introdução de um alimento desconhecido requer uma oferta repetida para definitivamente fazer parte da alimentação (Rossi, Moreira e Rauen, 2008).

O exemplo de uma boa alimentação pode ser realizado no momento da refeição em família e a criança o repete nas refeições fora do lar. Já se verificou que escolares que fazem a refeição em família ingerem mais frutas, hortaliças, grãos e leite (Neumark-Sztainer *et al.*, 2003). Hábitos alimentares saudáveis também se associam com melhor controle do peso (Levy *et al.*, 2010). Além disso, adolescentes que fazem a refeição com a família apresentam mais adequação no controle do peso e melhor prevenção de distúrbios de comportamento (Conti *et al.*, 2010).

As atitudes que os pais adotam na educação dos filhos devem ser consideradas. O estilo parental é a forma pela qual os pais exercem a sua ação em dois aspectos, o do controle e o do afeto, podendo ser classificado em três estilos: autoritário, permissivo (que pode ser desmembrado em indulgente e negligente) e por fim o autoritativo ou participativo. O estilo autoritário envolve condutas de controle rígido e pouca manifestação de afeto. Os indulgentes são os pais carinhosos, porém não exercem autoridade, não são estabelecidos os limites. Os pais negligentes não se envolvem e não exercem as responsabilidades que os cercam. Enquanto que o estilo participativo apresenta pais afetuosos, porém com os limites estabelecidos (Paiva e Ronzani, 2009).

É importante destacar o papel da mãe na formação dos hábitos alimentares e escolha alimentar dos filhos, sendo as suas atitudes dependentes dos fatores culturais, da sua própria história alimentar e da preocupação com a saúde dos filhos (Viana, Franco, e Morais, 2011).

As atitudes de controle materno podem ser classificadas em: restritivas, de pressão para comer e de controle discreto. As ações restritivas envolvem a diminuição da quantidade e exclusão de alimentos considerados menos saudáveis e estão associadas a maior peso da criança, porque os alimentos “proibidos” ou excluídos passam a ser mais apetitosos na visão da criança. A pressão para comer é uma insistência ao consumo de alimentos mais saudáveis e em maior volume, esta atitude parece ter uma relação inversa com o peso e a maior recusa da criança aos alimentos saudáveis, gerando grande seletividade alimentar. As mães que incentivam a ingestão de maiores volumes o fazem com os meninos, o que pode traduzir a preocupação atual com o peso das meninas. A atitude de vigilância ou controle discreto parece ser mais apropriada e relacionada ao peso adequado, onde a mãe está atenta aos hábitos alimentares do filho e promove no lar refeições mais saudáveis (Viana, Franco, e Morais 2011, Viana, Santos, e Guimarães, 2008).

A relação familiar e o comportamento alimentar familiar permeia o campo afetivo e também é iniciado desde o nascimento com a amamentação, envolvendo o contato com a mãe. A ligação de afeto, proteção e preparo está ligado ao universo feminino e irá prosseguir dessa forma pela vida inteira, fazendo com que o jovem, por exemplo, associe o preparo da refeição com a demonstração de carinho e afeto (Romanelli, 2006, Costa, Duarte e Kuschnir 2010, Conti *et al.*, 2010).

Religião

A alimentação pode ter regras que fogem ao conhecimento científico, onde a religião cria impedimentos, vetando os alimentos considerados nocivos na simbologia religiosa e irá estabelecer uma identificação também social do grupo com os mesmos propósitos (Romanelli, 2006). Desta forma a identidade alimentar poderá identificar uma religião, onde o não comer carne de porco pode ser associado ao judaísmo e ao islamismo, o vegetarianismo ao hinduísmo. A própria utilização do

alimento pode ser usada em algumas religiões, cercada de simbolismo, como o pão e vinho no catolicismo.

Aspectos sociais

As situações sociais permeiam o comportamento alimentar, pois o consumo pode ser instigado por condições positivas ou negativas. A observação da criança frente ao comportamento e ao padrão alimentar de outras crianças pode moldar as suas escolhas, existindo, portanto uma aprendizagem sócio-cultural (Viana, Santos e Guimarães, 2008).

O alimento ao longo da história constituiu as estruturas sociais desde o momento que o homem iniciou o seu cultivo e socialização. A culinária de uma população expressa a sua vida social. O uso de determinados condimentos, por exemplo, identificam um prato como próprio de uma cultura (Carvalho, Luz e Prado, 2011).

Estudo realizado com universitários franceses e americanos constatou diferenças na quantidade e composição da refeição dependendo da cultura. Desta forma é possível afirmar que as escolhas são construídas também de acordo com a cultura (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2008), e como exemplo podemos citar o maior uso do café como agente social do que pelas suas propriedades alimentares.

A alimentação inclui as relações sociais, ou seja, é o momento para o diálogo e para as trocas. Acontecimentos e ideias importantes da história da civilização ocidental ocorreram em volta de uma mesa e com banquetes (Gallian, 2007).

O alimento ao longo da história também esteve vinculado ao prestígio e posição social, relacionando-se ao status econômico. A oferta de guloseimas, como bolachas recheadas, salgadinhos, entre outros na população de baixa renda pode carregar um significado de poder de consumo e demonstração de carinho e afeto ao filho (Romanelli, 2006).

Mídia

Outro aspecto discutido na influência do comportamento alimentar é a relevância da mídia, pois crianças e adolescentes são suscetíveis aos anúncios de alimentos e mudanças nos padrões alimentares (Rossi, Moreira, e Rauen 2008, Viana, Santos, e Guimarães 2008). Além da alteração no comportamento alimentar, a mídia exerce seu poder em temas como beleza e aquisição de um corpo perfeito, relacionando-o ao sucesso, à felicidade e ao bem estar (Andrade e Bosi, 2003, Vitalle, 2007).

Vulnerabilidades alimentares

É sabido que a alimentação adequada é fundamental para o equilíbrio físico e emocional do organismo, sobretudo do adolescente, que vivencia um período complexo do desenvolvimento humano e de considerável risco de aquisição de comportamentos não saudáveis. Devido às alterações ocorridas nesta fase, a alimentação correta é de extrema importância para o amadurecimento cognitivo e o crescimento físico, atenuando os aspectos de ansiedade, depressão, atenção e déficit de aprendizagem (Vieira *et al.*, 2005, Costa, Duarte, e Kuschnir, 2010, Ferreira *et al.*, 2012).

A alimentação saudável constitui requisito essencial à confirmação do completo potencial de crescimento e desenvolvimento com qualidade de vida, bem como à prevenção de doenças carenciais, como as anemias ferroprivas (Silva *et al.*, 2007), ao aumento de peso e comorbidades associadas, além de constituir-se em direito humano indispensável à construção de cidadania (Silva, Teixeira e Ferreira, 2012).

Um dos exemplos da alimentação saudável é a dieta típica brasileira, em que há o consumo diário de feijão com arroz devido à sua fundamental importância para a saúde e para o bom desenvolvimento, pois a composição destes nutrientes é uma combinação completa de proteínas e elementos essenciais para a saúde. Neste sentido pode-se pensar no papel da boa alimentação para o desenvolvimento e crescimento dos adolescentes, ainda mais que a adolescência é uma fase da vida que se caracteriza por mudanças comportamentais e físicas, as quais trazem desequilíbrios, com aumento de sintomas de estresse (Ferreira *et al.*, 2012).

As mudanças no cotidiano dos adolescentes podem influenciar no seu hábito alimentar, como por exemplo: maior tempo fora de casa, a escola e os amigos, o nível socioeconômico, a mídia, os mitos e os tabus alimentares, a busca de autonomia e identidade, a urbanização. Tais mudanças caracterizam os adolescentes como indivíduos vulneráveis, inclusive sob o ponto de vista nutricional (Godoy *et al.*, 2006, Costa, Duarte, e Kuschnir, 2010, Marins, Araújo, e Jacob, 2011, Vitalle, 2011). O ambiente doméstico merece destaque neste contexto, pois é nele que os adolescentes formarão seu hábito alimentar, e desta maneira, os pais podem exercer influências favoráveis ou desfavoráveis às práticas alimentares saudáveis (Toral, Conti, e Slater, 2009).

A contradição observada quanto ao papel da família pode ser interpretada pela ótica dos ritos de passagem da puberdade, em que a criança abandona o mundo da infância e passa a ser um indivíduo pronto para assumir sua atuação como adulto na sociedade. Nesse sentido, os participantes tenderiam a apresentar uma visão dúbia frente à família: esta é tanto a fonte de sabedoria e acolhimento para a adoção de práticas alimentares saudáveis, como também, o elo com a infância distante, que é questionada, abandonada ou recusada pelo adolescente (Toral, Conti e Slater, 2009).

Para os jovens, os alimentos saudáveis estão ligados a refeições com os pais e significa controle, já a alimentação considerada não saudável relaciona-se com os amigos e liberdade (Viana, Santos e Guimarães, 2008).

O aumento no número de mães trabalhando fora do domicílio favorece a autonomia nesta população, que prefere alimentos industrializados devido à simplicidade do seu preparo (Costa, Duarte e Kuschnir, 2010). O hábito alimentar é determinado pela acessibilidade e pela disponibilidade dos alimentos e pelo nível socioeconômico, entre outros fatores. Dificilmente variáveis associadas apenas ao indivíduo explicam as escolhas alimentares (Salvatti *et al.* 2011). Em muitas ocasiões, os alimentos industrializados e prontos para o consumo possuem custos mais acessíveis, comparados aos alimentos *in natura*, tornando os jovens vulneráveis às escolhas inadequadas (Toral, Conti e Slater, 2009).

Nota-se a adoção de dietas monótonas ou modismos alimentares, como, por exemplo, a exclusão de algumas refeições diárias, dietas hipocalóricas ou hiperprotéicas (Silva, Teixeira e Ferreira, 2012). Alterações comportamentais, como a restrição ao uso de alguns tipos de roupas e frequência a locais onde possam exibir o corpo, indução à prática exagerada de exercícios físicos, modificações no consumo de alimentos, indução de vômitos e consumo de álcool e cigarros, também podem ser observados nesta fase (Vieira *et al.* 2005, Ciampo e Ciampo, 2010, Caram e Lomazi, 2012).

As dietas restritivas e os modismos alimentares são preocupantes, pois o esgotamento de reservas orgânicas de diversos nutrientes, associado à redução no consumo de frutas e hortaliças, traz como consequência o retardo no desenvolvimento de adolescentes, com diminuição da capacidade de aprendizagem, baixa resistência e maior suscetibilidade a infecções e doenças (Vieira *et al.*, 2005, Salvatti *et al.*, 2011, Ferreira *et al.*, 2012).

Os meios de comunicação utilizados pela mídia (rádio, jornal, revista, televisão, internet, entre outros) são veículos responsáveis pela difusão de informações e, atualmente, configura-se como uma das instituições responsáveis pela educação, transmissão de valores e padrões de conduta, podendo resultar em efeitos positivos ou negativos à sociedade (Conti, Bertolin e Peres, 2010).

É mundialmente reconhecido que para o público adolescente, os meios de comunicação contribuem para seu aprendizado, modelos de comportamento e identidade. Em especial, a televisão participa diretamente na formação destes indivíduos, estimulando e delineando as formas de existência coletiva, além das relações consigo mesmo e com o outro, pois ela preenche lacunas sociais e culturais, geradas pela falta de acesso a outros meios de cultura, como o teatro e o cinema, ou até mesmo a escola nos casos de estudo à distância (Conti, Bertolin e Peres, 2010, Ciampo e Ciampo, 2010). De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, a televisão é o eletrodoméstico presente em 96,8% das residências brasileiras. Em especial, a região Sudeste registrou a maior proporção (97,7%) (IBGE, 2013).

As crianças e os jovens são mais suscetíveis aos anúncios de alimentos e mudanças nos padrões alimentares, grande parte voltada aos alimentos com açúcar, implicando no aumento do consumo desses alimentos ou de produtos que os contém (Rossi, Moreira e Rauhen, 2008, Viana, Santos, e Guimarães, 2008). As refeições quando feitas em família melhoram a qualidade da dieta; já quando feitas na presença da televisão, são associadas com a baixa ingestão de frutas. Cerca de um terço das

crianças com menos de seis anos realizam suas refeições em frente à televisão (Fitzpatrick, Edmunds e Dennison, 2007).

Um dos principais objetos de desejo vendido pela mídia é a conduta de consumo atrelada à imagem de sucesso, de realização e de prazer. A busca por tais sentimentos é explorada pelos profissionais do *marketing*, que vendem a imagem, atrelada às realizações e aos desejos (Conti, Bertolin e Peres, 2010). A imagem corporal é construída ainda na pré-adolescência e está relacionada com a autoestima e insatisfação corporal. A primeira diz respeito ao quanto o indivíduo gosta ou não de seu corpo e inclui, além do peso e da forma, aspectos como cabelos ou rosto. A segunda envolve preocupações com peso, forma e gordura corporal (Reato *et al.*, 2007, Caram e Lomazi, 2012).

Pesquisa envolvendo 121 adolescentes de um município do Estado de São Paulo, 25% da amostra referiu que a mídia estabelece um modelo de corpo ideal tanto para meninas quanto para meninos (Conti, Bertolin, e Peres, 2010). A percepção da imagem corporal na adolescência desencadeia grande parte dos comportamentos alimentares considerados inadequados (Caram e Lomazi, 2012).

A publicidade estimula o consumo, a forma desse consumo, quem pode consumir o quê, ou o que deve ser consumido, e ainda identifica o produto como fator de classificação em um determinado grupo social. Crianças que passam muitas horas expostas à televisão são mais vulneráveis ao anúncio de alimentos de alto valor calórico, além do fato de não estarem praticando atividade física, contribuindo no aumento do risco para obesidade e sobrepeso (Ciampo e Ciampo 2010, Marins, Araújo e Jacob, 2011).

É conhecida a associação entre obesidade e tempo gasto assistindo televisão, sendo a probabilidade de tornar-se um indivíduo obeso três vezes maior em adolescentes que assistem TV por mais de cinco horas ao dia quando comparado com aqueles que têm essa prática por menos de duas horas ao dia. Tal associação possui diversas explicações, como o baixo nível de atividade física, o hábito de comer em frente à televisão e a influência das propagandas nas escolhas alimentares dos adolescentes (Campagnolo, Vitolo e Gama, 2008).

Os jovens a todo instante recebem informações sobre fórmulas milagrosas que prometem resultados imediatos na sua forma corporal, moldando-os à imagem que lhes é sugerida, para “estarem na moda” e serem aceitos por seus pares. A imagem corporal está submetida à moral do espetáculo, onde o sucesso pessoal e profissional depende de certos atributos corporais (Marins, Araújo e Jacob, 2011). A maneira como o adolescente percebe seu corpo é condição fundamental na formação de sua identidade, devemos ficar atentos às mensagens que esta população tem acesso dos principais veículos de informação, a fim de evitar possíveis distúrbios alimentares e mentais (Ciampo e Ciampo, 2010).

Diante deste cenário, notamos que existem contradições sociais causadas pela mídia, pois se de um lado há a cobrança de um corpo ideal, magro e esguio para as meninas, forte e musculoso para os meninos, por outro se observa o incentivo ao consumo de alimentos calóricos e a pouca prática de atividade física. Há estímulo para crianças e jovens adotarem um padrão alimentar inadequado, sendo mais um dos fatores associados à epidemia de sobrepeso e obesidade, enquanto nota-se maior incidência de transtornos alimentares como anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN), associados ao padrão de beleza influenciado pela mídia, pela sociedade e pela família (Oliveira et al. 2003, Rosendahl *et al.*, 2009, Marins, Araújo, e Jacob, 2011, Conti, Bertolin e Peres, 2010).

Cabe aqui ressaltar que este padrão não foi sempre valorizado, visto que até o século XIX a magreza estava associada à doença, a fragilidade e à pobreza. Quanto aos homens percebe-se uma incorporação do padrão atual reforçada pela imagem dos super-heróis exibidas em filmes e desenhos, pois se tornaram mais altos e musculosos ao longo dos anos (Ciampo e Ciampo, 2010). O culto ao corpo está presente em todos os extratos sociais, mas diversifica-se na maneira como é efetuado (Ribeiro e Oliveira, 2011).

Muitos indivíduos não medem esforços e não avaliam as consequências dos seus atos ao buscarem o padrão idealizado, tornando-se escravos da imagem (Ciampo e Ciampo 2010). A pressão exercida pela mídia e sociedade favorece o consumo de suplementos alimentares, prática cada vez mais comum entre os adolescentes, sem a devida orientação. Pesquisa envolvendo 174 adolescentes do município de Santo André-SP, mostrou que 19,5% consumiam pelo menos algum suplemento

alimentar, e entre os mais frequentes figuravam os polivitamínicos, os aminoácidos, a creatina e o *whey-protein* (Reato *et al.*, 2007).

Trabalho realizado em academias, escolas e faculdades na cidade de São Paulo, que envolveu 201 voluntários, na faixa etária de 15 a 25 anos de idade, verificou que 61% já haviam utilizado suplemento, pelo menos uma vez na vida: 31% da amostra total usavam suplemento e 30% apresentavam uso progressivo. Dos que utilizavam suplemento, 36 voluntários o faziam com auto-indicação. Sobre a possibilidade de consumir suplemento, 41% dos não usuários responderam que usariam e 59% responderam que não consumiriam suplemento. Outra informação interessante deste estudo foi que os homens usavam mais suplementos que as mulheres, e os adolescentes usavam mais suplementos do que os adultos jovens (Hirschbruch, Fisberg e Mochizuki, 2008).

Resiliência e fatores de risco e proteção

Resiliência é um conceito originário da física, que a define como a capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente (Júnior, 1972). No campo da Psicologia, resiliência ainda é um conceito relativamente novo e vem sendo discutida do ponto de vista teórico e metodológico. Sua definição é frequentemente referida por processos que explicam o enfrentamento e superação de crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações (Yunes e Szymans, 2001). A resiliência é um conceito multifacetado, contextual, dinâmico e presente no desenvolvimento de qualquer ser humano (Masten, 2001).

Ao compreendermos a resiliência como resultado da interação do indivíduo com o seu ambiente, faz-se necessário o entendimento dos fatores de risco e de proteção. Para (Poletto e Koller, 2008), os fatores de risco são o conjunto de eventos negativos, que quando presentes no contexto, aumentam a probabilidade do indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Os fatores de proteção são considerados como influências positivas que modificam, melhoram ou alteram respostas individuais a determinados riscos de desadaptação. O estudo da resiliência nos traz uma compreensão dinâmica e sistêmica entre vários fatores de risco e proteção em interação. Assim, a resiliência e a vulnerabilidade só se manifestam por existir os riscos. No entanto, a resiliência se apresenta por meio de comportamentos adaptados, que permitem o desenvolvimento sadio e positivo, como respostas a estes riscos.

Os adolescentes ao se depararem com situações adversas podem obter vários tipos de respostas, algumas podem ser até eficientes, mas outras podem desencadear riscos ainda maiores. O comportamento dos adolescentes diante de situações de risco depende de sua vulnerabilidade. De acordo com (Zimmerman e Arunkumar 1994), a vulnerabilidade é definida como uma predisposição para o desenvolvimento de disfunções psicológicas ou de respostas pouco adequadas à situação. Rutter (1987), define vulnerabilidade como alterações aparentes no desenvolvimento físico e/ou psicológico de um indivíduo submetido a situações de risco e sugere que a resiliência é o processo final de mecanismos de proteção que, mesmo sem eliminar o risco, encorajam o indivíduo a se engajar e enfrentar as situações adversas. Rutter (1999), também pondera que resiliência não é uma característica ou traço individual, mas processos psicológicos que devem ser cuidadosamente examinados. Assim, pode-se considerar que resiliência não é uma característica fixa do indivíduo, mas que pode ser desencadeada ou desaparecer em determinados momentos da vida, bem como estar presente em algumas áreas e ausente em outras.

Na adolescência, compreende-se que condições familiares, sociais e comunitárias geradoras de estresse podem representar fatores de risco, tanto para a ocorrência de problemas emocionais e comportamentais, como para o aumento da vulnerabilidade alimentar. Nesta fase de desenvolvimento, intensificam-se tensões hormonais, conflitos familiares e novas inserções sociais, contribuindo para a ocorrência de modificações comportamentais e nutricionais, e o adolescente fica vulnerável ao surgimento ou agravamento de doenças crônicas relacionadas com os transtornos alimentares (Sorte, 2011).

O adolescente resiliente é capaz de desenvolver uma vida saudável mesmo quando inserido em diversas condições adversas, como já mencionado anteriormente: maior tempo fora de casa, o nível socioeconômico, situação familiar instável, a influência da escola e dos amigos, a mídia, a imagem corporal, os mitos e os tabus alimentares, a busca de autonomia e identidade. Para isto, torna-se

fundamental que o adolescente disponha de recursos promotores de resiliência, como apoio social, a existência de relações familiares baseada no diálogo, no respeito e no afeto, relações de amizade que favoreçam a competência social, ambientes escolares protetores e uma comunidade que possa propiciar fatores de proteção como inclusão econômica, social e cultural (Pesce et al., 2004). Um adolescente resiliente pode dominar situações difíceis e estressantes, reduzindo o grau de ansiedade e tendo maior percepção do estresse vivenciado, ou utilizar estratégias mais adequadas de enfrentamento dos problemas.

Considerações finais

A alimentação é uma necessidade básica, presente no nosso dia-a-dia, que é capaz de suprir necessidades fisiológicas e emocionais dos indivíduos. Porém, há pouco se discute sobre os direitos alimentares da população adolescente, sendo este tema recentemente discutido e tendo documentos estabelecidos.

Diversos fatores estruturais, ambientais ou de personalidade podem desencadear os riscos e as vulnerabilidades alimentares. Ao se avaliar o comportamento alimentar do adolescente, deve-se considerar como foi formado tal comportamento, que tipo de influência ele sofre, seja da família, dos amigos, da mídia ou da sociedade. Sendo assim, a prevenção através da construção da resiliência é o caminho mais eficaz, pois trabalhar com as potencialidades do próprio indivíduo, fortalece-o e deixa-o menos vulnerável aos riscos e comportamentos alimentares não saudáveis.

Postulando que o adolescente é um ser atuante no seu ambiente, quanto mais flexível e resistente às condições adversas e estressantes, mais ele terá condições de desenvolver estratégias benéficas ao seu desenvolvimento, o que refletirá no seu ambiente. Este trabalho de construção de resiliência do adolescente envolve a educação, a divulgação do conhecimento, a valorização dos elementos éticos e morais. Vale lembrar que a família, a escola e outras instituições que o adolescente frequenta, são pilares fundamentais nesta tarefa.

REFERÊNCIAS

- Andrade, A. e Magalhães Bosi, M.L. (2003). "Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino." *Revista de Nutrição* no. 16:117-125.
- Assis, M.A.A.D. e Nahas, M.V. (1999=). "Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar." *Revista de Nutrição* no. 12:33-41.
- Batista Filho, M. (2010). "Direito à alimentação." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* no. 10:153-154.
- Bleil, S.I. (1998=). O padrão alimentar ocidental: considerações sobre mudanças e hábitos no Brasil. *Revista Cadernos de Debate* 6: 1-25, <http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/AVIdiscednu090804095840.pdf>.
- Brasil. (1966). Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais.
- (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. edited by Senado. Brasília.
- (1990). Estatuto da Criança e do Adolescente. edited by Senado. Brasília (DF): Diário Oficial da União.
- Cambráia, R.P.B. (2004). "Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar." *Revista de Nutrição* no. 17:217-225.
- Campagnolo, P.D.B., Vitolo, M.R. e Gama, C.M. (2008). "Fatores associados ao hábito de assistir TV em excesso entre adolescentes." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* no. 14:197-200.
- Caram, A.L.A. e Lomazi, E.A. (2012). "Hábito alimentar, estado nutricional e percepção da imagem corporal de adolescentes." *Adolescência e Saúde* no. 9 (2):21-29.
- Carvalho, M.C.D.V.S., Luz, M.T. e Prado, S.D. (2011). "Comer, alimentar e nutrir: categorias analíticas instrumentais no campo da pesquisa científica." *Ciência & Saúde Coletiva* no. 16:155-163.
- Cascudo, L.D.C. (2004). *História da alimentação no Brasil*. São Paulo: Global.
- Ciampo, L.A.D. e Ciampo, I.R.L.D. (2010). "Adolescência e imagem corporal." *Adolescência e Saúde* no. 7 (4):55-59.
- Conti, Maria Aparecida, Maria Natacha Toral Bertolin, and Stela Verzinhasse Peres. 2010. "A mídia e o corpo: o que o jovem tem a dizer?" *Ciência & Saúde Coletiva* no. 15:2095-2103.
- Conti, M.A., et al. (2010). "Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da Tripartite Influence Scale de insatisfação corporal." *Cadernos de Saúde Pública* no. 26:503-513.
- Costa, A.L.F.D, Duarte, D.E. e Kuschnir, M.C.C. (2010). "A família e o comportamento alimentar na adolescência." *Adolescência e Saúde* no. 7 (3):52-58.
- Diez Garcia, R.W. (1997). "Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo." *Cadernos de Saúde Pública* no. 13:455-467.
- (2003). "Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana." *Revista de Nutrição* no. 16:483-492.
- Diouf, J. (2013). Direito à alimentação. Fome Zero.
- Ferreira, C.D.G. et al. (2012). "Alimentação na adolescência e a relação com o estresse." *Adolescência e Saúde* no. 9 (1):12-17.
- Ferreira, N., Guerra, M. e Fortunato, S. (2004). "Comportamento alimentar: bases neuropsíquicas e endócrinas." *Revista Portuguesa de Psicossomática* no. 6 (2):57-70.
- Fitzpatrick, E., L. S., Edmunds, L.S. e Dennison, B.A. (2007). "Positive effects of family dinner are undone by television viewing." *J Am Diet Assoc* no. 107 (4):666-71. doi: 10.1016/j.jada.2007.01.014.
- Gallian, D.M.C. (2007). "A desumanização do comer." *Estudos Avançados* no. 21:179-184.
- Godoy, F.D.C. et al. (2006). "Índice de qualidade da dieta de adolescentes residentes no distrito do Butantã, município de São Paulo, Brasil." *Revista de Nutrição* no. 19:663-671.
- Hirschbruch, M.D., Fisberg, M. e Mochizuki, L. (2008). "Consumo de suplementos por jovens frequentadores de academias de ginástica em São Paulo." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* no. 14:539-543.

- Hobsbawm, E. e Ranger, T. (1997). *A invenção das tradições*. Edited by 2. Rio de Janeiro: Imago.
- IBGE. (2013). *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013* [cited 31/01/2013 2013]. Available from <http://www.ibge.gov.br>.
- Júnior, J.F.D.S. (1972). *Resistência dos materiais*. São Paulo: Ao Livro Técnico.
- Leonardo, M. (2004). Antropologia da Alimentação: a cultura alimentar brasileira. *Revista Ethnic* 1.
- Levy, R.B. et al. (2010). "Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009." *Ciência & Saúde Coletiva* no. 15:3085-3097.
- Marins, B.R., Araújo, I.S.D. e Jacob, S.D.C. (2011). "A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?" *Ciência & Saúde Coletiva* no. 16:3873-3882.
- Masten, A. S. (2001). "Ordinary magic. Resilience processes in development." *Am Psychol* no. 56 (3):227-38.
- Mezomo, I. B. (2002). *Os serviços de alimentação: planejamento e administração*. São Paulo: Manole.
- Neumark-Sztainer, D., et al. (2003). "Family meal patterns: associations with sociodemographic characteristics and improved dietary intake among adolescents." *J Am Diet Assoc* no. 103 (3):317-22. doi: 10.1053/jada.2003.50048.
- Oliveira, F.P.D, et al. (2003). "Comportamento alimentar e imagem corporal em atletas." *Revista Brasileira de Medicina do Esporte* no. 9:348-356.
- Paiva, F.S.D. e Ronzani, T.M. (2009). "Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática." *Psicologia em Estudo* no. 14:177-183.
- Pesce, R.P. et al. (2004). "Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência." *Psicologia: Teoria e Pesquisa* no. 20:135-143.
- Pinheiro, A.R.D.O. e Genti, P.C. (2005). *A Iniciativa de Incentivo ao consumo de Frutas, Verduras e Legumes (f,l&v): uma estratégia para abordagem intersetorial no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA – Brasil)*. edited by Ministério da Saúde. Brasília (DF): CONSEA.
- Pinheiro, K.A.D.P.N. (2005). "História dos hábitos alimentares ocidentais." *Universitas Ciências da Saúde* no. 3 (1):173-190.
- Poletto, M. e Koller, S.H. (2008). "Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção." *Estudos de Psicologia (Campinas)* no. 25:405-416.
- Reato, L.D.F.N., et al. (2007). "Hábitos alimentares, comportamentos de risco e prevenção de transtornos alimentares em adolescentes do Ensino Médio." *Revista Paulista de Pediatria* no. 25 (1):22-26.
- Ribeiro, P.C.P. e Oliveira, P.B.R.D. (2011). "Culto ao Corpo: beleza ou doença? ." *Adolescência e Saúde* no. 8 (3):63-69.
- Romanelli, G. (2006). O significado da alimentação na família: uma visão antropológica. In *Simpósio: Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas*. Ribeirão Preto.
- Rosendahl, J. et al. (2009). "Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes." *Scand J Med Sci Sports* no. 19 (5):731-9. doi: 10.1111/j.1600-0838.2008.00821.x.
- Rossi, A., Moreira, E.A.M. e Rauen, M.S. (2008). "Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família." *Revista de Nutrição* no. 21:739-748.
- Rutter, M. (1987). "Psychosocial resilience and protective mechanisms." *Am J Orthopsychiatry* no. 57 (3):316-31.
- (1999). "Resilience concepts and findings: implications for family therapy." *Journal of Family Therapy* no. 21 (2):119-144. doi: 10.1111/1467-6427.00108.
- Salvatti, A.G. et al. (2011). "Padrões alimentares de adolescentes na cidade de São Paulo." *Revista de Nutrição* no. 24:703-713.
- Santos, C.R.A.D. (2006). O império Mcdonald e a Mcdonalização da sociedade: alimentação, cultura e poder. *Seminário Facetas do Império na História*: 1-23.
- Silva, F.C. D. et al. (2007). "Proporção de anemia de acordo com o estadiamento puberal, segundo dois critérios diagnósticos." *Revista de Nutrição* no. 20:297-306.

- Silva, I., Pais-Ribeiro, J.L. e Cardoso, H. (2008). "Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar." *Psicologia, Saúde & Doenças* no. 9:189-208.
- Silva, J.G.D., Teixeira, M.L.D.O. e Ferreira, M.D.A. (2012). "Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes." *Escola Anna Nery* no. 16:88-95.
- Sorte, N.C.A.B. (2011). *Problemas de comportamento, resiliência e sobrepeso/obesidade em adolescentes: estudando um contexto de transição urbano-rural* Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- TerraCarta, da. 2013. Carta da Terra.
- Toral, N., Conti, M.A. e Slater, E. (2009). "A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos." *Cadernos de Saúde Pública* no. 25:2386-2394.
- Viana, V., Franco, T. e Morais, C. (2011). "O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: Influência do peso e das atitudes de controlo da mãe." *Psicologia, Saúde & Doenças* no. 12:267-279.
- Viana, V., Santos, P.L.D. e Guimarães, M.J. (2008). "Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura." *Psicologia, Saúde & Doenças* no. 9:209-231.
- Vieira, V.C.R., et al. (2005). "Alterações no padrão alimentar de adolescentes com adequação pondero-estatural e elevado percentual de gordura corporal." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* no. 5:93-102.
- Vitalle, M.S.D.S. (2011). "Vulnerabilidade e risco na adolescência." In *Adolescência uso e abuso de drogas: uma visão integrativa*, edited by Silva EA and de Micheli D, 51-69. São Paulo: FAP-UNIFESP.
- (2007). "Diets e Modismos alimentares na adolescência." In *Hebiatria – Medicina da adolescência*, edited by Reato LFN Crespim J, 487-495. São Paulo: Roca.
- Yunes, M.A.M. e Szymans, E. (2001). *Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas*. São Paulo: Cortez.
- Zimmerman, M.A. e Arunkumar, R. (1994). "Resiliency research: implications for schools and policy." *Social Policy Report* no. 8 (4):1-18.

SOBRE OS AUTORES

Laura Giron Uzunian: Nutricionista graduada no Centro Universitário São Camilo em 2006. Especialista em Nutrição Clínica Funcional pela Universidade Cruzeiro do Sul em 2009. Especialista em Fisiologia do Exercício pelo Centro de Estudos de Fisiologia do Exercício (UNIFESP) em 2010. Mestranda da Universidade Federal de São Paulo, pelo programa de Educação e Saúde na Infância e na Adolescência, com previsão para término em agosto de 2014. Investigadora no Grupo de Pesquisa Atenção Integral e Interdisciplinar ao Adolescente – UNIFESP.

Tania Sakuma: Mestranda do Programa de Pós Graduação em Educação e Saúde da Infância e Adolescência pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especializada em Medicina Comportamental pela Escola Paulista de Medicina Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Psicopedagoga (PUC-SP), Pedagoga e licenciada em Letras pela Universidade de São Paulo (FE-USP/FFLCH-USP), pós-graduada pelo Depto de Educação da Akita University Japão, Certificada pela European Coaching Association e pela Metaforum Internacional em Coaching Sistêmico. Atua como educadora, coach, consultora e ministrando cursos e palestras em congressos, organizações educacionais e empresariais, abordando vários temas como Coaching para Crianças e Adolescentes, Programas de Resiliência, Potencialização da Aprendizagem, Metacognição, Desenvolvimento e Mapeamento Competências e Habilidades das crianças e adolescentes, Neurociência aplicada à Educação, Dificuldades e Facilidades de Aprendizagem, Aprendizagem Organizacional (Learning Organization), entre outros.

Ana Cristina Gonçalves de Azevedo: Nutricionista graduada pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 1990. Especialista em Nutrição Clínica pela Faculdade São Camilo em 1996. Mestranda da Universidade Federal de São Paulo, pelo programa de Educação e Saúde na

Infância e na Adolescência, com previsão para término em agosto de 2014. Atuação como docente no Curso Técnico em Nutrição e Dietética pelo Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza (CEETPS). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação e Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável do CEETPS.

Leanna Dutra: Advogada graduada na Faculdade de Direito do Vale do Rio Doce em 2008. Especialista em Consultoria Jurídica Empresarial em 2010 (UNISEB). Mestranda da Universidade Federal de São Paulo, pelo programa de Educação e Saúde na Infância e na Adolescência, com previsão para término em agosto de 2014.

Rafaella Vidal: Nutricionista graduada pela Faculdade de Tecnologia e Ciências em 2010. Especialista em Nutrição Clínica e Metabologia pela Universidade Gama Filho em 2012. Atualização Profissional no CAAA-Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente – UNIFESP.

Maria Sylvia de Souza Vitale: Graduada em Medicina pela Universidade de Mogi das Cruzes (1982), Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo /Unifesp(1994) e Doutora em Medicina pela Unifesp(2001). Membro do Departamento de Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo desde 1991. Chefe do Setor de Medicina do Adolescente - Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente - da Disciplina de Especialidades Pediátricas do Departamento de Pediatria (Unifesp) desde 2007. Membro da Comissão de Pós-Graduação e Professor Permanente do Programa Educação e Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo, desde 2009. Orientadora do Programa de Pós-Graduação Educação e Saúde na Infância e na Adolescência nas linhas: 1. A Integridade física, emocional e intelectual da criança e do adolescente e 2. Questões relacionadas à infância e adolescência na formação de educadores e de profissionais de saúde, no Projeto Temático Vulnerabilidades e Processos de Escolarização, cujo Núcleo Temático é Vulnerabilidades e riscos na atenção integral e interdisciplinar ao adolescente.

GLOBAL  KNOWLEDGE
ACADEMICS

