



**DÉBORAH PIMENTEL**

A idealizadora e coordenadora dos trabalhos que culminaram nesta obra, é escritora, médica e psicanalista, fundadora e Presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe, foi Presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise e vice-presidente em duas gestões. É filiada a *International Federation of Psychoanalytic Societies*.

Membro da Sociedade Brasileira dos Médicos Escritores - Regional Sergipe; imortal da Academia Sergipana de Medicina da qual foi presidente por duas gestões consecutivas e é membro fundadora da Academia Sergipana de Educação.

Professora do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe nas disciplinas: Ética, Bioética e Habilidades de Comunicação; Medicina Legal, Deontologia e Perícia Médica.

É mestre e doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe. Autora de sete livros, organizadora de mais seis obras e convidada de 15 capítulos de livros. Tem dois prefácios de livros biográficos, dezenas de artigos em periódicos científicos e mais de uma centena de textos em revistas e jornais.

Ao associar ações de humanização com espiritualidade ao sabor das artes em geral, se abre um caminho para formar médicos que compreendam o ser humano na sua maior amplitude. Um médico que preste atenção integral ao paciente, ciente de que o exercício pleno da medicina não se esgota na utilização de recursos tecnológicos.

Lúcio Prado Dias

A palavra humanização tem sido constantemente entreposta no contexto da saúde. Esse termo não possui uma definição precisa, indicando frequentemente o modo de assistência que valoriza a qualidade do cuidado na perspectiva técnica, relacionada ao reconhecimento dos direitos do paciente, da subjetividade e da cultura deste, como também considerando o que se refere ao profissional.

Ricardo Azevedo Barreto

É necessária uma integração do conhecimento científico/técnico com a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade para obter resultados mais eficazes, visando o melhor atendimento aos pacientes.

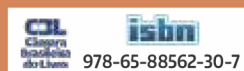
Vera Maria Silveira de Azevedo

Os médicos que mantiverem a arte de ouvir e se relacionar bem com seus pacientes serão os que terão destaque.

Ricardo Queiroz Gurgel

Era nosso objetivo tentar entender a arte em toda a sua capacidade caleidoscópica, através da música, da dança, do teatro, do cinema, da fotografia, das artes plásticas, tais como pintura, desenho, escultura, artesanato, entre outras ações, que podem gerar mais cores e nuances às boas práticas em saúde, quer favorecendo a relação médico-paciente, estreitando laços, quer imprimindo movimentos que geram maior adesão ao tratamento, ou ainda como instrumento terapêutico para o paciente, assim como uma válvula de escape para maior higidez mental dos próprios profissionais e cuidadores.

Déborah Pimentel



**Medicina: um encontro humanizado entre Ciência, Arte e Espiritualidade**

**ORGANIZADORES:** Déborah Pimentel • Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira Gabriely Matos • Leticia Figueiredo Martins • Pedro Lucas Ferraz Ramos Roberta Pimentel Rebello de Mattos • Tiago da Silva Pereira Santos



# Medicina: um encontro humanizado entre Ciência, Arte e Espiritualidade

**ORGANIZADORES**

**Déborah Pimentel**

**Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira**

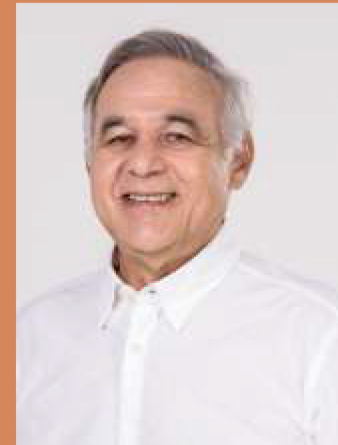
**Gabriely Matos**

**Leticia Figueiredo Martins**

**Pedro Lucas Ferraz Ramos**

**Roberta Pimentel Rebello de Mattos**

**Tiago da Silva Pereira Santos**



**WAGNER BRAVO**

Presidente da

Rede Primavera Saúde

Esta publicação conceitua a arte de curar, integrando-se o apuro ao sentimento e a alma, estabelecendo-se assim um elo especial na relação médico-paciente. Nessa perspectiva recomenda-se tal envolvimento desde a formação acadêmica, fazendo nascer assim, nos iniciantes, um contexto empático no uso de tais habilidades ao longo de seus estudos. Outro aspecto que chama à atenção neste trabalho é a forma como a espiritualidade é abordada diante da arte, fazendo entender a importância de transmitir maior confiança durante os tratamentos, sempre suavizados à sombra da humanização.

# Medicina: um encontro humanizado entre Ciência, Arte e Espiritualidade



© Copyright 2023 by Déborah Pimentel

Todos os direitos desta edição reservados ao autor. Proibida a reprodução total ou parcial, por qualquer meio ou processo, com finalidade de comercialização ou aproveitamento de lucro ou vantagens, com observância da Lei de regência. Poderá ser reproduzido texto, entre aspas, desde que haja clara menção do nome do autor, título da obra, edição e paginação. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Editoração  
Editora ArtNer

Diagramação  
Joselito Miranda

Revisão  
Éverton Santos

Capa: Roseilde Reis  
Imagem: *O Médico* (1933), de Luke Fildes – Wikipedia

Impressão  
Graf Marques

Imagens  
pexel.com

Printed in Brazil / Impresso no Brasil

**EDITORA ARTNER**

Tel.: (79) 99131-7653 • editoraartner@gmail.com • www.artner.com.br

ORGANIZADORES

Déborah Pimentel

Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira

Gabriely Matos

Leticia Figueiredo Martins

Pedro Lucas Ferraz Ramos

Roberta Pimentel Rebello de Mattos

Tiago da Silva Pereira Santos

# Medicina: um encontro humanizado entre Ciência, Arte e Espiritualidade

Aracaju-SE

EDITORA  
**ArtNer**

2023



## Colaboradores desta obra

Alane Rocha Rodrigues  
Aléxia Laureano Rosas  
Allan Maia Andrade de Souza  
Amanda Rodrigues da Boa Morte  
Ana Beatriz Leite Aragão  
Ana Helena Prado Santana Campos  
Ana Maria Ribeiro Fonseca  
Ana Tereza da Costa Peixoto  
Anna Valeska Procópio  
Anne Aires Vieira Batista  
Anselmo Mariano Fontes  
Arthur Vinícius Almeida Lima  
Beatriz Barbosa Oliveira Falheiros  
Byanka Porto Fraga  
Caio Vinicius Brito Lima  
Camila Pires de Sá  
Clara Virgínia Diógenes Santana Santos  
Clarissa Avancini  
Daniella Maia Teles Souza  
Danilo Bastos Bispo Ferreira  
Déborah Pimentel  
Felipe Matheus Sant'anna Aragão  
Fernanda Bastos Bispo Ferreira  
Fernanda Pessoa  
Fernanda Tourinho  
Gabriel Pedro Gonçalves Lopes  
Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira  
Gabriely Matos  
Givanildo Santana Pereira  
Guilherme Coelho Dantas

Halley Ferraro Oliveira  
Hulemar Andrade Vasconcelos  
Iapunira Catarina Sant'anna Aragão  
Izabela Lúcio Cardoso Freire  
Jaqueline Medeiros Silva Calafate  
Jerocílio Maciel de Oliveira Júnior  
João Henrique Carvalho de Jesus  
João Vítor Santos Gomes  
Johnata de Jesus Santos  
José Aderval Aragão  
José Eugenio Silveira de Moraes  
José Genilson Alves Ribeiro  
José Júlio Seabra Santos  
Judith Costa Neta  
Julia Maria Teixeira Barros  
Juliana Santos Teles  
Jussiely Cunha Oliveira  
Kaio Felipe Vieira Santos  
Kathleen Ribeiro Souza  
Laércio Medeiros Silva Júnior  
Lauro Roberto de Azevedo Setton  
Leda Maria Delmondes Trindade  
Leticia Figueiredo Martins  
Letícia Rocha Sobral  
Lorena dos Santos Blinofi Cruz  
Lucas Barbosa de Santana  
Lúcio do Prado Dias  
Luiz Antonio Belarmino Mizael

Luiz Phillipe Silva de Azevedo  
Marcella Brandão Abelha  
Maria do Socorro Diniz  
Maria Jésia Vieira  
Maria Suely Silva Melo  
Marcos Marcelo Santos  
Marina Elizabeth Cavalcanti De Sant'anna Aragão  
Nathália Teles Fontes  
Nino Karvan  
Nyaria Flêmera de Souza  
Patrícia Chaves de Oliveira Aragão  
Paulo Solti  
Pedro Guilherme de Jesus Oliveira  
Pedro Henrique Santos de Jesus  
Pedro Lucas Ferraz Ramos  
Rachel Barreto Sotero Góis  
Raimundo Sotero de Menezes Filho  
Ricardo Alves de Oliveira  
Ricardo Azevedo Barreto  
Ricardo Queiroz Gurgel  
Roberta Machado Pimentel Rebello de Mattos  
Sabrina Oliveira Santos  
Sara Thainá Bela da Silva  
Sidney Augusto Silva Passos  
Silvianne Barroso Viana  
Tiago da Silva Pereira Santos  
Vera Maria Silveira de Azevedo  
Wagner Bravo Oliveira



## Colaboradores institucionais desta obra



# Sumário

Apresentação.....	15
Prefácio .....	19
Prólogo.....	21
<b>HUMANIDADES</b>	
A empatia e a sua importância para o desenvolvimento de uma medicina humanizada .....	25
<i>Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira</i> <i>José Júlio Seabra Santos</i>	
A humanização holística ao paciente em cuidados paliativos: o que estamos esperando?.....	40
<i>Vera Maria Silveira de Azevedo</i> <i>José Eugenio Silveira de Moraes</i>	
Arte como ferramenta de aprendizado para humanização da medicina.....	52
<i>José Aderval Aragão</i> <i>Felipe Matheus Sant'anna Aragão</i> <i>Iapunira Catarina Sant'anna Aragão</i> <i>Marina Elizabeth Cavalcanti se Sant'anna Aragão</i>	
Humanização no pré-natal: ultrassonografia natural como ferramenta de cuidado.....	59
<i>Marcella Brandão Abelha</i> <i>Silvianne Barroso Viana</i>	
Importância da espiritualidade na educação médica e da humanização na relação médico-paciente.....	64
<i>Ana Helena Prado Santana Campos, Ana Maria Ribeiro Fonseca</i> <i>Letícia Rocha Sobral, Lorena dos Santos Blinofi Cruz</i> <i>Luiz Phillipe Silva de Azevedo, Nathália Teles Fontes</i> <i>Sabrina Oliveira Santos, Yasmin Tourinho Delmondes Trindade</i> <i>Halley Ferraro Oliveira</i>	
A arte na vida do estudante de medicina para uma humanização constante.....	74
<i>Kathleen Ribeiro Souza</i> <i>Guilherme Coelho Dantas</i>	
A Medicina Narrativa e seus impactos na formação de médicos mais humanizados .....	81
<i>Letícia Figueiredo Martins</i>	

Sou uma profissional da saúde, mas um dia fui “paciente”.....	87
<i>Anne Aires Vieira Batista</i>	
Relação entre cuidadores e pacientes portadores de doenças neurodegenerativas.....	92
<i>Lauro Roberto de Azevedo Setton, Ricardo Alves de Oliveira Gabriel Pedro Gonçalves Lopes Camila Pires de Sá Déborah Mônica Machado Pimentel</i>	
Ética e respeito entre o médico e seu paciente: uma realidade no tratamento das doenças.....	106
<i>Raimundo Sotero de Menezes Filho</i>	
A relação médico-paciente na psiquiatria contemporânea .....	109
<i>Izabela Lúcio Cardoso Freire Danilo Bastos Bispo Ferreira</i>	
A humanização em saúde: o que fazer do dó ao si e outras notas.....	116
<i>Ricardo Azevedo Barreto</i>	

## ESPIRITUALIDADE

A religião como ferramenta na saúde mental .....	125
<i>Johnata de Jesus Santos Lucas Barbosa de Santana José Genilson Alves Ribeiro</i>	
O papel da espiritualidade no enfrentamento à pandemia de Covid-19 e o seu manejo por profissionais de saúde.....	133
<i>Jaqueline Medeiros Silva Calafate Laércio Medeiros Silva Júnior</i>	
Espiritualidade e arte no processo decisório: relato de experiência.....	139
<i>Maria Jésia Vieira</i>	
O transcendental na academia médica: a importância do ensino sobre espiritualidade e religiosidade na formação médica no Brasil .....	142
<i>Fernanda Bastos Bispo Ferreira Danilo Bastos Bispo Ferreira</i>	
A importância da espiritualidade em tempos de pandemia.....	147
<i>Pedro Henrique Santos de Jesus, Judith Costa Neta Caio Vinicius Brito Lima, Luiz Antonio Belarmino Mizael Arthur Vinicius Almeida Lima, João Henrique carvalho de Jesus Pedro Guilherme de Jesus Oliveira, Allan Maia Andrade de Souza Déborah Pimentel</i>	

## ARTE COMO INSTRUMENTO

A música e seus impactos nos cuidados paliativos .....	157
<i>Alane Rocha Rodrigues</i> <i>Fernanda Tourinho</i>	
A arteterapia na terceira idade .....	166
<i>Ana Beatriz Leite Aragão, Julia Maria Teixeira Barros</i> <i>Yussef Sab, Jerocílio Maciel de Oliveira Júnior</i>	
Medicina e cinema .....	174
<i>Byanka Porto Fraga</i> <i>Jacques Rancière</i>	
Cinema: ilusão, arte, humanidades .....	179
<i>Anselmo Mariano Fontes</i>	
A criatividade como fonte de diagnóstico e terapia para transtornos e doenças mentais .....	184
<i>Ana Tereza da Costa Peixoto, Kaio Felipe Vieira Santos</i> <i>Pedro Lucas Ferraz Ramos, Sara Thainá Bela da Silva</i>	
Música, neurociência e autismo: unindo arte e saúde em uma abordagem interdisciplinar .....	195
<i>Clara Virgínia Diógenes Santana Santos</i> <i>Nino Karvan</i>	
O humor em função da medicina: uma viagem através da história .....	206
<i>João Víctor Santos Gomes</i> <i>Hulemar Andrade Vasconcelos</i>	
Abuso infantil: a arte como um instrumento de prevenção, diagnóstico e tratamento .....	216
<i>Beatriz Barbosa Oliveira Falheiros</i> <i>Patrícia Chaves de Oliveira Aragão</i>	
Psicopatologia e cinema: uma intercessão valiosa na construção do saber médico .....	233
<i>Fernanda Bastos Bispo Ferreira</i> <i>Danilo Bastos Bispo Ferreira</i>	
A influência da musicalidade como recurso terapêutico para pacientes na terceira idade.....	239
<i>Amanda Rodrigues da Boa Morte, Daniella Maia Teles Souza</i> <i>Sidney Augusto Silva Passos, Willian Moreira Leão e Silva</i> <i>Givanildo Santana Pereira</i>	
O uso da arteterapia como instrumento no tratamento de pacientes com câncer .....	256
<i>Aléxia Laureano Rosas</i> <i>Welna Almeida</i>	

Musicoterapia: uma conduta terapêutica com as e para além das humanidades.....	263
<i>Juliana Santos Teles</i> <i>Maria Suely Silva Melo</i>	
Arte e catarse: as faces da lou(cura).....	278
<i>Nyaria Flêmera de Souza</i> <i>Danilo Bastos Bispo Ferreira</i>	
O acesso à arte como ferramenta fundamental no desenvolvimento da empatia e de uma medicina humanizada .....	284
<i>Gabriely Matos</i> <i>Fernanda Pessoa</i>	
Arte no ensino médico para análise clínica e diagnóstico.....	289
<i>Clarissa Avancini</i>	
A literatura como ferramenta de humanização e terapia .....	300
<i>Tiago da Silva Pereira Santos</i>	
<b>EDUCAÇÃO MÉDICA</b>	
Levantando questões e ampliando olhares .....	307
<i>Maria do Socorro Diniz</i> <i>Paulo Solti</i>	
Reflexões sobre a obra O homem diante da morte, de Philippe Ariès: contribuições para a prática médica .....	312
<i>Anna Valeska Procópio</i>	
Formar-se médico ou ser médico? .....	333
<i>Leda Maria Delmondes Trindade</i>	
Síndrome de Burnout: o que é? Como tratar? .....	345
<i>Raimundo Sotero de Menezes Filho</i> <i>Rachel Barreto Sotero Góis</i>	
Uso de metodologias ativas como ferramenta empática para o processo de aprendizagem .....	350
<i>Jussielly Cunha Oliveira</i>	
Posfácio.....	358

---

*Ser professor é poder trocar experiências com os seus alunos.  
O ensino é a forma mais privilegiada de se aprender.  
Dedico este livro aos acadêmicos de medicina que fazem  
interlocução comigo e muito me ensinam. São vocês que dão  
sentido ao meu mister.*

*Déborah Pimentel*

*O médico vê na palavra um recurso terapêutico, o escritor parte  
dela para a criação artística. Há momentos, porém, em que  
literatura e Medicina se superpõem.  
Escritores escrevem sobre doença. Médicos procuram  
dar uma forma literária a seu trabalho.*

*Moacyr Scliar*

*A arte da medicina consiste em distrair o paciente  
enquanto a natureza cuida da doença.*

*Voltaire*

---



## Apresentação

*É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem.*

*Hipócrates*

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.*

*Carl Jung*

**E** com muita alegria que lhes apresento este livro, escrito com a colaboração dos meus alunos de medicina, professores e profissionais da área da saúde de múltiplas categorias. Esta publicação não seria possível sem os essenciais suportes das Academias Sergipanas de Medicina, de Educação e de Letras; da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Secção Sergipe; da Rede Primeira; do Hospital do Coração e da Clínica San Giovanni. A todos o nosso muito obrigado.

A ideia levada como um desafio para os autores era elencar os mais variados aspectos humanísticos que fazem da medicina, para além da ciência, uma arte. Enquanto a ciência lida com competências técnicas com objetivos de cura, os elementos artísticos visam a empatia e o cuidado que precisamos oferecer ao nosso paciente.

E mais, era nosso objetivo também tentar entender a arte em toda a sua capacidade caleidoscópica, através da música, da dança, do teatro, do cinema, da fotografia, das artes plásticas, tais como pintura, desenho, escultura, artesanato, entre outras ações, que podem gerar mais cores e nuances às boas práticas em saúde, quer favorecendo a relação médico-paciente, estreitando laços, quer imprimindo movimentos que geram maior adesão ao tratamento, ou ainda como instrumento terapêutico para o paciente, assim como uma válvula de escape para maior higidez mental dos próprios profissionais e cuidadores.



As escolas médicas perceberam que trabalhar com as artes na formação acadêmica ajuda os estudantes de Medicina a aprimorarem suas habilidades de observação e comunicação e os torna sujeitos mais empáticos. Entendemos que o envolvimento dos estudantes de medicina com as artes aumenta a exposição individual a múltiplas experiências sensoriais que aguçam o desenvolvimento cognitivo e neurológico e, principalmente, potencializam o seu desenvolvimento como sujeito.

Ou seja, a arte pode ser um instrumento sensibilizador e facilitador do próprio processo de ensino e aprendizagem na forma de lidar com e entender a complexa subjetividade dos nossos pacientes e a natureza daquilo que é próprio do ser humano.

Não é por acaso que a introdução das artes no currículo médico tem despertado interesse crescente no mundo inteiro e tem sido objeto de estudos com vertentes humanísticas e espiritualizadas.

Através dos saraus promovidos pelos meus alunos na disciplina Ética Médica, na nossa universidade, e por meio da análise de obras de arte de artistas mundiais consagrados ou da análise de produção autoral dos próprios estudantes, temos exercitado a promoção do significado humanístico de compromisso e aliança terapêutica com os pacientes, despertando sensibilidade e reflexões, inclusive sobre a morte, que irão agregar valor às suas competências clínicas no seu desenvolvimento técnico-científico.

Nas nossas aulas, trazemos também o cinema como instrumento de humanização. O cinema tem vocação como recurso didático humanizador por ser uma ferramenta que permite a correlação dos filmes com a prática e a ética médicas, os valores de um exercício profissional elegante e respeitoso, que essencialmente não fira a dignidade dos nossos pacientes.

A nossa intenção com esses experimentos é fazer com que esses alunos que chegam ao curso de medicina com um pensamento pragmático e lógico liberem a sua criatividade e imaginação, questionem e pensem de forma crítica e possam experimentar novas possibilidades e percepções que serão importantes na sua vida profissional. Além disso, é perceptível o genuíno prazer que os alunos tiram dessas práticas.

Que eles não se deixem contaminar por um currículo oculto, talvez perverso, de exemplos de médicos, às vezes seus próprios professores,

automatizados pela rotina, que funcionam sem pensar, não exercem o autocuidado e esquecem a delicadeza da arte médica, muitas vezes pensando apenas nos resultados financeiros.

Lidar com a própria espiritualidade ou estimular a do seu paciente requer aspectos humanísticos bem desenvolvidos. As artes podem servir de instrumentos que fomentarão as habilidades de comunicação, trarão bons sentimentos e uma percepção genuína da importância dos valores que envolvem a subjetividade das biografias dos seus pacientes, que precisam ser valorizadas, estes, sim, perfeitas obras de arte divinas, únicas, que exigem do médico uma escuta e interpretação adequadas de seu sofrimento.

As artes e o exercício da espiritualidade favorecem aos futuros médicos melhores e maiores habilidades de comunicação, pois transmitem confiança e descortinam novos sentidos e trazem possibilidades de novos conhecimentos, além de se tornarem instrumentos de cura.

Ciência e humanização não podem caminhar dissociadas. Deve haver sempre um equilíbrio entre a técnica e a captura da alma do paciente para uma maior compreensão das dores dele, via sensibilidade de um médico, que, tal qual um artista, valoriza o Divino refletido na arte.

***Profa. Dra. Déborah Pimentel***

*Psicanalista, membro do Círculo Brasileiro de Psicanálise e da International Federation of Psychoanalytic Societies.  
Membro das Academias Sergipanas de Educação e de Medicina e da Sociedade Brasileira dos Médicos Escritores.  
Professora da Universidade Federal de Sergipe das disciplinas:  
Ética, bioética e habilidades de comunicação;  
Medicina legal, perícia médica e deontologia.*



## Prefácio

A Medicina é Ciência e Arte, possivelmente todos já ouviram isso e provavelmente acreditam nisso também (será mesmo?). No entanto, com o aumento da tecnologia e o uso difundido de algoritmos para estabelecer diagnósticos e ditar condutas, tem crescido o receio de que a Arte esteja sendo desvalorizada na Prática Médica por ser desnecessária para o exercício da profissão.

Mas esse desastre não deverá acontecer porque, como a Medicina e a Prática Médica são atividades que as pessoas valorizam, principalmente quando elas são mais acolhidas e escutadas, os Médicos que mantiverem a Arte de ouvir e se relacionar bem com seus pacientes serão os que terão destaque. Gravar (decorar) *guidelines* e prescrever medicamentos que estão escritos na “rotina” do serviço é fácil, e ninguém se lembra de quem faz isso. Porém, atender as pessoas individualizando-as, chamando-as pelos seus nomes, preocupando-se, verdadeiramente, com sua boa recuperação e da sua família, faz com que sejamos lembrados e queridos. Isso não é fácil, porém é o melhor que podemos e devemos fazer!

Mas seria possível relacionar e fazer uso da Arte e da Ciência juntas para melhorar a Prática Médica? Este livro tem essa pretensão e consegue nos presentear com leituras muito promissoras e interessantes. Podem a música e a dança serem úteis na humanização do atendimento em situações de cuidados paliativos? Isso é tratado aqui com muito cuidado e com boas sugestões de uso. A música também pode ser muito eficaz na condução de crianças com Transtorno do Espectro Autista – TEA. Isso é a Arte ajudando a Medicina, e já podemos usar o método científico para validar sua efetividade. A Dança, que já foi objeto de estudo de Doutorado aqui em Aracaju, deu muito certo. A Espiritualidade e a Religiosidade podem ser muito úteis para a boa saúde mental, mostrado aqui de forma exemplar.

E a literatura e o cinema, em que nos podem ser ferramentas de real eficácia para o diagnóstico e o tratamento? Neste livro vemos como a literatura pode ser essa ferramenta de humanização e de terapia.

O cinema é visto também como poderoso auxiliar na formação do Médico e na construção do saber médico. O teatro também é de uma importante contribuição para a atuação Médica, e o exemplo dos Doutores da Alegria aqui nos mostra como essa associação é tão querida e eficaz para o bem-estar de pacientes internados.

Porém, o grande papel deste livro, e quero parabenizar a Professora Déborah Pimentel por ter organizado essa iniciativa e conduzido sua construção, é o quanto de Arte incutiu nas suas formações como Médicos que serão. Sem dúvidas, mantendo o estudo das disciplinas da formação em Medicina, procurando tratar com cuidado os seus pacientes, vocês irão exercitar a Ciência na sua principal finalidade, como disse Bertolt Brecht, que estudou Medicina e trabalhou como Enfermeiro na Primeira Guerra Mundial, que disse na voz de Galileu Galilei: “Eu sustento que a maior finalidade da ciência é aliviar a canseira da existência humana”.

Vocês estão procurando fazer isso ao estudar corretamente a Ciência Médica com Arte e com afeto.

Belo livro para se deliciar e aprender!

**Ricardo Queiroz Gurgel**

*Professor Titular de Pediatria, Departamento de Medicina de Aracaju  
e dos Programas de Pós-Graduação em Ciências da Saúde,  
Biologia Parasitária e de Gestão Tecnológica em Saúde da UFS.  
Pesquisador CNPq 1C.*

## Prólogo

Os temas estão bem claros e definidos nesta nova publicação que tem a coordenação da professora Déborah Pimentel, colega e amiga que a jornada da vida me trouxe ao fraterno convívio, notadamente nas ações que envolvem a Academia Sergipana de Medicina e a Sociedade Brasileira de Médicos Escritores na nossa regional de Sergipe.

Ao associar ações de humanização com espiritualidade ao sabor das artes em geral, se abre um caminho para formar médicos que compreendam o ser humano na sua maior amplitude. Um médico que preste atenção integral ao paciente, ciente de que o exercício pleno da medicina não se esgota na utilização de recursos tecnológicos. É muito compreensível que o tecnicismo tente se impor na relação médico-paciente, no entanto cada vez mais elementos humanísticos começam a se interpor com excelentes resultados.

Mas não é tarefa fácil em curto tempo mudar paradigmas, despertar novas atitudes e novos valores. É preciso um caminho definido e claro, necessita-se de uma caminhada longa e persistente, sem aguardar ansiosamente uma chegada gloriosa, terminal.

Essa longa caminhada vem sendo feita com persistência e tenacidade pela professora Déborah Pimentel, envolvendo as artes, no seu sentido mais abrangente, na formação de seus alunos. O filósofo Francis Bacon, um dos fundadores do método indutivo de investigação, cujos estudos contribuíram para a história da ciência moderna, certa feita deixou escapar: “As condutas, assim como as doenças, são contagiosas”.

Para o professor Pablo Gonzales Blasco, “a medicina é ciência e arte. Uma arte científica, se preferirmos”. A formação cultural surge, pois, como uma necessidade. É natural que, sendo a matéria-prima da profissão médica o próprio ser humano, tudo aquilo que contribua para entendê-lo melhor se converte em instrumento de trabalho.

Portanto, é com júbilo que apresento *Medicina: um encontro humanizado entre Ciência, Arte e Espiritualidade*, um conjunto de 37 capítulos

distribuídos em quatro eixos: humanização, espiritualidade, arte e formação médica. Os temas são palpantes e nos trazem reflexões profundas.

Concluindo, evoco Milton Nascimento, em “Certas Canções”:

Certas canções que ouço / Cabem tão dentro de mim / Que perguntar carece / Como não fui que fiz. / Certa emoção me alcança / Corta minha alma sem dor / Certas canções me chegam / Com se fosse o amor... Calor que invade, arde, queima, encoraja / Amor que invade, arde, carece de cantar!

***Lúcio Antônio Prado Dias***

*Membro das Academias Sergipanas de Medicina e de Letras.  
Presidente da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Sergipe.*

# HUMANIDADES







## A empatia e a sua importância para o desenvolvimento de uma medicina humanizada

Gabriel Valentim dos Santos Menezes Siqueira<sup>1</sup>

José Júlio Seabra Santos<sup>2</sup>

*Não é o diploma médico, mas a  
qualidade humana, o decisivo.*

*Carl Jung*

**D**esde os primórdios, a humanidade utilizou a arte como um meio para expressar desde algum acontecimento cotidiano até o significado de suas vidas. A humanidade médica pode servir como suporte para o entendimento da natureza humana, através de reflexões e habilidades essenciais para o bem-estar pessoal (MI *et al.*, 2021).

Em geral, a discussão sobre todos os papéis das artes na vida da sociedade está, por exemplo, na filosofia e na história da arte, porém, no último século, houve um maior interesse por parte dos psicólogos e, ainda mais recentemente, neurocientistas em investigar de modo científico todos os detalhes que a arte pode proporcionar para o ser humano (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Sobre o que pode definir uma experiência artística, é possível inferir que está relacionada com o prazer que a interação com a obra causa, cabendo à ciência tentar identificar e descrever todos os processos perceptivos e emocionais que estão nesse meio. É importante entender que apenas essa visão acaba limitando as possíveis experiências e

---

1 Acadêmico do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju-SE.

2 Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Especialista em Clínica Médica pela Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Especialista em Educação e Administração Educacional pela Associação de Ensino e Cultura Pio Décimo. Acupunturista.

capacidades humanas que podem ser identificadas (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Entre as experiências que uma pessoa pode ter ao apreciar a arte, isso pode ser entendido como uma habilidade que permite cultivar “excelências de caráter”, em virtude de toda uma interpretação e do pensamento crítico envolvido no processo, indo além das qualidades estéticas das obras (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Ao longo dos anos, a temática das humanidades tem sido cada vez mais adotadas nas bases curriculares de escolas de medicina em razão da deficiência dos alunos em identificar e analisar imagens ou padrões de doenças, além de ser um meio eficiente para o desenvolvimento da empatia e do autocuidado e para a diminuição do abismo entre as habilidades técnicas e as habilidades humanizadas (MUKUNDA *et al.*, 2019).

A empatia pode ser entendida como o reconhecimento do médico da dor ou do sofrimento de uma outra pessoa por meio de uma resposta afetiva e comportamental autorregulada, sem deixar que a situação se misture e se confunda com o estado emocional do médico e suas experiências (LAUGHEY *et al.*, 2021; SAMARASEKERA *et al.*, 2022; ZHOU *et al.*, 2021).

Em relação à empatia, dois tipos possuem destaque: a cognitiva e a emocional. A empatia cognitiva é definida como a capacidade de perceber emoções nos outros e a atribuição de estados mentais a eles. A emocional, por sua vez, é descrita como o envolvimento emocional que ocorre diante do sofrimento de outra pessoa (GUIDI; TRAVERSA, 2021).

Através de estudos com a neuroimagem funcional, foi descoberto que os componentes da empatia envolvem diferentes processos psicológicos, dependendo de mecanismos neurais distintos, principalmente entre a empatia emocional e a preocupação empática (DECETY, 2020).

A empatia emocional está relacionada com a amígdala, a ínsula e o córtex somatossensorial, ou seja, circuitos relacionados com o processamento do afeto e a ressonância emocional. A preocupação empática, ou compaixão, na medicina contemporânea, por sua vez, relaciona-se com as estruturas de cuidado parental – hipotálamo, estriado e substância cinzenta periaquedutal – e tomada de decisão, o córtex pré-frontal ventromedial (DECETY, 2020).

Em razão de a cultura médica ter uma visão das empatias cognitiva e emocional como mutuamente exclusivas, a comunidade está tentando provar cientificamente que é preciso privilegiar a empatia cognitiva sobre a emocional, porém ainda são necessárias várias investigações para se ter um resultado conclusivo (GUIDI; TRAVERSA, 2021).

Um outro tipo de empatia que sobressai em relação às anteriores é a empatia clínica, que pode ser caracterizada como uma interação profissional, contemplando as habilidades e competências do médico adquiridas ao longo dos anos, diferindo de algo emocional e subjetivo, ou um traço de personalidade que pode estar presente ou não (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2020; GUIDI; TRAVERSA, 2021).

Apesar de ser identificada com a empatia cognitiva, a empatia clínica ultrapassa a percepção das emoções do outro, incluindo também a capacidade de sentir e responder a elas. Como os pacientes em geral buscam um contato mais humanizado com os cuidadores, a empatia clínica agrega muito valor, permitindo que os doentes se sintam respeitados e validados em suas experiências de doença (BAS-SARMIENTO *et al.*, 2020; GUIDI; TRAVERSA, 2021).

Apesar do valor que as artes e as humanidades podem ter como meio de transformação da educação médica, existem vários debates sobre a conquista desse valor. Em geral as artes e as humanidades no campo da medicina são ensinadas no intuito de desenvolver a empatia e as habilidades dos estudantes. O problema é que, como os dados de avaliação são limitados, o real poder dessas ferramentas ainda é desconhecido. Isso se torna ainda pior em virtude da precária estruturação de programas relacionados com a melhoria da empatia e devido à ausência de métodos de avaliação eficazes (MONIZ *et al.*, 2021; ZHOU *et al.*, 2021).

Técnicas de apreciação de arte foram primeiramente apresentadas à comunidade médica por Dolev em 2001, em um programa que tinha como finalidade ensinar os estudantes a compreenderem fisiologia e fisiopatologia a partir de uma observação bem cuidadosa, chamada por eles de alfabetização visual. Nesse programa os alunos visitavam museus, observavam e interpretavam pinturas e discutiam criticamente os achados com o grupo (DOLEV, 2001; ZAZULAK *et al.*, 2015).

Diversos estudos demonstram que o conhecimento dos impactos positivos das artes e das humanidades na educação médica é considerável,

porém os resultados descritivos mostraram que há uma fragmentação de como esse conhecimento pode impactar no ensino, ou seja, não há uma integração sobre o que as artes e as humanidades são e como elas podem ajudar nas escolas de medicina. Sem essa união, é possível que essas ferramentas sejam utilizadas de modo limitado, não atingindo todo o seu potencial de transformação (MONIZ *et al.*, 2021).

Ao longo dos séculos, o médico ganhou muito prestígio e valor, sendo considerada uma profissão muito nobre, porém também trouxe alguns problemas que necessitam ser resolvidos, como a arrogância, a noção de que é detentor de todo o conhecimento, assim como abusos e excessos, que acabam por fragilizar a relação médico-paciente (RABINOWITZ, 2021).

Atualmente, o mundo vivencia a era da tecnologia, com descobertas científicas cada vez maiores, mudando – e muito – o cenário da medicina. Um dos desdobramentos disso é a robotização e automatização do modo de trabalho de muitos médicos, esquecendo que o paciente é um ser humano. Apesar de todos os avanços científicos na medicina, é argumentado que a prática clínica permanece tanto uma arte quanto uma ciência, contribuindo para o desenvolvimento das humanidades médicas. A inclusão delas é baseada, atualmente, em quatro pilares: instrumental, intrínseca, crítica e epistemológica (HOANG *et al.*, 2022; MANGIONE *et al.*, 2018; RABINOWITZ, 2021).

Apesar de todo esse quadro, a medicina está em um paradoxo. Mesmo com o aumento do número de avanços e curas de pacientes, é a profissão que possui a maior taxa de suicídio, taxa de *burnout* maior que 50%, depressão cada vez maior, visão negativa por parte do público, redução da empatia e uma tendência a haver desistência da profissão (MANGIONE *et al.*, 2018; RABINOWITZ, 2021).

No ambiente médico, a visão de alguns é de que a empatia é desnecessária ou deve ser equilibrada com objetividade e etiqueta, enquanto outros acreditam que a empatia muda completamente o convívio com o paciente, melhorando o ambiente de trabalho, os cuidados e a consulta (POTASH *et al.*, 2014).

O grande debate geralmente está vinculado com o que é ensinado aos médicos durante a formação, que devem indicar um diagnóstico o mais rápido possível e prover métodos de cura cada vez mais eficazes.

O problema é que isso geralmente faz com que o atendimento aos pacientes seja priorizado em relação ao modo como eles devem ser tratados (POTASH *et al.*, 2014).

Todo esse panorama gerou uma reflexão por parte da comunidade médica para tentar reverter esse quadro, havendo a formação de médicos mais humanistas e empáticos, que possam encarar e resolver os desafios que estão no caminho (MANGIONE *et al.*, 2018; RABINOWITZ, 2021).

Com base na crescente necessidade de cuidados baseados na comunidade, várias práticas estão se expandindo, como a utilização da arteterapia como meio de desenvolvimento de habilidades comunitárias. A medicina é uma das áreas que mais podem se beneficiar da arteterapia, já que esta cuida diretamente do ser humano e necessita de uma relação médico-paciente bastante verdadeira e respeitosa (FEEN-CALLIGAN; MORENO; BUZZARD, 2018).

Embora a empatia possa ser introduzida em qualquer parte de toda a carreira médica, é na faculdade que ela seria mais eficaz, pois a empatia que os estudantes tiverem com os pacientes será continuada quando forem médicos. Um dos meios de uma integração já na graduação seria por meio da aprendizagem de serviço, que é uma pedagogia de aprendizagem experimental em que o serviço comunitário é integrado ao currículo acadêmico. Um dos pontos mais importantes é que, o que for realizado, é de aplicação prática, atendendo às necessidades da comunidade em que está sendo feito o trabalho (FEEN-CALLIGAN; MORENO; BUZZARD, 2018; POTASH *et al.*, 2014).

Em estudo feito por Feen-Calligan, Moreno e Buzzard (2018) sobre a relação da arteterapia com a construção de uma comunidade, os alunos abordados na pesquisa tiveram impactos positivos em conhecimentos e habilidades de pesquisa, além do desenvolvimento da empatia, do pertencimento de grupo, do cuidado com o próximo, ao serem introduzidos na arteterapia. O papel das oficinas de arte em desenvolver o lado humanístico dos alunos se dá em virtude de ser um espaço de reflexão, além de que é algo que foge à rotina e permite que a criatividade e a imaginação fluam (FEEN-CALLIGAN; MORENO; BUZZARD, 2018; POTASH *et al.*, 2014).

No âmbito da área da saúde, os médicos utilizam diversas habilidades que lhes permitam reconhecer padrões visuais como uma forma de associar os achados no exame físico com os diagnósticos. Habilidades como essas impactam não apenas nos achados clínicos, como também no pensamento crítico, na empatia, na criatividade e na conexão com os pacientes (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020).

Habilidades de observação podem ter uma utilidade muito grande nas áreas médicas que trabalham com a observação. Dermatologistas, por exemplo, devem ter uma visão muito aguçada para reconhecer diferenças sutis entre várias doenças de pele para saber diagnosticá-las como problemas diferentes, assim como os radiologistas devem analisar com bastante cuidado os exames para identificar os mínimos detalhes que possam ajudar no possível desfecho para solucionar a doença (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020).

Com o atual avanço das tecnologias e o uso cada vez maior de imagens na medicina, é imprescindível que os médicos tenham a habilidade e a capacidade de avaliar casos clínicos nos mínimos detalhes em situações em que não há um exame físico completo (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020).

Em uma revisão de literatura feita por Dalia, Milam e Rieder (2020) utilizando 16 estudos descrevendo arte-educação implementada com estudantes de medicina e 12 estudos descrevendo arte-educ-ção implementada com residentes, por meio do *Visual Thinking Strategies – VTS*, se constatou que há uma melhora da dose-dependente nos escores antes e após os testes, feitos, respectivamente, antes e após as sessões de arte.

Isso foi possível porque foi constatado que não houve uma melhora estatisticamente significativa das informações retidas nos residentes que participaram de menos de três sessões, enquanto aqueles que compareceram a três ou quatro, sendo verificada uma melhora estatisticamente significativa ( $P < 0.34$ ) (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020).

Além das questões relacionadas aos avanços das novas tecnologias, é importante notar que as faculdades de medicina treinam os alunos para se tornarem profissionais com ótimas habilidades técnicas e interpessoais, visando um melhor cuidado com os pacientes. Entretanto, não é ensinado sobre como reagir em situações que rodeiam a profissão e que

podem desencadear estresse e posterior *burnout*, afetando a qualidade do atendimento, levando ao aumento de erros e negligência e à perda de empatia do médico (CHEN; FORBES, 2014; LAUGHEY *et al.*, 2021).

Comumente alunos se deparam com situações negativas, como médicos fazendo comentários depreciativos sobre pacientes, após previamente terem demonstrado uma aparente empatia, além daqueles que realizam consultas com o mínimo de empatia. Tais proposições são demonstradas em pesquisas, que também apontam indícios de alterações do humor e atitudes que começam no terceiro ano de faculdade (CHEN; FORBES, 2014; LAUGHEY *et al.*, 2021).

Chen e Forbes, em revisão sistemática de oito artigos que quantificaram mudanças na empatia e em habilidades de interação com o paciente, após uma intervenção que envolveu escrita reflexiva, encontraram uma mudança significativa na empatia dos alunos em 100% dos artigos, indicando uma mudança importante nos resultados, havendo uma melhora total, ou em parte, na nota dos discentes, nos trabalhos que tinham questões de múltiplas escolhas, além de haver um aumento na empatia, em habilidades de percepção ou na sensibilidade cultural nos trabalhos que tinham redação (CHEN; FORBES, 2014).

Um outro aspecto de como a arte pode impactar na medicina humanizada é o papel da pintura na retratação de uma situação, podendo informar e tornar mais íntimo o sentimento do sujeito que está apreciando aquela obra. Um caso notório é o do pintor espanhol Francisco de Goya e Lucientes (1746-1828), que, em uma viagem para Sevilha, Espanha, em 1792, contraiu uma doença febril, da qual nunca se curaria completamente, sendo cuidado pelo médico Dr. Arrieta (CHAN; FRIEDLAENDER; FRIEDLAENDER, 2020).

O pintor decidiu pintar telas retratando-o com o médico. Dentre as pinturas, na tela *Autorretrato con el doctor Arrieta* (1820), é possível notar a empatia que o Dr. Arrieta transmite, assim como suas intenções de curar o paciente. O modo como o médico é retratado mostra muito sobre a confiança e a forte relação médico-paciente. Tal representação é muito importante dado que, na época em que essa tela foi feita, tanto a medicina quanto os médicos não eram confiáveis (CHAN; FRIEDLAENDER; FRIEDLAENDER, 2020).



A respeito da informação transmitida por meio da tela, é importante perceber que habilidades como empatia, altruísmo e compromisso fazem com que o médico seja respeitado, seja naquela época ou agora. É muito marcante o modo como Goya representou o Dr. Arrieta, que pode ser interpretado como a confiança que ele tinha em seu médico, seu profissionalismo e o reconhecimento da sua compaixão. Isso pode ter servido como uma fonte de inspiração para os médicos daquela época, como serve atualmente, cerca de 200 anos depois (CHAN; FRIEDLAENDER; FRIEDLAENDER, 2020).

A apreciação das artes pode ser socioepistemicamente valiosa, podendo servir como práticas sociais. A relação entre as artes e as habilidades socioepistêmicas pode ser entendida pelo engajamento da arte como um caminho para a autocompreensão, ou para entender os outros (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Um ramo de pesquisadores da neuroestética, também chamada de neuroarte, começou a perceber que o engajamento artístico pode ser uma experiência totalmente ativa, com a presença de evidências empíricas de que existem processos neurais relacionados com a empatia afetiva durante a apreciação da arte. Ao ler um livro cheio de emoções e ficar tão conectado com ele, por exemplo, há uma maior ativação do córtex cingulado medial, relacionado com a empatia afetiva (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Caso a empatia ou algum processo afetivo sejam despertados durante a experiência com a arte, deve ser observado o aumento em medidas como proximidade ou grau de comportamento pró-social, em comparação com situações após manipulações baseadas em apreciação artística. Uma das explicações é que, quando o autor da obra deixa elementos cada vez mais implícitos ou ambíguos, o apreciador está mais inclinado a usar suas próprias experiências para tentar entender a obra, o que acaba criando uma conexão mais forte entre obra e indivíduo (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Os filósofos defensores de que a apreciação da arte pode ser vista como uma forma de compreensão moral destacam que essa experiência pode aumentar a autoidentidade e a autocompreensão. Uma das visões mais fortes sobre isso é a de Noël Carroll, que fala que essa apreciação é capaz de aprofundar o conhecimento já existente em cada pessoa,

chamado por ele de “entendimento”. Para ele, temas como artes narrativas podem incentivar a usar o conhecimento moral e as emoções de cada um para alguma situação específica, podendo ajudar a aplicar esse conhecimento de um modo que tenha fácil compreensão (SHERMAN; MORRISSEY, 2017).

Estudo feito por Mangione em parceria com outros autores (2018) e uma revisão sistemática feita por Menezes, Guraya e Guraya (2021) mostraram que há um impacto positivo ao se ensinar empatia e compaixão aos estudantes de medicina por meio de artes e cultura, quadrinhos, habilidades de comunicação e clínica precoce.

Foi possível notar melhoras em áreas como empatia, sabedoria, avaliação emocional e prevenção de *burnout*, impactando a qualidade e o custo do atendimento, a satisfação do paciente em ter tido uma consulta de qualidade, com possíveis mudanças no design do currículo das faculdades de medicina e em seu recrutamento (MANGIONE *et al.*, 2018; MENEZES; GURAYA; GURAYA, 2021).

Para um melhor aproveitamento, é preciso que a empatia seja ensinada por meio de ferramentas como interações médico-paciente, comunicação e consciência do estresse (MANGIONE *et al.*, 2018; MENEZES; GURAYA; GURAYA, 2021).

Por fim, é preciso entender que a relação entre a Medicina e as artes e as humanidades é de longa data. O desenvolvimento da prática médica é muito mais do que apenas gerar um diagnóstico para curar um doente. A empatia vai estar intimamente ligada a isso, já que, para entender as dores do outro, é preciso sentir o que o outro está sentindo. Diante de toda a liquidez dos tempos atuais, com relações cada vez mais fracas, se faz cada vez mais necessário o desenvolvimento de uma medicina humanizada. O médico precisa ter o carinho e a atenção de notar aquele paciente como ele é, um ser humano dotado de detalhes e peculiaridades particulares que só ele tem, enfim, uma obra de arte.

## Comentário do especialista<sup>2</sup>

*Sedare Dolorem Opus Divinum Est*  
(Aliviar a dor é uma obra divina)  
Hipócrates (460-377 a.C.)

### Empatia & Medicina Humanizada

A medicina tem feito muitos avanços nos últimos anos (50 anos), se beneficiando do desenvolvimento científico e tecnológico. Transplantes, biogenética, imunoterapia, células-tronco, videoendoscopias, capsulogramas, cirurgias minimamente invasivas, robótica...

Todavia, o homem será sempre imprescindível no exercício da medicina. Em tempos de tanta tecnologia disponível na área médica, algumas pessoas se esquecem da importância do exame clínico para o diagnóstico e tratamento de doenças. A **consulta clínica** é dividida em duas etapas: a **anamnese** e o **exame físico**.

### A Clínica é Soberana

O *rapport*, a relação médico-paciente, é primordial. A condição básica para ser médico é gostar de gente, estabelecendo e mantendo uma relação médico-paciente – *rapport* – baseada em compaixão, esse sentimento cristão piedoso de ternura e simpatia para com a tragédia pessoal de outrem, acompanhado do desejo de minorá-la, participando espiritualmente da infelicidade alheia que o levou a procurar um médico.

É óbvio que saúde não tem preço, porém tem um custo. Isso precisa ser visto com responsabilidade. Sabemos claramente que temos várias distorções em muitos tratamentos médicos, mas a grande maioria dos médicos é séria e quer dar o que tem de melhor para lutar pelos pacientes. Achar o meio-termo é o maior desafio. Porém, tirar a possibilidade de tratamentos corretos que ainda não foram incluídos em *rolls* pode significar deixar de dar a oportunidade de cura a alguns pacientes.

É preciso ter continuamente em mente que se é médico de pacientes e não de beneficiários e/ou usuários de planos de saúde, ou do Sistema Único de Saúde – SUS. Realmente os planos de saúde e o SUS estão esgotados tanto pelo preço quanto pela cobertura de exames e procedimentos. Deveríamos pensar em alternativas para um atendimento

médico mais direto e franco como a prevenção, preservando a relação médico-paciente.

Apostar na prevenção e nos cuidados como médico de família ou médico de quarteirão seria muito bom, mas não podemos criar cabides de emprego para descompromissados, sem benefício real, porque estaríamos criando um monstro.

Sempre me pergunto: se fosse eu o paciente, como eu gostaria de ser tratado? Será que os excelentíssimos juízes das supremas cortes e seus familiares serão tratados da mesma maneira? Se a resposta for sim, então, está tudo bem!

É evidente que toda a situação tem, no mínimo, duas faces. O sistema de saúde vive um aumento de custos, muito à base da burocratização do sistema, e precisa ser regulado. Porém, existem muitos avanços em medicamentos e técnicas não incorporadas pelo sistema da instituição reguladora (Agência Nacional de Saúde – ANS), apesar de serem bastante utilizados no mundo.

É claro que as operadoras e cooperativas, entre duas técnicas similares, que não significam resultados semelhantes, vão optar simplesmente pelas de menor custo. E isso é muito ruim em casos de alta complexidade e medicações oncológicas. A clara insegurança jurídica se associou à insegurança de tratamento de vidas, passando o custo para quem tiver poder financeiro. Infelizmente, é o que se vê ocorrer!

Nas cooperativas, sempre o **cooperado** é recrutado, por livre e espontânea pressão, a arcar com prejuízos, sob o argumento de que a **caneta do médico** pesa quando ele procura solicitar e prescrever o que julga ser melhor para o seu paciente.

Saber quais são as necessidades dos pacientes, suas vontades e seus objetos de desejo imediato, ante o peso do sofrimento e o pensamento de estado de morte iminente, se faz mister. Tratar como gostaria de ser tratado, se pôr no lugar do outro, saber comunicar, no nível de entendimento do paciente, o problema dele, o roteiro do tratamento proposto e os possíveis desdobramentos, usando palavras que não aumentem mais seu sofrimento e seu medo, são missões irrevogáveis.

A telemedicina, que deve ser utilizada com cautela, retira o contato, o toque, o exame físico e não deve ser usada como primeiro contato com o paciente, mas como uma ferramenta que contorna as dificuldades

personais, epidemiológicas e geográficas, auxilia a elucidação diagnóstica e pode ser usada em contatos subseqüentes, que devem ser permeados pelo presencial, olho no olho, lembrando sempre que **o corpo fala**.

Respeitar a inteligência e a cultura das pessoas, acatando suas tradições, suas crenças e os costumes do grupo social a que pertencem, é o mínimo de respeito humano que pode ser um bálsamo para aquele ser que sofre e deposita confiança em você.

Tente tudo que julgar que é melhor e está ao seu alcance e do meio onde está exercendo a medicina, observando a condição do paciente; mas tente mesmo, para ter a consciência tranquila de que tentou tudo aquilo que gostaria que fosse feito em seu proveito. Coloque-se sempre no lugar do outro. Não vamos abandonar a tecnologia, mas se lembre sempre de que a maior de todas é a diligência do calor fraterno e humano, como Cristo nos deu.

O bom relacionamento entre colegas, enfermeiros, colaboradores, funcionários, pacientes e acompanhantes, cheio de atitudes positivas, é uma base importante dentro do ambiente de **assistência médica**. Por isso, procure desenvolver habilidades, como empatia, comunicação efetiva, cooperação e respeito, que contribuirão para conexões mais profundas e verdadeiras.

Muitas das vezes o médico exerce sua profissão em situações adversas e vai ser julgado por pessoas em ambientes confortáveis e que às vezes não têm ideia do que seja um atendimento no fragor de **porta aberta**, em urgência e/ou emergência. Mas o maior antídoto para a judicialização da medicina é a atenção, o bom relacionamento, o respeito pela dor e pelo sofrimento do outro.

Os seus maiores e melhores honorários pela sua dedicação na execução de seu trabalho médico serão a gratidão do paciente e **aquelas histórias** que comporão a sua biografia médica.

***Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre.*** Esse aforismo tem de estar sempre em sua mente, e o médico responsável é aquele que age conforme conhecimentos preestabelecidos para promover a melhora ou o empecilho à piora do paciente; e quando, em algumas conjunturas, não lhe for permitida a alternativa que ache mais coerente, seu esforço deve ser consideravelmente grande para sobrepor a racionalidade e o profissionalismo a suas convicções. Sendo assim,

deve tentar aliviar a dor do paciente, na medida do possível, ou do que é permitido, proporcionando cuidados paliativos e a ortotanásia.

Quando me perguntam se medicina é uma ciência ou uma arte, respondendo que é uma ciência que se exerce com arte e que se pode e se deve usar várias artes para esse mister.

## REFERÊNCIAS

BAS-SARMIENTO, P. *et al.* Empathy training in health sciences: A systematic review. **Nurse Education in Practice**, v. 44, p. 102739, mar. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>. Acesso em: 29 jun. 2022.

CHAN, S. M.; FRIEDLAENDER, G. E.; FRIEDLAENDER, L. K. Art in Science – Goya to Dr. Arrieta: An Illustration of Patient-Physician Trust. **Clinical Orthopaedics & Related Research**, v. 478, n. 10, p. 2221–2224, 1º set. 2020. Disponível em: DOI 10.1097/CORR.0000000000001470. Acesso em: 2 maio 2022.

CHEN, I.; FORBES, C. Reflective writing and its impact on empathy in medical education: systematic review. **Journal of Educational Evaluation for Health Professions**, v. 11, p. 20, 16 ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3352/jeehp.2014.11.20>. Acesso em: 22 maio 2022.

DALIA, Y.; MILAM, E. C.; RIEDER, E. A. Art in Medical Education: A Review. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 12, n. 6, p. 686-695, 1º dez. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-20-00093.1>. Acesso em: 2 maio 2022.

DECETY, J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 5, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>. Acesso em: 29 jun. 2022.

DOLEV, J. C. Use of Fine Art to Enhance Visual Diagnostic Skills. **JAMA: The Journal of the American Medical Association**, v. 286, n. 9, p. 1020-1021, 5 set. 2001.

FEEN-CALLIGAN, H.; MORENO, J.; BUZZARD, E. Art Therapy, Community Building, Activism, and Outcomes. **Frontiers in Psychology**, v. 9, 24 set. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01548>. Acesso em: 2 maio 2022.

GUIDI, C.; TRAVERSA, C. Empathy in patient care: from “Clinical Empathy” to “Empathic Concern”. **Medicine, Health Care and Philosophy**, 1o jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11019-021-10033-4>. Acesso em: 29 jun. 2022.

HOANG, B. L. *et al.* Medical Humanities Education and Its Influence on Students’ Outcomes in Taiwan: A Systematic Review. **Frontiers in Medicine**, v. 9, 16 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2022.857488>. Acesso em: 29 jun. 2022.

LAUGHEY, W. F. *et al.* Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture – a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. **Medical Science Educator**, v. 31, n. 6, p. 1941-1950, 15 out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01430-8>. Acesso em: 29 jun. 2022.

MANGIONE, S. *et al.* Medical Students' Exposure to the Humanities Correlates with Positive Personal Qualities and Reduced *Burnout*: A Multi-Institutional U.S. Survey. **Journal of General Internal Medicine**, v. 33, n. 5, p. 628-634, 29 jan. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/S11606-017-4275-8>. Acesso em: 2 maio 2022.

MENEZES, P.; GURAYA, S. Y.; GURAYA, S. S. A Systematic Review of Educational Interventions and Their Impact on Empathy and Compassion of Undergraduate Medical Students. **Frontiers in Medicine**, v. 8, 8 nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.758377>. Acesso em: 29 jun. 2022.

MI, M. *et al.* Integration of arts and humanities in medicine to develop well-rounded physicians: the roles of health sciences librarians. **Journal of the Medical Library Association**, v. 110, n. 2, 13 set. 2021. Disponível em: [dx.doi.org/10.5195/jmla.2022.1368](https://doi.org/10.5195/jmla.2022.1368). Acesso em: 29 jun. 2022.

MONIZ, T. *et al.* The prism model: advancing a theory of practice for arts and humanities in medical education. **Perspectives on Medical Education**, v. 10, n. 4, p. 207-214, 29 abr. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40037-021-00661-0>. Acesso em: 2 maio 2022.

MUKUNDA, N. *et al.* Visual art instruction in medical education: a narrative review. **Medical Education Online**, v. 24, n. 1, p. 1558657, 1º jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1558657>. Acesso em: 2 maio 2022.

POTASH, J. S. *et al.* Art-making in a family medicine clerkship: how does it affect medical student empathy? **BMC Medical Education**, v. 14, n. 1, 28 nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-014-0247-4>. Acesso em: 29 jun. 2022.

RABINOWITZ, D. G. On the arts and humanities in medical education. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 16, n. 1, 30 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13010-021-00102-0>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SAMARASEKERA, D. D. *et al.* Development of student empathy during medical education: changes and the influence of context and training. **Korean Journal of Medical Education**, v. 34, n. 1, p. 17-26, 1º mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3946/kjme.2022.216>. Acesso em: 29 jun. 2022.

SHERMAN, A.; MORRISSEY, C. What Is Art Good For? The Socio-Epistemic Value of Art. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 11, 28 ago. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2017.00411>. Acesso em: 2 maio 2022.

ZAZULAK, J. *et al.* The impact of an arts-based programme on the affective and cognitive components of empathic development. **Medical Humanities**, v. 41, n. 1, p. 69-74, 5 fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/me-dhum-2014-010584>. Acesso em: 29 jun. 2022.

ZHOU, Y. C. *et al.* A systematic scoping review of approaches to teaching and assessing empathy in medicine. **BMC Medical Education**, v. 21, n. 1, 22 maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02697-6>. Acesso em: 29 jun. 2022.



# A humanização holística ao paciente em cuidados paliativos: o que estamos esperando?

Vera Maria Silveira de Azevedo<sup>3</sup>

José Eugenio Silveira de Moraes<sup>4</sup>

*O bom médico trata a doença, mas o grande  
médico trata a pessoa com a doença.*

*Sir William Osler*

## 1. CUIDADOS PALIATIVOS

### 1.1 Conceito

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde – OMS de 2002, e reafirmada em 2017, “cuidado paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes (adultos e crianças) e seus familiares, que enfrentam doenças ameaçadoras à continuidade da vida, através de prevenção e excelência no alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” e prescreve o direito à informação e à autonomia plena do paciente.

### 1.2 Princípios

Cuidados Paliativos não se baseiam em protocolos, mas sim em princípios:

---

3 Professora efetiva da disciplina Anestesiologia da Universidade Federal de Sergipe. Tem certificado de atuação na área de Dor concedido pela Associação Médica Brasileira e pela Sociedade Brasileira de Anestesiologia desde 2003. Coordenadora do serviço de Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Urgência de Sergipe Governador João Alves Filho.

4 Graduando do décimo segundo período de Medicina das Faculdades Integradas do Centro Universitário Tiradentes, Maceió-AL.

- Promover o alívio da dor e de outros sintomas desagradáveis.
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
- Não acelerar nem adiar a morte.
- Integrar os aspectos psicológicos e espirituais no cuidado do paciente.
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite ao paciente viver tão ativamente quanto possível até o momento da morte.
- Oferecer sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
- Garantir abordagem multiprofissional para focar nas necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença. Iniciar o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas terapêuticas.

O emprego precoce de suas ferramentas pode auxiliar profissionais em diferentes etapas do atendimento a pessoas portadoras da doença, independentemente de estarem ou não em situação de final de vida.

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa “manto”. É o manto que procura aliviar o sofrimento daquele que sente dor. Desse modo, tal prática pressupõe uma postura ética e humanizada com o foco da atenção no paciente (e não na doença), através da compaixão, humildade e valorização da vida.

Além disso, a prática dos Cuidados Paliativos busca atenção individualizada, efetivada por todos os membros da equipe multiprofissional que são capacitados, buscando entender uma filosofia humanitária de cuidar, uma singela e verdadeira prática na área da saúde. A equipe cuida do ser humano em sua totalidade, preferencialmente em relação à dor e ao sofrimento, com a competência tecnocientífica e humana individualizada para cada paciente e cada momento.

Por esse motivo, ressalta-se a importância da humanização nos Cuidados Paliativos, da comunicação apoiada no diálogo, da escuta terapêutica, pois a humanização está na capacidade de falar e de ouvir para viabilizar o diálogo nas relações humanas, com o intuito de conhecer o outro, buscar compreendê-lo em suas amplitudes, demandas e

especificidades, para que então seja gerado o bem-estar de ambas as partes, tanto do doente que necessita dos cuidados quanto do cuidador. Nesse sentido, a humanização vem resgatar a essência do ser humano.

Em nossa vivência do dia a dia, podemos perceber que o cuidado sempre está presente por meio de processos relacionais interativos e associativos, proporcionando um vínculo entre o cuidador, quem é cuidado e toda a sua família. É necessária uma integração do conhecimento científico/técnico com a responsabilidade, a sensibilidade, a ética e a solidariedade para obter resultados mais eficazes, visando o melhor atendimento aos pacientes.

No processo de cuidar, surgem várias exigências com relação à percepção da equipe, por exemplo, que seja consciente na forma como ela se colocará junto ao paciente, buscando estabelecer uma relação interpessoal através do olhar, do toque, do tom da voz e da proximidade corporal, respeitando sempre suas individualidades. Aos profissionais competentes que proporcionam os Cuidados Paliativos, é necessário conhecimento técnico e científico para fornecer o melhor cuidado a esses pacientes, familiares e cuidadores, viabilizando a preservação da dignidade humana.

Nota-se a necessidade do ingresso de uma equipe multiprofissional incorporando conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade e em busca do cuidar de pacientes com câncer, HIV/Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), doenças neurodegenerativas, cardíacas, renais, diabetes, insuficiência de órgãos, doenças neurológicas e genéticas na infância e atualmente as doenças psiquiátricas, entre outras. Desse modo, ressalta-se a importância de um trabalho com olhar humanizado.

## **2. HUMANIZAÇÃO**

Parece estranho falar de humanização para seres humanos, já que humanizar deveria ser algo intrínseco à nossa natureza, mas atualmente tem se mostrado um tema recorrente, de caráter polissêmico, de grande interesse e objeto de muitos debates, pois estamos passando por uma profunda crise de humanismo<sup>1</sup>. Em saúde, o conceito surgiu em Londres, em 1908, com a palhaçoterapia, uma estratégia em que se usam técnicas de arte circense por meio da figura do palhaço em visitas ao

ambiente hospitalar. O objetivo da técnica é melhorar o estado emocional e o humor dos pacientes e seus acompanhantes, uma vez que o processo de adoecimento causa mudanças significativas, surgindo sentimentos como angústia, ansiedade e medo. Quando a dimensão evolui para cronicidade, podendo impossibilitar a cura, caracterizando uma doença terminal, se intensificam os sentimentos citados.

Nesse contexto, é fundamental que o profissional da saúde esteja preparado para acolher o paciente e a família de forma adequada, procurando estratégias para amenizar o sofrimento do paciente por meio da empatia e da solidariedade. Aprender a cuidar do sofrimento com técnica é cuidado paliativo. Dissecar o sofrimento com suas várias dimensões, desde a dor física, o medo, o sofrimento social, até um momento de dispneia terminal, em que se faz indicado uma sedação paliativa.

## **2.1 Conceito**

Saber promover o bem comum acima da suscetibilidade individual ou das conveniências de um pequeno grupo é estar sempre se colocando no lugar do paciente, é realizar para o próximo aquilo que gostaria de receber.

Humanizar caracteriza-se como colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é nesse momento de troca que nos humanizamos, porque assim podemos nos reconhecer e nos identificar como gente, como seres humanos.

O cuidar humanizado promove a qualidade na relação profissional da saúde-usuário, ou seja, acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, da mente e do espírito. Não se pode humanizar o cuidado ao humano sem referência à Ética, pois a perspectiva humanista recomenda que o paciente necessita ser visto como um ser único, ainda que complexo, que demanda respeito, acolhimento e empatia.

## **2.2 Desafios**

Os fatores estratégicos para a (des)humanização do cuidado se relacionam com a relação médico-paciente, a formação médica, a comunicação e o acesso à informação no processo terapêutico, as relações

hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões e os fatores psicológicos e subjetivos envolvidos.

O conceito de humanização alinha-se a uma série de propostas de revisão e de mudança nas relações entre equipes, profissionais, gestores e usuários dos serviços de saúde, abrangendo o emprego das tecnologias de escuta, acolhimento, diálogo e negociação para a produção e gestão do cuidado.

A automatização e padronização do atendimento e a fragmentação dos percursos de trabalho e cuidado, muitas vezes ligada ao racionamento de tempo e pessoal, levaram ao indesejado efeito negativo de desumanização e despersonalização do cuidado. A evolução marcada pelo desenvolvimento científico e tecnológico não foi acompanhada por uma melhora da necessidade da (re)humanização dos cuidados.

Para humanizar plenamente o atendimento em Cuidados Paliativos, é necessário utilizar recursos e instrumentos como forma de auxílio, e a comunicação é uma das ferramentas de maior importância. A comunicação, seja ela verbal ou não verbal, deve ser utilizada pelos profissionais de saúde como premissa da humanização por possibilitar interação entre os envolvidos no processo do cuidado (profissional-paciente-familiar), estabelecendo uma relação de confiança, proporcionando o direito de tomadas de decisão compartilhadas.

O contato direto com seres humanos, em estado de saúde ou doença, coloca o profissional de saúde diante de sua própria vida, dos próprios conflitos e frustrações, e o profissional desabilitado para a prática paliativista e holística pode utilizar o distanciamento como mecanismo de defesa devido a tensões provenientes de várias fontes: contato frequente com a dor e com o sofrimento; receio de cometer erros e relações com pacientes difíceis. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde, muitas vezes, não são vistos como um recurso valioso, são avaliados principalmente com base no seu desempenho profissional, e essa distorção proporciona ansiedade, angústia e esgotamento ao profissional. A equipe de saúde só será capaz de cuidar verdadeiramente dos pacientes e prestar cuidados humanizados se suas próprias necessidades humanas também forem atendidas. A manipulação se faz presente sutilmente e desvia aquilo que é mais precioso à vida do ser humano: sua dignidade.

O maior desafio da humanização está em criar para os seres humanos oportunidades de existir e viver dignamente.

A demanda da perfeição seria a de uma natureza humana mais forte que o presente, sendo interessante entender tal “perfeição” não em sentido essencialista, mas representando a transformação para uma melhor perfeição, no caminho de um maior conhecimento da relação da mente com a natureza.

Seria esse conhecimento o da verdadeira necessidade da natureza humana, frente aos equívocos da imaginação, alcançando a ação correta e a felicidade, isto é, o “bem supremo”.

### **2.3 O processo de humanização**

Existem aspectos objetivos e subjetivos do processo de humanização, que pressupõe, em primeiro lugar, a compreensão do significado da vida do ser humano, o que não é uma tarefa fácil, ao envolver diversos fatores, além de princípios éticos, aspectos culturais, econômicos, sociais e educacionais.

Afora isso, a maneira de cuidar nem sempre admite resposta adequada e produtiva, pois entender a vida e decifrá-la é tarefa das mais difíceis, uma vez que a humanização precisa ser sentida e percebida.

E diante do cenário de terminalidade da vida? No atendimento a pacientes em Cuidados Paliativos, a equipe abraça de forma exclusiva, e cada vez mais presente, a fase que alcançará o processo ativo de morte, muitas vezes gerador de sofrimento existencial extremo. Apesar de ser um assunto evitado, a morte é um processo natural da vida. A dificuldade de abordar esse tema ocorre e deve programar planos de cuidados antecipados para uma assistência individualizada e humanizada que honre a dignidade do ser humano em seus momentos finais.

O debate que envolve a humanização aposta em processos relacionais ressignificados, tendo como horizonte uma maior reciprocidade entre as expectativas de vida, de felicidade e a produção dos cuidados.

O cuidar humanizado, nesse sentido, ganha em validade cultural e afetiva, ampliando sua legitimidade e espelhando o humanizar se colocando no lugar do paciente e realizando para o próximo aquilo que gostaria de receber<sup>2</sup>.

Humanizar o cuidar é dar qualidade à relação profissional da saúde-usuário do serviço, ou seja, acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade do corpo, da mente e do espírito, e não se pode humanizar o ambiente hospitalar sem referência ao humano e não se pode falar do humano sem referência à Ética.

## **2.4 A humanização nos Cuidados Paliativos**

O Prontuário Afetivo e a Anamnese Biográfica: os modelos são bem simples, mas têm impactos imensuráveis para o paciente e os familiares, sendo recursos utilizados dentro dos preceitos da abordagem paliativista.

Muito tem sido escrito a respeito da humanização do cuidado e particularmente sobre a humanização da assistência ao paciente em Cuidados Paliativos. Em especial no século XXI, marcado pelo desenvolvimento científico e tecnológico, a visão fragmentada do ser humano nas práticas educacionais na área de saúde, muitas vezes ligada ao racionamento de tempo e pessoal, pode levar a uma desumanização e despersonalização do cuidado.

Além disso, o principal desafio está sendo representado pela pandemia de Covid-19, com suas sequelas produzindo perdas e constrangimentos imensuráveis no processo de humanização dos cuidados de saúde.

O cuidado humanizado requer o reconhecimento da individualidade, singularidade, autonomia e história pessoal do paciente, permitindo uma transformação da realidade.

A humanização nos Cuidados Paliativos tem como base argumentativa fundamental a demanda frequente pela dignidade humana, evidenciando a imprescindível incorporação dos aspectos subjetivos ao processo de adoecimento. Aliás, a sua mais elaborada contribuição e o maior desafio aos profissionais de saúde residem na convocação à transformação do conhecimento científico em verdade e sabedoria, trazendo o processo como uma experiência multifatorial e individual.

No momento atual, em que a Pessoa como sujeito único e irrepetível tem cedido espaço à Pessoa como objeto, é urgente promovermos uma reflexão, pois existe uma tendência de assistir o doente como um “grupo de sintomas”, ao invés de um ser humano com necessidades específicas, afetando negativamente a relação médico-paciente e destruindo a confiança dos pacientes e cuidadores no sistema de saúde.

O modelo assistencial pautado na humanização do atendimento de paciente em Cuidados Paliativos se apresenta com uma metodologia que deve entender as diversas limitações físicas, espirituais, biológicas, sociais e psicológicas, que se tornam bastante específicas em todo o percurso de doenças fora da possibilidade de cura terapêutica em que a equipe, através de uma postura ética e humanizada, desempenha papel fundamental, buscando aplicar os princípios da prática paliativista em toda a sua integralidade.

Daí a importância de se pensar em formas humanizadas de cuidado: o enfoque terapêutico deve atenuar o sofrimento, inclusive o de ordem não física, especialmente quando a assistência curativa se torna ineficaz.

Cuidar de uma pessoa com uma doença fora de possibilidade terapêutica é um entorno de delicadezas, atravessado pela cultura, pela espiritualidade, bem como por costumes, valores e credos sobre a morte. A essência do cuidado nesse contexto único pode ser sintetizada na filosofia dos Cuidados Paliativos.

Vários são os recursos usados nos Cuidados Paliativos, e cabe aos profissionais de saúde ampliarem seus repertórios, transformando o conhecimento em experiência vivencial, criando um espaço interacional no qual se reúnam interesses institucionais e grupais e abandonando a mentalidade paternalista.

Os profissionais de saúde devem construir um vínculo de relacionamento baseado em respeito, confiança, apoio, afeto, princípios morais e éticos para estabelecer uma ponte de comunicação. Identificar a condição médica e as necessidades e preferências dos pacientes é importante, mas não é suficiente.

Compreender a dor e o sofrimento requer empatia, e a educação pode ser o primeiro passo no processo de modelo afetivo-efetivo e, consequentemente, para a justiça social na saúde. Assim, é importante salientar que o desenvolvimento de habilidades para a humanização precisa ser promovido durante todo o processo de formação, iniciando desde a graduação, tanto no nível teórico quanto no das vivências nos cenários de práticas.

Assim, a educação médica, ao se basear nos princípios da humanização e da bioética moderna, enfrenta alguns desafios, sendo



principalmente o de formar médicos preparados para realizar um cuidado adequado ao paciente<sup>3</sup>.

### **3. A HUMANIZAÇÃO HOLÍSTICA COMO HABILIDADE DOS PROFISSIONAIS DO FUTURO**

Cuidar é essencial. Da concepção à finitude faz-se necessário cuidar – sempre. O cuidar médico pode ser caracterizado como uma mistura de arte e ciência, algo dinâmico que busca continuamente a tomada de decisões visando a restauração ou o controle do corpo e da mente. “Cuidar de forma holística (integrando as diversas áreas da vida da pessoa) está intrinsecamente ligado à forma de tratar o paciente com humanização e correlaciona-se com a seguinte compreensão: visão do ser humano inserido num contexto biopsicossocial, como um ser singular que traz consigo sua história de vida e seus valores culturais”<sup>4</sup>.

Os profissionais do futuro devem ser aqueles que esclarecem todas as informações disponíveis em seu campo profissional. Utilizando a tomada de decisões compartilhadas e lembrando sempre que humanizar é um exercício diário e contínuo de amor ao próximo e que o amor é a única coisa que quanto mais melhor; o amor é a força que alegra e liberta.

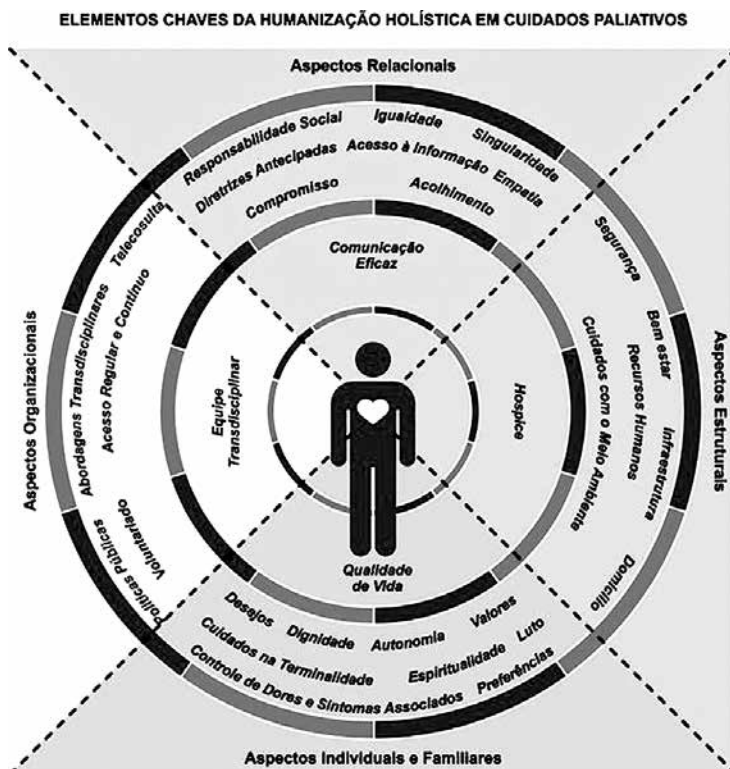
Abre-se, então, um leque alargado de condutas que podem ser oferecidas aos pacientes e seus familiares, visando desde já o alívio da dor e a redução do desconforto, mas sobretudo a possibilidade de enfrentar o momento de finitude acompanhado por alguém que saiba ouvir e lhes dar apoio. Reconhecer, sempre que possível, o seu lugar ativo, sua autonomia e sua escolha lhes permite não antecipar a hora da morte por negligência e isolamento. Estabelece-se, sob essa ótica, uma nova perspectiva para o trabalho multidisciplinar, denominada humanização, em que as avaliações holísticas da equipe devem considerar todas as dimensões, incluindo a espiritualidade e sua possível relação com qualquer condição física ou sofrimento existencial.

Na educação em Saúde, a humanização, em especial aos pacientes elegíveis para Cuidados Paliativos, propicia o aprendizado significativo dos princípios da bioética, a garantia dos direitos e a responsabilidade social, uma visão mais humanizada, uma postura assertiva de acolher, de trazer um ambiente de atenção, carinho e amor, pois há limites no

curar, mas não há no cuidar, e será sempre possível “tentar, de alguma forma, oferecer algo melhor”.

Assim, é importante salientar que o desenvolvimento de habilidades para a humanização precisa ser promovido durante todo o processo de formação e ganhar continuidade, na perspectiva de um processo permanente, mesmo após a inserção do profissional no mercado de trabalho. Porém, na realidade da educação médica, ainda são observados vínculos superficiais entre professores, alunos e usuários, com fragilidades de acolhimento e de respeito àqueles que deveriam ser o foco das práticas de atenção à saúde. Diante do exposto, considera-se que a humanização é uma questão desafiadora e requer uma visão que inclua a complexidade de fatores implicados com o tema.

Com base nas pesquisas desenvolvidas, foi idealizado um modelo operacional (Figura 1), propondo temas que elencam elementos-chave da humanização holística em Cuidados Paliativos.



Fonte: Autoria própria.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, o exercício do cuidado em saúde é uma arte diária. Arte que, indubitavelmente, na relação profissional-paciente, se depara com situações que extrapolam os conhecimentos científicos. Arte que necessita ser resgatada. Responsabilidade e compromisso com os pacientes são atributos mínimos dessa relação. Portanto, pare, olhe e escute! Essa é uma frase bem comum no meu dia a dia, mantendo a responsabilidade ética de cuidar de forma plena e integral de quem confiou em você.

Diversas alternativas e soluções para alcançar a humanização da assistência já existem e outras estão em desenvolvimento. Todavia, elas têm sido aplicadas de maneira isolada ou descoordenada, o que demonstra que sua ampla aplicação depende do esforço de toda a sociedade, de maneira organizada e bem planejada, para que os resultados sejam mais efetivos e alcancem as pessoas de forma universal, equitativa e integral.

O planejamento em saúde envolve uma rede de cuidados complexa e transdisciplinar que deve beneficiar todos os membros da sociedade. O modelo de atenção à saúde baseado na humanização do atendimento é o mais integral, envolvendo o paciente, sua família, cuidadores e profissionais de saúde. Portanto, as ações de combate às pandemias devem ser norteadas por esse modelo, envolvendo toda a sociedade em um esforço coletivo para manter a qualidade técnica, ética e relacional do atendimento.

Este capítulo apresenta uma preocupação axial e um convite à reflexão para uma ação transformadora. É fulcral humanizar de forma contínua a atuação de profissionais de saúde, entendendo e aplicando os aspectos organizacionais e otimizando as dimensões estruturais para que o processo das interações aconteça, buscando suas conquistas, debatendo seus dilemas e ultrapassando seus desafios.

#### REFERÊNCIAS

1. PESSINI, L. Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009.
2. GOULART, B. N. G. D.; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 255-268, 2010.

3. MUKHAMEDZHANOVNA, M. Z. *et al.* Bioethics-Paradigm of Humanization of Medical Education. **Annals of the Romanian Society for Cell Biology**, p. 125-133, 2021.
4. RABAHI, M. F. **A meta da humanização: do atendimento à gestão na saúde.** Doc Content, 2018.

## Arte como ferramenta de aprendizado para humanização da medicina

Análise sobre a peça teatral “O futuro da Humanidade:  
a jornada de um estudante de Medicina em busca  
de um mundo melhor”

José Aderval Aragão<sup>5</sup>

Felipe Matheus Sant’anna Aragão<sup>6</sup>

Iapunira Catarina Sant’anna Aragão<sup>7</sup>

Marina Elizabeth Cavalcanti se Sant’anna Aragão<sup>8</sup>

**P**aciência e empatia são dois importantes requisitos na arte de ensinar. Tal compreensão foi se desenvolvendo em minha mente gradativamente ao longo dos mais de 25 anos dedicados à docência. Na verdade, no decorrer desse período tão extenso da minha vida, no qual atuo como professor da Universidade Federal de Sergipe – UFS, ter empatia e paciência é um exercício diário, constante. E tem me ajudado a ser um professor mais aplicado e um ser humano melhor, na essência da palavra, ao conviver e orientar centenas – milhares, talvez – de estudantes que sonharam e sonham ser médicos, que almejavam e almejam a medicina como missão de vida e carreira profissional.

Foi exatamente o exercício de empatia, de me colocar no lugar do outro, que me fez olhar para os meus alunos para além da superfície.

---

5 Médico com especialização em Cirurgia Vasculard, titular da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculard – SBACV; mestrado e doutorado pela Universidade Federal de São Paulo, professor titular da Universidade Federal de Sergipe. Autor de diversos livros e de artigos científicos. É membro das Academias Sergipanas de Medicina, de Educação e de Letras.

6 Médico, escritor, poeta, autor de livros e de diversos trabalhos científicos.

7 Médica, autora de livros e de diversos trabalhos científicos.

8 Médica, especialista em Medicina do Trabalho, Medicina Legal e Perícias Médicas e autora de diversos trabalhos científicos.

Passei, então, a observá-los além da “vestimenta” de universitários calouros que, no primeiro período de uma faculdade, parecem tão homogeneizados, mas que, na verdade, são extremamente diversos e plurais. O olhar empático nesse momento inicial, em que ainda estão meio tímidos e cheios de expectativas, é necessário, porque é preciso também compreendê-los.

Veja: quando entram em uma universidade, os alunos se deparam com uma mescla avassaladora de novidades – para muitos, aliás, trata-se do total desconhecido. Veem-se frente a frente com um novo espaço de ensino, uma universidade pública, reconhecida por ser ampla e democrática, com gentes de faixas etárias variadas, o que é, por exemplo, substancialmente fora do padrão das escolas do Ensino Médio, de classes sociais diferentes e de raças múltiplas. São novos colegas de sala de aula, pessoas estranhas que vão dividir o cotidiano acadêmico. E, claro, há os novos professores que lecionam disciplinas cujas nomenclaturas extensas, muitas vezes, já na primeira leitura, intimidam o futuro aluno. Sem contar os docentes que têm fama de muito rígidos e exigentes – como eu, admito. É tudo novo. E o novo, o desconhecido, causa receios, ansiedade e apreensão.

Diante de toda essa análise, me atentei à necessidade de “quebrar o gelo” inicial com os alunos do primeiro período do curso de Medicina, matriculados na disciplina Anatomia I, a qual leciono. Pensei ser necessário promover a interação tanto entre os novos estudantes quanto deles comigo. Mas como eu poderia fazer isso? A resposta veio como uma luz: desenvolver uma atividade extraclasse que focasse no conhecimento sobre questões médicas e de saúde, mas que, também, levantasse discussões e reflexões sobre outros temas associados à medicina, como a humanização.

Considero que a medicina sempre foi humanizada. No passado, era comum haver o médico da família, aquele profissional que ia até as residências com frequência para realizar partos ou cuidar dos enfermos, pacientes que iam do patriarca mais idoso ao filho em mais tenra idade. Havia uma relação de confiança entre médico e paciente fomentada fortemente pelo papel de consultor que ele exercia, quase como um padre em um confessionário para quem se abre o coração sem reservas.

Hoje, infelizmente, isso acabou, restando algumas raríssimas exceções. Atualmente, a vida do médico é tão atribulada, muitas vezes com carga horária tripla de trabalho em um sem-número de unidades hospitalares e de saúde ou dando aulas nas cátedras universitárias, que fica difícil manter um relacionamento médico-paciente mais próximo. Entretanto, na minha opinião, isso não quer dizer que o médico deixou de ser humanizado.

Vale destacar que o conceito de humanização das ações e práticas de atenção à saúde está em discussão no mundo há muitas décadas. Porém, nos últimos anos, vem ganhando destaque na literatura científica e em pesquisas voltadas às ciências da saúde.

Durante os séculos XIX e XX, ocorreram muitos avanços tecnológicos que passaram a ser aplicados na área da saúde, em todos os níveis de atenção, desde a prevenção, controle de morbidades e comorbidades, que está relacionada ao avanço das doenças, no tratamento dentro dos hospitais ou na reabilitação (GOULART; CHIARI, 2006).

Humanização significa humanizar, tornar humano, dar condição humana a alguma ação ou atitude, humanar. Também quer dizer ser benévolo, afável, tratável. É realizar qualquer ato considerando o ser humano como um ser único e complexo, onde está inerente o respeito e a compaixão para com o outro (FERREIRA, 2009).

Humanizar é, portanto, se colocar no lugar do próximo, é ter empatia, é ajudar sem esperar nada em troca, é se doar para o bem comum.

Assim, embasado pelo conceito que une medicina e humanização, faltava a mim apenas definir o modo de execução da ideia de promover a interação entre os estudantes. Foi quando, no segundo semestre de 2016, decidi montar uma peça de teatro, um projeto macro que englobasse todos os alunos da turma 104 da UFS. O texto escolhido foi “O Futuro da Humanidade: a jornada de um estudante de Medicina em busca de um mundo melhor”, sendo uma adaptação do livro homônimo do psiquiatra Augusto Cury.

Na publicação, o personagem Marco Polo, um jovem aspirante a médico, de espírito livre e aventureiro, cheio de sonhos e expectativas, se

vê diante de uma realidade dura e fria: a falta de respeito e sensibilidade dos professores em relação aos pacientes com transtornos psíquicos. Indignado, ele desafia profissionais de renome internacional para provar que os pacientes com problemas psiquiátricos merecem mais atenção, respeito e dedicação, e menos remédios.

Andrey Gabriel Nunes de Souza, estudante do curso de Medicina da Universidade Tiradentes (Unit), escola médica em que teve a honra de atuar como professor durante vários anos, foi um dos inúmeros espectadores da peça teatral em março de 2020. O impacto que o espetáculo teve sobre ele foi grande, a ponto de render um artigo divulgado em alguns veículos de comunicação. O depoimento foi escrito em detalhes, cheio das impressões marcantes de tudo o que ele observou enquanto assistia sentado numa poltrona em uma das locações onde “O futuro da Humanidade” foi apresentado, a exemplo do Teatro Atheneu.

O jovem Andrey Gabriel escreveu:

Arrancar atenção das pessoas “verdinhas” que assistiam ao espetáculo foi a grande dificuldade que os atores e roteiristas tiveram. Tirar o véu das amarras e paradigmas que vendavam a grande maioria da plateia foi difícil. Porém, realizado com sucesso. Envolver o público que vivia na superficialidade de pontos acadêmicos e convidá-los a fazer uma viagem para dentro deles mesmos foi o propósito do espetáculo “O Futuro da Humanidade”, obra escrita pelo autor e psiquiatra Augusto Cury, promovido lindamente no palco.

Os olhos atentos de poucos dividiam o espaço com os sussurros de conversas paralelas. Porém, o convite foi feito e, aos poucos, o olhar da minoria era acompanhado pelo olhar de mais pessoas.

O espetáculo, assim como na obra escrita, nos convida a questionar quem somos. Somos títulos, status social, conta bancária, diplomas, certificados ou pessoas livres dessas amarras que procuram a felicidade pelo caminho que sua consciência pede? O que você é?

À medida que a trama se desenrolava, as últimas crianças se acordavam com os bailarinos dançando entre a plateia e, assim, plateia e palco tornaram-se um só. Daí em diante, não houve conversa paralela ou pontos acadêmicos que fossem mais importantes, todos se envolveram com a história de



Marco Polo e Falcão. A peça “O Futuro da Humanidade” tem como finalidade romper com a vaidade do curso de Medicina e trazer e ratificar o seu verdadeiro propósito: cuidar de gente e não de doenças. Cuidar com amor e não por obrigação.

[...] Razão ou emoção? Mais um dos pontos em xeque que foram jogados para reflexão da plateia. Qual foi a resposta? Simplesmente, não há. Equilíbrio, eis a resposta menos errada e mais complexa que se poderia ter. Cabe nos posicionarmos em cada situação e escolher de forma madura e consciente um ponto desse grande espectro que há entre razão/emoção. [...] Para os “verdinhos”, a semente do questionamento foi plantada. Esperemos, assim, a colheita dos maduros frutos.

Resumindo: o objetivo acadêmico do espetáculo, que já teve oito montagens desde que o projeto foi iniciado, é mostrar aos futuros médicos questões humanas que extrapolam os limites biológicos da medicina. Assim, aproveitamos, logo no início do curso, para reforçar e incutir neles a importância de tratar o paciente com empatia, respeito e olho no olho, o que faz nascer e se consolidar a confiança e até mesmo certo afeto do paciente em relação ao médico.

Porém, não é somente isso. A atividade extraclasse também agregou o conceito de responsabilidade social, na medida em que era solicitada a doação de dois quilos de alimentos não perecíveis como ingresso para assistir à peça teatral. Desse modo, a cada semestre, nós conseguimos arrecadar boas quantidades de donativos. Contabilizando as oito edições, foram arrecadadas mais de quatro toneladas de alimentos.

Os donativos abasteceram as dispensas de algumas entidades filantrópicas de Sergipe, a exemplo de Mulheres de Peito, Associação dos Amigos da Oncologia – AMO, Casa de Apoio Bom Samaritano, que acolhe pessoas com HIV/Aids, Externato São Francisco de Assis, Comunidade Católica Servos e Servas da Santíssima Trindade (Casinha de Jesus) e Associação de Apoio ao Adulto com Câncer do Estado de Sergipe – AAACAASE. Em algumas situações, nós fazíamos questão de entregar os donativos pessoalmente nas instituições. Desse modo, os estudantes acabavam conhecendo mais de perto o trabalho feito por cada entidade e exercitavam a solidariedade – tão necessária em tempos tão obscurantistas, em que faltam compaixão e empatia no mundo.

Os alunos que participaram das entregas explicaram ser muito importante o choque de realidade com que eles se depararam nas instituições, somado à esperança que estavam levando aos corações daqueles que tanto precisam de ajuda em um momento tão delicado da vida. Além disso, para os alunos, o sorriso de admiração e respeito registrado no olhar, no rosto de cada uma das pessoas beneficiadas, é algo simplesmente inspirador não somente para a profissão, mas, principalmente, para toda a vida.

É importante destacar ainda que a peça teatral “O futuro da Humanidade” é muito mais do que um trabalho acadêmico fora da sala de aula. Através da arte, o espetáculo promove um momento de descontração e relaxamento para os estudantes, algo que considero não apenas necessário, mas imprescindível para a saúde mental deles.

Como se sabe, a graduação em medicina é uma das mais difíceis. Teoria e prática em grandes quantidades caminham juntas o tempo inteiro para formar profissionais que terão a gigantesca responsabilidade de “curar algumas vezes, aliviar muitas vezes, consolar sempre”.

Este aforismo define o compromisso do médico para com os doentes e foi consagrado como divisa da própria medicina. É frequentemente atribuído a Hipócrates. Poderia, talvez, ter sido inspirado na medicina hipocrática, mas não é encontrado nos livros que integram o Corpus Hippocraticum (REZENDE, 2009).

O vislumbre de tamanha responsabilidade diante da força e da importância da medicina para o ser humano mexe muito com o emocional de qualquer um. Imagine, então, quando se trata de pessoas muito jovens, que mal iniciaram a vida adulta e que precisam multiplicar os esforços para realizar um anseio tão sonhado por tantos. Não é fácil. Por isso, a arte entra nesse projeto como um meio criativo de expressão de sentimentos e emoções. Esse poder simbólico e comunicativo faz dela um importante instrumento de aprendizagem, podendo ser usado em todas as etapas da vida.

Estimular a criatividade, o gosto, as habilidades através de uma história em que houve dramatização, dança, música, representação teatral e utilização do corpo não foi apenas uma forma de expressão

artística. Foi a liga que colocamos para envolver os temas medicina e humanização num projeto que deu muito certo nos vários aspectos citados anteriormente.

Claro que houve dificuldades, como insegurança, atrasos, problemas técnicos. É natural! Principalmente porque eles não são atores profissionais. São estudantes dando o melhor de si também em meio a risadas, à entrega no palco, à vontade de fazer algo coletivo ter êxito. Eles se divertiam enquanto se superavam.

Em 2020, quando a Organização Mundial da Saúde – OMS decretou a pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus, os governos federal e do Estado impuseram o *lockdown* (em inglês, confinamento). As aulas presenciais foram suspensas, e tivemos de cancelar temporariamente o espetáculo que já havia se tornado uma tradição no nosso curso. Lamentamos muito por isso, porém apenas hibernamos nosso projeto.

Assim, com a pandemia mais controlada e ainda sob os protocolos e cuidados para evitar o contágio, realizamos a mais recente edição, a oitava, em 31 de maio de 2022, no Teatro Atheneu. Posso afirmar com orgulho: como as demais edições, essa também foi um instigante sucesso. Que venha o próximo espetáculo!

E finalizo com o psiquiatra suíço Carl Gustav Jung: Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.

## REFERÊNCIAS

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M. **Humanização das práticas do profissional de saúde** – contribuições para reflexão. 2006.

FERREIRA, A. B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

REZENDE, J. M. **Curar Algumas Vezes, Aliviar Quase Sempre, Consolar Sempre**. In: À sombra do plátano: crônicas de história da medicina [on-line]. São Paulo: Editora Unifesp, 2009. p. 55-59. (História da Medicina series, vol. 2). ISBN 978-85-61673-63-5.

## Humanização no pré-natal: ultrassonografia natural como ferramenta de cuidado

Marcella Brandão Abelha<sup>9</sup>

Silvianne Barroso Viana<sup>10</sup>

Independente da cultura, da sociedade ou da época, o ato de gestar um filho sempre foi um evento carregado de emoções e significados não só para a mãe, mas também para a sua família. Todo o pré-natal e o posterior parto, durante muitos anos, foram tradicionalmente realizados no ambiente doméstico, cercado por amigos e familiares que formavam a rede de apoio da mãe junto a parteiras de confiança. Para casos de maior complexidade e que apresentavam alto risco, a medicina teve um grande avanço, desenvolvendo técnicas que salvaguardavam tanto a vida materna quanto a vida fetal. Entretanto, a visão hospitalocêntrica da medicina abarcou não só os casos que configuravam real necessidade, mas também foi usada como via de regra para toda e qualquer gestação, destituindo a mulher de seus direitos e de seu poder de decisão. A assistência à gestante e à parturiente passou a ser intensamente intervencionista e medicamentosa, cada vez mais técnica e menos humana.

Para reverter essa lógica tecnicista, o Ministério da Saúde implementou no Brasil, no ano 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento com o objetivo de garantir assistência e qualidade ao pré-natal, ao parto e ao puerpério, tendo como grande foco a humanização e o protagonismo materno. Outro programa importante que foi lançado em 2003 é a Política Nacional de Humanização, o **HumanizaSUS**, tendo

---

9 Graduada de Medicina – UFS.

10 Graduada em enfermagem (Unit). Especialista em enfermagem obstétrica e neonatologia (Dom Alberto). Especialista em enfermagem pediátrica e neonatologia (Kuality Brasil).

como um de seus princípios o protagonismo e a autonomia do sujeito e do coletivo. Sob essa lógica de acolhimento, humanização e autonomia, observa-se no ultrassom natural uma ferramenta poderosa para o cuidado integral da mulher gestante.

O ultrassom natural é uma pintura realizada no ventre materno que representa objetivamente o bebê ainda na barriga da mãe. Essa técnica surgiu em 1992 enquanto um dos filhos de Naolí Vinaver, conceituada parteira mexicana, desenhava um boneco de palitos no ventre de Naolí em uma tentativa de representar o irmão mais novo que estava sendo gestado ali. A parteira identificou na pintura uma forma de humanizar e ampliar o acesso à saúde, já que muitas mulheres atendidas por ela eram da zona rural e tinham dificuldade de receber assistência médica especializada. O ultrassom natural possibilitaria, então, a essas mulheres observar, por meio da representação clínica e anatômica, o tamanho e a posição de seus respectivos bebês, além de permitir um vínculo emocional mais forte entre todos os membros da família (VINAVER, 2022).

A pintura no ventre materno não tem intenção de substituir a ultrassonografia e tampouco desmerecer sua importância no pré-natal. O real objetivo dessa técnica é proporcionar à gestante e à sua respectiva família uma experiência humanizada e holística do ato de gestar, usando a arte da pintura para esse fim (RIBEIRO *et al.*, 2020).

Sabe-se que a arte tem o poder de materializar o inconsciente humano sob a forma de símbolos capazes de serem observados por outros (MATA; SHIMO, 2019), além de convidar o artista e seus espectadores a refletirem sobre seus pensamentos e sentimentos, podendo ser usada como um grande instrumento terapêutico no cuidado físico, emocional e mental (OLIVARES; CAMARGO; PIMENTEL, 2017).

A arte no abdome materno é geralmente realizada por parteiras (obstetrias) ou enfermeiras obstetras, mas pode ser realizada por qualquer profissional da área da saúde que atue no cuidado à gestante. Mata e Shimo (2019) descreveram a técnica artística em cinco passos principais. O primeiro passo é estimular a gestante a descrever o seu bebê imaginário. O bebê imaginário se distingue do bebê real porque o bebê real é aquele que propriamente nasce, ao passo que o bebê

imaginado é aquele que corresponde a expectativas e desejos construídos pelos pais sobre o filho (VENDRÚSCULO; KRUEL, 2015). Nesse passo pergunta-se, então, qual a cor da pele do bebê, a cor dos olhos, a cor do cabelo, se o bebê é grande ou pequeno, entre outras características físicas que a família possa ter imaginado. Todas as pessoas do círculo de apoio materno são convidadas a participar do processo da pintura, entretanto se ressalta a importância de a gestante manifestar a sua imaginação e criatividade primeiro e ter a palavra final sobre o que deseja que seja feito a fim de que o bebê pintado em sua barriga não seja estranho a ela própria (MATA; SHIMO, 2019).

O segundo passo consiste na realização dos três primeiros tempos da manobra de Leopold Zweifel, a saber: situação, posição e apresentação fetal. O intuito da pintura é representar o bebê tal como identificado a partir da manobra, por isso se recomenda que a arte só seja feita a partir da 24<sup>a</sup> semana gestacional, pois é a partir desse período que a manobra poderá ser realizada. Durante essa fase de identificação da posição fetal, pode-se convidar a mãe e os familiares a sentirem as partes do bebê e aproveitarem o momento de contemplação e escuta para realizar a educação perinatal. É importante que o profissional que esteja realizando a pintura esteja disposto a interagir com a gestante e com seu núcleo de apoio, realizando uma escuta qualificada e propondo orientações segundo a necessidade de cada família, já que esse é um momento em que as relações interpessoais vão se mostrar mais nítidas e que a gestante se sente mais confortável para expor suas preocupações (MATA; SHIMO, 2019).

No terceiro passo, realiza-se a ausculta dos batimentos cardíacos fetais por meio de um sonar Doppler fetal, de um estetoscópio de Pinar ou por meio da ausculta direta. Sugere-se ainda que o profissional pinte um coração no local em que a ausculta foi realizada. No quarto passo, o desenho do bebê imaginado é então concluído junto a outras representações do meio intrauterino, como cordão umbilical, placenta e bolsa amniótica. E, no quinto e último passo, o desenho é pintado com tinta atóxica e própria para a pintura corporal (MATA; SHIMO, 2019).

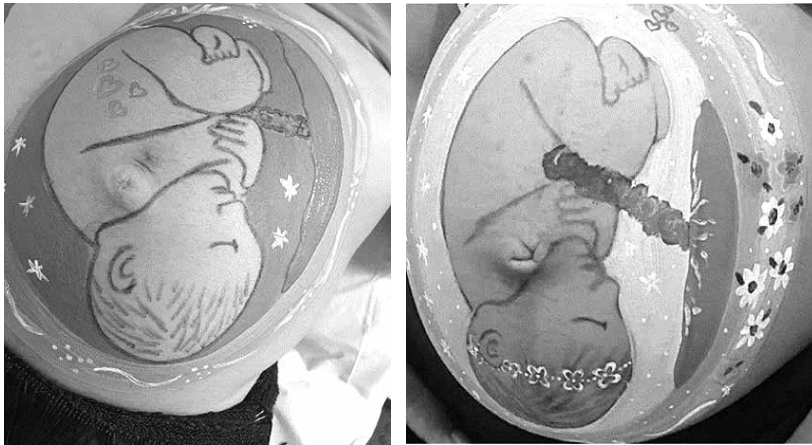


Figura 2 - Pintura realizada por Silviane Barroso Viana, enfermeira

Um dos benefícios da aplicação do ultrassom natural é justamente aproveitar esse momento para a realização da educação em saúde, informando sobre os cuidados maternos e os direitos, sobre como a participação dos familiares pode ser importante, amamentação, alimentação, além de outros temas que sejam do interesse da família. Outro grande benefício trazido pela pintura do ventre materno é o aumento do vínculo pré-natal. Mata e Shimo (2018) afirmam que a técnica promove a experiência do núcleo subjetivo da vinculação ou de amor com o bebê por atingir quatro das cinco categorias estabelecidas por John Condon, sendo elas: disposição para conhecer sobre o bebê, disposição para estar e interagir com ele, disposição para evitar a separação ou perda e disposição para proteger o bebê.

John Condon foi um psiquiatra australiano que criou uma escala chamada de *Maternal Antenatal Attachment Scale* para avaliar a vinculação pré-natal materna. Ele dividiu essa escala em duas dimensões, sendo a primeira relacionada à qualidade da vinculação e a segunda relacionada à intensidade de preocupação com o feto. Esses dois fatores são considerados decisivos para um bom vínculo puerperal e infantil e também para garantir a adesão da mãe e dos familiares aos programas da educação perinatal, evitando comportamentos de risco e maus cuidados à saúde, por exemplo, com o objetivo de proteger aquele bebê. Além disso, sabe-se que uma forte vinculação pré-natal materna previne sintomas de depressão e ansiedade, sendo benéfica tanto para a mãe quanto para o bebê (JORGE, 2021).

Estudos demonstram que a pintura realizada no ventre materno também é capaz de provocar sentimentos positivos na gestante, como uma melhora da autoestima, por colocar a mãe como protagonista de todo o processo e alvo dos olhares de apreciação da pintura, apresentando a capacidade de promover o bem-estar materno. Os próprios profissionais da saúde também são beneficiados na realização da pintura, pois eles são levados a desenvolver a sua técnica de palpação, sua ausculta, sensibilidade e habilidades artísticas, bem como uma escuta qualificada e ativa.

Portanto, a arte é usada no ultrassom natural como forma de humanizar a assistência à gestante, proporcionando momentos de interação entre a mãe, o bebê e sua família, e também acolhimento, educação e ressignificação da relação paciente-profissional da saúde, trazendo um novo significado para a arte de gestar.

## REFERÊNCIAS

BRAZELTON B.; CRAMER B. **As primeiras relações**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

JORGE, M. B. O. P. **A influência da Vinculação Pré-Natal nas Representações Maternas acerca do Bebê durante a Gestação**. Tese (Mestrado Integrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Portugal, 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/50938>. Acesso em: 11 fev. 2023.

RIBEIRO, J. P.; OLIVEIRA, B. B.; OLIVEIRA, C. S.; SELL, E. L.; KLEMTZ, F. V.; MARTEN, G. N. Art of painting in women's bellies: experiences of nursing students. **Rev Enferm UFPI**, [S. l.], v. 8, n. 3, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/590>. Acesso em: 29 jan. 2023.

OLIVARES, A. E. L.; CAMARGO, G. G. A.; PIMENTEL, A. S. G. Arte e saúde: performance como intervenção terapêutica. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 9, n. 3, p. 78-92, 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-25912017000300006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912017000300006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 jan. 2023.

MATA, J. A. L.; SHIMO, A. K. K. Art of Maternal Womb Painting: term, concept, and technique. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 72, suppl 3, dez. 2019.

MATA, J. A. L.; SHIMO, A.K.K. Arte da pintura do ventre materno e vinculação pré-natal. **Rev Cuid.**, v. 9, n. 2, p. 2145-2164, 2018. doi: 10.15649/cuidarte.v9i2.499.

VENDRÚSCULO, C. T.; KRUEL, C. S. A história do parto: do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Revista Eletrônica Disciplinarum Scientia**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1842/1731>. Acesso em: 16 jan. 2023.



# Importância da espiritualidade na educação médica e da humanização na relação médico-paciente

Ana Helena Prado Santana Campos<sup>11</sup>

Ana Maria Ribeiro Fonseca<sup>11</sup>

Letícia Rocha Sobral<sup>11</sup>

Lorena dos Santos Blinofi Cruz<sup>11</sup>

Luiz Phillipe Silva de Azevedo<sup>11</sup>

Nathália Teles Fontes<sup>11</sup>

Sabrina Oliveira Santos<sup>11</sup>

Yasmin Tourinho Delmondes Trindade<sup>11</sup>

Halley Ferraro Oliveira<sup>12</sup>

## INTRODUÇÃO

**V**isando possibilitar ao ser humano valores, condutas e costumes que determinam a sua maneira de agir perante a sociedade, a espiritualidade surgiu justamente para abordar o sentido da vida, a terminalidade humana e a busca por uma conexão com algo sagrado que ultrapassa as práticas religiosas (HARMUCH; CAVALCANTE; ZANOTI-JERONYMO, 2019). Ela é vista como um instrumento que promove saúde, com a necessidade de preparar os profissionais para que exerçam a medicina de forma humanizada, sendo necessário, assim, enxergar o homem como objeto essencial de cuidado e integrando todas as dimensões do ser (GOMES; BEZERRA, 2020).

Sabe-se que a religiosidade e a espiritualidade são próximas e significativas, mas não são dependentes, podendo-se afirmar que, para exercer a espiritualidade, não há necessidade de praticar a religiosidade, mas sim compreender a alma (HARMUCH; CAVALCANTE; ZANOTI-JERONYMO, 2019).

---

11 Graduandos do curso de Medicina pela Universidade Tiradentes – Aracaju-SE.

12 Professor Adjunto na Universidade Tiradentes e na Universidade Federal de Sergipe – Aracaju-SE.

Dessa forma, o presente capítulo visa reforçar a prática da espiritualidade, desde a formação, dos profissionais de saúde que confrontam as práticas antigas para garantir uma relação médico-paciente mais humana, melhorando a adesão aos tratamentos, na manutenção da saúde, vencer as dificuldades de acesso e outros aspectos (GOMES; BEZERRA, 2020).

## **MÉTODO**

O presente capítulo é uma revisão de literatura com análise crítica que possui a intenção de observar e compilar as informações adquiridas. As informações coletadas foram obtidas por meio de uma busca em bancos de dados renomados (Scielo, PubMed, Harvard reviews, Nature reviews, Medline e Lilacs), e trouxemos artigos atualizados e relevantes da área de literatura científica e espiritualidade. O período das publicações correspondeu aos anos de 2000 a 2023, priorizando as literaturas com menos de cinco anos de publicação, com intuito de elaborar o estudo em questão com informações recentes e atualizadas.

Para a busca de dados, foram utilizadas as principais palavras-chave: espiritualidade; humanização; relação médico-paciente; medicina, segundo os descritores DeCS/MeSH. Nessa seção foram empregados como critérios de inclusão: artigos publicados entre 2000 e 2023 em língua portuguesa e inglesa; passíveis de tradução; em que fosse discutida a relação entre medicina e espiritualidade em contextos distintos, tais como: clínico, hospitalar, comunitário.

Todos os artigos a respeito do tema foram analisados por meio do ano de publicação, do método, dos objetivos e dos resultados encontrados. Os critérios de exclusão utilizados consistiram em: artigos distantes da proposta temática, outros idiomas, relato de caso, revisão de literatura fora do período estipulado e artigos duplicados. A princípio, foram incluídos 26 artigos, todos foram revisados e analisados detalhadamente; dentre esses textos, foram selecionados 19 artigos que abrangiam as informações de interesse para a elaboração do presente estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O conceito de espiritualidade é encontrado em todas as culturas e sociedades. Ela é expressa nas buscas individuais para um sentido de vida

por meio da participação na religião, na família e nas demais convivências sociais e, até mesmo, nas artes. No que tange à saúde, todos esses fatores podem influenciar na maneira como os pacientes e os profissionais da saúde percebem a saúde e a doença e como eles interagem uns com os outros (PUCHALSKI, 2001). Assim como ocorre com ética e moral, espiritualidade e religiosidade não são sinônimos. A espiritualidade trata-se de uma forma implícita de tratar dimensões profundas da subjetividade sem incluir necessariamente a religiosidade (DALAI LAMA, 2000). A espiritualidade não é uma questão simplesmente religiosa; é uma questão de educação, de subjetividade, de interioridade. É uma forma de nos reeducarmos para a comunhão conosco mesmos, para a comunhão com a natureza, com o próximo e com Deus.

Sem espiritualidade, valores como compaixão, solidariedade, amor, justiça e compreensão desaparecem e se perdem os limites de distinguir o que é certo e o que é errado. São esses valores que inspiram o nosso modo de ser e agir, tornando nossa conduta profícua e sábia, portanto ética (CORTELLA, 2007).

A espiritualidade em saúde é um tema encontrado há décadas na literatura brasileira; no entanto, estudos mais recentes ainda demonstram a falta da abordagem do tema durante a formação de profissionais de saúde. Isso tem impactos na perda de qualidade da assistência aos pacientes de maneira humanizada e integrada.

Há alguns anos a medicina moderna busca caminhos para o tratamento mais integral dos pacientes, deixando de seguir o modelo biológico exclusivo para ser complementada pelos modelos psicológicos, sociais e espirituais. Isso já vem ocorrendo há mais tempo em outros países como nos Estados Unidos da América, e recentemente 47 faculdades de medicina introduziram cursos nos quais aprofundam essa temática, por exemplo as Universidades Massachusetts, George Washington, Duke, Harvard, entre outras. Na Europa, o *The Spirituality and Psychiatry Special Interest Group*, do Royal College of Psychiatrists, dedica-se ao estudo das interferências entre saúde mental e espiritualidade (LUCCHETTI, 2010). No Brasil, o tema ainda é pouco tratado e praticado. Em 2012, constatou-se em 86 escolas médicas que 10,4% possuíam cursos eletivos ou obrigatórios de religião e espiritualidade; 40,5% possuíam conteúdo sobre espiritualidade e saúde vinculado à graduação; 54%

dos diretores acreditavam que esse assunto deveria ser ensinado em seus cursos (LUCCHETTI, 2012).

As pesquisas sobre esse tema ainda estão no início, mas já aparecem principalmente em algumas universidades públicas e particulares como: Universidade Federal de São Paulo – Unifesp, Universidade de Campinas – Unicamp, Universidade Estadual de São Paulo – Unesp, Pontifícia Universidade Católica do Paraná/Campus Londrina – PUCPR, entre outras. O tema espiritualidade e religião também despertou interesse da Sociedade Brasileira de Cardiologia, que criou em 2010 o Grupo de Estudo em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular – GEMCA, o qual tem estimulado pesquisas sobre o tema e tem inserido o assunto nos congressos nacionais e estaduais sob a forma de mesa-redonda e simpósio com lotação completa das salas, o que mostra o interesse da classe médica sobre o assunto (NAKAZONE, 2018).

Assim, a espiritualidade está sendo cada vez mais pesquisada, estudada e abordada no meio acadêmico nas últimas décadas. É notória a importância da abordagem do tema na medicina, e até mesmo associações e organizações como a Organização Mundial da Saúde – OMS recomendam abordar questões espirituais no atendimento clínico e na educação dos profissionais de saúde, pois diversos estudos evidenciam a associação entre saúde física e mental e crenças espirituais e religiosas.

Pesquisas mostram que a espiritualidade leva a uma melhor adesão ao tratamento e interfere na tomada de decisões médicas e nas questões de sobrevivência. Puchalski, uma defensora de longa data da introdução da espiritualidade no currículo das escolas de medicina dos EUA, assinala que a *Association of American Medical Colleges* recomenda que as escolas médicas adotem um currículo de espiritualidade com objetivos específicos. Dessa forma, os estudantes de medicina desenvolvem a habilidade de fazer uma anamnese espiritual para que assim aprendam a avaliar a dimensão espiritual do paciente e ver se há qualquer relação com o processo de sua doença, como também se utiliza de sua crença como instrumento de esperança para a terapia.

Alguns estudos foram realizados quanto à abordagem do tema na graduação. Um estudo realizado em 12 escolas médicas brasileiras apontou as razões relatadas pelos participantes para não terem confiança em abordar espiritualidade durante o atendimento: “medo de

impor crenças religiosas” (47,5%), “medo de ofender pacientes” (35,8%) e “falta de conhecimento” (34,7%) foram as principais. A maioria disse nunca ter recebido treinamento durante a faculdade de medicina sobre “espiritualidade e saúde” (81%). Os participantes acreditavam que deveriam estar preparados para abordar a espiritualidade com seus pacientes (61,6%) e que as escolas médicas não estavam fornecendo treinamento adequado nessa área (83,4%) (LUCCHETTI *et al.*, 2013).

Em estudo no Ceará, 48,8% dos acadêmicos responderam ter, frequentemente, o desejo de abordar o tema fé/espiritualidade com os pacientes. Dentre os motivos que os desencorajaram a incluir o tema no atendimento, as respostas mais frequentes foram “falta de treinamento”, “medo de impor pontos de vista religiosos aos pacientes” e “medo de ofender os pacientes” (COSTA *et al.*, 2019).

A inclusão de disciplinas na matriz curricular que abordem questões de espiritualidade permite tratar desse tema em sua maior amplitude, observando suas inter-relações com as demais temáticas com a especial vantagem de estar sistematizado conforme um plano de ensino definido e com uma sequência lógica organizada (DAL-FARRA; GEREMIA, 2010). Assim, foi visto que as instituições que abordam práticas de espiritualidade em saúde, tanto na assistência quanto no ensino, podem promover a consciência do cuidar de si, resgatar o aspecto do cuidado integral ao paciente e estimular o estudante de medicina a valorizar a necessidade da compaixão e do amor no cuidar, além de promoverem a humanização dos profissionais de saúde.

O ato de “humanizar” precisa ser intrínseco àquela pessoa que resolve dedicar a vida ao outro. Isso deveria ser óbvio, mas infelizmente não é mais. Na medicina, é preciso ver o paciente como um todo, não como uma doença. É necessário considerar sua integridade física, psíquica e social. Então, discutir sobre a importância da humanização na relação médico-paciente é reconhecer a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento daquele indivíduo. A consciência da necessidade de um desenvolvimento da interação comunicativa entre médico e paciente foi se ampliando nos anos 60 através de estudos de psicologia médica (SCHNEIDER, 1994), de análises psicanalíticas da figura do médico (GROESBECK *et al.*, 1983), bem como da experiência do grupo Balint ao introduzir a dimensão psicológica na relação

médico-paciente e a necessidade da formação psicoterapêutica para o médico (BALINT, 1988).

A humanização está relacionada também a um maior diálogo e uma melhor comunicação entre o profissional e o paciente. Sendo assim, é imprescindível que o médico use termos inteligíveis para que a pessoa leiga consiga compreender o que se passa com ela, ao invés de entrar em desespero antes mesmo de sair do consultório ao pensar que pode estar com uma doença ruim. O médico, seja qual for a sua especialidade, deve saber que jargões médicos são utilizados entre médicos, e termos compreensíveis entre ele e seus pacientes. Sustenta Teixeira (2003), apoiando-se em Maturana (1998), que vale a pena ressaltar a natureza do processo comunicativo, o qual não deve ser compreendido segundo o modelo da transmissão de informações, mas segundo o modelo habermasiano do entendimento. Diferentemente do primeiro modelo, no qual há apenas um fluxo de informação de um emissor para um receptor, no modelo comunicativo que defendemos a informação se processa em um fluxo recíproco. A empatia caminha lado a lado com a humanização. O fato de se colocar no lugar do outro diz muito sobre quem o profissional é.

A tecnologia do mundo moderno contribui bastante para o distanciamento da relação médico-paciente. Apesar de auxiliar no diagnóstico de diversas doenças e no tratamento de muitos enfermos, também gerou um certo afastamento, fazendo com que o profissional perdesse a “dimensão do humano”. A tecnologia chegou para melhorar a eficiência na prestação dos cuidados com o paciente, mas até que ponto vale isso? Neste novo cenário em que o “toque” do médico em muitas ocasiões é substituído pelos exames complementares, o paciente é cada vez menos envolvido na relação com seu médico. De acordo com Silva (2010), foi na “Revolução Científica” no século XVII que se abriram novos caminhos para a pesquisa, representando um novo marco para a medicina: o paciente deixa de ser visto como um ser dotado de corpo, pensamentos e alma e passa a se tornar um conjunto de tecidos organizados que formam órgãos e sistemas com funções específicas. Sendo assim, já que existe esse arsenal de tecnologias disponíveis como instrumento de trabalho, que saibamos agregar a uma relação empática, respeitosa e atenciosa.

## CONCLUSÃO

Compreendendo que a abordagem da espiritualidade e da religiosidade é essencial para a formação ética, profissional, humanista e assistencial, observa-se que algumas escolas médicas já estão implantando o assunto em suas grades curriculares, muito embora no Brasil o processo aparente ser moroso. É notável o quanto a fé gera esperança, consequentemente atrelar esse artefato à relação médico-paciente pode ser benéfico não apenas por induzir uma maior adesão do paciente ao tratamento, mas também por aproximar o enfermo de quem o assiste.

Escolher o caminho da Medicina é dedicar uma vida a muitas outras. Fazem parte dessa devoção o zelo, a compreensão e o entendimento muito além de uma doença, mas de um ser humano dotado de tantos sentimentos, vontades e fé. O clínico deve estar atento à dimensão espiritual do paciente, seja ela positiva ou negativa. O conhecimento científico e prático do assunto pode evitar conflitos na relação médico-paciente, beneficiar os desfechos clínicos e facilitar o atendimento médico. Dessa forma, é necessário que o médico saiba a forma correta, sem ofensas e julgamento, de abordar essa perspectiva de cada paciente, de modo a exercer a Medicina de maneira mais humana e integrar o possível, o que seria viável através da imersão cada vez maior e profunda da prática médica na vida acadêmica voltada ao entendimento da espiritualidade.

### **Comentário do especialista<sup>12</sup>**

Considerando a espiritualidade como um aspecto fundamental na vida humana, ela também é importante na saúde, incluindo pacientes e profissionais de saúde, e merece toda atenção, pois representa um aspecto importante na humanização médico-paciente. A espiritualidade é uma característica inata ao ser humano, e, por outro lado, a religião foi criada pelo ser humano em uma tentativa de se religar com o Divino ou com um Ser Superior. A espiritualidade é mais ampla que a religião – enquanto a religião é baseada em rituais, tradições e dogmas, tendo uma autoridade externa com poder para indicar o que fazer, a espiritualidade se refere à busca pela essência ou pelo propósito, tendo foco no mundo espiritual. Segundo Deepak Chopra, a religião é acreditar na

experiência de outra pessoa, e a espiritualidade é ter a sua própria experiência (SELLA, 2020).

A espiritualidade, às vezes confundida com religiosidade, para quem está doente ou enfrentando uma doença terminal, pode ser uma fonte de conforto e paz nos momentos difíceis; e, para o profissional de saúde, a espiritualidade pode fornecer uma perspectiva mais ampla sobre a vida e a saúde, se conectando com seus pacientes de uma forma mais significativa.

Essa conexão entre paciente e profissional da saúde integrando a espiritualidade deveria ser ensinada durante o curso de graduação (inclusive nas disciplinas de ética e comunicação com os pacientes), fazendo cursos específicos sobre espiritualidade e saúde, colocando um tópico de discussão durante a formação médica, incluindo a compreensão das crenças religiosas e culturais de diferentes pacientes, escutando ativamente e empaticamente, humanizando assim a relação de confiança entre médico e paciente.

Podemos também ensinar a usar os questionários HOPE e FICA (LUCHETTI *et al.*, 2010), que são instrumentos que abrangem a espiritualidade, com perguntas relacionadas à fé, às crenças, sua importância e influência na vida do paciente, se ele pertence a alguma comunidade religiosa e se o paciente gostaria que os profissionais de saúde abordassem sua espiritualidade durante o tratamento da sua saúde. Se desenvolvermos habilidade de comunicação e empatia, a relação médico-paciente será mais humanizada, ouvindo atentamente, não julgando os pacientes por suas crenças ou escolhas de vida.

Outra maneira de integrar a espiritualidade na educação médica é através de programas de mentoria e tutoria. Esses programas podem ajudar os estudantes de medicina a desenvolverem habilidades emocionais e espirituais que são fundamentais para uma prática médica efetiva e compassiva.

É importante notar que a inclusão da espiritualidade na educação médica não implica impor crenças religiosas ou espirituais aos estudantes. Em vez disso, a abordagem deve ser inclusiva e respeitosa em relação às diferentes crenças e práticas religiosas dos pacientes e dos estudantes, levando a um cuidado mais personalizado, empático e compassivo.



## REFERÊNCIAS

- ASSUNÇÃO, L. F. de; MELO, G. C. M. de P.; MACIEL, D. Relação médico-paciente permeando o currículo na ótica do estudante. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 383-389, set. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300013>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999. Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/csp/v15n3/0505.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v15n3/0505.pdf). Acesso em: 22 abr. 2023.
- CORTELLA, M. S. **Qual é a tua obra?** Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética. 6. ed. São Paulo: Editora Vozes, 2007.
- COSTA, M. S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Revista Bioética**, v. 27, n. 2, p. 350-358, abr./jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019272319>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- DAL-FARRA, R. A.; GEREMIA, C. Educação em saúde e espiritualidade: proposições metodológicas. **Revista brasileira de educação médica**, v. 34, n. 4, p. 587-597, ago. 2010. Disponível em: [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198152712010000400015&lng=es&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198152712010000400015&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 22 abr. 2023.
- DALAI LAMA. **Uma ética para o novo milênio**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2000.
- DESLANDES, S. F. (Comp.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas** [on-line]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 414 p. (Criança, mulheres e saúde collection). ISBN 978-85-7541-329-6. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413296>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- GOMES, E. T.; BEZERRA, S. M. M. da S. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, v. 5, n. 1, p. 65-69, jan./jun. 2020. Disponível em: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2446-5682.20200013>. Acesso em: 22 abr. 2023.
- HARMUCH, C.; CAVALCANTE, M. D. M. A.; ZANOTI-JERONYMO, D. V. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem na visão dos estudantes: uma revisão. **Revista Uningá**, [S. l.], v. 56, n. S2, p. 243-254, 2019. DOI: 10.46311/2318-0579.56. eUJ938. Disponível em: <https://revista.uninga.br/uninga/article/view/938>. Acesso em: 14 abr. 2023.
- LUCCHETTI, G.; GRANERO, A. L.; BASSI, R. M.; LATORRACA, R.; APARECIDA, S. Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber? **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-8, mar./abr. 2010. Disponível em: <https://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2010-02.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G.; ESPINHA, D. C. M.; OLIVEIRA, L. R.; LEITE, J. R.; KOENIG, H. G. Spirituality and health in the curricula of medical schools in Brazil. **BMC Med Educ**, v. 12, p. 78, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-78>. Acesso em: 22 abr. 2023.

LUCCHETTI, G.; OLIVEIRA, L. R. de; KOENING, H. G *et al.* Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBAME. **BMC Medical Education**, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6920-13-162>. Acesso em: 22 abr. 2023.

MEZZALIRA, D. P.; FERREIRA, A. C.; ANDRADE, G. H. *et al.* A humanização na educação médica no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e57711125337-e57711125337, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.25337>. Acesso em: 22 abr. 2023.

NAKAZONE, S. *et al.* **Importância da espiritualidade e religiosidade na relação médico-familiares de pacientes na Unidade de Terapia Intensiva**. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado), 2018. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/20965>. Acesso em: 22 abr. 2023.

PUCHALSKI, C. M. The Role of spirituality in health care. **BUMC Proceedings**, Waco, v. 14, n. 4, p. 352-357, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>. Acesso em: 22 abr. 2023.

RAMOS, J. L. L.; PESSOA JUNIOR, D. A.; RIBEIRO, J. T. *et al.* Espiritualidade em saúde: percepções e desafios na educação médica do Brasil. **Conjecturas**, v. 22, n. 15, p. 750-760, 2022. Disponível em: <https://www.conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1930>. Acesso em: 22 abr. 2023.

REGINATO, V.; BENEDETTO, M. A. C.; GALLIAN, D. M. C. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, p. 237-255, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00100>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SELLA, B. Espiritualidade e religião: qual a diferença? **Corpore Sano**. 04/08/2020. Disponível em: <https://corporeanotheta.com.br/blog/espiritualidade-e-religiao-qual-a-diferenca/>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SILVA, E. G. O. *et al.* **A deterioração da relação médico-paciente ao longo do tempo**: sua influência sobre os eventos adversos em medicina. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 1º out. 2010. Disponível em: <https://repositorio.iscteul.pt/bitstream/10071/4151/1/Tese%20%20A%20deteriora%C3%A7%C3%A3o%20da%20rela%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dico-paciente.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

SOUZA, V. C. T.; PESSINI, L.; HOSSNE, W. S. Bioética, religião, espiritualidade e a arte do cuidar na relação médico-paciente. **Rev. Bioethikos**, v. 6, n. 2, p. 181-190, 2012. Disponível em: <https://saocamilos-sp.br/assets/artigo/bioethikos/94/a7.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

## A arte na vida do estudante de medicina para uma humanização constante

Kathleen Ribeiro Souza<sup>13</sup>  
Guilherme Coelho Dantas<sup>14</sup>

*Medicina é a arte do momento certo.*  
*Ovídio*

Muitas pessoas se perguntam: “o que a arte tem a ver com a medicina?” Por outro lado, muitos médicos têm demonstrado que a própria medicina pode ser considerada uma arte: a arte de curar, a arte de amenizar o sofrimento, a arte de criar novas abordagens e tecnologias para eliminação ou amenização de determinada doença (MAIROT *et al.*, 2019).

Ademais, ainda é possível afirmar que a arte pode ser utilizada como ferramenta primordial na formação de um estudante de medicina quando implementada ao longo da graduação com o objetivo de impedir o processo de desumanização daquele profissional ao longo da sua vida acadêmica (MUSSO; ENZ, 2014). Entretanto, para entender como esse processo pode funcionar, é melhor começar do começo.

Para além das definições que podem ser conferidas à palavra “arte”, é possível afirmar que se trata da forma humana de expressar sua percepção e seu aprendizado sobre o mundo em diferentes épocas vivenciadas (SOARES, 2017). Datada há cerca de 25 mil anos, a arte tem envolvido, curado, acalentado e sensibilizado as pessoas através da conexão entre

---

13 Mestre e Doutora em biotecnologia – Fiocruz. Graduação em Ciências Biológicas – Ucsal. Professora de graduação na área de saúde: anatomia, histologia, embriologia, fisiologia, bioquímica e biologia celular. Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

14 Mestre em Medicina da Família e Comunidade – Universidade de Toronto. Doutor em Ciências – USP. Graduação em Medicina – UERJ.

corpo-mente-espírito, pois explora os sentidos, e através destes é possível se conectar com o mundo e acionar a empatia de uns com os outros (SOARES, 2017; THRELKELD, 2003).

De acordo com Vieira (2017), o termo “empatia” foi traduzido inicialmente como a capacidade de reconhecer a consciência de outra pessoa e manter um raciocínio análogo a ela, ou seja, de se colocar no lugar do outro. Tal habilidade permite um comportamento consciente de percepção dos sentimentos de outrem, se tornando um processo psicológico multidimensional que engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais (AGUIAR *et al.*, 2017; VIEIRA, 2017).

Sendo assim, ao trazer essa característica para o profissional de medicina, é possível perceber uma demonstração de boas maneiras do médico ao tratar seus pacientes, o que, segundo Hajar (2018), é a essência da arte da medicina, já que o conhecimento por si só não é suficiente para a prática da boa medicina (HAJAR, 2018), a qual necessita de um componente essencial, a empatia.

Nesse contexto, a empatia dentro da medicina torna-se fundamental para o cuidado apropriado para com o enfermo, visto que um profissional capaz de compreender as experiências internas de um indivíduo se beneficia de uma melhor comunicação e constrói uma relação de confiança entre médico e paciente. Tal relação permite participação ativa do paciente, com aumento na probabilidade de diagnóstico preciso e decisões assertivas para melhoria do estado de saúde do enfermo (AGUIAR *et al.*, 2017; AYUB; KHAN, 2017).

Além disso, é interessante observar que alguns estudos trazem a empatia como um componente que torna um médico especial, pois, na ausência dessa característica, esse profissional pode ser caracterizado apenas como uma máquina; assim, é possível afirmar que a empatia é um dos fatores que proporcionam a humanização do profissional e, por conseguinte, a prática da boa medicina (HAQUE *et al.*, 2018).

Segundo Chipidza *et al.* (2015), a relação médico-paciente envolve vulnerabilidade e confiança, sendo caracterizada por uma relação consensual baseada em quatro elementos-chave: conhecimento, confiança, lealdade e respeito (CHIPIDZA *et al.*, 2015). Assim, na presença da empatia em um profissional, é possível que ele evidencie as preocupações dos pacientes e atenda a suas expectativas; essa qualidade na

comunicação a partir de uma abordagem colaborativa permite a criação de laços, o aumento na eficácia do tratamento e a cura do enfermo (HARBISHETTAR *et al.*, 2019).

Historicamente, retornando ao período renascentista, é possível perceber que a aplicação de abordagens interdisciplinares na medicina sempre foi essencial. Tal associação é bem evidente ao perceber que os primeiros anatomistas e cirurgiões também eram exímios desenhistas e matemáticos. Para além disso, muitos estudantes pós-renascentistas aprendiam sobre anatomia a partir de estudos de tela, o que faz Cherem (2005) caracterizar a medicina como herdeira de um conhecimento para onde confluíam a arte e a ciência. Esse elo permite aguçar os sentidos e desenvolver um olhar que não seja apenas técnico, ao ampliar a percepção de detalhes, vestígios ou sinais clínicos ou psicológicos (CHEREM, 2005). Portanto, é possível perceber a ligação positiva entre a arte, a empatia e a relação médico-paciente na vida do estudante de medicina.

Por outro lado, alguns estudos têm revelado a ocorrência da diminuição e, às vezes, perda de empatia pelo estudante de medicina ao longo do curso (IQBAL *et al.*, 2020; SANTIAGO *et al.*, 2020). Tal efeito pode estar associado ao aumento do nível de estresse sofrido pelo discente, uma vez que esse estado é capaz de promover quadros de depressão, *burnout*, ansiedade, entre outros problemas, e, como consequência, o profissional em formação apresenta a perda progressiva da empatia (CUNNINGHAM *et al.*, 2018; HILL *et al.*, 2018).

Ademais, de acordo com alguns estudos, é possível adicionar às causas da queda de empatia, além da cascata de problemas psicológicos que surgem ao longo do curso, outros fatores como quantidade elevada de conteúdo de aprendizagem em curto prazo, percepção limitada para interações humanas devido ao excesso de confiança em diagnóstico computadorizado, modificação no sistema de atendimento à saúde de acordo com o mercado capitalista, ambiente educacional intimidatório, privação parcial de sono, dilemas éticos e impotência diante da hierarquia dos sistemas de saúde (HILL *et al.*, 2018; HOJAT; MCDONALD *et al.*, 2021; VERGARE *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, o modelo biomédico que foi construído ao longo dos anos leva à desumanização do cuidado à saúde e cria um impacto negativo direto na relação médico-paciente, com perdas significativas para

ambos os lados (BENEDETTO; GALLIAN, 2018). Determinados autores têm demonstrado que um dos impactos negativos para o estudante de medicina é a autoinserção do currículo oculto em sua conduta. Conceituado como lições negativas incorporadas pelo estudante, o currículo oculto está associado a mudança de comportamento pelo individualismo, perda de idealismo, ritualizações de práticas e finalmente ausência de empatia (CACCHIARELLI SAN ROMÁN *et al.*, 2020).

Desse modo, é necessário pensar em como minimizar os efeitos causados pela inserção do currículo oculto na vida do estudante de medicina, já que a relação médico-paciente é crucial para o melhor cuidado para com o paciente e consequentes melhorias na saúde da comunidade (AYUB; KHAN, 2017).

Com o intuito de impactar negativamente no surgimento do currículo oculto e sua consequente diminuição da empatia na vida do estudante de medicina, alguns pesquisadores têm tentado implementar novas abordagens metodológicas na grade curricular. Entretanto, existe um debate sobre qual a melhor metodologia e como aplicá-la num contexto realista e abrangente. Diversos estudos têm demonstrado que intervenções educacionais, através da arte, durante a vida acadêmica desses discentes trazem uma influência positiva (AYUB; KHAN, 2017; HAJAR, 2018).

Mairot *et al.* (2019), em seu trabalho de revisão sistemática, demonstram que diversos autores observaram que a inserção de artes na educação médica promove habilidades como profissionalismo, sensibilidade cultural, empatia e humanismo, trazendo, consequentemente, melhorias significativas na relação médico-paciente (MAIROT *et al.*, 2019).

Dentre as diversas abordagens para inserção de artes na grade curricular do estudante de medicina, existe um modelo de medicina baseada em narrativas ou medicina narrativa. Essa metodologia baseia-se em ouvir o paciente com atenção e empatia, portanto exige a capacidade de reconhecer e assimilar a narrativa do paciente, além de interpretar seus significados para utilizar as histórias como instrumento terapêutico e didático, com o objetivo de cuidar desse enfermo (BENEDETTO; GALLIAN, 2018; CLARO; MENDES, 2018).

Esse tipo de metodologia na educação médica tem possibilitado ao discente uma combinação do conhecimento biomédico, através da

abordagem tradicional, com o conhecimento pessoal, afetivo e experiencial. Assim, um processo de reflexão é estimulado, ampliando a percepção e a compreensão do estudante, o que facilita a aplicação de abordagens mais adequadas às necessidades do paciente, principalmente na tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas (BENEDETTO; GALLIAN, 2018; CLARO; MENDES, 2018). Na visão de Claro (2018), o objetivo do exercício das narrativas é formar profissionais mais aptos a valorizar as perspectivas dos pacientes de forma humanizada (CLARO; MENDES, 2018).

A partir de estudos qualitativos, muitos autores têm compartilhado a opinião dos estudantes que trabalharam com a medicina narrativa ao longo do curso. Em sua maioria, os discentes reconhecem a metodologia como facilitadora do autoconhecimento, do desenvolvimento de habilidades empáticas, da reflexão sobre situações pessoais e familiares, do entendimento de significados e vivências, além de sentimentos envolvidos no adoecer (CLARO; MENDES, 2018; MANSO *et al.*, 2021). Finalmente, os estudantes apreciam o papel da medicina narrativa em seu treinamento e crescimento como futuro profissional (CUNNINGHAM *et al.*, 2018).

Por outro lado, existe a avaliação da eficácia na utilização de arte como estratégia educacional. Inicialmente, Mairot (2019) trouxe a conclusão de que a educação através da arte é capaz de fornecer aos estudantes de medicina habilidades que permitem uma comunicação efetiva, além de representar uma fonte de percepção das experiências dos pacientes com a inclusão do contexto social, cultural e histórico da prática médica (DALIA *et al.*, 2020; MAIROT *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, a inserção da medicina narrativa como modelos de ensino proporciona reflexões humanísticas sobre o papel do médico, apesar da persistência do currículo oculto exercendo influência no aprendizado (MANSO *et al.*, 2021). Torna-se importante enfatizar também a eficácia da medicina baseada em narrativas para a valorização das habilidades comunicacionais e de empatia pelos estudantes, além de auxiliar na capacidade de identificar, compreender e lidar com as emoções do outro e suas próprias, sendo recomendada como ferramenta de ensino na formação médica (CLARO; MENDES, 2018; MANSO *et al.*, 2021).

Finalmente, vale ressaltar que a busca constante pelo processo de humanização do estudante de medicina se dá a partir da necessidade

de manter a confiança na relação médico-paciente, a qual só é possível na presença de habilidades como a empatia. A preocupação com inovações educacionais tem o objetivo de minimizar os efeitos de um enfoque tecnicista e as influências do currículo oculto que surgem ao longo do curso, levando a um processo de desumanização ainda na fase da graduação (BENEDETTO; GALLIAN, 2018).

Portanto, se faz necessária a busca por uma abordagem educativa através da arte, pois permite o resgate da empatia como elemento central, restabelece o relacionamento afetivo centrado no paciente, prioriza a formação do caráter e a reflexão ética. Assim, a qualidade da relação médico-paciente pode ser desenvolvida e mantida através da arte, a qual possibilita um caminho para a retomada do processo de humanização.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. S. D.; FORMIGA, N. S.; CANTILINO, A. Empatía en los estudiantes de Medicina: un levantamiento de literatura. **Eureka**, v. 14, n. 2, p. 290-303, 2017.
- AYUB, A.; KHAN, R. A. Measuring empathy of medical students studying different curricula; a causal comparative study. **J Pak Med Assoc**, v. 67, n. 8, p. 1238-1241, aug. 2017.
- BENEDETTO, M. A. C. D.; GALLIAN, D. M. C. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 67, p. 1197-1207, 2018.
- CACCHIARELLI SAN ROMÁN, N.; EYMANN, A.; RONI, C.; DE CUNTO, C. L. Approach to the hidden curriculum through narrative medicine in the training of medical students. **Arch Argent Pediatr**, v. 118, n. 4, p. 290-294, 2020.
- CHEREM, A. J. Medicina e arte: observações para um diálogo interdisciplinar. **Acta Fisiart**, v. 12, n. 1, p. 26-32, 2005.
- CHIPIDZA, F. E.; WALLWORK, R. S.; STERN, T. A. Impact of the Doctor-Patient Relationship. **Prim Care Companion CNS Disord**, v. 17, n. 5, 2015.
- CLARO, L. B. L.; MENDES, A. A. A. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 22, n. 65, p. 621-630, 2018.
- CUNNINGHAM, H.; TAYLOR, D.; DESAI, U. A.; QUIAH, S. C. *et al.* Looking Back to Move Forward: First-Year Medical Students' Meta-Reflections on Their Narrative Portfolio Writings. **Acad Med**, v. 93, n. 6, p. 888-894, 2018.
- DALIA, Y.; MILAM, E. C.; RIEDER, E. A. Art in Medical Education: A Review. **J Grad Med Educ**, v. 12, n. 6, p. 686-695, dec. 2020.



- HAJAR, R. What has Art to do with Medicine? **Heart Views**, v. 19, n. 1, p. 34-35, 2018.
- HAQUE, M.; SA, B.; MAJUMDER, M. A. A.; ISLAM, M. Z. *et al.* Empathy among undergraduate medical students: A cross-sectional study in one Malaysian public medical school. **Ann Afr Med**, v. 17, n. 4, p. 183-188, oct./dec. 2018.
- HARBISHETTAR, V.; KRISHNA, K. R.; SRINIVASA, P.; GOWDA, M. The enigma of doctor-patient relationship. **Indian J Psychiatry**, v. 61, n. Suppl 4, p. S776-S781, apr. 2019.
- HILL, M. R.; GOICOCHEA, S.; MERLO, L. J. In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. **Med Educ Online**, v. 23, n. 1, p. 1530558, dec. 2018.
- HOJAT, M.; VERGARE, M. J.; MAXWELL, K.; BRAINARD, G. *et al.* The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Acad Med**, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, sep. 2009.
- IQBAL, S.; BILAL, K.; AHMAD, W.; HAROON UR RASHEED, M. *et al.* Empathy among medical students: A cross-sectional survey. **J Ayub Med Coll Abbottabad**, v. 32 (Suppl 1), n. 4, p. S681-S685, oct./dec. 2020.
- MAIROT, L. T. D. S.; COSTA, B. B. G. D.; HERINGER, T. P. M.; BORGES, R. C. *et al.* As Artes na Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 54-64, 2019.
- MANSO, M. E. G.; PAGOTTO, M. U. N.; TORRES, R. L. Percepções de alunos de Medicina sobre as potencialidades e limitações para o cuidado humanizado. **Interface (Botucatu)**, v. 25, 2021.
- MCDONALD, J.; GRAVES, J.; ABRAHAMS, N.; THORNEYCROFT, R. *et al.* Moral judgement development during medical student clinical training. **BMC Med Educ**, v. 21, n. 1, p. 140, mar. 2021.
- MUSSO, C. G.; ENZ, P. A. Art as an educational tool in medicine. **Arch Argent Pediatr**, v. 112, n. 6, p. 494-495, dec. 2014.
- SANTIAGO, L. M.; ROSENDO, I.; COUTINHO, M. L.; MAURÍCIO, K. S. *et al.* Comparing empathy in medical students of two Portuguese medicine schools. **BMC Med Educ**, v. 20, n. 1, p. 153, may 2020.
- SOARES, A. C. **História da Arte**. Sobral: INTA, 2017. 80 p.
- THRELKELD, M. Art and healing. **J Natl Med Assoc**, v. 95, n. 6, p. 496-498, jun. 2003.
- VIEIRA, P. **O poder da autorresponsabilidade**: a ferramenta comprovada que gera alta performance e resultados em pouco tempo. 4. ed. São Paulo: Gente, 2017.

## A Medicina Narrativa e seus impactos na formação de médicos mais humanizados

Leticia Figueiredo Martins<sup>15</sup>

A empatia é primordial na prática médica. Muito além da satisfação do paciente, uma relação empática entre ele e o médico gera melhor análise clínica e adesão ao tratamento (LEMOGNE *et al.*, 2020). No entanto, diversos estudos mostraram uma queda nas habilidades empáticas durante o treinamento médico, pois o currículo médico tradicional tem enfoque em conhecimentos médicos práticos, tornando a inclusão de habilidades complementares um desafio (KRUSE; KINDE, 2019).

De modo a combater esse cenário, a abordagem humanística da Medicina e da arte associada à formação profissional do médico mostra-se um fator fundamental para o desenvolvimento de respeito, compaixão e empatia (ZHANG *et al.*, 2020). Assim, as humanidades médicas amadureceram, deixaram de ser um tópico às margens da educação médica e passaram a constituir habilidades essenciais para uma prática médica efetiva. Dentre os diversos modelos de humanização da Medicina abordados pela literatura, a Medicina Narrativa apresenta o potencial de formar médicos mais empáticos (CHARON, 2017).

Nesse contexto, a narrativa é a habilidade de absorver, interpretar e reagir às histórias e situações do outro. O uso dessa capacidade na área médica recebe o nome de Medicina Narrativa e engloba métodos como o cultivo da leitura, a escrita reflexiva ou a abordagem clínica voltada a coletar dados do paciente através da narrativa dele a respeito de sua enfermidade. Essa técnica aproxima o médico do sofrimento do

---

<sup>15</sup> Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

paciente, provoca a autorreflexão, incentiva um relacionamento mais próximo e frutífero com outros profissionais e acarreta discussões mais amplas acerca da Medicina, abrangendo toda a sociedade (CHARON, 2001). Além disso, a prática médica se beneficia de habilidades como observação, comunicação e inteligência emocional tanto para uma melhor relação médico-paciente quanto para o desenvolvimento de diagnósticos clínicos e de pensamento crítico (LEMOGNE *et al.*, 2020).

Essa corrente vai de encontro à Medicina cada vez mais objetiva e apressada para dar lugar a consultas mais humanizadas e a conversas entre médico e paciente. Mais do que o histórico da doença, o paciente conta um pouco de si e demonstra seus sentimentos ao compartilhar uma história. Desse modo, dar atenção ao que ele tem a dizer, e até instigar mais o desenvolvimento da narrativa, é tratar o paciente de forma holística e buscar compreender todo o contexto do que o aflige. Nessa perspectiva, o simples fato de o paciente contar sua história já caracteriza uma forma de terapia, uma vez que o acolhimento traz tranquilidade, principalmente, por exemplo, em casos de cuidado paliativo (ZAHARIAS, 2018).

Os estudos analisados não foram capazes de registrar impactos significativos da Medicina Narrativa no tratamento da enfermidade em si. Entretanto, muitos registraram pacientes que se sentem mais confiantes e confortáveis com suas próprias condições de saúde e que participar de intervenções narrativas com mais abertura e entrega emocional leva a resultados melhores em escalas avaliativas de bem-estar. Somado aos estudos com enfoque na Medicina Narrativa como intervenção, a literatura também registrou seu uso como ferramenta para avaliar as experiências do paciente e foi relatada uma melhora na comunicação e no relacionamento entre médico e paciente (FIORETTI *et al.*, 2016).

Ademais, tratando-se de populações com necessidades específicas e que são normalmente negligenciadas – como as deficiências intelectuais e de desenvolvimento – IDD –, a abordagem narrativa mostrou-se uma grande aliada. Isso ocorre porque, por exemplo, ao ouvir a história e as vivências cotidianas de pacientes neurodivergentes, o médico torna-se mais preparado e ganha segurança para compreender as diferentes formas de comunicação. Tais fatores são essenciais na condução de uma

consulta voltada ao paciente, e não ao acompanhante, como geralmente ocorre nessas situações (CORET *et al.*, 2017).

Além do conforto que o ato de ouvir já proporciona ao paciente, a utilização da narrativa como ferramenta também auxilia no diagnóstico. Isso ocorre porque buscar interpretar o contexto das histórias trazidas pelo paciente a respeito da sua experiência de enfermidade ajuda o médico a ter uma visão mais ampla da situação e de suas causas (ZAHARIAS, 2018).

Tal abordagem foca no que o paciente sente e na percepção do próprio paciente acerca do que o está acometendo, mostrando-se, portanto, dotada de subjetividade. Contudo, a medicina precisa seguir normas rigorosas e protocolos científicos, o que gera um debate que parece colocar a Medicina Narrativa em oposição à Medicina Baseada em Evidências (FIORETTI *et al.*, 2016).

Por outro lado, estudos também comprovaram que a Medicina Narrativa pode fornecer mais informações que contribuem para o diagnóstico clínico. Por isso, os autores sugerem a adoção do que eles chamaram de “Medicina Narrativa Baseada em Evidências”. Dessa forma, a abordagem narrativa pode coletar informações que serão interpretadas por meio da Medicina Baseada em Evidências a fim de equilibrar o subjetivo e o objetivo para uma prática clínica precisa e acolhedora (FIORETTI *et al.*, 2016).

Sob uma perspectiva diferente, o treino de competências narrativas não somente melhora as relações médico-paciente e médico-sociedade, como também pode aproximá-lo de si mesmo. Por meio da reflexão, seja pela escrita ou pela leitura, do sofrimento do paciente, o médico é capaz de encarar seus próprios medos e aflições. Outro aspecto é o uso dessa interpretação narrativa para fazer com que o profissional médico encare o sofrimento e a morte, que são temas difíceis e recorrentes na medicina, mas para os quais a educação médica tradicional não prepara o profissional. Somente após enfrentar tais temas o médico será capaz de promover acolhimento ao paciente que sofre (CHARON, 2001).

Consoante a isso, estudantes de Medicina, ao adentrar a prática clínica, enfrentam situações complexas e traumáticas que podem levar à perda de empatia e à Síndrome de *Burnout*. Dessa maneira, a integração de arte e de humanidades na formação desses estudantes é uma

alternativa para combater esses problemas, aumentando a empatia, a compreensão e o bem-estar dos próprios estudantes, tornando-os médicos capazes de oferecer um atendimento de maior qualidade (STROHBEHN *et al.*, 2020).

Nesse contexto, a Medicina Narrativa pode ainda ser uma ótima ferramenta para solucionar a necessidade do estudante de medicina de aprender uma quantidade muito grande de conteúdo em pouco tempo. Fenstermacher, Longley e Amonoo (2021) realizaram um estudo que traça uma relação entre aprendizado adulto e Medicina Narrativa, de modo a constatar que, por meio das habilidades narrativas, o estudante de medicina absorverá muito mais de cada caso clínico.

A respeito disso, os autores usam os princípios de aprendizado adulto de Jane Vella para chegar à conclusão de que a Medicina Narrativa cumpre todos os requisitos para um aprendizado eficiente. Os princípios de Vella são organizados de forma a serem incorporados por três componentes do aprendizado da Medicina Narrativa: leitura, reflexão e discussão. Assim, a leitura de uma narrativa instiga a curiosidade do estudante, tornando-o engajado; a reflexão torna o aluno parte ativa do processo de aprendizagem, fornecendo independência; e a discussão, por sua vez, reafirma uma relação de respeito entre estudante e instrutor, favorece o trabalho em equipe e garante uma aprendizagem que vai muito além da simples assimilação teórica (FENSTERMACHER; LONGLEY; AMONOO, 2021).

No entanto, existe um impasse nos diversos estudos sobre a implementação de arte e humanidades no currículo médico. Apesar de a maioria dos autores concordarem que tais habilidades precisam ser inseridas na formação médica, não há consenso sobre a forma mais eficaz de realizar essa implementação. Ademais, os impactos das intervenções humanísticas na educação médica são muito difíceis de serem analisados, principalmente a longo prazo, e os dados estatísticos de sua eficiência encontrados na literatura são muito vagos (COSTA; KANGASJARVI; CHARISE, 2020).

Portanto, conclui-se que a Medicina Narrativa é uma ferramenta capaz de formar médicos mais humanos, empáticos e acolhedores. Ademais, a abordagem narrativa na prática clínica traz diversos benefícios, como maior envolvimento e adesão do paciente ao tratamento, coleta de

dados ricos para um diagnóstico preciso e holístico e melhoramento da relação médico-paciente como um todo. A narrativa também promove a autorreflexão do médico e o ajuda a lidar com o sofrimento e o luto relacionados aos pacientes, além de facilitar o manejo do estresse. Por isso, é imprescindível que mais estudos sejam realizados acerca da maneira mais eficiente de implementar a Medicina Narrativa na formação médica e na prática clínica para a geração de médicos mais humanizados.

## REFERÊNCIAS

CHARON, R. Narrative Medicine A Model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust. **JAMA**, [S. l.], v. 286, n. 15, p. 1897-1902, 2001. Disponível em: 10.1001/jama.286.15.1897. Acesso em: 29 jun. 2022.

CHARON, R. To See the Suffering. **Acad Med**, [S. l.], v. 92, n. 12, p. 1668-1670, dec. 2017. Disponível em: 10.1097/ACM.0000000000001989. Acesso em: 22 mar. 2022.

CORET, A. *et al.* Patient Narratives as a Teaching Tool: A Pilot Study of First-Year Medical Students and Patient Educators Affected by Intellectual/Developmental Disabilities. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 30, n. 3, p. 317-327, 28 dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10401334.2017.1398653>. Acesso em: 13 jul. 2022.

COSTA, M.; KANGASJARVI, E.; CHARISE, A. Beyond empathy: a qualitative exploration of arts and humanities in pre-professional (baccalaureate) health education. **Adv Health Sci Educ Theory Pract**, [S. l.], v. 25, p. 1203-1226, fev. 2020. Disponível em: 10.1007/s10459-020-09964-z. Acesso em: 29 jun. 2022.

FENSTERMACHER, E.; LONGLEY, R. M.; AMONOO, H. L. Finding the Story in Medicine: The Use of Narrative Techniques in Psychiatry. **Psychiatr Clin North Am**, [S. l.], v. 44, n. 2, p. 263-281, 2021. Disponível em: 10.1016/j.psc.2021.03.006. Acesso em: 1o jul. 2022.

FIORETTI, C. *et al.* Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. **BMJ Open**, [S. l.], v. 6, n. 7, p. 1-9, 2016. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2016-011220. Acesso em: 30 jun. 2022.

KRUSE, S. W.; KINDE, M. N. Linking Diagnostic Skill Development, Communication, and Empathy Through Art and Observation. **Missouri Medicine**, v. 116, n. 5, p. 380-383, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6797031/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

LEMOGNE, C. *et al.* Balint groups and narrative medicine compared to a control condition in promoting students' empathy. **BMC Medical Education**, v. 20, n. 412, p. 1-8, 9 nov. 2020. Disponível em: 10.1186/s12909-020-02316-w. Acesso em: 11 jul. 2022.

STROHBEHN, G. W. *et al.* Visual arts in the clinical clerkship: a pilot cluster-randomized, controlled trial. **BMC Med Educ**, [S. l.], v. 20, n. 481, p. 1-9, 30 nov. 2020. Disponível em: [10.1186/s12909-020-02386-w](https://doi.org/10.1186/s12909-020-02386-w). Acesso em: 29 jun. 2022.

ZAHARIAS, G. What is narrative-based medicine?: Narrative-based medicine. Can **Fam Physician**, [S. l.], v. 64, n. 3, p. 176-180, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29540381/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

ZHANG, C. M. *et al.* Bedside Education in the Art of Medicine (BEAM): an Arts and Humanities Web-Based Clinical Teaching Resource. **Acad Psychiatry**, [S. l.], v. 44, p. 592-596, 30 jun. 2020. Disponível em: [10.1007/s40596-020-01270-5](https://doi.org/10.1007/s40596-020-01270-5). Acesso em: 29 jun. 2022.

## Sou uma profissional da saúde, mas um dia fui “paciente”...

Anne Aires Vieira Batista<sup>16</sup>

**A**pós 21 anos, resolvi escrever algo que há muito tempo me inquietava. Assim, convido você para conhecer uma vivência pessoal e, ao mesmo tempo, para uma reflexão, principalmente se for profissional da saúde.

Iniciarei com algumas perguntas:

Você já fez uma autoavaliação de como trata o outro que depende e necessita dos seus cuidados?

Já imaginou que um dia você também pode ter a possibilidade de ser o paciente de alguém? E, se isso acontecer, como gostaria de ser cuidado/tratado?

A partir dessas reflexões, vou começar a minha história.

Era noite de sexta-feira (5 de outubro de 2001), e, como de rotina, era dia de cinema e saída com amigos e, depois, voltar para casa...

Mas, nessa noite, não imaginaria que a volta para casa não aconteceria da forma como desejei e era de rotina, pois, no meio do percurso, sofri um grave acidente automobilístico (colisão carro X árvore) e, depois de alguns dias, “acordei” em um lugar diferente, não era o meu quarto, não estava em minha cama, os olhos apresentavam dificuldades para abrir, existia um grande peso em meu rosto, principalmente na região frontal, eu sentia fortes dores na região pélvica e apenas escutava muitos “apitos”... E, ao tentar despertar, recebi a notícia de que eu havia sofrido um acidente e estava em uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI.

---

16 Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Mestre em Ciências da Saúde pela UFS. E-mail: anneaires79@gmail.com. Tel: (79) 98804-4007.



Eu tinha sofrido um Traumatismo Crânio Encefálico – TCE grave, tive contusão cerebral, diversos cortes-contusos em região de face e em braço direito, um grande hematoma na região de coxa direita e, ainda, havia fraturado a bacia em duas regiões (sacro ilíaca e sínfise púbica), o que me impedia de realizar movimentos na região pélvica.

O TCE me deixou bastante desorientada, agitada e “impaciente”. Mas, nos meus breves momentos de lucidez, consegui ter algumas lembranças e foi quando entendi que eu havia me tornado uma paciente com necessidades de cuidados intensivos, banho no leito, observação rigorosa.

Foram oito dias nesse local cheio de apitos e de solidão. Como era esperada a hora da visita, receber a minha família, saber que amigos de todos os lugares por onde passei souberam e estavam lá na sala de espera para saber sobre mim e, embora não pudessem entrar para me ver, visto que a visita ficava restrita à família, quem entrava listava todas as pessoas que estavam do lado de fora em oração, torcendo por minha recuperação e para que eu saísse o mais breve possível daquele lugar.

Quando eu estava sem sedação, receber as visitas e a lista de quem estava do lado de fora me fazia sentir importante para aqueles que disponibilizaram seu tempo para estar, pessoalmente, fornecendo conforto à minha família, bem como manifestando um grande carinho por mim.

Eu estava na UTI, um lugar frio, onde apenas temos a companhia da família durante os poucos minutos da visita. Durante as 24 horas ficamos aos cuidados de profissionais que não te conhecem, que não sabem a sua história, que se aproximam exclusivamente para realizar procedimentos técnicos.

Ressalto que eu estava para ingressar no último período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Confesso que fui uma “impaciente”, não porque eu queria e sim devido ao meu quadro clínico. Familiares referem que eu gritava, beliscava, me negava a receber medicamentos, tentava retirar acessos e, devido a essa agitação, eu ficava muito tempo sedada. Com isso, imagino o quanto a minha alta foi potencialmente desejada por aqueles que prestavam assistência direta a mim.

Em alguns momentos de recordação, quando eu gritei, prontamente se aproximou um profissional não para tentar me acalmar, mas para

sinalizar que eu era acadêmica de Enfermagem e sabia o quanto o silêncio era necessário em um ambiente hospitalar.

Imaginem, eu totalmente ativa, prestes a seguir para o último período da graduação, cheia de incertezas das possíveis sequelas, repleta de dores, sem poder me movimentar devido aos traumas, e tudo o que eu mais desejava naquele momento era ser entendida.

Não devo ter sido uma paciente querida... Essa foi a sensação que tive quando saí da UTI.

Mas o que ficou de reflexão foi que eu precisava ter meu momento paciente respeitado e tudo o que eu menos queria era ser cobrada de que eu seria uma futura enfermeira, até porque naquele momento eu tinha dúvidas se realmente conseguiria concluir o meu curso e sair sem sequelas.

Na sequência, desci para o quarto e se seguiram mais quatro dias de internamento. Por incrível que pareça, as sinalizações de que eu era acadêmica se estenderam diante de um choro mais alto, até porque as dores pélvicas continuavam, eu não podia me movimentar.

A dependência extrema e a falta de mobilidade me deixavam triste e com medo do que estava por vir. Mas nesse local pude receber as visitas de familiares e amigos, e vocês não imaginam o quanto é de grande relevância a disponibilização de um tempo, seja qual for, para manifestar carinho e atenção a quem está hospitalizado. Receber flores, cartões e diversos mimos nos faz perceber o quanto somos queridos.

Doze dias se passaram, e aquele passeio no cinema nunca me fez retornar para casa tão tardiamente...

Quando cheguei em casa, um novo processo de adaptação... A minha casa tinha um andar, e era lá que ficava o meu quarto, e eu não poderia subir para dormir na minha cama, para ficar no meu espaço.

Na alta hospitalar, o neurocirurgião me liberou, mas o ortopedista pediu revisão e explicou que eu não poderia andar por 45 dias e precisaria ficar sem movimentar a região pélvica a fim de consolidar as fraturas através de tratamento conservador. O cirurgião plástico também informou que precisava me reavaliar e agendar para retirar os diversos pontos de sutura que estavam no meu rosto.

Segui em acompanhamento com a equipe do *home care* e em um processo de reabilitação psicológica e física. Precisei aprender a me

olhar no espelho e a conviver com uma imensa cicatriz em meu rosto, bem como, após o prazo estipulado, reaprendi a caminhar, inicialmente com o auxílio de muletas e posteriormente sozinha.

Durante esse tempo, por obra divina, a UFS estava em greve, e eu não me prejudiquei. Logo que recomecei a caminhar, as aulas foram retomadas, e a recepção de todos foi inesquecível, bem como a gratidão eterna a Deus pela oportunidade de estar viva, de estar ali de volta, dando seguimento às minhas atividades do último período da vida acadêmica.

Concluí o curso de graduação em Enfermagem e reafirmo que levei para a vida toda a vivência que tive durante o meu momento “paciente”... Foram dias de incertezas, de medo, de questionamentos, de um turbilhão de sensações que só quem viveu sabe explicar.

Diante de tudo isso, passei a valorizar ainda mais as pequenas coisas, a me colocar no lugar do outro à frente e acima de qualquer julgamento, a entender a importância do apoio familiar e de amigos para os que estão em momento de fragilidade, de dependência, e me sinto extremamente feliz em tentar fazer a diferença na vida do outro enquanto transiro o meu carinho e o meu cuidado.

Sendo assim, profissional da saúde, ressalto que, rotineiramente, avalie a sua forma de cuidar do outro, não espere ser um paciente de alguém para trabalhar a empatia. Atue com ética, com responsabilidade, com técnica, com bom senso, mas acima de tudo atue de forma humana, não subestime a dor e a queixa do outro e nunca esqueça que hoje você é um ser que cuida, mas que está passível de ser cuidado...

Deixe lembranças eternizadas em seus pacientes, sinta-se orgulhoso e honrado em cuidar de alguém e poder auxiliar no retorno à vida, à família e ao lar.

Faça a diferença em pequenos detalhes...

Com isso, finalizo a minha vivência deixando uma mensagem de Florence Nightingale que não se aplica apenas à Enfermagem, mas a todos que escolhem ser um profissional da saúde.

Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.

Escolhi estar presente na dor, porque já estive muito perto do sofrimento.

Escolhi servir ao próximo, porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.

Escolhi o branco, porque quero transmitir paz.

Escolhi estudar métodos de trabalho, porque os livros são fontes de saber.

Escolhi ser ENFERMEIRA porque amo e respeito a vida!

Florence Nightingale

## Relação entre cuidadores e pacientes portadores de doenças neurodegenerativas

Lauro Roberto de Azevedo Setton<sup>17</sup>

Ricardo Alves de Oliveira<sup>17</sup>

Gabriel Pedro Gonçalves Lopes<sup>17</sup>

Camila Pires de Sá<sup>18</sup>

Déborah Mônica Machado Pimentel<sup>19</sup>

### INTRODUÇÃO

**P**ara uma abordagem humanizada aos doentes no tratamento das doenças neurodegenerativas – DN, um dos aspectos mais relevantes é a relação do binômio cuidador-doente, pois, quando harmônica, essa relação pode oferecer uma experiência acolhedora em estágios mais avançados da doença, quando só o carinho e o genuíno afeto podem dar suporte efetivo e qualidade de vida ao enfermo diante da crueldade das doenças neurodegenerativas (PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA LEQ *et al.*, 2022).

As doenças neurodegenerativas promovem a morte dos neurônios e células da glia, o que acaba por resultar numa progressiva perda de funções cognitivas e motoras devido à atrofia do córtex cerebral e demais regiões do encéfalo. Infelizmente, as DN são extremamente complexas e incuráveis, tendo seu diagnóstico desafiador. Sendo assim, sabe-se que tais doenças acometem indivíduos desde a quarta e quinta décadas de vida, porém apresentam predileção por pacientes idosos, especialmen-

---

17 Internos do curso de Medicina pela Universidade Tiradentes de Sergipe – Unit-SE.

19 Médica. Membro da Associação Brasileira de Psiquiatria. Pós-Graduação em Psiquiatria pela Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

19 Médica, escritora e psicanalista. Doutora pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores. Fundadora e presidente do Círculo Psicanalítico de Sergipe. Imortal da Academia Sergipana de Medicina e da Academia Sergipana de Educação. Professora de Ética Médica e Medicina Legal da UFS.

te aqueles de faixas etárias mais avançadas, o que se deve ao processo natural de envelhecimento celular, que culmina na apoptose ou morte das células neuronais, sendo esse um efeito acumulativo durante todos os anos, podendo ele ser acelerado sob influência de fatores genéticos, traumas e hábitos de vida.

A prevalência das doenças neurodegenerativas está diretamente associada ao envelhecimento da população, o que é demonstrado a partir de estudos estatísticos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o qual afirma que, no ano de 2050, o Brasil terá uma população de 63 milhões de idosos, sendo esse último dado interpretado como uma proporção de 164 idosos para cada 100 jovens. Pesquisas demonstram que as demências como um todo apresentam um crescimento exponencial do número de casos após os 60 anos de idade, dobrando sua prevalência a cada cinco anos após esse marco (ARNAU *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2018; IBGE, 2008; PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA, 2017).

Dentre as doenças neurodegenerativas, temos como algumas de suas principais representantes a doença de Alzheimer – DA, a Doença do neurônio motor ou doença de Charcot – DC, a doença de Parkinson – DP e a Atrofia de Múltiplos Sistemas – AMS. A Doença de Alzheimer apresenta-se como a mais comum dentre as doenças neurodegenerativas, sendo responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população idosa, e resulta em um quadro demencial progressivo que se apresenta como alterações comportamentais, da linguagem (afasia), visuais (agnosia), alterações da memória (amnésia) e expressão emocional, dificuldade de marcha e realização de movimentos coordenados (apraxia), depressão, ansiedade, distúrbios do sono, agressividade e irritabilidade, o que acaba por acarretar prejuízos sociais, econômicos e funcionais para a família do indivíduo, a qual deverá prestar o suporte frente ao padecer do enfermo (PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA, 2017).

### **A importância do cuidador e suas principais dificuldades**

A pedra angular no tratamento das DN, em especial a Doença de Alzheimer, é o binômio cuidador-doente (PAVARINI *et al.*, 2008). Um dos grandes protagonistas no cenário da doença neurodegenerativa é o cuidador, o qual, segundo o Ministério do Trabalho (2016), na Classificação Brasileira de Ocupações, é a pessoa que “cuida de idosos a partir de

objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida” (FERREIRA *et al.*, 2018). O cuidador pode ser classificado como formal ou informal, segundo *O Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E CIDADANIA, 2008), sendo o cuidador informal, na grande maioria dos casos, um familiar do paciente, sendo filha ou esposa, sexo feminino, dona de casa, faixa etária igual ou superior a 50 anos e que frequentemente apresenta baixo nível educacional e de renda (ARNAU *et al.*, 2018; FERREIRA *et al.*, 2018; GARCIA *et al.*, 2020; MELO *et al.*, 2021; SILVA, 2017; TOFFOLI, 2018).

Infelizmente, o peso do cuidado de familiares, principalmente daqueles com doenças crônicas em curso, geralmente recai sobre as mulheres da família, pois, segundo a obra *Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher* (GILLIAN, 1997), as mulheres durante o seu processo de aprendizado ao longo da vida são ensinadas a seguir o estereótipo da mulher bondosa, a qual é obrigada a demonstrar dedicação compassiva e generosidade, não importando a situação que irá enfrentar, o que resulta numa subordinação social com abnegação, exercendo uma moralidade de autossacrifício (GILLIAN, 1997; SILVA, 2017; TOFFOLI, 2018).

São incontáveis e extremamente variados os motivos pelos quais o cuidador informal vem a iniciar seus cuidados para com o paciente portador de doença neurodegenerativa. Alguns dos motivos surgem pelo sentimento de bondade, solidariedade, altruísmo e gratidão para com o paciente; já outros tomam tal posição num ato de responsabilidade devido à incapacidade financeira de contratar um cuidador formal, sendo isso um reflexo da falta de políticas públicas de assistência à população, em especial da população idosa (MELO *et al.*, 2021).

A jornada do cuidador informal é extremamente desgastante, sendo repleta de pontos negativos, a exemplo do afastamento do trabalho, da interrupção dos estudos, do desgaste físico e mental e da redução dos momentos de lazer, que ainda podem ser somados a fatores estressores paralelos, como dificuldades financeiras, de emprego, atritos conjugais, falta de perspectiva frente a uma doença crônica incurável e lidar com a morte, o que muitas vezes gera um impacto significativo nas relações interpessoais do cuidador, resultando na chamada Síndrome do cuidador

informal (GARCIA *et al.*, 2020; LEMOS *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2021; PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA, 2017; SILVA, R. M., *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017).

Além disso, o cuidador está inserido num contexto de vulnerabilidade, pois em muitos casos será exposto a uma alta demanda de conhecimento técnico, o qual geralmente não detém por não apresentar quaisquer tipos de formação na área, como administração de medicações, além de envolvimento em conflitos familiares (GARCIA *et al.*, 2020; LEMOS *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2021; PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA, 2017; SILVA, R. M., *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017). Segundo Andrade *et al.* (2012), os cuidadores mais jovens apresentam mais sobrecarga laboral devido ao fato de estarem iniciando a vida no mercado de trabalho e terem atribuído às suas funções o cuidado de um enfermo o qual demanda cuidados intensivos, agravando, assim, os sintomas de sobrecarga vistos na Síndrome do cuidador informal (ANDRADE, 2012; SILVA, 2017).

### **Omissão familiar e sobrecarga de responsabilidades**

Um agravante no cenário do cuidador informal é o fato de não ser apoiado e ajudado pelo restante da família, na maioria dos casos como forma de dividir a carga emocional e de trabalho. De acordo com a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (BRASIL, 2003), é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público cuidar do bem-estar e dos direitos da pessoa idosa, porém na maioria das vezes tal responsabilidade recai apenas sobre a família e em especial a um integrante apenas.

Desse modo, a diferença entre a família ideal e a família real é trazida à tona nos casos em que há uma necessidade de maior cuidado de um dos familiares, como é visto no tratamento dos pacientes com doenças neurodegenerativas. A família ideal busca se unir e dividir as tarefas de forma a todos participarem das tomadas de decisão, o que reduz intensamente a sobrecarga que seria imposta a um único membro da família, porém tal cenário não é visualizado na grande maioria das vezes. Vale ressaltar que os casos de assistência familiar são influenciados diretamente por aspectos complexos, como idade do cuidador, local e condição de moradia, formação profissional do cuidador, situação



empregatícia, renda familiar, rede de suporte social, acesso à informação ou conhecimento de políticas públicas, de direitos sociais e, também, aspectos ligados a crenças e religião (LEMOS *et al.*, 2006; MELO *et al.*, 2021; PAVARINI *et al.*, 2008; SILVA, 2017; SILVA, R. M., *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017).

### **A Síndrome do cuidador informal**

A Síndrome do cuidador informal é um conjunto de alterações físicas e psíquicas, como depressão e ansiedade, isolamento social e dificuldades nos relacionamentos interpessoais, que são geradas decorrentes da carga horária de trabalho excessiva (SILVA, 2017). A sobrecarga emocional a que o cuidador é submetido interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado ao doente, o que pode impactar diretamente no número de hospitalizações, o que se traduz numa maior morbimortalidade tanto do cuidador quanto do paciente (BALARDY, 2005; PAVARINI *et al.*, 2008; TORTI *et al.*, 2004).

As dificuldades no cuidado do paciente com doença neurodegenerativa são notáveis, sendo necessário entender que ele terá, além do declínio cognitivo imposto pela doença, o processo de envelhecimento dos múltiplos sistemas, logo irá cursar com todos os sintomas que são naturais e/ou esperados do envelhecimento, o que irá potencializar a necessidade de cuidados para com ele. Sendo assim, podemos dividir o cuidado ao paciente em três fases, sendo elas o vivenciamento das alterações cognitivas, das alterações de comportamento e das dificuldades de desempenho nas atividades da vida diária (PAVARINI *et al.*, 2008).

Os relatos de alucinações e delírios são frequentes e geram um estresse considerável ao cuidador, o que acaba por gerar uma necessidade de adaptação dele a tais eventos gerados pelo quadro de demência como forma de dar continuidade aos cuidados e proporcionar afeto, apoio físico, apoio emocional e segurança, reduzindo, assim, os momentos de tensão (LEMOS *et al.*, 2006; LUZARDO *et al.*, 2006; PAVARINI *et al.*, 2008). As agitações psicomotoras dificultam o cuidado ao paciente, visto que, durante as crises, os pacientes tendem a se recusar a realizar as atividades, como a recusa a se alimentar e irritabilidade, o que pode sobremaneira alterar a rotina de cuidados dele (CALDEIRA *et al.*, 2004; LUZARDO *et al.*, 2006; PAVARINI *et al.*, 2008).

Nos estágios finais da doença, os quais em geral ocorrem entre um a três anos, o que mais se nota é a dependência do idoso, pois ele perde grande parte das suas habilidades de realização das atividades instrumentais da vida diária – AIVD, como fazer compras, manusear dinheiro, preparar alimentos, utilizar o fogão de forma segura, tomar medicação, lembrar de acontecimentos importantes, capacidade de sair de casa sozinho e encontrar o caminho de volta. Sendo assim, a partir desse ponto ele tende a desenvolver sintomas relacionados à imobilidade, como, por exemplo, perda de peso, úlceras de pressão naqueles indivíduos acamados, falta de controle dos esfíncteres, pneumonias, entre outras doenças oportunistas (NOVELLI, 2003; PAVARINI *et al.*, 2008; SAVONITTI, 2000; VILELA; CARAMELLI, 2006).

### **Dedicação e solidariedade**

O cuidado é um ato de compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso, sendo uma relação fundamental entre os outros indivíduos pertencentes à comunidade e ao meio em que estão inseridos. Desse modo, o cuidado se instala num processo de compadecimento que se desenvolve e cresce com a elaboração de um laço afetivo que tem como intuito ajudar o indivíduo que será cuidado a crescer e/ou continuar reduzindo o peso da sua jornada, sendo essa uma experiência longitudinal e mútua, a qual pode ser vista por vários prismas culturais, tecnológicos e sociais. A capacidade de cuidar é no mínimo a forma mais genuína de se resgatar o cerne da humanidade frente à desordem da ética e da moral das problemáticas da atualidade, contrabalanceando a desarmonia, a desintegração e a desassistência (ARNAU *et al.*, 2018; TOFFOLI, 2018).

Tendo em vista a situação complexa em que se encontra o binômio cuidador-doente, é possível perceber que as palavras que melhor definem tal relação são: solidariedade, vulnerabilidade e resiliência. A palavra “solidário” vem do latim *solidarius*, usada como adjetivo para caracterizar o indivíduo que auxilia outro em uma relação mútua. Sendo assim, a solidariedade é a qualidade de quem é solidário, ou seja, aquele que tem a virtude de partilhar o sofrimento do outro ou de se propor a atenuá-lo. A palavra vulnerabilidade deriva do latim *vulnus* e significa ferida e, ao incluir o ser humano, pode ser analisada sob diferentes aspectos, como os culturais, biológicos ou sociais. Ao trazer em sua

etimologia o significado de ferida ou aquele que é ferido, permite significar e ressignificar questões diversas da vida humana, como exclusão social, dicotomia saúde-doença, pesquisas clínicas com seres humanos, sustentabilidade e questões socioambientais. Já a resiliência refere-se a um termo da física que foi adaptado à sociologia para denominar a habilidade das pessoas de responderem às frustrações e aos estresses diários, em todos os níveis, com superação e recuperação emocional (SILVA, 2017).

Apesar de todas as mazelas, a relação entre cuidador e paciente se reinventa todos os dias e firma a cada segundo o seu compromisso com o sacerdócio e o autossacrifício, sendo essa uma relação que transcende o contrato social, se estabelecendo como um compromisso de afeto e dedicação para com o outro. Segundo a bioética latino-americana na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos – DUBDH de 2005, *“Nem todo indivíduo é capaz de se auto-governar, ou seja, a autonomia é um princípio relativo e não absoluto, pois em certos contextos há fragilidades no poder de decisão.”*

Desse modo, considerando a citação da DUBDH, podemos traduzi-la para a definição de cuidador; logo, ser cuidador não é nada menos que se tornar a “cabeça, os pés e as mãos” de outrem, além do “porto seguro” para o paciente para que ele tenha condições de continuar a sua jornada frente à crueldade de sua enfermidade, uma atitude forjada na nobreza (ONU, 2005; SILVA, 2017).

### **Cuidando do cuidador**

O comportamento social é algo inerente ao ser humano e pode ser definido como “o comportamento de duas pessoas ou mais, uma em relação a outra”. Tal fato pode ser visto devido à interdependência entre os indivíduos de uma comunidade, pois a ação de um indivíduo impacta diretamente na vida do outro de forma causadora ou como consequência de algo. Desse modo, cada integrante de um grupo exerce influência sobre o outro, o que tende a reforçar ou instruir a realização de alguns comportamentos que, quando de boa-fé, podem resultar em atos pautados na moral, na ética, na compaixão e no amor (FERREIRA *et al.*, 2018).

A partir dos desgastes cotidianos do cuidador, percebe-se que ele necessita de cuidados mais intensos. A prática de atividades integrativas

por parte da estratégia de saúde da família é crucial para a manutenção do equilíbrio na saúde do cuidador. O projeto “Cuidando do cuidador”, o qual faz parte da política nacional de humanização, tem como objetivo principal realizar atividades físicas e mentais como estratégia para criar um ambiente em que o cuidador tenha um tempo dedicado a si próprio, como forma de autocuidado, e se sinta acolhido pelo grupo, sendo tal grupo composto por familiares, profissionais de saúde e outros cuidadores da comunidade, como modo de compartilhar informações e desa-bafos, gerando, assim, um sentimento de comunidade e coparticipação (MELO *et al.*, 2021).

A partir da atividade de grupo, pode-se perceber uma redução da ansiedade, da angústia, do estresse e o aumento da qualidade de vida por parte dos cuidadores (ARNAU *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2021). O “cuidado com o cuidador”, a consequente melhoria da qualidade de vida e a redução do estresse dele trazem uma notória melhora no padrão de assistência ao doente. Os grupos de assistência a cuidadores, os quais contam com profissionais de saúde, são de suma importância, pois promovem uma escuta qualificada dos medos, anseios, incertezas, angústias, aspectos sociais, psicológicos e espirituais, o que permite conhecer melhor o indivíduo a ser assistido e, desse modo, permite conhecer melhor as necessidades da comunidade, tornando-se possível também promover correções de erros realizados no cuidado ao doente (MELO *et al.*, 2021). Além da estratégia de “cuidar do cuidador”, também podem ser encontradas comunidades de trocas de informação através da internet, sendo algumas delas as redes “Associação Pró-Cura da ELA”, “AMS & Parkinson”, “Vida do Cuidador Familiar de Alzheimer”, “Comunidade Atrofia de Múltiplos Sistemas AMS”, entre outras (MELO *et al.*, 2021; SILVA, 2017).

### **Espiritualidade no ato de cuidar**

A religião ocupa um espaço extremamente importante na vida do cuidador, pois é a partir dela que ele encontra forças e esperanças diárias para tomar como sua uma missão tão árdua quanto a de cuidar de um indivíduo enfermo. O ato de realizar a prece, seja ela de qualquer religião ou destinada a quaisquer divindades, eleva o pensamento do cuidador a um plano superior e promove um sentimento de preenchimento,

tranquilizando-o e aliviando a angústia da sensação de solidão perante uma missão tão difícil (SILVA, R. M., *et al.*, 2019; SOUZA *et al.*, 2017). A esperança trazida a partir da adesão a uma religião e suas doutrinas melhora exponencialmente a saúde psíquica e o desempenho cotidiano do cuidador para com o enfermo, facilitando a adaptação e a resolução de obstáculos que porventura surjam em sua jornada (BARBOSA *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2018; SILVA, R. M., *et al.*, 2019).

A religiosidade como um todo está diretamente relacionada à apropriação de certos padrões de comportamento, os quais tendem a práticas de redução da autodepreciação e de enfrentamento a situações adversas durante a vida. A religiosidade ou espiritualidade são componentes intrínsecos do ser humano e influenciam na cultura, nas interações sociais e na dimensão psicológica, o que se traduz em valores, crenças, comportamentos e emoções (SILVA *et al.*, 2019; ZERBETTO *et al.*, 2017). Os ensinamentos religiosos se encontram entremeados na cultura de diversas civilizações a partir de sua doutrina, um conjunto de princípios ou algumas regras que devem ser respeitadas, e em muitas dessas citações são relatados exemplos de autossacrifício e de resiliência que dão propósito à missão dada ao cuidador pelo fato de ele sentir que está percorrendo o caminho correto, o que lhe gera um sentimento de autovalorização (BORGES *et al.*, 2015; SILVA, R. M., *et al.*, 2019).

## CONCLUSÃO

Conclui-se que a relação entre o paciente e o cuidador é um dos grandes pilares do tratamento do enfermo portador de doença neurodegenerativa, já que um elo harmonioso é capaz de gerar diversos frutos benéficos, tornando-se uma relação de simbiose em que ambos se ajudam e aprendem durante o processo. Apesar da nobreza no ato de cuidar, é mister que se entenda que se constitui como uma atividade desgastante que deve ser dividida igualmente entre os familiares e demais cuidadores. Ademais, é necessário que seja feita uma escuta das demandas do cuidador, além de um acompanhamento mais incisivo no que tange à assistência à saúde dele, e isso como forma de evitar a sobrecarga e não ocasionar a tão temida Síndrome do cuidador informal. Por fim, a espiritualidade é, em grande parte do tempo, a fonte de força-motriz do

cuidador, na medida em que é a partir dela que ele encontra determinadas explicações que embasam os princípios de todo o seu esforço, gerando significado para a sua tão árdua jornada.

### Comentário do especialista<sup>18</sup>

*Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso!  
Não se apavore nem desanime, pois o Senhor,  
o seu Deus, estará com você por onde você andar.  
Josué 1:9 (Bíblia Sagrada)*

Com o aumento do número de idosos na população e das patologias incapacitantes associadas a esse grupo, a atividade do cuidador se torna mais evidente e necessária. Todas as situações que enfrentamos têm o potencial de liberar certos neurotransmissores que nos causam sensações de estresse ou de bem-estar. Na atividade do cuidador, ele comumente se depara com inúmeras situações que são predisponentes para um desequilíbrio neuroquímico e, conseqüentemente, o adoecimento mental. São frequentes os relatos de cansaço, sobrecarga de trabalho, longas jornadas, alterações de sono, pouca ou nenhuma atividade de lazer e descanso, além de angústia diante das limitações impostas pelas doenças do indivíduo a ser cuidado.

Nesse contexto, a religião e a espiritualidade atuam como fatores protetores. Amor ao próximo, altruísmo e resignação diante de situações sobre as quais não temos controle são valores disseminados pelas diversas religiões. Outro papel muito importante realizado pela espiritualidade é garantir um sentido à finitude da vida, crenças essas que aliviam o sofrimento psicológico e biológico.

### REFERÊNCIAS

AMS E PARKINSON. [internet]. 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/atrofias/?fref=ts>. Acesso em: 11 out. 2022.

ANDRADE, A. M. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia - Risk factors of burden in informal caregivers of older adults with dementia. **Rev Cubana de Salud Pública** (Impr), v. 38, n. 3, p. 393-402, 2012.

ÁNGEL-GARCÍA, J. E. del. *et al.* Relación entre sobrecarga y competencias del cuidar en cuidadores informales de personas con enfermedades crónicas. **MedUNAB**, v. 23, n. 2, p. 233-241, 22 jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3878>. Acesso em: 11 out. 2022.

ASSOCIAÇÃO PRÓ-CURA DA ELA: Organização Não Governamental [internet]. 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/procuradaela2/?fref=ts>. Acesso em: 27 out. 2022.

BALARDY, L.; VOISIN, T.; CANTET, C.; VELLAS, B; REAL.FR Group. Predictive factors of emergency hospitalisation in Alzheimer's patients: results of one-year follow-up in the REAL.FR Cohort. **The Journal of Nutrition, Health & Aging**, v. 9, n. 2, p. 112-116, 2005.

BARBOSA, R. M. D. M.; FERREIRA, J. L. P.; MELO, M. C. B. D.; COSTA, J.M. A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. **Revista da SBPH**, v. 20, n. 1, p. 165-182, 2017. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/71>. Acesso em: 27 out. 2022.

BORGES, M. S.; SANTOS, M. B. C.; PINHEIRO, T. G. Representações sociais sobre religião e espiritualidade. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], v. 68, n. 4, p. 609-616, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680406i>. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680406i>. Acesso em: 27 out. 2022.

BORN, T. **Cuidar Melhor e Evitar a Violência** - Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p.; 30 cm. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_cuidador.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf). Acesso em: 27 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/l10.741.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm). Acesso em: 5 jan. 2023.

BUENO-ARNAU, M. I.; GOBERNA-TRICAS, J.; LÓPEZ-MATHEU, C. Ética del cuidado compasivo en la familia: cuidando al cuidador. **MUSAS: Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad**, v. 3, n. 2, p. 36-51, 2018. Doi: <https://doi.org/10.1344/musas2018.vol3.num2.3>. Acesso em: 5 jan. 2023.

CALDEIRA, A. P. S.; RIBEIRO, R. C. H. M. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. **Arq Ciênc Saúde**, v. 11, n. 2, p. 100-104, 2004.

COMUNIDADE ATROFIA DE MÚLTIPLOS SISTEMAS AMS. [internet]. 2015. Disponível em: <https://www.facebook.com/Atrofia-de-M%C3%BAltiplosSistemas-AMS-136118773120290/?fref=ts>. Acesso em: 11 out. 2022.

FERREIRA, C. R.; ISAAC, L.; XIMENES, V. S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Est. Inter. Psicol.**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 108-125, jun. 2018.

Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 27 out. 2022.

GILLIGAN, C. **Teoria Psicológica e Desenvolvimento da Mulher**. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997.

GRATÃO, A. C. M. **Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado**. Tese [Doutorado] - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Doi: 10.11606/D.22.2006.tde-25052007-161750. Acesso em: 27 out. 2022.

IBGE. **Censo Demográfico 1940/2000 e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008**. Dados extraídos do Atlas Nacional do Brasil Milton Santos, IBGE, 2008. Disponível em: <https://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?no=10&op=0&vcodigo=CD95&t=ra-zao-dependencia-grupos-etarios>. Acesso em: 5 jan. 2023.

LEMONS, N. D.; GAZZOLA, J. M.; RAMOS, L. R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. **Saúde Soc.**, v. 15, n. 3, p. 170-179, 2006. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902006000300014>. Acesso em: 5 jan. 2023.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M. I. P.; SILVA, A. P. S. S. Características de idosos com Doença de Alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de neurogeriatria. **Texto Contexto Enferm**, v. 15, n. 4, p. 587-594, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400006>. Acesso em: 5 jan. 2023.

MELO, T. C. L. C.; SAMPAIO, A. C. C.; ALBUQUERQUE NETO, F. W.; SANTOS, J. L. R.; ALVES, P. C.; GADELHA, L. A.; COSTA, S. S. V.; ARAÚJO, C. R. C.; VASCONCELOS, A. K. C.; FERREIRA, F. V. Caring for the caregiver: An experience report of good health practice interventions for frontline primary care professionals at COVID-19. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, p. e14110515007, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i5.15007. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/15007>. Acesso em: 13 out. 2022.

NOVELLI, M. M. P. C. *et al.* Cross-cultural adaptation of the quality of life assessment scale on Alzheimer disease. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria** [on-line], v. 63, n. 2a, p. 201-206, 2005. Epub 05 July 2005. ISSN 1678-4227. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2005000200002>. Acesso em: 27 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Tradução para o português: Cátedra Unesco de Bioética da UnB/Sociedade Brasileira de Bioética. 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_univ\\_bioetica\\_dir\\_hum.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_univ_bioetica_dir_hum.pdf). Acesso em: 27 out. 2022.



PAVARINI, S. C. I.; MELO, L. C.; SILVA V. M.; ORLANDI, F. S.; MENDIONDO, M. S. Z.; FILIZOLA, C. L. A. Cuidando de idosos com Alzheimer: a vivência de cuidadores familiares. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 10, n. 3, p. 580-590, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a04.htm>. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v10.46488>. Acesso em: 27 out. 2022.

SAVONITTI, B. H. R. A.; DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. Cuidando do idoso com demência. In: DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. D. E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 421-438.

SILVA, L. E. Q. *et al.* Uma revisão narrativa: Uso de antioxidantes em doenças Neurodegenerativas / A Narrative Review: Antioxidant Use in Neurodegenerative Diseases. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 2, p. 10661-10669, 10 fev. 2022. DOI:10.34117/bjdv8n2-146.

SILVA, L. F. A. **Estudo bioético sobre familiares que cuidam de pessoas idosas com doenças neurodegenerativas**. 2017. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética. DOI: <http://dx.doi.org/10.26512/2017.02.T23253>.

SILVA, M. C. M.; MOREIRA-ALMEIDA, A. C.; EDNA, A. B. Elderly caring for the elderly: spirituality as tensions relief. **Revista Brasileira de Enfermagem** [on-line], v. 71, n. 5, p. 2461-2468, 2018. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0370>. Acesso em: 27 out. 2022.

SILVA, R. M.; BORGES, R. T.; GONÇALVES, J. L.; BEZERRA, I. C.; SOUZA VIEIRA, L. J. E. de; LIMA SAINTRAIN, M. V. de. A religiosidade no amparo ao cuidador de idoso dependente. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1778-1783, 2019.

SOUZA, E. N. *et al.* Relação entre a esperança e a espiritualidade de idosos cuidadores. **Texto & Contexto - Enfermagem** [on-line], v. 26, n. 3, e6780015, 2017. Epub 17 Ago 2017. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006780015>. Acesso em: 27 out. 2022.

TOFFOLI, D. B. **Ações e programas de saúde em hospitais: cuidando do cuidador**. Tese [Doutorado]. FGV EAESP - CDAE: Administração de empresas, São Paulo, 2018. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/24177>. Acesso em: 27 out. 2022.

TORTI, F. M.; GWYTHYER, L. P.; REED, S. D.; FRIEDMAN, J. Y.; SCHULMAN, K. A. A multinational review of recent trends and reports in dementia caregiver burden. **Alzheimer Dis Assoc Disord**, v. 18, n. 2, p. 99-109, 2004. doi: 10.1097/01.wad.0000126902.37908.b2. Acesso em: 27 out. 2022.

VIDA DO CUIDADOR FAMILIAR DE ALZHEIMER. [internet]. 2015. Disponível em: [https://www.facebook.com/groups/vidadocuidadordealzheimer/911848512237352/?notif\\_t=group\\_activity](https://www.facebook.com/groups/vidadocuidadordealzheimer/911848512237352/?notif_t=group_activity). Acesso em: 11 out. 2022.

VILELA, L. P.; CARAMELLI, P. A doença de Alzheimer na visão de familiares de pacientes. **Rev Assoc Med Bras**, v. 52, n. 3, p. 148-152, 2006. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302006000300014>. Acesso em: 11 out. 2022.

ZERBETTO, S. R. *et al.* Religiosidade e espiritualidade: mecanismos de influência positiva sobre a vida e tratamento do alcoolista. **Escola Anna Nery** [on-line], v. 21, n. 1, e20170005, 2017. Epub 16 Jan 2017. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170005>. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170005>. Acesso em: 27 out. 2022.

## Ética e respeito entre o médico e seu paciente: uma realidade no tratamento das doenças

Raimundo Sotero de Menezes Filho<sup>20</sup>

*Toda manhã, na África, uma gazela sabe que precisa ser mais veloz que o mais veloz dos leões, senão morrerá. Um leão sabe que precisa correr mais que pelo menos a mais lenta das gazelas, senão morrerá de fome. Não importa se você é um leão ou uma gazela, quando o dia amanhecer, é melhor que você esteja correndo.*  
*Autor desconhecido*

Uma relação de confiança entre médico e paciente é fundamental durante uma consulta porque é graças a ela que o profissional pode diagnosticar um problema de saúde com eficiência e competência adequadas, oferecendo, conseqüentemente, opções mais eficazes e confiáveis das diversas opções de acompanhamento e tratamento. Em decorrência disso, o paciente passará a dar credibilidade às medidas oferecidas pelo seu médico e poderá confiar nas e respeitar as condutas recomendadas pelo profissional escolhidas de forma consciente. O que descortinamos dessa relação estabelecida em clima de confiança é que para mantê-la se torna necessário que os envolvidos passem sempre por um clima de sinceridade e honestidade total na relação que ora se estabelece: médico-paciente.

---

20 Diretor Técnico do Centro de Diabetes de Sergipe. Vice-Presidente da Sociedade Médica de Sergipe – Somese. Vice-Presidente Regional da Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – Fenad. Subdelegado no Brasil da Associação Latino-Americana de Diabetes – ALAD. Presidente da Associação Sergipana de Proteção ao Diabetes – Aspad. Membro da Academia Sergipana de Medicina – ASM. Membro da European Society of Endocrinology – ESE. Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Sobrames.

Portanto, torna-se extremamente importante que essa sinceridade mútua seja sempre estabelecida com bastante firmeza e segurança, ou seja, todas as etapas da doença, seu acompanhamento (medidas gerais) e principalmente o teor integral do que irá ser a consistência de seu tratamento, e suas reais chances de cura ou até de sua inexistência, devem ser minuciosamente explicados de forma transparente e bastante detalhada.

Devemos salientar que por sua parte o paciente nunca deve omitir absolutamente nada de sua história clínica e de seu passado de doenças, cirurgias e possíveis incidentes ou acidentes que possam influenciar na correta conclusão diagnóstica por parte do profissional médico.

Convém sempre determinar que o médico, apesar de acreditar sempre no paciente, tem o dever e a obrigação de procurar outras fontes de informações, quando possível, com seus parentes mais próximos, que podem ajudar bastante no esclarecimento da saúde dele, notadamente no caso de lhe faltar a sinceridade necessária. Convém salientar que o profissional, embora deva sempre acreditar no paciente, que é sua principal fonte de informação, deve estar atento a mentiras ou à omissão da verdade.

Será sempre um dever do médico avaliar se há incoerências em suas informações e solicitar de forma incisiva mais dados para complementar o estudo do caso, ou seja, no caso de desconfiar, deve certamente procurar outros meios de informação (deve ser um detetive), solicitando todos os documentos, laudos e exames que o paciente tiver, além de pedir outras informações de outros profissionais que estiverem acompanhando o seu paciente.

Quando se ocultam informações, pelo paciente, por familiares e/ou por acompanhantes, poderemos, infelizmente, mascarar um grave e severo problema de saúde, até impedindo seu diagnóstico precoce, que poderia levar à cura de um problema clínico sério e até impedir sua evolução para o óbito.

Em relação ao tratamento, convém frisar que, quando um paciente não informa sobre um efeito colateral medicamentoso no curso de seu tratamento clínico, e por conta própria interrompe o uso de um ou mais medicamentos, pode passar despercebida a falta de resposta ao tratamento realizado, tornando uma incógnita ao profissional o real motivo

que ocasionou a desconhecida falta de adesão à conduta terapêutica levada a efeito.

Importante para o êxito do tratamento é que deve ser baseado em uma relação de honestidade entre paciente e médico, no sentido de que o tratamento possa ser realizado com base em informações fidedignas e que possam realmente contribuir para uma melhora do paciente, tendo como pressuposto um histórico de saúde verdadeiro, que irá certamente agilizar consideravelmente o processo de cura, que também será de grande ajuda para garantir uma qualidade de vida saudável e certamente bem melhor para o paciente e uma realização plena do profissional médico.

Uma relação verdadeira, honesta, transparente, sincera e, acima de tudo, confiável entre o médico e seu paciente é o que irá levar ao sucesso do diagnóstico e de um tratamento eficaz para resultados exitosos.

## A relação médico-paciente na psiquiatria contemporânea

Izabela Lúcio Cardoso Freire<sup>21</sup>

Danilo Bastos Bispo Ferreira<sup>22</sup>

A relação médico-paciente na psiquiatria sofreu modificações ao longo da história de acordo com a visão médica e o contexto social do momento vivido (SZASZ; KNOFF; HOLLENDER, 1958). Como exemplo, a partir dos ideais racionalistas, a loucura passou a ser entendida não mais como um fenômeno da natureza ou do divino, mas como antagonista à razão, sendo, assim, uma condição estigmatizante e perigosa. Com a ascensão do mercantilismo, aqueles que não eram capazes de produzir eram excluídos e punidos, contribuindo, ainda mais, com o estigma dos indivíduos que possuíam estados psíquicos divergentes (OLIVEIRA ALVES, 2009).

Somente na Revolução Francesa se passou a absorver os excluídos, dando início à criação dos Hospitais Gerais, onde cuidado e segregação se confundiam. De acordo com Foucault, a instituição médica nesse momento histórico é antes de tudo semijurídica e repressora, contrastando com os ideais libertários do período, nos quais os loucos não foram contemplados. Em fins do século XVIII, Pinel, na França, passa a apropriar a loucura como saber médico. Dessa forma, embora tenha dado a possibilidade de assistência terapêutica ao enfermo mental, retirou dele a sua cidadania por reforçar sua separação dos demais. A institucionalização dessa prática se deu pela criação dos asilos e posteriormente dos

---

21 Acadêmica de Medicina na Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

22 Médico pela Universidade Tiradentes. Aracaju-SE. Psiquiatra pela Prefeitura de Sorocaba. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HC-UFGM. Professor de Psiquiatria da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

manicômios, responsáveis por tutelar, isolar e vigiar o doente (OLIVEIRA ALVES, 2009).

Esse modelo passou a ser questionado no século XX, após as barbáries vividas nas duas Guerras Mundiais, influenciado pelo pensamento existencialista. Com isso, tentativas foram observadas em todo o mundo, ao longo das décadas de 1950 e 1960, para se pensar uma nova forma de tratar o doente mental, visto que a estrutura dos manicômios se assemelhava, muitas vezes, aos campos de concentração nazistas (OLIVEIRA ALVES, 2009). O principal objetivo da Reforma Psiquiátrica torna-se, então, reinserir o indivíduo excluído na sociedade, criando um ambiente favorável para que o sujeito seja ator principal do seu processo de cura.

No Brasil, um marco histórico relevante é a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental em 1923, com uma visão eugenista, xenofóbica, racista e antiliberal, semelhante ao pensamento nazista alemão. Outro marco importante é a aprovação do Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica Previdenciária do Ministério da Previdência e Assistência Social, em 1982, que iniciou o combate à cultura manicomial, passando a se estruturar a rede pública de atenção à saúde mental (OLIVEIRA ALVES, 2009).

Todas essas mudanças confluíram para a relação médico-paciente contemporânea, que é influenciada pela Psicanálise, pelo aumento da assistência médica que se deu com ênfase nas doenças crônicas e pelo pensamento democrático vigente, que reforçam a colaboração mútua médico-paciente (SZASZ; KNOFF; HOLLENDER, 1958). Essa relação é de extrema importância para a prática médica, visto que por meio dela se constrói o vínculo entre médico e paciente, no qual esse último é capaz de depositar sua confiança no profissional para seguir o tratamento proposto em busca da cura ou melhor qualidade de vida.

De acordo com Szasz, Knoff e Hollender (1958), há três modelos básicos da relação médico-paciente. São eles: atividade-passividade, orientação-cooperação e participação mútua. O primeiro diz respeito àqueles casos em que o médico atua predominantemente, enquanto o paciente é completamente passivo, como em casos em que o paciente está inconsciente. A orientação-cooperação consiste no médico informar o que o paciente deve fazer, e este seguir sua recomendação, com

certa contribuição entre as partes. Já a participação mútua consiste em uma parceria, com o médico ajudando o paciente a se ajudar.

Na Psiquiatria, essa relação médico-paciente torna-se ainda mais relevante. Os quadros psiquiátricos requerem mais adesão ao tratamento e possuem muitas nuances subjetivas. O paciente psiquiátrico, muitas vezes, possui seu próprio mundo de símbolos e vivências, que precisa ser acessado e compreendido pelo médico para se realizar esse vínculo.

No artigo de Peixoto, Mourão e Serpa Junior (2016), há menção aos estudos de Potter (2003), que relaciona a imersão do médico na experiência do paciente por meio de metáforas. Na primeira metáfora, de turista, o médico visita o mundo do paciente como um observador. Nesse contexto, avaliações morais estão presentes, o que pode representar um obstáculo, por isso o clínico deve estar atento a julgamentos prévios. No entanto, essa postura parece ser insuficiente para uma compreensão ampla do paciente.

Há, então, outra metáfora, denominada “viagem entre mundos”. O mundo, por sua vez, é construído por meio de símbolos, conceitos, normas, linguagens e relações interpessoais próprias. Esse “viajar entre mundos” requer uma imersão na comunidade e cultura do outro para compreender um pouco do que é ser o outro e como somos vistos por ele. Potter, nesse estudo, propõe que o médico mantenha uma atitude lúdica com seus pacientes, deixando de lado suas ideias próprias para se permitir conhecer o outro (PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016).

O psiquiatra deve estar ciente de que sua atuação não é neutra perante o outro, pois carrega consigo processos cognitivos, ideológicos e simbólicos próprios em suas interpretações e percepções nos diagnósticos e planos de tratamento. Esse médico que se propõe a “viajar entre mundos” deve manter continuamente uma autoavaliação crítica. Embora possa haver essa comunicação entre mundos para desenvolver um melhor vínculo para a relação médico-paciente, não se deve abandonar a identidade terapêutica, visto que, mesmo nos limites éticos, essa prática pode ser vista como intrusiva pelo paciente (PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016).

Uma ferramenta essencial para a relação médico-paciente atual é a empatia. Esta é definida como o processo de compartilhar o estado psicológico e emocional do outro, sentindo o mesmo a partir de sua



perspectiva. Os cientistas em neurobiologia e neurocomportamento dividem a empatia em: emocional, cognitiva e motivacional, que auxiliam a convivência social para a sobrevivência da espécie (ESAGIAN; ESAGIAN-POUFTSIS; KAPRINIS, 2019).

No contexto da saúde mental, a empatia consiste na capacidade do médico de entender os sentimentos do paciente, comunicar esse entendimento e atuar com base nele. Essas habilidades favorecem sua relação e melhoram a qualidade do cuidado, na medida em que podem minimizar a assimetria da relação entre médico e paciente e contribuir com a adesão ao tratamento e o processo de cura (TORRES *et al.*, 2019).

No entanto, diferenças culturais e de posição social podem ser um obstáculo a esse processo. A falha da empatia pode fragilizar o vínculo com o usuário, o que também pode servir como pista para o diagnóstico de processos psicopatológicos, como o transtorno de personalidade antissocial (PEIXOTO; MOURÃO; SERPA JUNIOR, 2016). Na Psiquiatria, ainda há poucas evidências em relação à empatia e ao potencial de sua aplicação. Além disso, carece de um modelo para sua aplicação na prática psiquiátrica e psicoterapêutica, o que é um desafio para a formação dos novos psiquiatras (ESAGIAN; ESAGIAN-POUFTSIS; KAPRINIS, 2019).

Um dos principais objetivos de uma boa relação médico-paciente é fazer o doente aderir ao tratamento. Para isso, o médico precisa que aquele paciente compreenda claramente seu quadro clínico e consiga seguir o plano terapêutico para alcançar a finalidade mútua de melhorar. No entanto, muitas vezes, pacientes com problemas graves de saúde mental não conseguem seguir seus planos de tratamento (PAPAGEORGIOU; LOKE; FROMAGE, 2017).

A comunicação efetiva entre profissionais da saúde e seus pacientes é essencial para garantir que as informações sobre opções de tratamento e seu seguimento sejam bem compreendidas e seguidas pelo paciente. Muitos não conseguem seguir em razão de uma comunicação ineficaz, o que contribui para a violência durante a hospitalização, o aumento dos sintomas e a progressão da doença. É importante que o paciente se sinta parte ativa do seu plano de tratamento. Não obstante, ainda há falta de evidências para orientar o manejo adequado dessa relação em pacientes com doença mental grave (PAPAGEORGIOU; LOKE; FROMAGE, 2017).

Há diversos empecilhos que prejudicam a relação médico-paciente. Uma questão importante são as disparidades étnicas. Shen *et al.* (2018) demonstraram que os pacientes negros constantemente experimentam pior qualidade de comunicação, recebimento de informações, participação do paciente e tomada de decisão participativa em comparação com pacientes brancos. A concordância racial foi mais claramente associada a uma melhor comunicação. Esse cenário destaca a importância de treinar médicos e pacientes para se envolverem em uma comunicação de maior qualidade com pacientes negros e racialmente discordantes, concentrando-se em melhorar o foco no paciente, principalmente no que concerne ao fornecimento de informações, à construção de parcerias e ao engajamento nos processos de comunicação (SHEN, 2018).

O desenvolvimento de uma boa comunicação centrada no paciente se inicia na faculdade de medicina com um forte currículo, *feedbacks* e treinamento durante a grade curricular (SHEN *et al.*, 2018). Muitos cursos médicos já vêm sofrendo modificações em suas metodologias e utilizando estratégias pedagógicas para melhorar as habilidades de comunicação e empatia de seus alunos (TORRES, 2019).

Os pacientes também podem se beneficiar no desenvolvimento de habilidades de comunicação. Já existem intervenções para treinar os pacientes no “planejamento de consultas”, com o intuito de diminuir a barreira de comunicação e aumentar a satisfação de médicos e pacientes. O estudo de Shen *et al.* (2018) indica o sistema PACE, expressão mnemônica no inglês (*Presenting Information; Asking Questions; Checking Understanding and Expressing Concerns*), utilizado como uma ferramenta para melhorar as habilidades do paciente, consistindo em apresentar as informações, fazer perguntas, verificar a compreensão e expressar preocupações. Embora se apresentem como alternativas, mais estudos são necessários para observar sua aplicabilidade em contextos amplos, como com os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

### Comentário do especialista<sup>22</sup>

O tema relação médico-paciente é deveras vasto e profundo, tendo a sua importância de discussão nos meios acadêmico e profissional de forma constante. No que diz respeito à abordagem desse assunto entre

acadêmicos de Medicina, a sua importância se mostra crucial no entendimento de que, enquanto detentores de um saber, nós, médicos, muito diferentemente de perspectivas passadas, devemos elaborar um projeto terapêutico individualizado, de acordo com as possibilidades e perspectivas (pessoais, sociais, financeiras) do paciente. Tal ressalva é pertinente também para aqueles que já se formaram e precisam constantemente relembra-los essa premissa da nossa prática médica.

A relação médico-paciente se dá nas mais diversas perspectivas da prática médica, seja ela enquanto médico generalista, seja enquanto médico especialista, aqui sem distinção de qual especialidade.

No entanto, seguindo a lógica deste capítulo, essa relação dentro da Psiquiatria é de suma importância, tendo em vista que, por sermos uma especialidade relativamente jovem dentro das especialidades médicas e, além disso, considerando o componente subjetivo do sofrimento do paciente defronte a nós, se faz ainda mais importante ter uma escuta ativa para acolher o paciente de forma holística.

Este capítulo traz, de forma sucinta e interessante, o histórico da relação médico-paciente dentro da Psiquiatria. E esse é um ponto sobre o qual devemos fazer reflexões de forma constante: através dos erros do passado, podemos repensar e melhorar a nossa prática médica no presente; através dos acertos do passado, podemos manter e também refletir sobre perspectivas de melhorias acerca da nossa atuação para que, no futuro, possamos ter, cada vez mais bem estruturada e sedimentada entre os acadêmicos de Medicina e os profissionais médicos, esta importância: a da relação médico-paciente de forma coerente e humanizada, visando o bem-estar daqueles que nos pedem ajuda.

## REFERÊNCIAS

ESAGIAN, G.; ESAGIAN-POUFTSIS, S.; KAPRINIS, S. G. Empathy in psychiatry and psychotherapy. *Psychiatrike=Psychiatriki*, v. 30, n. 2, p. 156-164, 2009.

OLIVEIRA ALVES, C. F. de *et al.* Uma breve história da reforma psiquiátrica. *Neurobiologia*, v. 72, n. 1, 2009.

PAPAGEORGIOU, A.; LOKE, Y. K.; FROMAGE, M. Communication skills training for mental health professionals working with people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 6, 2017.

PEIXOTO, M. M.; MOURÃO, A. C. das N.; SERPA JUNIOR, O. D. de. O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 881-890, 2016.

POTTER, N. N. Moral tourists and world travelers: Some epistemological issues in understanding patients' worlds. **Philosophy, Psychiatry & Psychology**, v. 10, n. 3, p. 209-223, 2003.

SHEN, M. J. *et al.* The effects of race and racial concordance on patient-physician communication: a systematic review of the literature. **Journal of racial and ethnic health disparities**, v. 5, p. 117-140, 2018.

SZASZ, T. S.; KNOFF, W. F.; HOLLENDER, M. H. The doctor-patient relationship and its historical context. **American Journal of Psychiatry**, v. 115, n. 6, p. 522-528, 1958.

TORRES, A. R. *et al.* Ensinando a anamnese psiquiátrica para estudantes de medicina através da inversão de papéis: relato de experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 200-207, 2019.

## A humanização em saúde: o que fazer do dó ao si e outras notas

Ricardo Azevedo Barreto<sup>23</sup>

### **A humanização em saúde: a diversidade do campo**

De acordo com Deslandes (2004), a palavra humanização tem sido constantemente entreposta no contexto da saúde. Esse termo não possui uma definição precisa, indicando frequentemente o modo de assistência que valoriza a qualidade do cuidado na perspectiva técnica, relacionada ao reconhecimento dos direitos do paciente, da subjetividade e da cultura deste, como também considerando o que se refere ao profissional.

Quanto ao termo humanização, percebemos que há uma polissemia no âmbito conceitual, assim como uma diversidade de proposituras e ações no campo metodológico. Encontramos, no que tange à humanização em saúde, iniciativas variadas concernentes à saúde pública e ao trabalho liberal ou privado.

Assente em Deslandes (2006), são exemplificadas, desde a virada do presente milênio, iniciativas diversas, como o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (2000-2002), o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (2000), a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), a Política Nacional de Humanização (2003), assim como outros

---

23 Psicólogo, mestre e doutor (Programa Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – USP. Tem especialização em Psicologia Hospitalar pelo CEPsIC da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP. Teve experiência de treinamento no Butler Hospital (RI-USA). Foi coordenador do programa de humanização do hospital São Lucas em Aracaju, Sergipe, por muitos anos. Foi professor titular da Universidade Tiradentes – Unit por muitos anos, ensinando nos cursos de Psicologia e Medicina. Psicanalista do Círculo Psicanalítico de Sergipe, filiado ao Círculo Brasileiro de Psicanálise e à International Federation of Psychoanalytic Societies. Foi presidente do Círculo Brasileiro de Psicanálise (2014-2017). É um dos editores da revista Estudos de Psicanálise e um dos editores regionais para a América do Sul da revista internacional Forum of Psychoanalysis. É escritor e poeta.

programas relacionados a esse ideário, como o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, o Programa de Acreditação Hospitalar e o Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde.

A humanização tem sido associada a distintas e complexas categorias relacionadas à produção e gestão de cuidados em saúde, tais como: integralidade, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, gestão participativa, protagonismo dos sujeitos e a intersubjetividade envolvida no processo de atenção (DESLANDES, 2006, p. 15).

Na literatura especializada, com base em Knobel (2008), muitos profissionais apresentam suas experiências no que se refere à humanização e na assistência a pacientes graves, na qual a dimensão psicológica é de suma relevância, sendo que humanizar o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva – UTI é uma das ações que proporcionam qualidade de vida.

Andrade, Rolemberg e Barreto (2019) comentam que existem pessoas e instituições nos mais variados lugares de nosso planeta que não desistem da perspectiva de melhorar o mundo.

Debatendo sobre o humanismo em saúde, Blasco, De Benedetto e Moreto (2023) enfatizam a importância de projetos que alcancem o âmago do ser humano.

### **O despertar do ser humano**

Balint (2007) comenta que não somente importam o frasco de remédio e a caixa de pílulas, mas também a forma como o médico oferece esses aos pacientes, bem como a atmosfera na qual a substância é administrada e recebida.

O ser humano, muito mais do que apenas células e bioquímica, pode ser reconhecido em suas produções artísticas e de linguagem (BARRETO, 2010, p. 137).

Se o biologismo está muito presente na área da saúde na atualidade, em contraposição, a noção do psicanalista Balint do profissional como medicamento continua sendo revolucionária e prioriza o relacionamento humano.

Pensamos que o trabalho de humanização pode ser concebido com base na psicanálise, desenhando em seu cerne a comunicação, de modo que um ser humano pode ser compreendido como sujeito de linguagem e produções artísticas. A escuta é o lugar da psicanálise e o que dela o profissional pode analisar dos efeitos do inconsciente, cuidando do ser humano em diferentes locais e níveis de atenção, situações de adoecimento e hospitalização, quando o corpo e a alma estão feridos, nos contatos com os pacientes, acompanhantes e equipe, sendo que a comunicação é compreendida como incompleta, com tropeços, trocas, buracos, o inominável e o sem sentido nas cenas de escuta psicanalítica (BARRETO, 2010; BARRETO *et al.*, 2015).

Santos *et al.* (2004) mencionam que a psicanálise se ocupa do sintoma fora dos aparatos da ótica gradativamente mais sofisticada a serviço da medicina e que o destaque psicanalítico é o que do corpo se deixa ouvir.

Andrade, Rolemberg e Barreto (2019) comentam que pensar sobre a saúde abrange debates amplos e profundos, incluindo distintos níveis de análise acerca do humano. Corroborando o antagonismo de determinados autores a uma visão utópica internacionalizada de saúde, salientam, entre outros aspectos, o lugar da saúde coletiva em que a saúde de uma população está relacionada ao desenvolvimento de ações sistêmicas e a distintos setores que atuam na sociedade. Ademais, na visão de Dejours (1986), a saúde pode ser conceituada como ter meios de traçar um caminho em direção à busca de bem-estar que seja pessoal e original.

De acordo com a perspectiva psicanalítica freudiana, tal como a escultura, a psicanálise retira o excesso para surgir a estátua adormecida no mármore, cuidando da personalidade no que a impede de tomar sua forma autêntica (ETCHEGOYEN, 1987).

Desse modo, o despertar do ser humano pode ser pensado psicanaliticamente como o ofício artístico do esculpir – da escultura –, migrando essa concepção aos trabalhos de humanização da assistência em saúde.

### **O que fazer do dó ao si...**

No movimento sensível de nos tornarmos mais humanos e trabalharmos com a humanização em saúde, é comum que tenhamos sentimentos diversos, como a compaixão, a empatia, o dó maior ou menor.

Das diversas composições possíveis entre notas e pausas, uma travessia em si mesmos se faz constitutiva e indizivelmente transformadora.

Os profissionais que escutam ou vivenciam narrativas de dor, medo e sofrimento podem sentir algo similar a seus pacientes por se importarem com eles, ou seja, pela compaixão (LAGO; CODO, 2010).

Como psicólogo e psicanalista, nosso compromisso com a humanização ultrapassa duas décadas, alcançando o ensino universitário – da sala de aula à supervisão de estágios e à prática extensionista –, a orientação de pesquisa científica, a capacitação de profissionais, o desenvolvimento de trabalhos de humanização em hospital geral, a realização de oficinas de humanização, arte e cuidado, a apresentação de conferências em eventos científicos, a escrita sobre a temática, entre outros exemplos.

Das experiências que tivemos acerca da humanização em saúde, uma delas foi no hospital geral e articulou psicanálise e artes no decorrer de 2003 a 2019, isto é, antes dos idos da pandemia de Covid-19. Essa experiência integrou nossa coordenação e a realização de ações humanizantes em equipe de profissionais de um hospital geral (Hospital São Lucas em Sergipe) com uma prática extensionista universitária (Universidade Tiradentes em Sergipe) no mesmo contexto, sob a nossa condução docente, contando com a presença de estagiários selecionados do curso de Psicologia. Com a conjunção de nossos dois projetos supramencionados – um deles nascente do fazer na instituição hospitalar e outro oriundo do pensamento reflexivo-universitário levado ao mesmo hospital geral –, desenvolvemos uma diversidade de práticas de humanização em saúde.

Grupos de discussão sobre a hospitalização de orientação psicanalítica com música e pintura voltados aos pacientes e acompanhantes, grupos temáticos com a presença de profissionais convidados de diferentes especialidades com a mesma população-alvo, grupo 10, 15 ou 20 minutos nos postos de enfermagem, atividades lúdicas de cinema, do grupo de cantoria e do teatro musical e eventos e jornadas internas de humanização para a tríade equipe-pacientes-acompanhantes foram algumas de nossas ações em prol da humanização em saúde na referida experiência. Por meio de pesquisas, foi constatado que os participantes das atividades de humanização consideravam que elas humanizavam as práticas e promoviam a saúde das relações, assim como



diminuíam o sofrimento de pacientes e acompanhantes, entre outros aspectos (BARRETO, 2010; BARRETO *et al.*, 2015).

Ao investigarem por meio de pesquisa científica o trabalho de humanização supracitado na ótica de estudantes de Psicologia participantes, Andrade e Rolemberg (2013) fazem menção ao fato de que a experiência propiciava um movimento de resgate subjetivo, impactando positivamente na vida de quem participava nos âmbitos acadêmico e pessoal.

A pandemia de Covid-19 e o avanço tecnológico acelerado trouxeram novas notas entre dó e si para os seres humanos e os trabalhos de humanização em saúde.

Barreto (2021a) fala sobre a Covid-19 e reflete sobre o mundo como um paciente acamado, degradado e desfalecente no cenário pandêmico, propondo uma “pandemia” da humanização na diversidade de contextos dos seres viventes. Barreto (2021b) também comenta que qualquer um de nós que tenha a alma poética da esperança e a força da construção de um mundo novo pode ser, em sentido amplo, um cuidador sensível.

Pimentel *et al.* (2016) discutem sobre o padrão de uso da internet e das redes sociais com implicações à saúde mental na formação médica, alertando quanto ao uso excessivo da internet, relacionado a sintomas de depressão, ansiedade, distúrbios do sono e irritabilidade, entre outros aspectos.

Se o mal-estar faz parte da civilização nas relações entre impulsos e cultura ou liberdade e segurança (FREUD, 1930), e se existe uma crise do sujeito com muitas dimensões importantes da atualidade (BIRMAN, 2001), a pandemia de Covid-19 e o rápido avanço tecnológico no novo milênio apresentaram e continuam a refletir, na nossa compreensão, novos designs a quem trabalha com a humanização em saúde.

Atualmente, não trabalhamos mais em hospital geral, mas com atos humanizantes em diferentes esferas da vida pessoal, profissional e social. Como um jardim, a humanização pode estar presente em qualquer espaço, como no consultório físico e na realidade on-line. Indubitavelmente, como na música, do dó ao si, são inúmeras as possibilidades no campo da humanização.

Barreto (2016) refere-se a uma diversidade de matizes do ser humano com que os psicanalistas podem se deparar ao longo da história: rosa-bomba, mulher-seio, humano-computador, porém também sujeito-poesia, lágrima-rosa...

Blasco, De Benedetto e Moreto (2023) mencionam que a vontade de humanizar a saúde tem de priorizar os seres humanos, ocupando-se em projetos, estabelecendo prioridades com uma metodologia adequada construída, assim como havendo dedicação de tempo e recursos, entre outras ressalvas.

A perspectiva da humanização constela em si e para si as subjetividades, os outros e o mundo em distintos pontos, sendo preciosa ao reencantamento do que tem sido coisificado ao longo do tempo (BARRETO, 2021a).

Resta-nos, por conseguinte, uma **indagação** final ou primeira: como tem ocorrido o trabalho no campo da saúde!!!

Ops!... No tropeço do dizer, surgiram **exclamações** no lugar de uma **interrogação**...

Outrora falei (BARRETO, 2021c, p. 111), todavia continuo hoje com o mesmo ideário:

Num dia especial  
plantarei um girassol  
num lugar sem dimensões...

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. B. C.; ROLEMBERG, M. R. B. S. **Resgatando o ser humano por meio da humanização da assistência em hospital geral**: uma experiência transformadora. 2013. 70p. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Tiradentes, Aracaju, 2013.

ANDRADE, S. B. C.; ROLEMBERG, M. R. B. S.; BARRETO, R. A. Psicologia em saúde coletiva: escuta e “caixa de Pandora” na urgência de um hospital geral. *In: OLIVEIRA, W. A. et al. (Orgs.). Perspectivas em saúde coletiva: modelos e práticas interdisciplinares*. Curitiba: CRV, 2019. p. 199-207.

BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto de Oliveira Musachio. São Paulo: Atheneu, 2007.

BARRETO, R. A. Psicanálise e arte: o programa de humanização no hospital São Lucas em Sergipe. **Estudos de psicanálise**, Aracaju, n. 33, p. 137-146, 2010.

BARRETO, R. A.; SANTANA, J. P. C.; LINHARES, J. S.; ROLEMBERG, M. R. B. S.; ANDRADE, S. B. C. A arte de grupos de discussão sobre a hospitalização. **Estudos de psicanálise**, Belo Horizonte, n. 43, p. 145-152, jul. 2015.

BARRETO, R. A. Psicanalisar hoje: um jardim com pétalas de lágrimas na era virtual. *In: LOPES, A. J.; BARBIERI, C. P.; RAMOS, M. B. J.; BARRETO, R. A.*

(Orgs.). **Conexões virtuais**: diálogos com a psicanálise. São Paulo: Escuta, 2016. p. 221-233.

BARRETO, R. A. O cuidado poético-analítico em um mundo pandêmico coisificado. **Estudos de psicanálise**, Rio de Janeiro, n. 55, p. 135-146, jul. 2021a.

BARRETO, R. A. **O estetoscópio encantado em pandemia detrás das máscaras**. Aracaju: J. Andrade, 2021b.

BARRETO, R. A. **O sol ruivo em pandemia**. Aracaju: J. Andrade, 2021c.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BLASCO, P. G.; BENEDETTO, M. A. C. de; MORETO, G. Humanismo em saúde: percorrendo os caminhos da humanização. **Rev Med**, São Paulo, v. 102, n. 2, e-208479, 2023.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./maio/jun. 1986.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

ETCHEGOYEN, R. H. **Fundamentos da técnica psicanalítica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

FREUD, S. O mal-estar na civilização (1930 [1929]). In: FREUD, S. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos** (1927-1931). Direção-geral da tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 67-153 (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v.21).

KNOBEL, E. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo: Atheneu, 2008.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

PIMENTEL, D.; SOUZA, L. S. M.; MOROMIZATO, M. S.; FERREIRA, D. B. B. Padrão de uso da internet e redes sociais e implicações na saúde mental dos estudantes de medicina. In: LOPES, A. J.; BARBIERI, C. P.; RAMOS, M. B. J.; BARRETO, R. A. (Orgs.). **Conexões virtuais**: diálogos com a psicanálise. São Paulo: Escuta, 2016. p. 41-79.

SANTOS, N. O. *et al.* O corpo: envelope gozado e odioso – conversação clínica a respeito de um caso envolvendo a questão da alimentação. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 90-101, 2004.

# ESPIRITUALIDADE





# A religião como ferramenta na saúde mental

Johnata de Jesus Santos<sup>24</sup>

Lucas Barbosa de Santana<sup>23</sup>

José Genilson Alves Ribeiro<sup>25</sup>

## INTRODUÇÃO

**N**ota-se, no meio acadêmico, uma maior procura de entendimento sobre a relação espiritualidade/religiosidade e saúde mental, trazendo uma postura positiva no comportamento de muitos indivíduos, mas também algumas ressalvas negativas atreladas às lutas religiosas e como elas promovem certas angústias (WEBER *et al.*, 2014). Percebe-se, ainda, uma sobreposição conceitual nos principais termos do tema proposto e como há uma variedade muito grande de conceituações para saúde, saúde mental, religiosidade, espiritualidade e religião (SKOKO *et al.*, 2021). Além disso, historicamente, sempre houve uma interação conturbada entre as questões da mente e as da fé, porém se observa um aumento na aceitação e na conscientização da importância da associação dos dois polos (WEBER; PARGAMENT, 2014).

### 1. Saúde

O conceito de saúde não é único; nas diversas áreas acadêmicas, ou mesmo fora delas, é possível considerar saúde por meio de diferentes aspectos. A etimologia da palavra saúde, por exemplo, é originada do latim *santitas* e faz referência à integridade anátomo-funcional dos seres vivos.

Em 1946, a Organização Mundial da Saúde – OMS trouxe um conceito que refere a saúde como um “estado completo de bem-estar físico,

---

24 Graduandos de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

25 Mestre e Doutor em Medicina pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ e professor da disciplina Medicina e Espiritualidade da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense – UFF.

mental e social”, considerando, assim, não apenas o aspecto de ausência de doença para definir a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

Esse conceito, por vezes, tem sido questionado pelo fato de nem sempre atingirmos esse completo bem-estar e até mesmo pelo fato de não ser uma proposta que nos possibilita vivenciar esse estado de saúde na maioria dos dias, colocando essa proposta de saúde como dependente de plenitude total, o que não se encaixa na vida cotidiana (SEGRE; FERRAZ, 1997).

Assim, o surgimento de outras vertentes para definir saúde refletem diferentes configurações da sociedade contemporânea. Uma delas diz respeito a incluir, no âmbito da saúde, a capacidade de resiliência que um indivíduo pode ter em situação de doença crônica. Diante dessas diversas possibilidades, vale considerar duas abrangências mais amplas, a de saúde física e a de saúde mental (VAN DRUTEN *et al.*, 2022).

## 2. Saúde mental

Para esta abordagem, parte-se da consideração de que saúde mental seja um estado em que, mesmo na presença de transtornos, o indivíduo consiga se integrar à comunidade, viver suas rotinas de trabalho e desenvolver suas capacidades (GAINO *et al.*, 2018).

O estado de saúde mental se caracteriza pela manutenção do equilíbrio intrapessoal e interpessoal, ou seja, o indivíduo consegue ter criticidade e manter o autocontrole diante de adversidades de forma a preservar as suas rotinas equilibradas. Se o indivíduo consegue desempenhar bem suas atividades na vida cotidiana, não se prendendo às adversidades que são comuns para todos, aparentemente a saúde mental é preservada (SKOKO *et al.*, 2021).

A concepção de saúde mental proposta por um discurso psiquiátrico está relacionada à oposição da loucura, ou seja, aquele que possui algum transtorno mental não pode ter nenhum grau de saúde mental. Porém, em uma pesquisa realizada em profissionais da saúde por Gaino *et al.* (2018), a saúde mental esteve estritamente relacionada mais com a qualidade de vida do que com a ausência de loucura, compreendendo os aspectos biopsicossociais. Além disso, alguns profissionais citaram as situações culturais e financeiras como influenciadoras da saúde mental. Outro tópico levantado é a relação do bem-estar com o

sentir-se bem mentalmente, com a ideia de felicidade e satisfação de vida. Assim, a saúde mental não pode ser somente um reflexo do ideário de saúde para a OMS, mas sim estar atrelada com a visão individual de si, com a qualidade de vida e com a adaptação do ser frente aos seus problemas mentais.

### **3. Religião, religiosidade e espiritualidade**

Religião pode ser definida como a união de pessoas com valores comuns, organizada por uma instituição que tem o objetivo de buscar o divino por meio de rituais (GARSSSEN; VISSER; POOL, 2020).

Sabe-se que há uma variação quanto aos dogmas, aos rituais e à forma de celebrar as festividades. Vale salientar que na religião há a mistura com outros aspectos da vida pública, como a associação com a política, com a cultura de cada região e com os interesses dos seguidores das doutrinas religiosas. Enquanto isso, a religiosidade pode ser descrita como a prática religiosa sem necessariamente ser espiritualizada, apenas cumprir os dogmas e crenças de sua fé (SKOKO *et al.*, 2021).

Já a espiritualidade está atrelada à conexão com a essência mais pura de si, não precedendo de rituais (GARSSSEN; VISSER; POOL, 2020), e à construção de mundo e de sentido da vida para enfrentamento da realidade, de modo que o indivíduo busque tal sentido na religião, consigo mesmo ou em outras realidades (MULAHALILović *et al.*, 2021).

## **DISCUSSÃO**

Nos estudos médicos mais antigos, em que a medicina se baseava na doença e não no indivíduo tratado, muito se investigou sobre as patologias mentais, se esquecendo do indivíduo, da sua interação com o meio externo e com a própria espiritualidade.

No livro *Crer ou não crer*, do padre Fábio de Melo e do filósofo Leandro Karnal (2018), há uma discussão acerca da influência da fé e da espiritualidade na vida humana e como é importante para o ser humano compreender essa relação, porque nela residem diversos fatores e valores acerca da vida, da morte e da própria existência individual.

Em condições saudáveis, pode ser que a espiritualidade não seja vista como o aspecto mais importante, ou até mesmo como o mais necessário, porém, em contextos de doenças terminais, ou doenças mentais,



ela pode auxiliar o indivíduo na compreensão da vida e no sentido que ela carrega. As doenças da mente, como depressão, atingem pessoas das mais diversas classes sociais, etnias e religiões dada a sua ação fisiológica em que o senso de continuidade da vida e do futuro pode ser perdido, ou nublado. Nesse ponto, a espiritualidade talvez esteja ligada não ao propósito de cura, mas de auxílio no entendimento desse senso de continuidade (MULAHALILLOVIĆ *et al.*, 2021).

Até mesmo no viés espiritual, existe o preconceito de que a depressão pode ser justamente a “falta de Deus”, quando na verdade não há essa relação. O que há, na verdade, é uma correlação de estudos feitos durante o século XX que mostram uma associação com o fato de pessoas religiosas obterem a cura de doenças de forma mais rápida em comparação às que não têm uma religião como um meio de buscar a cura. Nesses estudos ainda se evidencia a importância de confiar na religião, visto que aqueles que a têm por prática são menos propensos a desenvolver transtornos depressivos, e, se porventura vierem a desenvolvê-los, a recuperação é mais rápida em comparação aos que não buscam suporte religioso (KOENIG, 2013).

Por muitos anos dos séculos XIX e XX, a psiquiatria não contou com a ajuda da religião para tratar das doenças mentais, e o que poderia ser uma soma de forças, na verdade, se subtraía tanto por parte dos religiosos que repreendiam as práticas da medicina quanto por muitos psiquiatras e estudiosos que desconsideravam os efeitos benéficos da religião (WEBER; PARGAMENT, 2014).

É nessa relação conturbada que espiritualidade e calmaria espiritual são notadas, hoje em dia, como peças-chave no que tange à conservação da saúde mental (SKOKO *et al.*, 2021). Uma pesquisa realizada por Vitorino *et al.* (2018) chegou à conclusão de que há uma relação entre saúde mental e religiosidade/espiritualidade e que os pacientes com alta espiritualidade tiveram melhores resultados em seus tratamentos quando comparados àqueles com baixa espiritualidade.

Apesar de ainda ser necessário haver muitas análises, notou-se que os praticantes de rituais religiosos, por desenvolverem atividades em comunidade, apresentaram resultados mais favoráveis na sua condição emocional do que aqueles que praticam a espiritualidade de forma individual (VITORINO *et al.*, 2018).

Nesse aspecto, percebe-se que a espiritualidade e a prática religiosa têm a capacidade de expandir situações de bem-estar e de manutenção da saúde mental, visto que atrelam o entendimento individual ao convívio de regras sociais e comunitárias de bons pensamentos e de negação a maus hábitos, como o não consumo de bebidas alcoólicas, ou a moderação dela (WEBER; PARGAMENT, 2014).

Além disso, a perda da espiritualidade também pode ser vista como um ponto a ser analisado. Seja pela ausência do sentido da vida, seja pela fraca construção do sentido dela, uma pesquisa realizada na Grécia, em um período de crise generalizada em diversos setores sociais, mostrou uma negatização da vida por parte, principalmente, de jovens. Por outro lado, nessa mesma pesquisa, observou-se grupos de jovens com desenvolvimento espiritual tendo vieses de positividade na construção do sentido da vida. Tal análise demonstra como a espiritualidade/religiosidade pode auxiliar na construção e na manutenção da saúde mental (PAPANIKOLOPOULOS; KAPRINIS, 2022).

Outro estudo realizado em um hospital na Polônia mostrou que quase todos os pacientes tinham algum tipo de angústia espiritual e mais da metade deles relatou que a fé poderia ser um recurso para lidar com o sofrimento. No entanto, dentro dos aspectos médicos, não há uma preocupação de como a equipe de saúde deve lidar com situações de espiritualidade (KLIMASIŃSKI *et al.*, 2022).

Assim, observando os aspectos religiosos, muitos pensam que pessoas religiosas apenas vão à igreja ou a qualquer outro ponto de encontro para cumprir uma obrigação social, contudo o planejamento dos atos religiosos envolve mais do que os ritos. Envolve relacionamento entre indivíduos, apoio social, por vezes especializado, como o aconselhamento de casais, e outros componentes que favorecem o cuidado centrado na pessoa que de forma sustentável ajudam na melhoria da saúde mental (GARSSEN; VISSER; POOL, 2020).

Todavia, devemos nos atentar a pontos negativos atrelados à prática religiosa. Os exageros nessas práticas podem ser danosos, e, em vez de trazer benefícios para a saúde mental, há de se considerar a possibilidade de malefícios.

Pacientes com psicose podem incorporar atos religiosos em sua mente e piorar seu quadro de alucinações. Ademais, a não adesão ao

tratamento psiquiátrico pode ser também um dos males no que se refere ao mau uso da religiosidade. Mesmo que não haja essa recomendação direta nas práticas religiosas, muitos entendem que devem somente buscar a cura através do sagrado e deixam o tratamento medicamentoso (WEBER; PARGAMENT, 2014).

A luta espiritual é outro aspecto que pode trazer malefícios à saúde mental. No meio religioso, entende-se como luta espiritual um momento em que há uma batalha com o divino e que há questionamentos a Deus sobre fatos de vida. Por vezes, o sentimento de culpa está presente, e o resultado é, geralmente, angústia ou tristeza (WEBER; PARGAMENT, 2014). Isso demonstra, dentro das proporções, uma perda de sentido de alguns parâmetros da vida, como propósito pessoal, o qual nada mais é do que um quadro cognitivo-emocional mutável, diretamente acessível à avaliação baseada nas próprias necessidades e nos próprios valores (MULAHALILOVIĆ *et al.*, 2021).

Assim, ao passo que a religião pode fortalecer e favorecer a construção desse sentido, pode não haver flexibilização, pois ser espiritualizado é importante para tratar não só mais facilmente as doenças da mente, mas também compreender que não trará livramento dos pensamentos ruins, dos momentos de tristeza e das incertezas da vida (SKOKO *et al.*, 2021).

### **Comentário do especialista<sup>25</sup>**

Neste capítulo, encontramos alguns dos diversos aspectos envolvendo a espiritualidade e a saúde mental.

Diante das imensas dificuldades encontradas pelos pacientes no trânsito terrestre, seja na esfera física, seja na mental, na pedagogia aprofundada da “espiritualidade na prática clínica”, ensinamos aos nossos pacientes que não devemos pedir a isenção das provas necessárias, mas apelamos para o Sagrado a fim de que as nossas forças consigam superá-las. Não rogamos pela supressão dos problemas que nos afligem na estrada; no entanto, esperamos o apoio Divino para a devida solução com base no nosso próprio esforço, assimilando-lhes as lições.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, compreende-se que a religiosidade e a espiritualidade são fatores fundamentais e, muitas vezes, intrínsecos em práticas terapêuticas, seja em sua abordagem positiva para um tratamento, seja em condições negativas a que ela possa levar. Como somos seres sociais, estar imerso em um ambiente que fortaleça a saúde mental do indivíduo auxilia na aceitação de condições de saúde, mas não na aceitação diagnóstica; favorece a busca pelo sentido da vida e os porquês de adoecer mentalmente.

Além de seres sociais, somos seres espirituais, os quais precisam de alguma maneira, e em algum grau, compreender sua existência e sua teleologia, isto é, identificar a presença de metas, fins ou objetivos últimos, guiando a natureza e a humanidade, considerando a finalidade como o princípio explicativo fundamental na organização e nas transformações de todos os seres da realidade. Tal necessidade torna-se ainda mais evidente quando atrelada às doenças mentais, como depressão.

Sabe-se, também, que nem toda prática espiritual ou religiosa é positiva, o que deve levar à busca pelo equilíbrio seja como indivíduo, seja como paciente. Por fim, com todos os vieses religiosos que o ser pode ter, a busca pelo profissional de saúde não é de forma alguma descartada, ou substituível, e, por outro lado, caso tais profissionais tenham conhecimento, sensibilidade e empatia com as crenças dos pacientes, a relação estabelecida se torna mais fortalecida, o tratamento, mais efetivo, e o equilíbrio do indivíduo, preservado.

## REFERÊNCIAS

GAINO, L. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/07.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2021

GARSSSEN, B.; VISSER, A.; POOL, G. Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. **The International Journal for the Psychology of Religion**, v. 31, n. 1, p. 1-17, 27 fev. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10508619.2020.1729570>. Acesso em: 31 jul. 2022.

KLIMASIŃSKI, M. *et al.* Spiritual distress and spiritual needs of chronically ill patients in Poland: a Cross-Sectional Study. **International Journal of**

**Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 5512, 1o maio 2022. Disponível em: [10.3390/ijerph19095512](https://doi.org/10.3390/ijerph19095512). Acesso em: 13 jul. 2022.

KOENIG, H. G. **Spirituality in patient care: why, how, when, and what**. West Conshohocken, Pa: Templeton Press, 2013. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez20.periodicos.capes.gov.br/doi/abs/10.1345/aph.1K479>. Acesso em: 5 mar. 2023.

MELO, F.; KARNAL, L. **Crer ou não crer: uma conversa sem rodeios entre um historiador ateu e um padre católico**. São Paulo: Planeta, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 3 dez. 2022.

MULAHALILLOVIĆ, A. *et al.* Meaning and the sense of meaning in life from a health perspective. **Psychiatra Danubina**, v. 33, n. Suppl 4, p. 1025-1031, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35354166/>. Acesso em: 14 nov. 2022.

PAPANIKOLOPOULOS, P. N.; KAPRINIS, S. G. Religiosity and mental health of adolescents and young adults: a review. **Psychiatriki**, v. 33, n. 2, 2021. Disponível em: [10.22365/jpsych.2021.036](https://doi.org/10.22365/jpsych.2021.036). Acesso em: 11 jul. 2022.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/1997.v31n5/538-542/pt/>. Acesso em: 20 maio 2022.

SKOKO, I. *et al.* Mental health and spirituality. **Psychiatra Danubina**, v. 33, n. Suppl 4, p. 822-826, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35026808/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

VAN DRUTEN, V. P. *et al.* Concepts of health in different contexts: a scoping review. **BMC Health Services Research**, v. 22, n. 1, 24 mar. 2022. Disponível em: [10.1186/s12913-022-07702-2](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07702-2). Acesso em: 3 jul. 2022.

VITORINO, L. M. *et al.* The Association between spirituality and religiousness and mental health. **Scientific Reports**, v. 8, n. 1, 22 nov. 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6250706/>. Acesso em: 23 jul. 2022.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current Opinion in Psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-363, set. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25046080/>. Acesso em: 30 jul. 2022.

## O papel da espiritualidade no enfrentamento à pandemia de Covid-19 e o seu manejo por profissionais de saúde

Jaqueline Medeiros Silva Calafate<sup>26</sup>

Laércio Medeiros Silva Júnior<sup>27</sup>

**E**m meio a tantas perdas e desafios globais que o SARS-CoV-2 nos trouxe enquanto sociedade, surgem diversas questões que levam a repensar nossos modos de funcionamento, neste caso, a saúde pública torna-se a grande protagonista neste cenário assustador. O modelo vigente de saúde que possuímos não foi capaz de garantir segurança individual, tampouco coletiva. Uma pandemia como a que vivemos escancara a ineficiência de uma cultura da individualidade, na qual selecionar grupos privilegiados de cuidado não promove a proteção dos envolvidos.

Fomos obrigados a pensar coletivamente em meio a uma cultura longamente reforçada e conhecida por suas individualidades. E é nesse contexto que emergem discursos de fé e retornos à espiritualidade como tentativa de nos voltarmos ao coletivo.

Mas antes é necessário distinguir religiosidade de espiritualidade. Segundo Boff (2006) e Libanio (2002), religião está relacionada a uma determinada forma de vivenciar a espiritualidade e possui relação com uma instituição composta por regras doutrinárias, ritos e crenças. Já a espiritualidade refere-se a uma experiência mística com o transcendente que pode ou não levar a uma prática religiosa.

Esta discussão focará apenas na experiência mística, entendendo que ela por si só leva os sujeitos a questionamentos ontológicos e,

---

26 Doutora em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB. Pós-Doutoranda em Psicologia pela UFS.

27 Médico. Radiologista. Doutorando em Bioética pela Universidade do Porto.

portanto, à busca pelo sentido da vida, que desencadeará os tais processos protetivos de saúde que discutiremos aqui.

A pós-modernidade nos coloca numa constante e inquietante crise de identidade (GIDDENS, 2002). Embora tenhamos um suposto conforto proporcionado pela tecnologia, essa mesma escancara o abandono e o vazio existencial alimentado diariamente nas redes sociais. Em reação ao desamparo anunciado em *O mal-estar das civilizações* por Freud (1978), a espiritualidade surge novamente como um amparo num momento pandêmico de completa ausência de proteção, inclusive científica.

No lugar em que a ciência falhou em nos proteger desse episódio avassalador, retornam a religião e/ou a espiritualidade como uma possível saída dessa angústia, como apontou Lacan ([1974] 2005b) em *O Triunfo da Religião*, que, como o próprio título sugere, aponta o caráter exitoso da fé na história das civilizações, a qual se deparará constantemente com a inconsistência do Outro (o pai, a ciência...), que será sempre falho e incompleto.

Assim, como reação a esse sentimento de abandono vivido durante a pandemia, constatou-se o surgimento de uma forte tendência de resgate de práticas e crenças espiritualistas, que têm levado a um crescente interesse acadêmico por pesquisas a respeito desse fenômeno, o qual chama atenção não só pela mudança comportamental promovida, mas, acima de tudo, por (parecer) promover uma significativa melhora na qualidade de vida e saúde daqueles que a procuram.

A relação entre saúde e religiosidade/espiritualidade torna-se, portanto, um campo de estudo promissor, embora seja, também, bastante controverso e desafiador por contrastar com o paradigma da ciência hegemônica ocidental, que rejeitou historicamente os saberes outros e que possui uma estreita definição do que podemos delimitar por ciência (MOREIRA-ALMEIDA, 2007).

A integração bio-psico-sócio-espiritual do ser humano é uma discussão de diferentes campos da saúde que já vem integrando há algum tempo um olhar mais holístico em suas práticas. Em 1988, a Organização Mundial da Saúde – OMS já incluía em sua noção multidimensional de saúde a dimensão espiritual, através de uma ideia mais ampla que

não incluía quaisquer tipos de religiosidade, mas sim uma busca pelo sentido da vida de maneira mais holística.

Dessa forma, a influência da espiritualidade na saúde e no bem-estar dos indivíduos é um fenômeno observado por diferentes autores e pesquisadores que apontam a melhoria não só na qualidade de vida, mas, sobretudo, no modo de enfrentar o sofrimento advindo do adoecer (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFO NETO; KOENIG, 2006).

Para Lukoff (2003), há a necessidade de incluir a espiritualidade como um recurso importante de saúde já na formação acadêmica para que os estudantes sejam capazes de no futuro acolherem essa dimensão tão presente na vida dos sujeitos e que no contexto do adoecimento torna-se tema bastante recorrente.

Pesquisas em saúde pública apontam para uma menor probabilidade de comportamento de risco e agudização dos sintomas para casos de sujeitos que apresentavam algum envolvimento com a espiritualidade (PANZINI; BANDEIRA, 2005).

A pandemia causada pelo SARS-CoV-2 trouxe impactos diversos para toda a população, em especial aos trabalhadores da saúde que estiveram atuando na linha de frente. Nesse sentido, cabe citar a pesquisa realizada por Teixeira *et al.* (2021), a qual constatou que a maior parte dos profissionais sinalizou que a fé lhes trouxe um sentido para seguir adiante, dando-lhes forças e conforto para enfrentar o dia a dia.

Connelly e Light (2003) levantaram 350 estudos científicos que mostram que a maior parte dos usuários quer ser perguntada pela sua espiritualidade e/ou crenças religiosas ao cuidarem da sua saúde. Se é importante para o paciente, deveria também o ser para os profissionais da saúde que lhe atendem, uma vez que a adesão sempre foi um dos maiores desafios em qualquer tratamento de saúde.

No texto “O que significa acolher a espiritualidade do outro?”, Neubern (2012) aborda a tentativa, por exemplo, do psicólogo de acomodar os discursos dentro das dimensões já consagradas pela sua teoria:

Uma vez que a experiência do Sagrado não encontra qualquer visibilidade em tais aportes teóricos, e o Psicólogo se esforça para acomodar as expressões do sujeito em dimensões consagradas por sua teoria, a experiência religiosa trazida pela pessoa facilmente se tornava o subproduto de um processo



edípico, de uma relação de poder, de um determinismo sociológico ou biológico (NEUBERN, 2012, p. 8).

A esse respeito lembramos as inquietações de Jung ([1952] 1980) quando buscava integrar os conhecimentos e intervenções em suas terapias:

[...] longos anos de experiência me ensinaram, cada vez mais, que uma terapia em uma linha puramente biológica não é suficiente, mas requer uma complementação espiritual. [O médico responsável] [...] deve ir pouco a pouco compreendendo o papel sumamente importante que a atmosfera espiritual desempenha na economia psíquica (JUNG, [1952] 1980, p. 304; 306, §§ 450; 453).

Nesse sentido, Neubern reafirma o seguinte:

[...] de um ponto de vista *psy*, seu problema poderia, por exemplo, ser visto de tal forma; que tais sinais indicavam determinado funcionamento psíquico; que o tratamento mais indicado para tanto seria x, inclusive com apoio médico ou psiquiátrico; mas que esta seria uma forma possível de entender o problema de modo pertinente; que não explicaria toda sua realidade; que poderia conviver com outras formas, como as originárias de seu sistema de crenças; e que, portanto, já possuíamos vários elementos para compreender que suas visões não seriam meros sintomas ou alucinações, mas seres legitimados por seus sistemas de crenças e por sua comunidade religiosa (NEUBERN, 2012, p. 20).

No contexto da saúde mental, cabe citar, por exemplo, a pesquisa de Caetano *et al.* (2022), que investigou 733 professores em quadro de ansiedade e depressão devido à Covid-19, constatando que o bem-estar espiritual foi considerado um importante fator protetivo para a melhora dos sintomas e o agravamento dos casos.

No contexto de desastres e pandemias, a habilidade do profissional de saúde em abarcar e manejar a dimensão espiritual de seus pacientes não só é necessária como imprescindível. A pandemia de Covid-19 acarretou muitos desafios com os quais ninguém estava preparado para

lidar, assustando e paralisando a todos; no entanto, trouxe a oportunidade de aprendermos, como humanidade, a refletirmos e olharmos para o processo de saúde-doença a partir de outros paradigmas.

Cenários como esse são “ímpares” por evidenciarem a fragilidade desse nosso modelo de saúde e cuidado, o qual deriva de um paradigma de ciência que já não dialoga mais com a complexidade subjetiva dos indivíduos, especialmente em se tratando de contextos que fazem emergir a necessidade de um suporte espiritual.

## REFERÊNCIAS

BOFF, L. **Espiritualidade: um caminho de transformação**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

CAETANO, L. M.; SOUZA, J. M.; COSTA, R. Q. F.; SILVA, D.; DELL'AGLI, B. A. V. A saúde mental dos professores: a espiritualidade como estratégia protetiva em tempos de pandemia. **Revista Saúde Pesquisa**, 15, n. 2, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/10334/7058>. Acesso em: 25 fev. 2023.

CONNELLY, R.; LIGHT, K. Exploring the “new” frontier of spirituality in health care: identifying the dangers. **Journal of Religion and Health**, v. 42, n. 1, p. 35-46, 2003. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/content/klu/jorh/2003/00000042/00000001/00457710>. Acesso em: 25 fev. 2023.

FREUD, S. **O Mal-estar na Civilização**. São Paulo: Abril Cultural, 1978 (Originalmente publicado em 1929-30).

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 2002.

JUNG, C. G. Psicologia da Religião Ocidental e Oriental. In: JUNG, C. G. **Obras Completas**. vol. XI. Petrópolis: Editora Vozes, 1980. (Obra original publicada em 1939).

JUNG, C. G. **Psicologia e religião**. Petrópolis: Vozes, 1987.

LACAN, J. O triunfo da religião. In: LACAN, J. **O triunfo da religião, precedido de Discurso aos católicos**. A. Telles, Trad. Rio de Janeiro: Zahar, 2005. p. 55-83. (Originalmente publicado em 1974).

LUKOFF, D. Emergência espiritual e problemas espirituais. In: **Anais do 4º Congresso Internacional de Psicologia Transpessoal Cascais (Portugal)**: Associação Luso Brasileira de Psicologia Transpessoal, 2003. Disponível em: [http://www.espacoguia.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=90:apresentacao-do-dr-david-lukoff-&catid=27:artigos&Itemid=118](http://www.espacoguia.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=90:apresentacao-do-dr-david-lukoff-&catid=27:artigos&Itemid=118). Acesso em: 25 fev. 2023.

LIBANIO, J. B. **A religião no início do milênio**. São Paulo: Loyola, 2002.

MOREIRA-ALMEIDA, A. Espiritualidade e saúde: passado e futuro de uma relação controversa e desafiadora. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 34, n. 1, 2007.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiosidade e saúde mental: uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 28, n. 3, p. 242-250, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000300018&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 fev. 2023.

NEUBERN, M. **Ensaio sobre a cegueira de Édipo**: sobre psicoterapia, política e conhecimento. *In*: HOLANDA, A. (Org.). *O Campo das Psicoterapias: Reflexões Atuais*. Curitiba: Juruá, 2012.

NEUBERN, M. **Psicoterapia & Espiritualidade**. Belo Horizonte: Diamante, 2013.

OTTO, R. **O Sagrado**. Petrópolis: Vozes, 2007. (Obra original publicada em 1917).

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Escala de coping religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 507-516, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722005000300019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 fev. 2023.

TEIXEIRA, V. M. dos S.; ALVES, H. R.; SILVA, L. F. da; SOUZA, A. A.; FILHO, W. de F.; MARTINS, A. M. E. B. L. Espiritualidade entre os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do enfrentamento à COVID-19, em um município do Sudoeste da Bahia e sua correlação com a qualidade de vida, transtornos mentais e medo da COVID. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e545101019196, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/19196-Article-235569-1-10-20210818.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2023.

## Espiritualidade e arte no processo decisório: relato de experiência

Maria Jésia Vieira<sup>28</sup>

**D**esde a escolha de uma profissão percebemos a concorrência de fatores cognitivos, como o conhecimento, a compreensão, a análise e a avaliação; fatores afetivos, tais como a valoração, a identificação ou o prazer propriamente dito, e fatores psicomotores, incluídos aí as habilidades específicas (VIEIRA, 2002).

Falando de forma prática, pressupõe a existência de experiências, como conhecimento de profissões da área, informações, valoração, convivência com pessoas ou situações, atividades ou brincadeiras que constituem a imagem do objeto de escolha, possibilitando sua identificação com ele.

Para além dessas experiências e durante toda a nossa vida profissional, somos inseridos em vivências culturais que refletem os aspectos: valorização social/possibilidade econômica; espiritualidade/visão do ser humano; e de forma mais acentuada a cientificidade/habilidades específicas.

Morais (1988, 2020) refere que as características pessoais, os sistemas normativos, os sistemas de valores e o desempenho de papéis, criando obrigações específicas, trazem para o indivíduo uma série de análises.

Elas, por sua vez, se situam dentro de um sistema adaptativo para coincidir com o seu mundo no desafio de encontrar nele o seu modo de ser, e ao mesmo tempo incidir sobre ele; de um sistema associativo, coexistindo na vida em sociedade, convivendo no espaço vital da partilha

---

28 Enfermeira, professora Doutora aposentada da Universidade Federal de Sergipe.

e “vivendo com”, ou criando laços; e no sistema de produção ideológica, exprimindo em termos de razão e emoção sua capacidade criadora.

Esses sistemas, conjuntamente, constituem a parte mais explícita e sofisticada do discurso humano e cultural, veiculador de religião, arte, filosofia e ciência.

O desempenho de papéis, especificamente na vida profissional, implica, portanto, desafios a que cada um responde conforme seu conhecimento, suas afeições e suas habilidades específicas, aceitando, rejeitando ou se adaptando, lançando mão dos mais diversos sistemas e possibilidades.

E assim é que, diante de cada desafio, vêm à tona a análise de nossas dificuldades e habilidades, os fatores que nos afastam ou aproximam e os elementos com os quais contamos para responder a eles.

Aqui, gostaria de pedir licença aos leitores para relatar uma experiência pessoal que se reflete na minha inserção e formação dentro dos sistemas culturais, trazendo, especificamente, expressões de espiritualidade e resultando, durante e após sua resolução, em uma expressão de arte.

Num determinado momento de minha vida profissional, momento esse de dificuldades específicas para todo o grupo de trabalho, fui solicitada e assumir um cargo de chefia.

A princípio, analisei e senti que, entre meus fatores afetivos, vários aspectos me levavam à rejeição do desempenho desse papel. Era um desafio e implicava a perda de minha situação de conforto. Eu me preparei e cultivei a aproximação com a assistência e o ensino, mas não com a direção, tendo tido, anteriormente, uma experiência que me causou desconforto.

Minha resposta era negativa, pensando apenas em coexistir e conviver com o grupo, mas negando minha responsabilidade de incidir para além do coexistir e conviver. A possibilidade de adaptação não estava sendo cogitada.

Tive, então, a oportunidade de uma parada das atividades em forma de retiro, no qual as leituras e reflexões vinham ao encontro das minhas necessidades, ou eu as trazia para estas.

Duas leituras, de forma especial João 15, 16-17: “Não fostes vós que me escolhestes... Eu vos escolhi e vos designei para irdes e dardes fruto,

e fruto que permaneça”; e Romanos 8, 26: “O Espírito vem em auxílio de nossa fraqueza”.

Vem daí uma questão que pouco perpassa as nossas reflexões: escolhemos ou somos escolhidos?

E por que temer se temos uma promessa da qual não deveríamos nos esquecer nunca?

Essas reflexões me fizeram perceber minhas respostas passivas, comodistas e não condizentes com a minha inserção no grupo e a minha responsabilidade de coincidir e incidir nele.

Reformulei minhas posições na certeza de que tinha um chamado a ser respondido e na certeza da ajuda do Espírito.

A essa nova posição eu chamei confiança.

E, como fui privilegiada com o dom de criar músicas, resultou dessa forte experiência uma música que compartilho com aqueles que apreciam e podem lançar mão nos momentos de indecisão.

## REFERÊNCIAS

AMANCIO, L. Identidade social e relações intergrupais. *In*: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. **Psicologia Social**. 7. ed. Lisboa: Fundação Calauste/Gulbenkein, 2006.

BÍBLIA SAGRADA. **Epístola aos Romanos, 8, 26-7**. 125. ed. São Paulo: Ave Maria, 1999.

BÍBLIA SAGRADA. **Evangelho de João, 15, 16**. 125. ed. São Paulo: Ave Maria, 1999.

FONSECA *et al.* **A espiritualidade no trabalho em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2020. E-book Kindle.

MORAIS, R. de. **Estudos de Filosofia da Cultura**. Campinas: Papirus, 1989.

MORAIS, R. de. **Os desafios deste tempo: desencanto e esperança**. São Paulo: Vozes, 2020. E-book Kindle.

VIEIRA, M. J. **Imagem cultural e motivação na escolha da Enfermagem**. São Cristóvão: Editora da UFS/Fundação Oviedo Teixeira, 2002.

VIEIRA, M. J.; MANZOLLI, M. C. **Pensando e repensando a escolha profissional**. *In*: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 50. Salvador, 1998.

## O transcendental na academia médica: a importância do ensino sobre espiritualidade e religiosidade na formação médica no Brasil

Fernanda Bastos Bispo Ferreira<sup>29</sup>

Danilo Bastos Bispo Ferreira<sup>30</sup>

O processo saúde-doença no âmbito da medicina sofre impacto direto da espiritualidade/religiosidade. Entende-se espiritualidade como uma prática que não é limitada a uma crença específica, estando relacionada a um poder transcendental, envolvendo questões existenciais acerca do que seria a vida, mostrando-se mais individual e não orientada a doutrinas. Já religiosidade refere-se a um conjunto de crenças e práticas organizadas, doutrinárias, focadas na comunidade, com o objetivo de aproximar a comunidade do transcendental. Dessa forma, a espiritualidade é o processo interior de transformação, enquanto a religião é o meio encontrado para se chegar a esse processo (LIMA FILHO; LIMA; VIEIRA, 2020; VILLEGAS *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde – OMS define saúde como um estado completo de bem-estar físico, social e mental, sendo posteriormente incluída a espiritualidade, tendo em vista que ela impacta diretamente no processo saúde-doença. Isso decorre da comprovação de que o componente espiritualidade está presente no modo de enfrentar e vivenciar a doença (OLIVEIRA; JUNGES, 2012).

Diante disso, urge a necessidade de desenvolver o processo saúde-doença compreendendo a pessoa em sua multidimensionalidade,

---

29 Interna em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

30 Médico pela Universidade Tiradentes. Psiquiatra pela Prefeitura de Sorocaba. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HC-UFMG. Professor de Psiquiatria da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

além do biopsicossocial, valorizando as crenças pessoais e familiares. A espiritualidade se apresenta, majoritariamente, em momentos de instabilidade e descobertas de doenças, com o objetivo de minimizar o sofrimento, trazendo sensações de conforto e ânimo que podem ajudar os pacientes durante o percurso pedregoso. As estratégias de enfrentamento são múltiplas, seja através da oração, da fé ou de outras crenças. Ainda serve de estratégia para potencializar comportamentos que são considerados saudáveis e ajudar na recuperação da saúde, principalmente em doenças terminais (INOUE; VECINA, 2017; SIQUEIRA *et al.*, 2017).

No entanto, nem sempre a religiosidade/espiritualidade foi tratada como forma de melhoria do processo saúde-doença, a exemplo de Sigmund Freud e Jean Charcot, que associaram religião com neurose e histeria. Isso influenciou imensamente a maneira como os profissionais de saúde lidaram com esses aspectos nas décadas seguintes, havendo uma desvalorização no que se refere à religião e espiritualidade, principalmente dentro dos cuidados em saúde mental. Por isso, ainda muitos médicos não abordam essa temática em consulta, receosos de ultrapassarem uma barreira ética ou de não saberem lidar com essa demanda, já que não é algo amplamente abordado durante a formação (MENEGATTI-CHEQUINI *et al.*, 2016).

A associação entre saúde mental e espiritualidade na maioria das vezes é positiva, principalmente em se tratando de suicídio, depressão e abuso de substâncias. Entretanto, também pode ser associada negativamente, embora de maneira menos significativa, à baixa adesão ao tratamento, opressão e violência. A introdução de elementos sagrados pode auxiliar na resposta ao evento estressor, sendo positiva quando há a busca de suporte espiritual e resignificação de fatores estressores, enquanto que negativamente se pode traduzir como uma insatisfação perante a religião, levantando questionamentos acerca de punições (GUTIERREZ, 2001; OLIVEIRA; PINTO, 2018).

Quanto à saúde mental, uma assistência ampla, focada, além da doença, nas necessidades físicas, espirituais, emocionais, se faz necessária através da construção de um projeto terapêutico individualizado, já que é sabido que as crenças impactam na percepção do ser saudável e no processo de adoecimento. Além disso, é importante perceber que pacientes



que já exercem plenamente sua espiritualidade devem ser abordados de maneira mais compreensiva, pois algumas crenças podem alterar a tomada de decisão, seja sobre o início do tratamento, ou a aceitação da doença. Portanto, valorizar os fatores psicoespirituais influencia positivamente no projeto terapêutico do paciente, além de influenciar na melhoria da qualidade de vida dele (MARTINS *et al.*, 2021).

O uso benéfico da espiritualidade/religiosidade se mostra principalmente nas doenças terminais, crônicas e psíquicas. Para os pacientes em cuidados paliativos, a conexão com o transcendental mostra a eles sentido para a sua existência, para a finitude da vida, e serve de suporte para o enfrentamento da família na iminência da perda do paciente (AGUIAR; SILVA, 2021).

No âmbito da Psiquiatria, a coleta da história espiritual é um componente essencial da consulta, pois se entende que é necessário considerar as crenças e a religião dos pacientes rotineiramente. A abordagem deve ser centrada no paciente, respeitosa, e os profissionais não devem tentar impor suas próprias visões de mundo, além de entenderem que nenhum recurso religioso é substituto de procedimento diagnóstico ou terapêutico; ele serve como prática complementar para melhorar a qualidade de vida daqueles que se beneficiam (MOREIRA-ALMEIDA; KOENIG; LUCCHETTI, 2014).

No entanto, isso pode ser dificultado, já que dentro do currículo programático dos cursos de Medicina pouco é falado sobre o assunto, existindo certas limitações, como conhecimento superficial da temática e falta de tempo. Os médicos generalistas e psiquiatras precisam compreender que manter uma conexão entre paciente, líderes religiosos e a Psiquiatria, em concordância com a aceitação do paciente, estabelecendo um diálogo para entender os entraves existentes, é benéfico para o paciente, ajudando a identificar intervenções que favoreçam o paciente através da espiritualidade e aumentando o vínculo médico-paciente (OLIVEIRA E OLIVEIRA; PETEET; MOREIRA-ALMEIDA, 2020).

Por essa dificuldade existente, pesquisadores buscaram formas de facilitar a abordagem do assunto dentro de uma consulta através de instrumentos que servem para nortear o médico a obter a anamnese espiritual. Para tal, dois questionários foram criados, o FICA, mnemônico para fé, importância, comunidade e ação no tratamento; sendo o

primeiro abordando o que dá significado à vida do paciente; o segundo a importância da fé ou das crenças na vida dele; o terceiro questionando se o paciente faz parte de alguma comunidade religiosa, e o último trata sobre como o paciente gostaria que o médico levasse em consideração esse aspecto da sua vida (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

O segundo questionário, HOPE, aborda as fontes de esperança, questionando a que o paciente se apegua em tempos turbulentos, além de abordar crenças espirituais, o efeito do tratamento médico e em quais aspectos a espiritualidade e a religiosidade são de valia para o processo de saúde-doença (LUCCHETTI *et al.*, 2010).

### **Comentário do especialista<sup>30</sup>**

Falar sobre espiritualidade/religiosidade é uma temática que, a priori, parece espinhosa. E é dentro desse constructo que tanto o acadêmico de Medicina quanto o médico precisam estar preparados para abordar em algum momento da sua relação acadêmico/médico-paciente sobre esse tema.

Vivemos num país majoritariamente cristão, onde são professadas diversas modalidades de fé, e o entendimento por parte do profissional do contexto em que o seu paciente está inserido pode facilitar nas habilidades de comunicação, seja em termos de comunicação de diagnóstico, seja na comunicação de más notícias (ou ambas).

Ainda é incipiente a abordagem desse tema dentro da academia. Em algumas universidades pelo Brasil, os acadêmicos de Medicina têm formado ligas acadêmicas com temática voltada para a espiritualidade justamente para terem a oportunidade de aprofundamento nesse tema, servindo como um tripé da universidade: a extensão.

Porém, eis o grande dilema: ligas acadêmicas possuem um número limitado de participantes, o que, por consequência, limita o compartilhamento de conhecimento, excetuando-se atividades abertas ao público.

Saber abordar a temática de forma empática é crucial, conforme dito, na relação médico-paciente, independentemente da especialidade que o aluno de Medicina escolha, visto que, a depender da religião do seu paciente, condutas médicas poderão ter de ser pautadas de acordo com a doutrina dele, excetuando-se casos excepcionais em que há risco

de morte por parte do paciente, havendo autonomia por parte do médico para adotar medidas frente ao que seu ofício requer: o curar.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, B. F.; SILVA, J. P. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e cuidados paliativos: uma revisão integrativa. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 158-167, 2021.
- GUTIERREZ, P. L. O que é o paciente terminal? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, p. 92-92, 2001.
- INOUE, T. M.; VECINA, M. V. A. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst**, v. 35, n. 2, p. 127-30, 2017.
- LIMA FILHO, F. J. R.; LIMA, N. K. G.; VIEIRA, N. R. A relação entre saberes e práticas espirituais e o processo saúde-doença: revisão integrativa. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 2, p. 255-264, 2020.
- LUCCHETTI, G. *et al.* Espiritualidade na prática clínica: o que o clínico deve saber. **Rev Bras Clin Med**, v. 8, n. 2, p. 154-158, 2010.
- MARTINS, D. de A. *et al.* Religiosity and mental health as aspects of comprehensiveness in care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, 2021.
- MENEGATTI-CHEQUINI, M. C. *et al.* A preliminary survey on the religious profile of Brazilian psychiatrists and their approach to patients' religiosity in clinical practice. **BJPsych Open**, v. 2, n. 6, p. 346-352, 2016.
- MOREIRA-ALMEIDA, A.; KOENIG, H. G.; LUCCHETTI, G. Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 36, p. 176-182, 2014.
- OLIVEIRA E OLIVEIRA, F. H. A. de; PETEET, J. R.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 43, p. 424-429, 2020.
- OLIVEIRA, F. H. A. de O.; PINTO, A. de R. Psiquiatria e espiritualidade: em busca da formulação bio-psico-socio-espiritual do caso. **HU rev**, p. 447-454, 2018.
- OLIVEIRA, M. R. de; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 17, p. 469-476, 2012.
- SIQUEIRA, H. C. H. de *et al.* Espiritualidade no processo saúde-doença-cuidado do usuário oncológico: olhar do enfermeiro. **Rev. Enferm. UFPE on line**, p. 2996-3004, 2017.
- VILLEGAS, V. C. A. *et al.* Coping espiritual/religioso e fim de vida: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 17, n. 44, p. 3011-3011, 2022.

## A importância da espiritualidade em tempos de pandemia

Pedro Henrique Santos de Jesus<sup>31</sup>

Judith Costa Neta<sup>32</sup>

Caio Vinicius Brito Lima<sup>3</sup>

Luiz Antonio Belarmino Mizael<sup>32</sup>

Arthur Vinícius Almeida Lima<sup>34</sup>

João Henrique carvalho de Jesus<sup>30</sup>

Pedro Guilherme de Jesus Oliveira<sup>33</sup>

Allan Maia Andrade de Souza<sup>35</sup>

Déborah Pimentel<sup>36</sup>

**A** pandemia causada pela Covid-19 desencadeou diariamente centenas de mortes, e os profissionais da saúde viram-se sobrecarregados com tantos casos, e a população em geral, isolada em suas residências, aguardava a melhora do quadro e a queda da taxa de transmissão. Diante disso, surgiu, além dos problemas inerentes à doença pandêmica, um fator de suma importância, o comprometimento da saúde mental dos indivíduos saudáveis que perderam seus familiares vítimas da Covid-19 e que não mais poderão lidar com essas questões da mesma forma (JESUS *et al.*, 2022).

---

31 Graduando em Medicina pela Universidade Tiradentes. Aracaju-SE.

32 Graduanda em Enfermagem pela Universidade Tiradentes. Aracaju-SE.

33 Graduando de Medicina pela Universidade Tiradentes. Estância-SE.

34 Graduando de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

35 Médico psiquiatra e psicoterapeuta (HCPA/UFRGS), sócio correspondente do Centro de Estudos Luís Guedes – CELG/HCPA/UFRGS).

36 Médica, escritora e psicanalista. Doutora em Ciências da Saúde pela UFS. Professora de Ética Médica e Habilidades de Comunicação, Medicina Legal, Deontologia e Perícia Médica do Departamento de Medicina da UFS. Orientadora do Projeto de Pesquisa sobre Morte e Luto na Pandemia de Covid-19, do qual o presente capítulo é um recorte.

Historicamente, em cenários de pandemia, se observam diversas mudanças nas sociedades, e, em se tratando do sistema de morte com todas as suas funções básicas, com os rituais culturais e religiosos, esses tendem a passar por alterações com o propósito de evitar a propagação da doença (KASTENBAUM, 2008). No contexto atual, ocasionado pela pandemia de Covid-19, foram observadas mudanças na realização dos funerais e sepultamentos, de modo que as novas regras para tais rituais ocasionaram limitação a uma pequena quantidade de indivíduos, distanciamento físico obrigatório e tempo limitado para a realização dos ritos funerários, tornando o luto mais duro e insuperável (GIAMATTEY *et al.*, 2021). A contenção da propagação do vírus alterou a maneira como as pessoas lidam com o sofrimento, fazendo com que os enlutados ficassem perdidos perante a dor que desestrutura (SSHAP, 2020). Como resultado de tais mudanças, no processo mal elaborado do luto, houve uma potencialização do sofrimento e da dor da perda de parentes e/ou de entes próximos do falecido, havendo assim uma necessidade de reorganização e reelaboração a uma nova realidade a ser enfrentada pelos enlutados (SSHAP, 2020).

A perda de um ente querido é muito mais que somente um dado estatístico. Essa perda representa um entrelaçamento de relações, afetos, paixões, amores, histórias e identidades. Dessa maneira, o estabelecimento de estratégias de suporte para o enlutado é importante, visto que os enlutados, sobretudo quanto às demandas psicológicas, necessitam de diferentes recursos que buscam minimizar as consequências oriundas dessa problemática (FIOCRUZ, 2020). Neste novo cenário em que se encontra a sociedade, o desenvolvimento de estratégias direcionadas à saúde mental e formas de como lidar com o luto neste momento são fundamentais.

Tais mudanças tendem a tornar ainda mais desafiador o processo de luto, sobretudo quando os familiares consideram que o falecido não recebeu o ritual funerário que merecia (INGRAVALLO, 2020), ou mesmo quando não houve a oportunidade de serem acolhidos e oferecerem conforto às pessoas próximas, visto que o apoio social auxilia a lidar com as perdas (WALLACE *et al.*, 2020). Esse cenário não é novo, pois a realização de rituais funerários também foi restrita em outras pandemias, como a de influenza H1N1 (TAYLOR, 2019) e a de Ébola (VICTOR;

AHMED, 2019), e foi verificado também aumento do risco para problemas de saúde mental nos sobreviventes após a crise (VICTOR; AHMED, 2019; WALLACE *et al.*, 2020).

A espiritualidade e a religiosidade são preciosas na arte de se reinventar em tempos pandêmicos, justamente por orientarem o ser humano a encontrarem sentido até em meio ao sofrimento. Mesmo após a crise, obter sentido para as vivências gera alívio e orgulho por tê-la superado, além de desenvolver a capacidade de resiliência (NIEKERK, 2018).

A espiritualidade, nesses momentos de pandemia, é uma fonte de conforto e significado que incute a ideia de pertencimento e interconectividade existencial, promovendo a saúde mental. Com isso, um aspecto importante da espiritualidade está relacionado ao enfrentamento, ou a função desempenhada pelo bem-estar espiritual no manejo de eventos estressantes (ANDERSON G *et al.*, 2014).

A origem do termo espiritualidade está relacionada com a palavra latina *spiritualitas*, que é uma tradução do grego *pneuma*, que significa espírito, ou ainda ato de ter fé (PORRECA, 2020). Esse conceito é abrangente e independe de uma prática religiosa, pois compreende uma maneira de viver experiências além do palpável e transcender a consciência (JUNG, 2015). Dessa maneira, o indivíduo promove esforços cognitivos e comportamentais para encontrar ou manter significado, propósito e conexão diante de situações difíceis. Ademais, o bem-estar espiritual é definido como um estado que conecta a mente e o corpo do indivíduo, sociedade, inteligência e saúde, apoiando o indivíduo em suas atitudes e seus objetivos de vida (COPPOLA *et al.*, 2021).

Diante de tantos impactos e dificuldades de lidar com esse grande acontecimento mundial e de vida, o próprio Ministério da Saúde cita a religião como um dos estilos de enfrentamento durante a pandemia e sinaliza que o atendimento psicológico é fundamental, pois auxiliará as pessoas durante a pandemia e no pós-pandemia, evitando consequências mais drásticas. A espiritualidade em indivíduos que testaram positivo para o vírus se apresenta como uma forma de ressignificar a vida, assim como uma maneira de se ter esperança diante das incertezas (JUNG, 2015). A espiritualidade não surge como resolução, mas como auxílio para esse processo, ajudando as famílias na elaboração da perda (CREPALDI *et al.*, 2020).

É notório que há uma importante, embora discreta, diferença entre espiritualidade e religião. Nesse aspecto, a literatura destaca como elas são o ponto de referência para a vida de muitas pessoas, principalmente nos momentos de dificuldades (SAIZ *et al.*, 2020). A religiosidade tem sido definida como uma construção multidimensional, orientada para instituições e tradições, considerada como um sistema de crenças e práticas e definida por normas, regras, dogmas e rituais, unindo pessoas que compartilham o mesmo credo (MILNER *et al.*, 2020). Ademais, diversos autores destacam que indivíduos que se deparam com situações adversas e difíceis da vida pessoal, como, por exemplo, doenças terminais, morte de entes queridos, desastres naturais, tendem a ser mais religiosos (WALSH, 2019).

Os efeitos da religiosidade sobre o bem-estar parecem mais relacionados ao suporte social, a um estilo de vida saudável e à ideia de certeza existencial do que ao conteúdo religioso das crenças em si. Isso demonstra que parte da vantagem dos indivíduos religiosos deriva de serem membros de grupos sociais (GALEN; KLOET, 2011). No entanto, a espiritualidade é vista como um esforço individual para descobrir o sagrado ou o sentido da vida sem constrangimentos confessionais. Além disso, são essenciais para a humanidade, portanto, no âmbito biopsicossocial, as crenças e práticas filosóficas, culturais e religiosas (COPPOLA *et al.*, 2021).

Nesse sentido, a consideração das necessidades espirituais proporciona uma intervenção holística e centrada nas pessoas (COPPOLA *et al.*, 2021). Por necessidades espirituais se entende tudo o que se refere ao desejo de encontrar sentido, valor na vida, paz e senso de conexão. Essas necessidades não são exclusivamente religiosas; mesmo aqueles que não têm uma fé religiosa ainda se referem a sistemas de crenças que fornecem sentimentos de significado e propósito (TIMMINS *et al.*, 2017), que nesses períodos de pandemia parecem assumir um papel e um significado ainda mais profundos em relação à perplexidade com que as pessoas são confrontadas diante de um evento tão penetrante e disruptivo que gera fragilidade, medo e incertezas cotidianas.

A pandemia não trouxe apenas problemas, mas também oportunidades de se refazer, de olhar além de si, de acessar a espiritualidade e a religiosidade, pois elas fazem parte de alguns recursos que produzem a

esperança, a força, as experiências individuais e com o outro, a proteção, e ainda permitem que o sujeito encare a realidade proporcionando um encontro de sentido (MONTEIRO *et al.*, 2020). Os impactos da espiritualidade na saúde mental dos indivíduos no contexto da pandemia identificados nos artigos foram: melhor capacidade de superação e adaptação do momento, força interior e resiliência (TAVARES, 2020).

A pouca espiritualidade ou a ausência dela podem desfavorecer o fortalecimento de recursos internos, pois ela serve como fonte de resignificação e para obtenção de resiliência para momentos difíceis (CAFEZEIRO *et al.*, 2020). Como resultado, também foi possível verificar que a espiritualidade se encontra estreitamente relacionada com o bem-estar psíquico do indivíduo, visto que auxilia na prevenção e promoção da saúde mental. Além disso, a espiritualidade fornece ao indivíduo recursos para desenvolver a resiliência, ter esperança em meio ao caos, sentido de vida e desenvolver senso de humanidade para com o próximo (MONTEIRO *et al.*, 2020).

A espiritualidade integra várias dimensões do cuidado em saúde. Para tanto, ela deve ser trabalhada visando a promoção do bem-estar da pessoa e da família em ambientes assistenciais e comunitários, uma vez que se apresenta como um dos principais recursos dos profissionais e da sociedade para compreender os sofrimentos e fortalecer a humanidade para novos desafios deste século (TAVARES, 2020). Dessa forma, a espiritualidade se mostra como um dos principais recursos dos profissionais de saúde e da sociedade para compreender os sofrimentos e fortalecer a humanidade para os desafios, visto que ela tende a aumentar a valorização e a atenção ao outro, a solidariedade, a empatia, a cooperação e a doação de si. Por isso, a prática da espiritualidade é amplamente recomendada, como orientação de cuidado e autocuidado com a saúde física e mental em tempos de pandemia (CAFEZEIRO *et al.*, 2020).

### **Comentário do especialista<sup>34</sup>**

Tempos de crise são tempos de sofrimento e dor, mas também de transformação e conversão. O confronto com o sofrimento nos convida, também, a um itinerário interior em busca de iluminação, através de oração e meditação, formas de diálogo com o Divino. Buda começou seu caminho espiritual a partir do contato com a fragilidade humana após abandonar o fausto palácio em que fora criado. Trata-se de um convite universal (MORAES, 2020).



Nesse ‘cenário de guerra’ em que alguns de nós fomos infectados pela Covid-19 e perdemos diversos familiares, testemunhamos várias conversões religiosas, o que provavelmente é a melhor evidência científica de que, quanto mais você está perto da morte, mais você chega perto da espiritualidade. Para um crente, essa é a melhor prova de que o poder vivificante e revigorante do Espírito Santo funciona melhor perto do sofrimento e da morte. Quando tudo isso acabar, provavelmente não poderemos continuar nosso trabalho e nossas vidas como antes, porque nós e todos os envolvidos no processo de assistência à saúde teremos aprendido uma importante lição de oração e espiritualidade com a pandemia.

Sobreviver à pandemia de Covid-19 após perder alguém que nos é significativo talvez seja ainda mais desafiador. Um processo que é particular por seus aspectos traumáticos e, mais ainda, pelos novos desafios e significantes que a experiência da pandemia acrescentou ao laço social, com o qual dialogamos para a elaboração do luto. Sendo assim, o presente capítulo propõe discorrer sobre as particularidades do luto, da espiritualidade e da morte em tempos de pandemia e ao menos nos oferece um percurso simbólico que poderia nos nortear num campo ainda tão pouco compreendido.

## REFERÊNCIAS

- ANDERSSON, G. *et al.* Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. **World psychiatry**, v. 13, n. 3, p. 288-295, 2014.
- CAFEZEIRO, A. *et al.* A espiritualidade no enfrentamento de crises globais. **Rev Pró-UniversUS**, v. 11, n. 2, p. 168-173, 2020.
- CREPALDI, M. A. *et al.* Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 37, 2020.
- COPPOLA, I.; RANIA, N. *et al.* Spiritual Well-Being and Mental Health During the COVID-19 Pandemic in Italy. **Front. Psychiatry**, v. 12, n. 626944, 2021. DOI: 10.3389/fpsy.2021.626944.
- FIOCRUZ. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Organizadores: NOAL, D. S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 342 p.

GALEN, L. W.; KLOET, J. D. Mental well-being in the religious and the non-religious: evidence for a curvilinear relationship. **Mental Health Religion Culture**, v. 14, p. 673-689, 2011. DOI: 10.1080/13674676.2010.510829.

GIAMATTEY, *et al.* Rituais fúnebres na pandemia de COVID-19 e luto: possíveis reverberações. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2021.

INGRAVALLO, F. Death in the era of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. 258, 2020. DOI:10.1016/S2468-2667(20)30079-7.

JESUS, P. H. S. *et al.* Covid-19: Analysis of grief strategies adopted by families in front of their sociodemographic profile. **International Journal of Development Research**, v. 12, n. 10, p. 59534- 59537, 2022.

JUNG, C. G. **Espiritualidade e transcendência**. Biblioteca Virtual Pearson. Sel. e ed. Brigitte Dorst. Petrópolis: Vozes, 2015.

KASTENBAUM, R. Grieving in Contemporary Society. *In*: STROEBE, M. S.; HANSSON, R. O.; SCHUT, H.; STROEBE, W. (Eds.). **Handbook of Bereavement Research and Practice: Advances in Theory and Intervention**. Washington, DC: American Psychological Association, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde mental e atenção psicossocial na covid-19: recomendações para gestores**. Fiocruz, 2020.

MILNER, K. *et al.* The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. **Epidemiol Psychiat S.**, v. 29, p. 1-10, 2020. DOI: 10.1017/S2045796019000234. 2020.

MORAES, *et al.* COVID-19 nas instituições de longa permanência para idosos: estratégias de rastreamento laboratorial e prevenção da propagação da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3445-3458, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.20382020>.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Bol.** - Acad. Paul. Psicol., São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jun. 2020.

PORRECA, W. Espiritualidade/Religiosidade: Possíveis campanhas nos desafios pandêmicos - Covid-19. **Caderno de Administração**, Maringá. v. 28, p. 141-146, 2020.

SOCIAL SCIENCE IN HUMANITARIAN ACTION PLATFORM. **Key considerations: dying, bereavement and mortuary and funerary practices in the context of COVID-19** (Brief). 2020. Disponível em: <https://www.ids.ac.uk/publications/key-considerations-dying-bereavement-and-mortuary-and-funerary-practices-in-the-context-of-covid-19-april-2020>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SAIZ, J. *et al.* Is belonging to a religious organization enough? Differences in religious affiliation versus self-ratings of spirituality on behavioral and psychological variables in individuals with heart failure. **Healthcare**. Multidisciplinary Digital Publishing Institute, 2020. p. 129.

TIMMINS, F.; CALDEIRA, S. Assessing the spiritual needs of patients. **Nursing Standard**, v. 31, p. 47-53, 2017.

TAVARES, C. Q. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. 1-4, 2020.

TAYLOR, S. The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease. **Newcastle upon Tyne**: Cambridge Scholars Publishing, out. 2019.

VICTOR, G. S.; AHMED, S. The importance of culture in managing mental health response to pandemics. *In*: HUREMOVIC, D. (Ed.). **Psychiatry of pandemics: a mental health response to infection outbreak**. Cham: Springer. 16 maio 2019. p. 55-64.

VAN NIEKERK, B. Religion and spirituality: What are the fundamental differences? **HTS: Theological Studies**, v. 74, n. 3, p. 1-11, 2018.

WALLACE, C. L. *et al.* Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 1, 2020.

WALSH, F. Spirituality, healing, and resilience. *In*: MCGOLDRICK, M.; HARDY, K. V. **Re-Visioning Family Therapy: Race, Culture, and Gender in Clinical Practice**. 3rd. New York, NY: The Guilford Press. 2019. p. 61-75.

# ARTE COMO INSTRUMENTO





## A música e seus impactos nos cuidados paliativos

Alane Rocha Rodrigues<sup>37</sup>

Fernanda Tourinho<sup>38</sup>

*Depois do silêncio, o que mais se aproxima  
de expressar o inexprimível é a música.*

*Aldous Huxley*

### COMENTÁRIO INICIAL

Cuidados Paliativos são uma abordagem que tem como objetivo principal o alívio do sofrimento humano sempre que uma pessoa enfrenta uma doença que ameaça sua vida. Esse alívio é buscado de maneira multidisciplinar e compreende os aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

Os quatro aspectos citados se fundem e se influenciam no que conhecemos como “dor total”. Diante das diversas apresentações do sofrimento, a abordagem precisa também ser plural, envolvendo não somente ferramentas diagnósticas e terapêuticas tradicionais (sejam elas medicamentosas ou não), mas também elementos que possam facilitar o acesso a áreas humanas mais profundas e delicadas.

A musicoterapia possui este poder: evoca memórias, relaxa, emociona. Mesmo pacientes com função cognitiva reduzida podem se beneficiar dessa forma terapêutica e, assim, inclusive trazer à tona aspectos de nossa humanidade que seguirão sendo trabalhados por outros profissionais.

---

37 Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

38 Médica pela Universidade Federal da Bahia. Residência em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina da USP. Especialização em cuidados paliativos pelo Instituto Pallium Latinoamérica e pelo Instituto Sírio Libanês de ensino e pesquisa. Área de atuação: Medicina Paliativa pela AMB.

Tive o prazer, durante minha atuação como paliativista, de acompanhar serviços que ofereciam aos pacientes internados sessões de música e musicoterapia. O momento era sempre aguardado com ansiedade por pacientes e familiares e imprimiu em todos os envolvidos memórias inesquecíveis.

Acessar todas as dimensões do sofrimento humano não é tarefa fácil: necessitamos de técnica e de recursos variados. A musicoterapia é uma grande contribuição aos cuidados paliativos e vejo com alegria o aprofundamento do estudo do tema neste capítulo.

Fernanda Tourinho<sup>37</sup>

## INTRODUÇÃO

A música faz parte do dia a dia das pessoas, tendo se tornado gradativamente mais acessível com o advento da tecnologia. Sendo cada vez mais presente na atualidade, a música mostrou seus benefícios também para a Medicina na forma de tratamento e terapia, por exemplo. Nos Cuidados Paliativos, ela vem se destacando nas últimas décadas, mas, apesar da ampliação de sua aplicação como terapia complementar, poucos são os estudos que de fato expõem e experimentam o seu uso dentro dessa área.

Este capítulo teve como objetivo explicar a aplicação da música na Medicina, bem como reunir informações sobre os efeitos e benefícios da musicoterapia nos Cuidados Paliativos, exemplificando com estudos que revelam seus resultados nos âmbitos da dor total (emocional, física, espiritual e social), e destacar a possibilidade de uma maior aplicação dela nessa área de atuação.

## A MÚSICA NA MEDICINA

A música é uma das principais formas de transformar o humor de alguém, sendo capaz de trazer à tona lembranças, emoções e alterações do estado mental e físico (ROESE; MERRILL, 2021). Na época da Grécia Antiga, filósofos como Pitágoras e Hipócrates já reconheciam a utilidade da música dentro da Medicina, fazendo uso dela como forma de tratamento e conforto (KULINSKI *et al.*, 2021). Também é possível encontrar referências sobre esse uso em Platão e Aristóteles (BOYDE *et al.*, 2012).

A música tem a incrível habilidade de se tornar uma ferramenta para servir de respaldo em diversas situações ao longo da vida dos indivíduos. No momento atual da saúde, há relatos de que ela ajuda na diminuição da ansiedade em idosos que possuem demência, por exemplo, e nos cuidados de fim de vida (REBECCHINI, 2021), tornando-se, assim, uma forma de possibilidade de assistência e humanização dos Cuidados Paliativos.

A música, em seu uso clínico, com o objetivo de auxiliar no tratamento, é chamada Musicoterapia e faz parte das Terapias Artísticas Criativas. Tais terapias proporcionam facilidade na abertura emocional dos pacientes, evoluindo sua comunicação e a expressão verdadeira das suas emoções (REBECCHINI, 2021).

Há duas principais vias para aplicação da Musicoterapia aos pacientes: a forma ativa, na qual o paciente é integrado ao momento de composição musical, como utilizando os instrumentos ou cantando; e a forma passiva, na qual o paciente apenas recebe a experiência musical oferecida pelo musicoterapeuta (LYNCH *et al.*, 2020; WARTH *et al.*, 2019).

## **A MÚSICA NOS CUIDADOS PALIATIVOS**

Os Cuidados Paliativos são uma abordagem que tem foco no alívio do sofrimento humano diante de problemas ocasionados por uma doença que ameaça a vida, oferecendo regulação do seu estado emocional e físico, bem como apoio aos familiares (HUGAR *et al.*, 2021), sendo a Medicina Paliativa a área de atuação da Medicina dentro dessa abordagem. Oferecer auxílio às pessoas em Cuidados Paliativos, física, emocional, social e espiritualmente, é uma tarefa difícil e pode ser respaldada com o uso da Musicoterapia para confortar o enfermo e seus parentes (RAMIREZ *et al.*, 2018).

O uso da música como terapia auxiliar nos Cuidados Paliativos aumentou bastante nas últimas décadas, tendo começado oficialmente no final da década de 1970 com Munro e Mount (BOYDE *et al.*, 2012). Porém, apesar da importância, os estudos relacionados ao assunto não têm dado a atenção necessária para as nuances da Musicoterapia que levam aos resultados promissores nos pacientes (PORTER *et al.*, 2017), tornando necessária a realização de experimentos maiores para melhor aplicação. Em uma situação de diagnóstico que ameaça a



continuidade da vida, como o câncer, o abalo psíquico, social e espiritual dos pacientes e de seus entes queridos necessita de tanto tratamento e apoio profissional quanto a dimensão física. Nesses aspectos, as intervenções terapêuticas-complementares, como a Musicoterapia, podem ser de grande valor (KÖHLER *et al.*, 2020).

Considerando a perda de qualidade de vida e o intenso sofrimento que acomete todas as dimensões humanas de uma pessoa que lida com uma doença que ameaça a vida, e considerando que essas dimensões se influenciam e pioram umas às outras, influenciando inclusive o prognóstico do quadro de base, é importante fazer o uso de intervenções complementares à Medicina Alopática, visto que elas, ao reduzirem esses desconfortos, podem agregar qualidade de vida e fortalecer o sistema imunológico e o bem-estar dos pacientes, influenciando positivamente o curso da doença (KOEHLER *et al.*, 2021; WARTH *et al.*, 2019). Desse modo, o objetivo da terapia com base na música, dentro dos Cuidados Paliativos, é melhorar o bem-estar dos pacientes com doenças que ameaçam a vida e de seus entes queridos e cuidadores, impactando positivamente em suas emoções, na expressão espiritual, no social e no conforto físico (WARTH *et al.*, 2015).

O resgate de memórias, a redução dos efeitos da depressão e da ansiedade e a diminuição da dor são algumas das possibilidades advindas do ato de escutar música (JOHNSTON *et al.*, 2022), as quais se relacionam com as necessidades de pessoas que se encontram sob assistência de Cuidados Paliativos.

Em um estudo feito para observar a experiência de pacientes com câncer com as duas formas de intervenção da Musicoterapia, os maiores efeitos positivos notados pelo grupo de musicoterapia passiva foram o relaxamento e a diminuição da ansiedade. Já o grupo de musicoterapia ativa relatou que o processo de compartilhar a produção musical com o terapeuta foi benéfico socialmente e trouxe sentimentos de alegria na interação (LYNCH *et al.*, 2020).

Em outra pesquisa, duplas de artistas foram convidadas para conduzir a intervenção musical em uma unidade de Cuidados Paliativos. Essa interação gerou impactos tanto positivos quanto negativos nos pacientes. Os pacientes puderam apreciar alegria e bem-estar mesmo em fase de fim de vida, bem como lembranças do passado, porém também

revelaram uma sensação de fadiga, relacionada ao esforço físico e mental exigido para fazer parte da intervenção, tendo trazido à tona pensamentos sobre a morte iminente, o que gerou desconforto em alguns casos (POMMERET *et al.*, 2019). Podemos perceber que, apesar do benefício inegável da técnica, é necessário avaliar individualmente cada paciente e manter o acompanhamento após a intervenção para acolhimento das demandas que surgirão a partir dessa vivência.

Já em uma intervenção musical em pacientes candidatos a receberem morte medicamente assistida (em inglês, *MAID – Medical Assistance in Dying*), no Canadá, a música foi usada como suporte para compartilhar suas histórias de vida, auxiliando a comunicação entre pacientes, seus cuidadores, seus entes queridos e a equipe clínica. A Musicoterapia proporcionou sensações físicas e emocionais, como prazer e felicidade, ou gatilhos de memória que levaram os pacientes ao choro por conta das emoções resultantes da escuta das músicas (BLACK; BARTEL; RODIN, 2020).

Também, um artigo descreve a experiência de alguns musicoterapeutas com câncer ao se encontrarem na condição dos pacientes e aproveitarem a música como prática de relaxamento. Alguns deles relataram resultados redutores da ansiedade antes da cirurgia e comentaram sobre como a música foi necessária durante o processo de tratamento da doença, afetando positivamente o relacionamento deles com as pessoas ao seu redor (LEE, 2016).

O controle da dor pode ser, em alguns casos, uma grande dificuldade nessa área, a despeito do uso adequado de medicamentos, seja por ter sido alcançada a dose teto, sem alívio do sintoma, ou por conta de efeitos colaterais indesejáveis que afetam a qualidade de vida (GUTGSELL *et al.*, 2013), tornando ainda mais necessária a utilização de alternativas. Em revisões e meta-análises de diversos estudos, por exemplo, foi notória a diferença que a música fez para a redução da dor e, conseqüentemente, do uso de medicações (DENG, 2019). Em instituições de longa permanência para idosos – ILPIs no Canadá, a qualidade de vida de idosos e pessoas com problemas cognitivos melhorou através da música, que trouxe alegria, redução da depressão, da dor e do uso de antipsicóticos (CHEETU *et al.*, 2022).

Levando em consideração toda esta análise, a Musicoterapia é, portanto, uma ferramenta para se considerar: uma terapia não medicamentosa, o que reduz a probabilidade de efeitos colaterais negativos, e de baixo custo (CHEETU *et al.*, 2022).

Mesmo possuindo pouco risco físico, é importante saber que a música é capaz de evocar sentimentos intensos (DENG, 2019), como foi demonstrado em alguns dos estudos destacados. Apesar de se mostrar benéfica para a qualidade de vida de pacientes em Cuidados Paliativos, até mesmo na questão espiritual, a musicoterapia pode gerar desconforto nos pacientes se não aplicada com os conhecimentos necessários, deixando-os vulneráveis. É preciso conhecer suas carências, seus gostos e suas limitações físicas para, assim, aplicar a terapia (PREISLER *et al.*, 2016), além de garantir a continuidade do cuidado multidimensional após a intervenção.

Como o processo de fim de vida normalmente destaca a necessidade de passar o tempo com os familiares e amigos, se faz necessário que a terapia musical inclua também os entes queridos e os cuidadores, como toda ação de Cuidados Paliativos (BRADT; DILEO, 2014), podendo, assim, ser proporcionada uma maior qualidade social para o paciente, os familiares e os cuidadores.

## CONCLUSÃO

A música tem o poder de evocar sentimentos, memórias e emoções. Ela atua na mente e no corpo com uma possibilidade de relaxamento, alívio da ansiedade e dos sintomas de depressão, bem como serve como ferramenta de engajamento, facilitando a socialização. A expressão também pode ser facilitada através da música, fazendo com que o paciente não retenha todos os seus sentimentos, externando-os e trabalhando com eles. Não é à toa que a música passou a integrar o grupo de terapias: os sons são capazes de tratar.

Dessa forma, apesar da escassez de grandes estudos sobre o assunto, nota-se que essas características podem ser de grande benefício dentro dos Cuidados Paliativos. É importante estar a par das necessidades e dos limites dos pacientes, bem como das suas preferências e de sua plena capacidade de concordar com a terapia. Tendo esses pontos favoráveis, a Musicoterapia é uma poderosa ferramenta que torna possível

que os pacientes em Cuidados Paliativos tenham um processo terapêutico mais humanizado, voltado não apenas para o manejo de seus problemas de ordem física, mas também de ordem social, psíquica e espiritual, bem como para o favorecimento do vínculo entre paciente e família, amigos e cuidadores, colaborando para a atenção multidimensional e individualizada que cada pessoa com uma doença que ameaça a vida merece receber.

## REFERÊNCIAS

BLACK, S.; BARTEL, L.; RODIN, G. Exit Music: The Experience of Music Therapy within Medical Assistance in Dying. **Healthcare**, v. 8, n. 3, p. 331, 10 set. 2020. Disponível em: DOI 10.3390/healthcare8030331. Acesso em: 2 jul. 2022.

BOYDE, C.; LINDEN, U.; BOEHM, K.; OSTERMANN, T. The Use of Music Therapy during the Treatment of Cancer Patients: A Collection of Evidence. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 1, n. 5, p. 24-29, nov. 2012. DOI: 10.7453/gahmj.2012.1.5.009.

BRADT, J.; DILEO, C. Music therapy for end-of-life care. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 17 mar. 2014. DOI: 10.1002/14651858.cd007169.pub3.

CHEETU, S.; MEDEIROS, M.; WINEMAKER, L.; LI, M.; BARTEL, L.; FOSTER, B.; MACKINNON, C. Understanding the Effects of Music Care on the Lived Experience of Isolation and Loneliness in Long-Term Care: A Qualitative Study. **Healthcare**, v. 10, n. 3, p. 457, 28 fev. 2022. DOI: 10.3390/healthcare10030457.

DENG, G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. **The Cancer Journal**, v. 25, n. 5, p. 343-348, 2019. DOI: 10.1097/ppo.0000000000000399.

GUTGSELL, K. J.; SCHLUCHTER, M.; MARGEVICIUS, S.; DEGOLIA, P. A.; MCLAUGHLIN, B.; HARRIS, M.; MECKLENBURG, J.; WIENCEK, C. Music Therapy Reduces Pain in Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 45, n. 5, p. 822-831, maio 2013. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008.

HUGAR, L. A.; WULFF-BURCHFIELD, E. M.; WINZELBERG, G. S.; JACOBS, B. L.; DAVIES, B. J. Incorporating palliative care principles to improve patient care and quality of life in urologic oncology. **Nature Reviews Urology**, v. 18, n. 10, p. 623-635, 1o out. 2021. DOI: 10.1038/s41585-021-00491-z.

JOHNSTON, B.; BOWMAN, F.; CARDUFF, E.; DONMEZ, F.; LOWNDES, A.; MCKEOWN, A. "Playlist for Life" at the end of life: a mixed-methods feasibility study of a personalised music listening intervention in the hospice setting. **Pilot and Feasibility Studies**, v. 8, n. 1, 7 fev. 2022. DOI: 10.1186/s40814-022-00983-8.

- KOEHLER, F.; KESSLER, J.; STOFFEL, M.; WEBER, M.; BARDENHEUER, H. J.; DITZEN, B.; WARTH, M. Psychoneuroendocrinological effects of music therapy versus mindfulness in palliative care: results from the “Song of Life” randomized controlled trial. **Supportive Care in Cancer**, v. 30, p. 625-634, 6 ago. 2021. DOI: 10.1007/s00520-021-06435-y.
- KÖHLER, F.; MARTIN, Z.-S.; HERTRAMPF, R.-S.; GÄBEL, C.; KESSLER, J.; DITZEN, B.; WARTH, M. Music Therapy in the Psychosocial Treatment of Adult Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 16 abr. 2020. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00651.
- KULINSKI, J.; OFORI, E. K.; VISOTCKY, A.; SMITH, A.; SPARAPANI, R.; FLEG, J. L. Effects of music on the cardiovascular system. **Trends in Cardiovascular Medicine**, v. 32, n. 6, p. 390-398, jul. 2021. DOI: 10.1016/j.tcm.2021.06.004.
- LEE, J. H. A Qualitative Inquiry of the Lived Experiences of Music Therapists Who Have Survived Cancer Who Are Working with Medical and Hospice Patients. **Frontiers in Psychology**, v. 7, 18 nov. 2016. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01840.
- LYNCH, K. A.; EMARD, N.; LIOU, K. T.; POPKIN, K.; BORTEN, M.; NWODIM, O.; ATKINSON, T. M.; MAO, J. J. Patient Perspectives on Active vs. Passive Music Therapy for Cancer in the Inpatient Setting: A Qualitative Analysis. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 62, n. 1, nov. 2020. Disponível em: DOI 10.1016/j.jpainsymman.2020.11.014. Acesso em: 13 jul. 2022.
- POMMERET, S.; CHRUSCIEL, J.; VERLAINE, C.; FILBET, M.; TRICOU, C.; SANCHEZ, S.; HANNETEL, L. Music in palliative care: a qualitative study with patients suffering from cancer. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 1, 7 out. 2019. Disponível em: DOI 10.1186/s12904-019-0461-2. Acesso em: 1º jul. 2022.
- PORTER, S.; MCCONNELL, T.; CLARCKE, M.; KIRKWOOD, J.; HUGHES, N.; GRAHAM-WISENER, L.; REGAN, J.; MCKEOWN, M.; MCGRILLER, K.; REID, J. A critical realist evaluation of a music therapy intervention in palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 16, n. 1, dez. 2017. Disponível em: DOI 10.1186/s12904-017-0253-5. Acesso em: 21 jun. 2022.
- PREISSLER, P.; KORDOVAN, S.; ULLRICH, A.; BOKEMEYER, C.; OECHSLE, K. Favored subjects and psychosocial needs in music therapy in terminally ill cancer patients: a content analysis. **BMC Palliative Care**, v. 15, n. 1, 12 maio 2016. DOI: 10.1186/s12904-016-0122-7.
- RAMIREZ, R.; PLANAS, J.; ESCUDE, N.; MERCADE, J.; FARRIOLS, C. EEG-Based Analysis of the Emotional Effect of Music Therapy on Palliative Care Cancer Patients. **Frontiers in Psychology**, v. 9, p. 254, 2 mar. 2018. Disponível em: DOI 10.3389/fpsyg.2018.00254. Acesso em: 13 jul. 2022.
- REBECCHINI, L. Music, mental health, and immunity. **Brain, Behavior, & Immunity - Health**, v. 18, p. 100374, dez. 2021. Disponível em: DOI 10.1016/j.bbih.2021.100374. Acesso em: 2 jul. 2022.

ROESE, N. A.; MERRILL, J. Consequences of the COVID-19 Lockdown in Germany: Effects of Changes in Daily Life on Musical Engagement and Functions of Music. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 19, p. 10463, 5 out. 2021. DOI: 10.3390/ijerph181910463.

WARTH, M.; KESSLER, J.; HILLECKE, T. K.; BARDENHEUER, H. J. Music Therapy in Palliative Care. **Deutsches Arzteblatt Online**, v. 112, n. 46, p. 788-794, 13 nov. 2015. Disponível em: DOI 10.3238/arztebl.2015.0788. Acesso em: 2 jul. 2022.

WARTH, M.; KOEHLER, F.; WEBER, M.; BARDENHEUER, H. J.; DITZEN, B.; KESSLER, J. "Song of Life (SOL)" study protocol: a multicenter, randomized trial on the emotional, spiritual, and psychobiological effects of music therapy in palliative care. **BMC Palliative Care**, v. 18, n. 1, 30 jan. 2019. DOI: 10.1186/s12904-019-0397-6.

## A arteterapia na terceira idade

Ana Beatriz Leite Aragão<sup>39</sup>

Julia Maria Teixeira Barros<sup>38</sup>

Yussef Sab<sup>38</sup>

Jerocílio Maciel de Oliveira Júnior<sup>40</sup>

*Todas as artes contribuem para a maior  
de todas as artes, a arte de viver.*

*Bertolt Brecht*

**E**nvelhecer significa ter saúde? Segundo a *World Health Organization*, saúde é definida como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021; WHO, 1946).

É evidente que a população brasileira tem envelhecido cada vez mais com o passar do tempo. Nos anos de 1940, a expectativa média de vida do brasileiro era de 50 anos, em 2019 esse número saltou para uma média de 79,9 anos, para os homens, e 80,1, para as mulheres, uma diferença de cerca de 30 anos. Dentre os motivos que possibilitaram esse fenômeno, estão o maior acesso à saúde pública, a maior cobertura do saneamento básico, os melhores padrões de higiene e os avanços da medicina (CAMPOS, 2020; LOURENÇO, 2019).

Mas será que a população tem envelhecido de forma saudável? Apesar de ser uma notável conquista, envelhecer não é um processo fácil e estabelecer qualidade de vida para essa parcela da população é um desafio (IM; LEE, 2014).

A consciência da perda de funções físicas, cognitivas e sociais torna o processo de envelhecimento uma trajetória difícil. Por consequência

---

39 Graduandos de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju-SE.

40 Médico geriatra e paliativista.

disso, muitas pessoas adentram a terceira idade desenvolvendo depressão, instituída “doença do século”, não somente pelos fatores já apresentados, mas também pelo sentimento de solidão e incapacidade e pelo luto da perda de parentes e amigos próximos (ÁVILA *et al.*, 2006; GUEDES, 2011; JARDIM *et al.*, 2020).

Além dos problemas psíquicos, é comum nessa faixa etária uma maior prevalência de doenças neurodegenerativas, que provocam um declínio cognitivo e que são de difícil reversão, como Alzheimer e Parkinson, reduzindo consideravelmente a autonomia e a autoestima desses indivíduos (ARGIMON, 2006).

A arteterapia na terceira idade aparece como uma via para oferecer uma melhor qualidade de vida à população idosa. Composta por psicoterapia e psicologia, a arteterapia busca valorizar e estimular experiências humanas nas diversas esferas – psíquica, social e física –, estimulando criatividade, memória e sociabilidade, além de incentivar a individualidade dentro de um processo mental artístico (SOUZA *et al.*, 2022).

O termo arteterapia foi primeiramente mencionado por Adrian Hill em 1940, no Reino Unido, e pela psicóloga Margaret Naumburg no mesmo período, nos Estados Unidos, que fazia uso da expressão artística para a liberação do seu inconsciente (SILVA *et al.*, 2021).

Nos dias atuais, a arteterapia é definida, pela Associação Americana de Arteterapia, como o uso terapêutico da arte com a finalidade de aliviar experiências traumáticas ou ajudar no processo de adoecimento, proporcionando autoconhecimento e elevando funções cognitivas motoras e emocionais, além de ajudar a criar uma rede de apoio, formada por pacientes e profissionais. Por fim, a arteterapia também desperta novos dons e talentos antes adormecidos, sendo, assim, positiva para a autoestima (SILVA *et al.*, 2021).

Dentre as mais diversas arteterapias, a música e a pintura são as que melhor conectam o sujeito à sua dimensão inconsciente. Na musicoterapia, são, geralmente, utilizadas músicas que estimulam funções cognitivas, memórias e emoções, restabelecendo a confiança e a autoestima e melhorando a interação social dessa população (REIS, 2014).

Em pacientes idosos hospitalizados, a musicoterapia reduz sentimentos de medo, insegurança, raiva e tristeza. Isso ocorre devido a uma



maior liberação de endorfinas e catecolaminas, as quais irão ajudar a diminuir a frequência cardíaca e respiratória, o tônus muscular e a fadiga (SILVA *et al.*, 2019).

Em idosos, a terapia com música também ajuda na plasticidade cerebral e na melhora da função cognitiva, promovendo ativação positiva na via mesolímbica e restaurando memórias antes guardadas. Dessa forma, esse tipo de terapia se mostra como complemento ou alternativa aos tratamentos farmacológicos (LAKSMIDEWI *et al.*, 2019).

Além da musicoterapia, a arteterapia pode ser realizada através de desenhos e pinturas, que são os mais utilizados, mas também é possível fazer uso de lápis de cor, giz de cera, tinta, massa de modelar, esculturas e gesso. Todas essas categorias se mostraram promissoras em proporcionar um melhor bem-estar para o idoso e em melhorar sua cognição (CUNNINGHAM *et al.*, 2015; FANCOURT *et al.*, 2019).

Um outro benefício relevante da arteterapia foi revelado em um estudo que mostrou sua efetividade em pacientes com câncer, doença prevalente na terceira idade. Através do uso de pinturas em aquarela, foi possível diminuir sintomas relacionados à ansiedade e à depressão, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes quimioterápicos (BOZCUK *et al.*, 2017).

Os casos de declínio da capacidade cognitiva, apesar de fisiológicos, podem ser considerados uma transição para o estado demencial, o qual se relaciona a um maior risco de desenvolver Doença de Alzheimer, principalmente entre os idosos que possuem déficits de memória episódica (CHARCHAT-FICHMAN *et al.*, 2005).

Dessa maneira, a fase de comprometimento cognitivo leve é considerada a ideal para a intervenção, com o intuito de minimizar ou reverter os efeitos mais complexos, como perda da capacidade funcional, distúrbios cognitivos e emocionais e consequente diminuição da qualidade de vida (MAHENDRAN *et al.*, 2018; SOUZA *et al.*, 2022).

Já é consolidado, através dos vários ensaios clínicos realizados, que os benefícios decorrentes da prática de exercícios físicos e da fisioterapia em pacientes com transtornos neurocognitivos atuam preservando a saúde e a autonomia. Ainda assim, o manejo pelos profissionais é mais difícil nesses casos, sendo os ganhos significativamente menores em comparação a outros pacientes. Somam-se a isso o estresse

emocional e o nervosismo do indivíduo frente ao diagnóstico de Transtorno Neurocognitivo, acentuando sua condição e dificultando a recuperação (SOUZA *et al.*, 2022).

Desse modo, a arteterapia surge como uma alternativa para melhorar o desempenho dos indivíduos nas sessões, através da estimulação da criatividade por sistemas audiovisuais, além de atividades simples, como desenho e pintura, assim como aplicado por Savazzi em pacientes idosos diagnosticados com Alzheimer, permitindo melhoria na percepção, na memória, na coordenação motora e no bem-estar (IM; LEE, 2014; SOUZA *et al.*, 2022).

Como já mencionado, dentre outras doenças da terceira idade que apresentam resultados positivos com a terapia pela arte, a depressão é considerada o transtorno mental de maior prevalência na população idosa, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, sendo relacionada principalmente à perda da capacidade psicomotora, à senescência ou outras doenças, à morte do cônjuge, à marginalização e à dificuldade de adaptação a essa nova etapa da vida (IM; LEE, 2014; SILVA *et al.*, 2021).

Num estudo feito no Brasil em 2017 por Ciasca, foram realizadas sessões de arteterapia divididas em quatro etapas: acolhimento (preparação para as atividades); relaxamento e imaginação dirigida (relaxamento muscular e estimulação dos sentidos com uso de música ambiente); produção artística; e compartilhamento das experiências (SILVA *et al.*, 2021).

Como resultado, o estudo mostrou a importância da arteterapia no tratamento da depressão em idosos, relatando uma melhora significativa em união ao tratamento farmacológico, com redução da ansiedade e de outros sintomas negativos, além de contribuir no processo de autoconhecimento e aumento da autoestima, sendo imprescindível que novos estudos sejam realizados abordando essa questão (SILVA *et al.*, 2021), o que também foi confirmado por outros estudos (CHING-TENG *et al.*, 2019; CIASCA *et al.*, 2018).

Abordando o contexto da pandemia de Covid-19, inúmeras atividades foram interrompidas, como é o caso dos programas sociais envolvendo o uso terapêutico da arte, que necessitaram de uma adaptação ao novo cenário. A população idosa, que já sofria o estigma social de ser um

grupo de risco no início da pandemia, por ser associada à necessidade de um isolamento, teve de lidar com inúmeras questões, como a solidão, sem poder estar com seus familiares, e o medo diante das incertezas e do cenário mórbido noticiado diariamente (MEDEIROS; SILVA, 2021).

Pensou-se, logo de início, que a utilização da tecnologia como meio de superar esse obstáculo não seria eficaz, já que muitos idosos não conseguem usufruir dela adequadamente. Todavia, projetos como *Faça Memórias*, originalmente realizado em museus, através de videochamadas, conseguiram estabelecer oficinas virtuais durante o período de reclusão, com o desfrute de filmes, livros e outras formas de arte, abrindo espaço para a positividade (MEDEIROS; SILVA, 2021).

Em conclusão, apesar da importância do tema, poucos foram os estudos prévios encontrados que relacionassem a arteterapia e seus benefícios para a saúde da população idosa, o que reforça, novamente, a necessidade de ampliação do número de pesquisas relacionadas a isso. Ainda assim, foi possível constatar a eficácia da sua prática, com cada componente dela influenciando positivamente, de alguma forma, na qualidade de vida do indivíduo, promovendo a integralidade, o autocohecimento, a autonomia e o bem-estar da pessoa idosa (JARDIM *et al.*, 2020; SOUZA; GOMES; MORAES, 2022).

Especificamente em relação à musicoterapia, percebe-se que ela reduz os efeitos negativos da hospitalização e institucionalização dos idosos, na medida em que amplia a expressão de emoções, reduz ansiedade, angústia, receios e inseguranças relacionadas à internação, auxilia a socialização com outros pacientes e com a equipe e a família, reduzindo o sofrimento psíquico. Além disso, consegue, ainda, melhorar a capacidade cognitiva do idoso, ativando áreas cerebrais danificadas em memória e aprendizagem, e, diante de tudo isso, gera bem-estar e qualidade de vida ao paciente (SILVA, 2019).

### **Comentário do especialista<sup>40</sup>**

A arteterapia, e tendo como principais exemplos o desenho, a pintura, a dança e a musicoterapia, é uma medida terapêutica não farmacológica superimportante tanto para prevenção quanto para tratamento de doenças na pessoa idosa.

Na prevenção, a arteterapia melhora o humor, a memória e a coordenação motora e é uma grande aliada no estímulo da terapia ocupacional, além do autoconhecimento, lembrando que Freud já dizia que a arte psicanalisa a própria psicanálise, tendo a arte como efeito psicanalítico. No tratamento de doenças, e com maior evidência em pacientes com demência, em que o controle de sintomas comportamentais tem como padrão ouro as medidas não farmacológicas, a arteterapia vem somar para um menor uso de medicações e melhor controle desses sintomas.

Fato interessante é que, durante a pandemia, instituímos a musicoterapia em uma unidade de terapia intensiva que contava comigo, médico geriatra/paliativista, e demais colegas médicos anesthesiologistas, e ouço o relato que eles utilizam até hoje sobre a musicoterapia na anesthesiologia (centro cirúrgico), diminuindo o estresse e a ansiedade do procedimento para os pacientes. Dessa forma, vemos a versatilidade do ambiente de uso da arte. Há de se salientar que o modelo de arteterapia proposto deve se basear nos valores e na biografia do paciente.

Deixo como mensagem que o profissional de saúde deve ter em mente que o manejo não farmacológico de doenças crônicas, por muitas vezes, é o principal tratamento, e a arteterapia é, sim, uma medida segura, com baixo custo e com enormes benefícios para a saúde física, mental e social.

## REFERÊNCIAS

ARGIMON, I. I. L. Aspectos cognitivos em idosos. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 243-245, 1º dez. 2006. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712006000200015&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 4 out. 2022.

ÁVILA, R.; BOTTINO, C. M. C. Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 316-320, dez. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006005000010>. Acesso em: 4 out. 2022.

BOZCUK, H. *et al.* A comparative study of art therapy in cancer patients receiving chemotherapy and improvement in quality of life by watercolor painting. **Complementary Therapies in Medicine**, v. 30, p. 67-72, fev. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28137529/>. Acesso em: 4 out. 2022.

CAMPOS, A. C. IBGE: esperança de vida do brasileiro aumentou 31,1 anos desde 1940. **Agência Brasil**. 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com>.

br/geral/noticia/2020-11/ibge-esperanca-de-vida-do-brasileiro-aumentou-311-anos-desde-1940. Acesso em: 3 out. 2022.

CHARCHAT-FICHMAN, H. *et al.* Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 1, p. 79-82, mar. 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8055088/>. Acesso em: 8 out. 2022.

CHING-TENG, Y.; YA-PING, Y.; YU-CHIA, C. Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. **Social Work in Health Care**, v. 58, n. 3, p. 324-338, 10 jan. 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30628552/>. Acesso em: 19 set. 2022.

CIASCA, E. C. **Arteterapia e depressão**: efeitos da arteterapia como terapia complementar no tratamento da depressão em idosos. 2017. Dissertação (Mestrado em Fisiopatologia Experimental) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5160/tde-06062017-082522/pt-br.php>. Acesso em: 19 set. 2022.

CIASCA, E. C. *et al.* Art therapy as an adjuvant treatment for depression in elderly women: a randomized controlled trial. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 40, n. 3, p. 256-263, 1º fev. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018005001102&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462018005001102&script=sci_arttext). Acesso em: 19 set. 2022.

CUNNINGHAM, E. L. *et al.* Dementia. **The Ulster Medical Journal**, v. 84, n. 2, p. 79-87, 1o maio 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26170481/>. Acesso em: 3 out. 2022.

FANCOURT, D. *et al.* How do artistic creative activities regulate our emotions? Validation of the Emotion Regulation Strategies for Artistic Creative Activities Scale (ERS-ACA). **PLOS ONE**, v. 14, n. 2, p. e0211362, 5 fev. 2019. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0211362>. Acesso em: 4 out. 2022.

GUEDES, M. H. M.; GUEDES, H. M.; ALMEIDA, M. E. F. de. Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 731-742, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232011000400012>. Acesso em: 25 jul. 2022.

IM, M. L.; LEE, J. I. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. **Technology and Health Care**, v. 22, n. 3, p. 453-458, 2014. Disponível em: <https://www.medra.org/servlet/aliasResolver?alias=iiospress&doi=10.3233/THC-140803>. Acesso em: 7 set. 2022.

JARDIM, V. C. F. S. *et al.* Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Ge-**

**rontologia**, v. 23, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200173>. Acesso em: 19 jul. 2022.

LAKSMIDEWI, A. A. A. P. Instrumental Balinese Flute Music Therapy Improves Cognitive Function and serum Dopamine Level in Elderly Population of West Denpasar Primary Health Care Center. **Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences**, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6420933/>. Acesso em: 3 out. 2022.

LOURENÇO, A. Saiba porque a expectativa de vida do brasileiro vem crescendo. **Estado de Minas**. 2019. Disponível em: [https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2019/11/30/interna\\_bem\\_viver,1104760/saiba-porque-a-expectativa-de-vida-do-brasileiro-vem-crescendo.shtml](https://www.em.com.br/app/noticia/bem-viver/2019/11/30/interna_bem_viver,1104760/saiba-porque-a-expectativa-de-vida-do-brasileiro-vem-crescendo.shtml). Acesso em: 3 out. 2022.

MAHENDRAN, R. *et al.* Art therapy is associated with sustained improvement in cognitive function in the elderly with mild neurocognitive disorder: findings from a pilot randomized controlled trial for art therapy and music reminiscence activity versus usual care. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 615, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30413216/>. Acesso em: 7 set. 2022.

MEDEIROS, M. T.; SILVA, E. M. T. Benefícios da arteterapia para idosos: uma revisão de Nise à pandemia. **Revista Longeviver**, v. III, n. 11, jul./ago./set. 2021. Disponível em: <https://revistalongeviver.com.br/index.php/revistaportal/article/view/920>. Acesso em: 3 out. 2022.

MENDES, J. F. R.; SORIANO, S. S. Arteterapia com Idosos Institucionalizados: Uma Experiência de Estágio. **XIV Jornada Científica dos Campos Gerais Pesquisa e Direitos Humanos**, 2017. Disponível em: <https://iessa.edu.br/revista/index.php/jornada/article/view/213>. Acesso em: 18 set. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que significa ter saúde?** 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quer-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 3 out. 2022.

REIS, A. C. Arteterapia: a Arte como Instrumento no Trabalho do Psicólogo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 1, p. 142-157, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a11.pdf>. Acesso em: 3 out. 2022.

SILVA, K. A. *et al.* Eficácia da Arteterapia como tratamento complementar à depressão em idosos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e14010716411-e14010716411, 17 jun. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16411>. Acesso em: 19 set. 2022.

SOUZA, L. B. R.; GOMES, Y. C.; MORAES, M. G. G. The impacts of visual Art Therapy for elderly with Neurocognitive disorder: a systematic review. **Dementia & Neuropsychologia**, v. 16, n. 1, p. 8-18, mar. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9170261/>. Acesso em: 3 out. 2022.

WHO - World Health Organization. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. WHO. Genebra, 1946.

## Medicina e cinema

Byanka Porto Fraga<sup>41</sup>

*O cinema é, efetivamente,  
uma multidão de coisas.*

*Jacques Rancière*

**A**rte e medicina caminham juntas há muito tempo. Medicina é a ciência e a arte de *curar os doentes e aliviar o sofrimento*. Assim, a arte é uma vertente indissociável da medicina que proporciona o equilíbrio e a harmonia fundamentais para a boa prática médica; é ela quem traz para essa realidade do profissional a humanização tão importante para o desenvolvimento da aproximação, da confiança, da comunicação e do bom relacionamento médico-paciente (BLASCO, 2012; FERREIRA, 2019).

A medicina é, sem dúvidas, uma atuação que segue os modelos científicos baseados em normas e em condutas comprovadas que são aprendidas durante todos os momentos da graduação, sendo o de maior valorização a avaliação cognitiva (BLASCO, 2012). Porém, esse contexto passa por mudanças desde a última década, pois foi observada a necessidade de esses estudantes desenvolverem outras habilidades, como a comunicacional e a afetiva, além de apresentarem competência em realizar tarefas práticas, aptidão para o desenvolvimento pessoal e profissionalismo (PICANÇO, 2019). Para isso, boas práticas à beira do leito são a essência da arte da medicina. E as escolas estão descobrindo que ensinar as artes aos estudantes de medicina os ajuda a aprimorarem suas habilidades de observação e os ensina a serem mais empáticos (FERREIRA, 2019).

---

<sup>41</sup> Mestra e doutora. Atua como docente do Departamento de Educação em Saúde – DESL da Universidade Federal de Sergipe. Acadêmica de Medicina pela Universidade Tiradentes. Aracaju-SE.

Dessa forma, um dos pontos fundamentais é a humanização, sem a qual não é possível exercer essa profissão da melhor maneira possível. E, para que seja efetiva, a humanização da saúde deve ser feita através de uma reflexão sobre a prática médica e sobre o seu real objetivo, sendo, então, o uso da arte um caminho. O tema da humanização da medicina não é algo novo, mas uma preocupação sempre presente nos acadêmicos que comentam acerca do equilíbrio que sempre se deu na medicina entre as duas facetas que a compõem: a medicina como ciência, e a medicina como arte (ROBB, 1985).

Diante disso, profissionais da saúde, de uma forma geral, são convidados a refletir sobre suas atitudes. Essas atitudes são componentes da habilidade afetiva e indicam a disposição do indivíduo para agir a favor ou contra um estímulo, e é em função delas que se podem avaliar sentimentos e comportamentos (PICANÇO, 2019). O resultado é que a reflexão surge como o verdadeiro núcleo do processo humanizante (BLASCO *et al.*, 2010).

O Humanismo surge como uma fonte a mais de conhecimentos para o médico, como uma ferramenta de trabalho imprescindível, que é tão importante quanto os muitos outros conhecimentos e habilidades que adquire na escola médica. O Humanismo, para o médico, consiste essencialmente em adotar uma postura reflexiva no seu atuar e adotar um verdadeiro exercício filosófico da profissão, independentemente de qual seja o seu foco particular de atuação como médico (DECOURT, 2000).

De modo talvez excessivamente simples, pode-se dizer que humanizar é, em primeiro lugar, lembrar ao profissional que ele é um ser humano e que o paciente também o é – algo evidente, embora esquecido com muita frequência. E a reflexão traz isso à tona com vigor. Sendo assim, o cinema tem se mostrado um recurso eficaz para promover a reflexão, para fazer as pessoas pensarem (BLASCO, 2011). Logo, se o cinema ajuda a pensar e a refletir sobre as coisas essenciais da vida, converte-se num recurso educacional de valor para formar pessoas (BLASCO, 2017).

Somado a isso, o cinema, por ser um formato artístico altamente difundido nas sociedades, permite que as emoções sejam transmitidas de maneira mais eficaz e simples, já que os recursos audiovisuais que são utilizados são os mesmos que usamos diariamente nas nossas interações sociais, o que permite que a compreensão seja facilitada,



tornando-o uma ferramenta excelente para o ensino desses valores (BLASCO, 2020). O cinema ou a sétima arte, como é dito no *Manifesto das Sete Artes*, de Ricciotto Canudo, através da sua capacidade de demonstrar vários aspectos da realidade humana e de suas complexidades, pode facilitar a reflexão e ser facilmente utilizado na educação (BLASCO, 2017).

Em estudo realizado por Picanço, em 2019, entre alunos do 1º ao 6º anos do curso de Medicina, foi aplicado o questionário “Instrumento de Avaliação de Atitudes de Estudantes de Medicina frente a Aspectos Relevantes da Prática Médica”, antes e após os filmes *Um golpe do destino* e *Para sempre Alice*, para verificar a eficácia do uso do cinema como ferramenta de ensino de humanidades. Foi observado que todos os fatores avaliados pela escala frente a aspectos relevantes da prática médica apresentaram aumento significativo na frequência de atitudes positivas após as sessões dos filmes, mostrando, então, que o cinema é uma ferramenta pedagógica eficaz no ensino de atitudes humanísticas a estudantes do curso médico.

O universo da afetividade vem assumindo um crescente papel de protagonista no mundo da educação, e as emoções do aluno não podem ser ignoradas nesse processo; por isso, cabe ao educador contemplá-las e utilizá-las como verdadeira porta de entrada para compreender o universo do estudante. Formar o ser humano requer educar sua afetividade, trabalhar com as emoções, e para isso o cinema mostra-se particularmente útil na educação afetiva por sintonizar com o universo do estudante, onde impera uma cultura da emoção e da imagem, promovendo a reflexão que facilita a descoberta de si mesmo e permite extrair do núcleo íntimo do ser humano um compromisso por melhorar (BLASCO, 2002).

Julián Marías, em 1992, faz uma reflexão sobre a função educadora do cinema, mostrando que aumenta as possibilidades de ver e de ouvir:

O cinema nos descobre os recantos do mundo. Por meio dele reparamos nos detalhes. O cinema faz sair da abstração em que o homem culto costumava viver. [...] Apresenta a vida no seu concreto. O amor deixa de ser uma palavra e se torna visível em olhos, gestos, vozes, beijos. Aprendemos, com o cinema, a ver os homens e as mulheres nas suas posturas reais, nos seus gestos, vivos, não posando para um quadro de história ou um retrato. Sabemos como é distinto comer, sentar-se, dar uma bofetada, cravar um punhal, e abraçar, e ir embora

depois que se obteve uma negação a um pedido. [...] o que quer dizer que o seu mundo e sua vida, graças ao cinema, são inteiramente distintos do que sempre foram, e isto é justamente o que quer dizer educação.

A proposta de um novo modelo de humanismo médico surge como uma possibilidade sustentável para humanizar a medicina porque moldaria o processo de formação do médico na mesma fonte acadêmica. Desse modo, poderia se viabilizar esse modelo humanista que resulta da harmonia precisa, que sabe combinar em perfeita sintonia a ciência de uma medicina moderna, baseada em evidências, com a arte e os cuidados, que implicam entender o enfermo como pessoa, centrar-se no paciente e não apenas na doença que o acomete (BLASCO; MORETO, 2012). Cabe aos educadores e gestores o compromisso de fazer do processo de humanização em saúde um caminho real, concreto e prático. Na construção desse caminho, a educação com o cinema (BLASCO, 2011) oferece uma metodologia simples, acessível e divertida para aperfeiçoar seu desempenho.

Por todos esses aspectos, a arte, em especial o cinema, pode ser fundamental no processo didático-pedagógico para formação de futuros médicos, pois muitos são os benefícios, desde a formação humanística até a ampliação de habilidades afetivas. Por isso, o cinema se mostra como uma ferramenta útil, acessível e barata, sendo eficaz para o desenvolvimento da sensibilidade, do afeto e da empatia; por isso, é importante que os cursos invistam cada vez mais na inserção da arte no dia a dia dos seus alunos para uma melhor formação do profissional no futuro.

## REFERÊNCIAS

BLASCO, P. G. **Humanizando a medicina**: uma metodologia com o cinema. São Paulo: Centro Universitário; São Camilo: Setor de Publicação, 2011.

BLASCO, P. G.; MORETO, G. I. Feel Your PaIn: Empathy in Medicine. In: **Cinemeducation**: Using Film and Other Visual Media in Graduate and Medical Education. 1. ed. v. 2. London, UK: Radcliffe Publishing Ltd, 2012. p. 527-541.

BLASCO, P. G. A Arte Médica (I): a formação e as virtudes do médico. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 69, especial Oncologia 4, p. 9-17, 2012. Disponível em: [https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013\\_set\\_a\\_arte\\_medica\\_a\\_formacao\\_e\\_as\\_virtudes\\_do\\_medico.pdf](https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013_set_a_arte_medica_a_formacao_e_as_virtudes_do_medico.pdf). Acesso em: 10 dez. 2022.

BLASCO, P. G. Cinema, humanização e educação em saúde. **Revista de Pesquisa Interdisciplinar**, v. 2, n. 1, abr. 2017. Disponível em: <https://cfp.revistas.ufcg.edu.br/cfp/index.php/pesquisainterdisciplinar/article/view/125/121>. Acesso em: 10 dez. 2022.

BLASCO, P. G.; BENEDETTO, M. A. C.; GARCIA, D. S. O.; MORETO, G.; RONCOLLETTA, A. F. T.; TROLL, T. Cinema for educating global doctors: from emotions to reflection, approaching the complexity of the Human Being. **Primary Care**, v. 10, p. 45-47, 2010.

BLASCO, P. G. **Educação Médica, Medicina de Família e Humanismo**: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5144/tde-31082009-085309>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BLASCO, P. G. *et al.* Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. **Revista brasileira de educação médica**, v. 29, p. 119-128, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v29.2-018>. Acesso em: 25 nov. 2022.

DECOURT, L. V. William Osler na Intimidade de Seu Pensamento. **Revista do Incor**, 2000.

FERREIRA, O. F. Arte e Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 3-4, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v-43n4RB2019editorial>. Acesso em: 7 jan. 2023.

MARÍAS, J. **La educación sentimental**. Madrid: Alianza Editorial, 1992.

PICANÇO, T. S. da C. *et al.* O Cinema como Recurso Educacional no Ensino de Atitudes Humanísticas a Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, p. 57-68, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v43suplemento1-20180164>. Acesso em: 7 jan. 2023.

ROBB, D. Ciência, **Humanismo e Medicina**. **Rasegna**, n. 3, p. 21-32, 1985.

## Cinema: ilusão, arte, humanidades

Anselmo Mariano Fontes<sup>42</sup>

### HISTÓRICO

Era uma vez, dois irmãos franceses, Louis e August Lumière, que, no final do século XIX, mais precisamente em 28 de dezembro de 1895, fizeram a primeira projeção pública de filmes de curta-metragem no salão indiano do Le Grand Café, em Boulevard des Capucines, através de uma máquina inventada por eles, denominada Cinematógrafo (basicamente uma caixa de madeira com uma lâmpada na dianteira e uma manivela lateral). Entre os filmes, *A Saída dos Operários da Fábrica Lumière* (La Sortie de L'usine Lumière á Lyon), de 1895, com duração de 46 segundos, e *Chegada de um Trem à Estação* (L'arrivée d'un Train en Gare de la Ciotat), com aproximadamente 42 segundos, que mostrava um trem chegando à estação em Paris.

Desacreditado no início. “O cinema é uma invenção sem futuro”, disse Louis Lumière, porém, dessa época até o momento atual, o cinema não parou de crescer em todos os aspectos, principalmente no tocante à implementação do movimento, da sonorização (o primeiro filme com som foi projetado em 1927, chamado *O Cantor de Jazz*, com o ator Al Jolson), da colorização, da tecnologia, entre outros tipos de evolução. Claro que para que o Cinematógrafo fosse inventado precisou do desenvolvimento de outros elementos anteriores a ele, como o Cinetoscópio, inventado por Thomas Edson, assim como a fotografia, a lâmpada.

Mas foi através de Georges Méliès, um ilusionista, diretor e ator, que o cinema se transformou na arte do entretenimento, conseguindo fazer aproximadamente 500 filmes usando técnicas teatrais e efeitos

---

42 Médico oncologista pediátrico. Escritor e cinéfilo. Membro da Academia Sergipana de Medicina e da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores.

especiais. Nos Estados Unidos, o cinema ganhou grande dimensão graças principalmente a D. W. Griffith, cineasta e ator que inovou na realização de filmes com certos recursos como o uso do close e a técnica de iluminação, e de Edwin S. Porter, diretor e ator norte-americano que aprimorou a apresentação artística dos filmes. Filmou o clássico *O Grande Roubo do Trem* (The Great Train Robbery), lançado em 1903, com 12 minutos de duração, sendo o primeiro filme do gênero western.

Para alavancar a realização e distribuição dos filmes e com o advento do som, surgiram os estúdios cinematográficos, sendo os maiores: Universal Pictures, fundado pelo imigrante nascido na Alemanha Carl Laemmele e que produziu os primeiros filmes clássicos do gênero terror; Metro-Goldwin-Meyer – MGM, que investiu em filmes musicais, românticos e filmes para a família; Paramount, fundado pelo imigrante húngaro Adolf Zukor, que investiu em clássicos de terror; Columbia, fundado pelo milionário americano Harry Cohn; United Artists, fundado por Charles Chaplin; Warner, fundado pelos irmãos Warner, com investimento, inicialmente, em filmes de gângsteres; Radio Keith Orpheum – RKO, que investiu em musicais, e o seu maior destaque foi *King Kong* (1933).

Com a fundação da Academia de Artes e Ciências Cinematográficas – AACC, em Hollywood, em março de 1927, e que tem como escopo homenagear as produções cinematográficas, foi criada uma estatueta de 33,75 centímetros, folheada a ouro, chamada de Oscar, que é entregue anualmente às pessoas e produções premiadas.

O cinema ganhou o título de Sétima Arte, dado pelo jornalista e crítico de cinema italiano Ricciotto Canudo, permanecendo esse reconhecimento até hoje, podendo interagir com as outras formas de arte como a pintura, a dança, a música. É dito que o cinema reúne todas as formas de arte em uma só. São consideradas outras formas de arte: arquitetura, escultura, pintura, música, literatura e dança.

Na década de 80, predominaram os filmes de alta tecnologia, e na década de 90 foi a vez das produções milionárias como *Titanic* e *Guerra nas Estrelas*. O cinema virou um fenômeno mundial com particularidades em cada país. Filmes expressionistas, a *nouvelle vague*, filmes *noir*, filmes de arte ou cult. A Sétima Arte não parou de evoluir e incorporar

as novas tecnologias. Hoje essas tecnologias nos permitem assistir a filmes em domicílio ou através do telefone celular.

Para quem pensou que o cinema iria sofrer uma queda no status com o advento da televisão, isso não ocorreu, e, na opinião deste escriba, não ocorrerá jamais, mesmo com a chegada dos DVDs, das plataformas de *streaming* ou dos avanços tecnológicos que a televisão possa adquirir. Assistir a um filme num local específico é um ritual desde o início, analisando a ficha técnica, para então podermos “degustar” o filme propriamente dito. Pode-se ressaltar a época em que se passou a história do filme, se a história é real e a música – que talvez seja um dos elementos mais importantes em um filme e que ou nos sensibiliza, como na cena do restaurante na minissérie “O Recomeço” (2022), em que a canção “Nel Blu di Pinto di Blu” (Volare), composição de Domenico Modugno, interage com a gastronomia, ou nos faz ficarmos apreensivos, como no caso do filme *Apocalypse Now* (1979), na cena do ataque americano a um vilarejo no Vietnã ao som da “Cavalcada das Valquírias” (Richard Wagner), adquirindo o status de uma das cenas de combate mais impactantes do cinema. Outros elementos são analisados, como a fotografia e onde o filme foi realizado. Cito *O Senhor dos Anéis* (2001) e *Natureza Selvagem* (2007).

A interpretação desses elementos é individual. O que é bom para mim pode não ter o mesmo impacto para outra pessoa. O cinema, no início, se destacou como meio de entretenimento, mas foi além disso. Ele tem a característica de mostrar fatos históricos ou não, reais ou fictícios.

## **HUMANIZAÇÃO, ARTES**

O cinema encontra na medicina, ou vice-versa, uma grande aliada e tem o poder de abordar um dos aspectos, a meu ver, primordiais no curso médico, que é a Humanização. Atualmente, a medicina tem um alto suporte tecnológico direcionado para as especialidades. Será um desafio, mas não impossível, implementar conceitos de Humanidades na área médica. Sou formado há 45 anos e sempre exerci a arte de Hipócrates com sensibilidade, me aproximando dos valores morais e éticos. As artes, no nosso caso, a Sétima Arte, o cinema, pode contribuir significativamente, abordando temas para análise e discussão: relação médico-paciente, liderança, ética médica, religiosidade, patologias, entre outros.

Foi pioneiro da humanização o Dr. Hunter Doherty, conhecido como Patch Adams, retratado no filme *Patch Adams, o amor é contagioso* (1998), sendo a doença secundária à saúde mental e hospitalar do paciente. Ele usava o humor (palhaços) para conseguir seus objetivos, o que foi disseminado em todo o mundo.

Geralmente, os filmes com temas médicos atraem o público. Alguns abordam patologias e sua evolução, mostrando afetividade e empatia no cuidar do paciente, como no filme *O Óleo de Lorenzo* (1992), no qual os pais de uma criança lutam com fé e persistência para salvar seu filho portador de uma doença rara. Outros mostram a vida e a luta de médicos para chegarem ao sucesso profissional, como em *Quase Deuses* (2004), que destaca itens como racismo, amizade e superação. *Mãos Talentosas* (2009) narra a história do Dr. Benjamin Carson, neurocirurgião. Outras obras retratam as artes do diagnóstico, através do Dr. Gregory House, nas oito temporadas que compõem a série *House, M.D.* (2004).

Uma amostragem da Sétima Arte que recomendo aos profissionais de saúde e estudantes de medicina é *Um Golpe do Destino* (1991), em que poderemos analisar vários requisitos da humanização (relação médico-paciente, ética, empatia, compartilhamento, mudança de valores). Dr. Jack McKee, cirurgião conceituado, mas arrogante e com pouco relacionamento com seus pacientes, desenvolve um tumor na garganta, passando a vivenciar ativamente o lado dos pacientes. A humanização não deve estar presente somente no diagnóstico e no tratamento, mas sim desde o primeiro contato com o paciente.

Fica como recordação um dos filmes mais belos e sensíveis, *Cinema Paradiso* (1989), com direção de Giuseppe Tornatore. Narra a história de uma criança (Salvatore) num vilarejo da Itália e de seu cinema local, onde faz amizade com o projetorista. O que seria de Cinema Paradiso sem a música (arte) de Ennio Morricone, sem a figura do personagem Alfredo (arte)?

Concluo citando Pablo Gonzalez Blasco: “O que importa num filme não é o drama das imagens, mas o drama das almas”.

## REFERÊNCIAS

COLEÇÕES CARAS. **A história do cinema**: o nascimento do cinema. Editora Trust in News. Fascículo 1. s/d.

COUSINS, M. **A história do cinema**: uma odisséia. Documentário em DVD. Reino Unido. Parte 1 (1895 a 1969). 2014.

SABADIN, C. **A história do cinema para quem tem pressa**: dos irmãos Lumière ao século 21 em 200 páginas! 1. ed. Editora Valentina, 2018.



## A criatividade como fonte de diagnóstico e terapia para transtornos e doenças mentais

*Ana Tereza da Costa Peixoto<sup>43</sup>*

*Kaio Felipe Vieira Santos<sup>43</sup>*

*Pedro Lucas Ferraz Ramos<sup>43</sup>*

*Sara Thainá Bela da Silva<sup>43</sup>*

### O QUE É CRIATIVIDADE?

**A** criatividade é uma peculiaridade exclusiva e de caracterização da humanidade, influenciando na formação de ideias e garantindo originalidade às respostas impulsivas e voluntárias, sendo a grande promotora da individualidade de cada pessoa. Dessa maneira, a arte, que é uma forma de comunicação humana que expressa a cognição simbólica, por meio de percepções, vivências e sentimentos, é um retrato claro da criatividade da raça humana. Assim, o ato criativo é praticado em todas as culturas e em todas as fases da história, sendo fonte de representações da realidade e da abstração, bem como um método de reprodução da sociedade e de suas mazelas (CIPRIANI *et al.*, 2019).

É importante destacar outros pontos importantes que envolvem a criatividade e a arte, haja vista que, além de funções sociais e individuais, a definição do comportamento dos indivíduos é gerada por mecanismos responsáveis pela origem dessa singularidade fisiológica humana (MILLER; MILLER, 2013). Nesse cenário, pode-se considerar a arte como uma expressão das funcionalidades do sistema nervoso, que interpreta e organiza a percepção de mundo por meio de circuitos e conexões específicas, além de habilidades próprias de cada sujeito (MENDEZ, 2004; MILLER; MILLER, 2013).

---

43 Graduandos do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

O pensamento criativo, segundo Sampedro *et al.* (2020), é formado principalmente pelo pensamento de divergência, aquele que não segue a lógica padrão da maioria dos indivíduos, ou seja, é capaz de gerar e formatar, de maneira simultânea, agrupamentos indiretos entre conceitos de classes diferentes, além de alternativas variadas para a resolução de problemas. Essa forma de raciocínio complexa envolve a interligação dos lobos frontal e temporal, somada ao empenho dos sentidos, da memória, da práxis e das funções executivas, e estudos modernos relatam ainda que ações específicas nos campos de atuação mental, emocional e cognitivo estão relacionadas a padrões de correspondência específica entre fisiologia e expressão criativa (CIPRIANI *et al.*, 2019).

Para Cruz *et al.* (2021), a capacidade de combinar a habilidade, o processo e o ambiente na produção de algo individual e útil ao seu contexto resulta na criatividade. A criatividade é um fator fundamental em relação ao diagnóstico de transtorno e doenças mentais e tem sido um tópico muito discutido para estudos humanos e pesquisas acadêmicas. De fato, a criatividade humana possibilita que o cérebro faça novas conexões neurais que ativam novos caminhos em relação à neuroplasticidade, entretanto definir criatividade e as conceituações de processos criativos é ainda difícil no contexto das pesquisas empíricas (PARNAS *et al.*, 2019). Isso porque a criatividade é uma habilidade cognitiva complexa e associada a várias regiões do cérebro, como córtex pré-frontal, lóbulo parietal inferior, córtex cingulado, giros temporais inferior e superior e cerebelo, além de a atividade do neurotransmissor dopamina ter sido associada a essa característica (CHANDRA *et al.*, 2018).

### **A criatividade como fonte de diagnóstico de transtornos mentais**

A relação entre criatividade e diagnóstico se apresenta muito além da perspectiva de ajudar pessoas com transtorno mental. Há ainda a questão de que muitos estudos investigam a ligação entre a criatividade e muitas doenças mentais. De fato, Parnas *et al.* (2019) sugerem que a ligação observada entre criatividade e doença bipolar pode ser devido a características de comportamento, como altos níveis de energia e de atividade, além de propensão ao pensamento rápido e combinatório.

Já no caso da criatividade e esquizofrenia, a relação não é totalmente definida, porém há muitos mecanismos previstos, como a característica

do pensamento divergente – propensão a estilos cognitivos distintos e incomuns – ou, em uma perspectiva envolvendo a genética e o meio, de mudanças expressas no fenótipo esquizotípico, de distúrbio de sintonia pré-reflexiva entre o self, o indivíduo, e o mundo, o que fez levantar a hipótese de que a vulnerabilidade à esquizofrenia estaria associada a uma maior capacidade de pensamentos, sentimentos e expressões novas e originais (PARNAS *et al.*, 2019; SANDSTEN; NORDGAARD; PARNAS, 2018). Crianças com Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – TDAH também demonstram maior criatividade devido ao controle inibitório prejudicado, que pode facilitar o pensamento divergente (CHANDRA *et al.*, 2018).

A hipótese do gênio e do louco é bastante difundida por pesquisadores da saúde. A variação entre haver, ou não, produção criativa nas pessoas que possuem algum tipo de transtorno psicológico é apontada em estudos como positiva (quando há criação) e negativa (quando a criatividade está impelida pelo problema mental). E sobre tal criação possuir maior intensidade caso o indivíduo apresente algum transtorno psíquico, esse é um ponto amplamente questionado. A existência de produtores artísticos expoentes com histórico de disfunção mental, como o pintor Vincent van Gogh e o escritor Walt Whitman, revela que essa conjectura é debatida há muito tempo. Nesse sentido, a terapêutica criativa pode ser ainda mais fomentada em pacientes com esse perfil (SIMONTON, 2014).

A neurociência moderna consegue, por meio de neuroimagem funcional, investigar os processos de performance artística de cérebros saudáveis, e, assim, os estudos desse campo se tornam mais expressivos e avançam na relação entre criatividade, arte e funções cerebrais (DEMARIN *et al.*, 2016). Nesse cenário, pode-se destacar, por exemplo, a arte, que é um produto fundamentado na criatividade humana, como um mecanismo que ajuda no diagnóstico dos transtornos e doenças mentais (ZHAO *et al.*, 2022).

Baseando-se nos poucos ensaios acerca do tema, sabe-se que, no processo artístico, o indivíduo se utiliza de uma gama de regiões corticais e subcorticais para a organização e realização de sua obra, sendo o lado não dominante o responsável pela estruturação da forma visual e a parte dominante a autora do detalhamento. Nas doenças e nos

transtornos mentais específicos, são afetadas, de forma particular, áreas específicas do cérebro, deixando outras partes inalteradas. Assim, danos no córtex pré-frontal podem gerar alterações nas ações voluntárias e na individualidade do fazer artístico, podendo alterar o fluxo de ideias, a flexibilidade do pensamento, o planejamento, a abstração e as ideias originadas pelas regras (CIPRIANI *et al.*, 2019).

Estudos evidenciam também que artistas com patologias degenerativas progressivas possuem fases diferentes de produção criativa, ou seja, dependem da extensão da disfunção, da localização, da etapa e da natureza daquela doença especificamente (CIPRIANI *et al.*, 2019). Além disso, deve-se levar em consideração se esse paciente está sob o uso de medicações que alteram a sua função neurológica, pois elas agem de forma que as características da criatividade sejam modificadas. Como exemplo, tem-se o lítio, que em pessoas com Transtorno Bipolar pode deixar o indivíduo desmotivado, sem capacidade associativa e inibido (CRUZ *et al.*, 2021). Assim, observando esses estágios e seus ciclos de originalidade, é possível investigar, por meio da neuroimagem e da observação, a degradação de forma paulatina desses circuitos fisiológicos, relacionando as bases neurológicas que se associam a cada etapa de expressão do artista (CIPRIANI *et al.*, 2019).

Doenças que afetam as funções cerebrais e o envelhecimento influenciam na criatividade de forma direta, seja pela mudança no padrão de transmissão nervosa, seja pela alteração ou extinção de fontes externas de potencial criativo. Adicionado a isso, na pessoa idosa haverá um processo de declínio da criatividade devido ao processo de senescência, e nas doenças neurodegenerativas essa diminuição de potencial ocorrerá de acordo com o grau da disfunção cognitiva, motora e de comportamento. Atrelado aos fatores de influência, as alternâncias de padrões da criatividade dependem do estado do indivíduo, sendo as condições “normal” ou “em crise” pontos extremos para a classificação (CIPRIANI *et al.*, 2019). Nessa vertente de raciocínio, há um grande questionamento: qual o limite entre o talento nato de um indivíduo e a criatividade artística gerada pela mudança de padrão cognitivo?

O estudo intitulado “A criatividade e psicopatologia: uma visão interdisciplinar”, de Holm-Hadulla *et al.* (2020), aponta para doenças, como esquizofrenia e demência, serem proeminentes fatores para a perda da

criatividade por parte dos pacientes. Tal fato se deve à relação direta com ser criativo e a adaptação psíquica que o indivíduo pode, ou não, apresentar. Essa capacidade de cuidar das próprias problemáticas mentais é discutida em setores, como o artístico. O debate sobre a capacidade criativa de um cantor ou um escritor, por exemplo, frente à existência de algum transtorno psicológico é bastante difundido. Algumas pesquisas já apontaram para a capacidade de criar arte em suas mais variadas facetas. Isso denota que a autoterapêutica pautada no processo criativo pode ser um meio viável para a promoção do bem-estar do indivíduo.

### **O uso da criatividade como terapia para indivíduos com transtornos mentais**

Os transtornos e doenças mentais, apesar de poderem restringir diversas atividades, não podem ser vistos apenas como condições debilitantes e determinantes. A doença é apenas um aspecto da identidade individual, e não toda ela. Na verdade, a criatividade e a arte devem ser incentivadas nesses indivíduos, já que levam a novas oportunidades de redefinição do estado de ser e de transformação da realidade social.

A análise da criatividade pode ser realizada por meio de pesquisas mais específicas. Um estudo realizado por Huang *et al.* (2012) teve como objetivo identificar se havia diferenças entre os dois lados do cérebro durante a criação de figuras. Tal pesquisa apontou que o lóbulo frontal esquerdo pode agir como inibidor do lóbulo frontal direito no momento em que a figura está sendo produzida. Essa observação, obtida por meio de ressonância magnética, demonstra a importância que o estudo das interferências cerebrais possui no tocante à aplicação de métodos criativos de tratamento para as doenças e os transtornos mentais, pois tal característica pode apresentar variação de intensidade para cada paciente. Dessa forma, entender que pode haver especificidades para a efetividade da terapêutica é de extrema importância para uma boa aplicabilidade.

A terapia mental perpassou, historicamente, caminhos tortuosos na questão da manutenção dos direitos e do bem-estar geral do paciente. Procedimentos como a lobotomia, o eletrochoque e o coma, causado pela aplicação de insulina, foram mecanismos utilizados no passado que geraram consequências irreversíveis para muitos pacientes. Por esse

motivo, é impossível falar sobre a existência da criatividade para o tratamento de doenças mentais e não mencionar o trabalho da psiquiatra brasileira Nise da Silveira, que foi um expoente no país da terapêutica mais humanizada e criativa em relação aos transtornos mentais.

Nise foi uma das profissionais que introduziu a arte no tratamento dos transtornos psicológicos. Ela viu em expressões como a pintura e o desenho formas de entender o que se passava na mente dos pacientes, pois muitos dos assistidos por ela à época não conseguiam se comunicar de modo eficaz (MAGALDI, 2018). Essas intervenções não tradicionais, como fotografia, dança, música, poesia, pintura e mídia digital, têm sido amplamente estudadas e usadas em oficinas criativas a fim de promover a recuperação de pessoas com problemas de saúde mental (SLATTERY *et al.*, 2020).

No entanto, apesar da existência de profissionais como Nise, a criatividade na terapêutica passou por entraves quanto à sua implementação, uma vez que, mesmo havendo relatos na literatura acerca da exibição de filmes sobre a produção de artes visuais por parte dos pacientes, ainda existiam registros de procedimentos agressivos nas instituições, bem como a sua discussão em simpósios da época. Isso demonstra o paradoxo e a dificuldade em implantar métodos menos danosos, assim como a importância da criatividade para contribuir com esse feito benéfico (ARAÚJO; JACÓ-VILELA, 2018).

A atual configuração da assistência psiquiátrica no controle dos sintomas das patologias mentais muitas vezes desconsidera as necessidades reais dos pacientes. Alguns deles buscam, por conta própria, chegar ao limiar do suportável para a doença devido à busca por criatividade (GREENWOOD, 2016). Por isso, encontrar soluções inovadoras que possam contemplar o querer do indivíduo é de extrema importância para a aplicação de um tratamento criativo.

Dessa forma, elementos como a já citada arteterapia, a ioga e a arquitetura, que podem atuar na terapêutica dos problemas de ordem psíquica, são exemplos diversificados de cuidado para com os pacientes (LUCENA, 2021). Outro exemplo que vale destacar é a prática da terapêutica com animais, implementada por Nise da Silveira, a qual ainda hoje é utilizada e bem avaliada pelos profissionais quanto à sua cooperação no tratamento dos pacientes. Isso pode ser visualizado no

Hospital Santa Mônica, que trabalha atualmente na promoção do bem-estar mental de crianças por meio da terapia assistida com cães (MÔNICA, 2020).

Pode-se destacar ainda que o treinamento artístico aumenta a atenção e a cognição por meio da neuroplasticidade dependente da atividade. Assim, ao praticar atividades artísticas com que a pessoa tem afinidade, como música, dança e teatro, redes de atenção neurais são ativadas, as quais são fundamentais para o processo de aprendizagem e memória (CHANDRA *et al.*, 2018; DEMARIN *et al.*, 2016).

Esse talento multidimensional expresso por um indivíduo também é significativo para o bem-estar e o seu tratamento, e essas atividades vêm sendo utilizadas no mundo inteiro como recurso de terapia. Com a Reforma Psiquiátrica, o Brasil pôde experimentar, a partir da segunda metade do século XX, uma assistência que valoriza tais expressões, elencando o empoderamento, a sociabilidade, a minimização de aspectos negativos da doença mental, a expressividade, a autodescoberta e a reconquista da esperança como pilares para essa terapêutica (CORREIA; TORRENTÉ, 2016). Assim, terapias não farmacológicas são de grande importância para a higidez dos indivíduos, além de que, pelo crescente número de pessoas que vivem com transtornos e patologias mentais, o uso desse tipo de abordagem pode ter grande impacto na saúde pública de forma geral (WINDLE *et al.*, 2014).

Trabalhar em grupos que impulsionam a criatividade proporciona que as pessoas diagnosticadas com doença mental possam experimentar diversas categorias como: expressão artística, trabalho em grupo, a importância de se sentir seguro e apoiado, sentir-se conectado e aceito pelos outros, o compromisso de participar dessas reuniões e o impacto dos mentores como inspiração (SLATTERY *et al.*, 2020). Nesse cenário, a criatividade ajuda a lidar com e a entender melhor o diagnóstico de doença mental, uma vez que oferece oportunidades para explorar a doença mental e o impacto dela na vida em diversos aspectos da identidade e da doença.

A tecnologia moderna no campo das neurociências já mostra, por exemplo, como a música modifica o cérebro humano nos campos de tempo e linguagem, memória e controle motor ao estimular partes específicas do cérebro (DEMARIN *et al.*, 2016). Isso se aplica no campo

prático do tema transtornos mentais ao apresentar que alguns tipos de música, que utilizam especificações técnicas parecidas com a música de Chopin, podem auxiliar na atenuação da ansiedade, além de ter um efeito positivo na redução da insônia e da fadiga (DEMARIN *et al.*, 2016). Tal perspectiva foi mostrada em um estudo feito por Sarkamo *et al.* (2008), que dividiram pacientes com transtorno de humor depois de um derrame em três grupos: um foi o controle, outro escutou música uma hora por dia e o último grupo escutou idioma em *audiobook*. O resultado mostrou que o grupo que escutou música teve taxas menores de depressão, de irritabilidade e de estado de confusão.

Outro estudo prospectivo destacado por Demarin *et al.* (2016) mostra que indivíduos que cantavam por hobby tinham marcadores fisiológicos da felicidade como serotonina e outras endorfinas em níveis maiores depois que cantavam do que antes, além da redução do hormônio do estresse. Esses estudos demonstram, então, o quanto a criatividade, por meio da arte, ajuda no diagnóstico e no tratamento dos transtornos mentais.

Pessoas com transtornos neurodegenerativos podem se beneficiar da criatividade, mesmo que na maioria dessas doenças a capacidade artística, criativa e de linguagem seja diminuída, ocorrendo déficits de desempenho com declínio neurocognitivo. De fato, pessoas com demência frontotemporal, apesar da atrofia e da perda cognitiva nessas regiões, podem ter ativados outros lobos do cérebro, como o parietal ou occipital, levando a uma forma mais original de produzir arte. Ademais, outros artistas que sofrem da doença de Alzheimer mostraram mais trabalho artístico criativo durante a doença, entretanto somente em certo período dela, uma vez que, devido a déficits nas regiões visuoespaciais, mudanças da percepção da cor, deterioração cognitiva e erros espaciais, a capacidade artística é geralmente perdida ou vastamente diminuída. (CHANDRA *et al.*, 2018; DEMARIN *et al.*, 2016).

É importante destacar que o apoio familiar e de amigos é essencial para preservar a capacidade criativa por mais tempo em pessoas com doenças mentais neurodegenerativas como demência e também no apoio do tratamento como terapia em outras diversas condições como depressão, agitação e desordem do sono. Slattery *et al.* (2020) mostraram em seu estudo sobre oficinas criativas que o uso de artes visuais,



música, dança e escrita criativa proporcionou uma nova linguagem para os participantes com transtornos mentais descreverem e compreenderem tanto sua doença quanto sua recuperação.

Nesse sentido, a oportunidade de explorar e entender sua doença através de meios artísticos forneceu novas perspectivas e maneiras de compartilhar esses entendimentos com outras pessoas, incluindo familiares, amigos e os profissionais que os tratam. Um outro exemplo prático disso é do expressionista holandês Willem de Kooning, que, ao ser diagnosticado com Alzheimer, perdeu o interesse pela pintura, no entanto, com o apoio da esposa, oito anos depois, resolveu voltar ao meio artístico. Apesar da mudança drástica de sua arte e de problemas neurofuncionais decorrentes da doença, suas composições abstratas são classificadas como uma das mais bonitas e sensuais entre os pintores modernos (DEMARIN *et al.*, 2016).

## CONCLUSÕES

Portanto, a criatividade no tratamento de transtornos e doenças mentais é, desde muito tempo, essencial para a quebra de preconceitos e a manutenção da dignidade dos pacientes. O surgimento de intervenções que consideram o contexto e a aceitabilidade de cada pessoa atendida é de extrema relevância para a promoção do bem-estar do cidadão. Por esse motivo, pautar a terapia em atitudes que estimulem o lado criativo e o lado promotor de autonomia é essencial para a instauração de um serviço de saúde psicológica eficiente.

Assim, educar os outros sobre uma doença mental como depressão e esquizofrenia, conscientizar sobre a prevalência da doença mental na sociedade ou questionar mitos sobre a doença mental são modos de usar de forma concreta as histórias dos diagnósticos de saúde mental na tentativa de atenuar seus estigmas.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, J. H. Q. de; JACÓ-VILELA, A. M. A experiência com arte na Colônia Juliana Moreira na década de 1950. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 25, n. 2, p. 321-334, jun. 2018.
- CHANDRA, S. R.; AHAMED, S.; ANNAPOORNI, C. S. V. Can Plasticity Transform Functions in Neurodegeneration in Children as Well as Adults? An Observational Study. **Indian Journal of Psychological Medicine**, v. 40, n. 1, p. 61-67, jan. 2018.

CIPRIANI, G. *et al.* Links Between Painting and Neurology: The Example of Dementia. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, v. 34, n. 4, p. 217-222, 30 jan. 2019.

CORREIA, P. R.; TORRENTÉ, M. DE O. N. de. Efeitos terapêuticos da produção artística para a reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 487-495, dez. 2016.

CRUZ, T. N. da *et al.* Creativity in bipolar disorder: a systematic review. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, 2021.

DEMARIN, V. *et al.* Arts, Brain and Cognition. *Psychiatria Danubina*, v. 28, n. 4, p. 343-348, 2016.

GREENWOOD, T. A. Positive Traits in the Bipolar Spectrum: The Space between Madness and Genius. **Molecular Neuropsychiatry**, v. 2, n. 4, p. 198-212, 2016.

HOLM-HADULLA, R. M. *et al.* Creativity and Psychopathology: An Interdisciplinary View. **Psychopathology**, v. 54, n. 1, p. 39-46, 16 dez. 2020.

HUANG, P. *et al.* Evidence for a left-over-right inhibitory mechanism during figural creative thinking in healthy nonartists. **Human Brain Mapping**, v. 34, n. 10, p. 2724-2732, 21 abr. 2012.

LUCENA, A. B. O. Centro de atenção psicossocial III: a importância da arquitetura no tratamento de doenças psíquicas. **dspace.uniceplac.edu.br**, 26 ago. 2021.

MAGALDI, F. S. A psique ao encontro da matéria: corpo e pessoa no projeto médico-científico de Nise da Silveira. **Hist. Ciênc. Saúde**, Manguinhos, v. 25, n. 1, p. 69-88, 2018.

MENDEZ, M. F. Dementia as a window to the neurology of art. **Medical Hypotheses**, v. 63, n. 1, p. 1-7, jan. 2004.

MILLER, Z. A.; MILLER, B. L. Artistic creativity and dementia. **Progress in Brain Research**, v. 204, p. 99-112, 2013.

PARNAS, J. *et al.* Schizophrenia and Bipolar Illness in the Relatives of University Scientists: An Epidemiological Report on the Creativity-Psychopathology Relationship. **Frontiers in Psychiatry**, v. 10, 2 abr. 2019.

SAMPEDRO, A. *et al.* Papel mediador da cognição e cognição social na criatividade entre pacientes com esquizofrenia e controles saudáveis: revisitando o modelo de vulnerabilidade compartilhada. **Psiquiatria e Neurociências Clínicas**, v. 74, n. 2, p. 149-155, 2020.

SANDSTEN, K.; NORDGAARD, J.; PARNAS, J. **Kreativitet og psykose**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/kreativitet-og-psykose>. Acesso em: 16 nov. 2022.

SARKAMO, T. *et al.* Music listening enhances cognitive recovery and mood after middle cerebral artery stroke. **Brain**, v. 131, n. 3, p. 866-876, 20 fev. 2008.

SIMONTON, D. K. The Mad-Genius Paradox. **Perspectives on Psychological Science**, v. 9, n. 5, p. 470-480, set. 2014.

SLATTERY, M. *et al.* Participation in creative workshops supports mental health consumers to share their stories of recovery: A one-year qualitative follow-up study. **PLOS ONE**, v. 15, n. 12, p. e0243284, 3 dez. 2020.

WINDLE, G. *et al.* Understanding the impact of visual arts interventions for people living with dementia: a realist review protocol. **Systematic Reviews**, v. 3, n. 1, 15 ago. 2014.

ZHAO, R. *et al.* An Updated Evaluation of the Dichotomous Link Between Creativity and Mental Health. **Frontiers in Psychiatry**, v. 12, 17 jan. 2022.

## Música, neurociência e autismo: unindo arte e saúde em uma abordagem interdisciplinar

Clara Virgínia Diógenes Santana Santos<sup>44</sup>

Nino Karvan<sup>45</sup>

*A música é minha vida e a minha vida é a música.  
Quem não entender isso, não é digno de Deus.*

*Wolfgang Amadeus Mozart*

### INTRODUÇÃO

A música esteve presente na história da humanidade desde o princípio. Quer seja como forma de expressão, ensinamento ou ludicidade, ela sempre esteve intrinsecamente ligada à vivência humana, assumindo um papel de destaque na transmissão de ideias e pensamentos entre os indivíduos. É através da música que o homem se torna capaz de refletir o subconsciente da sua alma, mesmo sem sequer precisar dizer uma só palavra, ou, ainda, consegue transpor em versos todas as palavras que nunca pôde dizer. Ademais, é justamente essa capacidade musical de poder explorar o subjetivo e conectá-lo ao social que está sendo cada vez mais utilizada no tratamento complementar de diversos transtornos mentais, com destaque para o Transtorno de Espectro Autista – TEA.

O TEA, mais popularmente conhecido como autismo, classifica-se como um transtorno de neurodesenvolvimento resultante de uma desordem no sistema nervoso central. Embora a sua etiologia ainda seja desconhecida, sabe-se que esse distúrbio afeta em diferentes níveis a

---

44 Graduada do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

45 Musicoterapeuta filiado à Associação Baiana de Musicoterapia – ASBAMT.

capacidade de comunicação e interação social de seus portadores, além de propiciar a manifestação de certas estereotípias. Estima-se que mais de dois milhões de brasileiros sejam portadores dessa condição, cujos sintomas envolvem alterações cognitivas, problemas psicomotores, disfunção no processamento auditivo central e dificuldade no desenvolvimento da teoria da mente (LOURO, 2021). Além disso, pode ser observado que indivíduos autistas são dotados de uma certa sensibilidade a aspectos sensoriais do ambiente circundante, sendo essa a principal característica explorada no âmbito das terapias musicais voltadas para o tratamento complementar do transtorno autista (SOUSA *et al.*, 2019).

Sobre isso, ressalta-se, a princípio, que para analisar a clínica do autismo é necessário entender antes a estreita relação entre a linguagem e a formação da subjetividade nos indivíduos. Nesse sentido, nota-se a importância do mecanismo linguístico para a afirmação do “Eu” dentro de um sistema simbólico, caracterizando um ser falante com desejos e pensamentos próprios. No entanto, o desenvolvimento desse “Eu” muitas vezes torna-se comprometido em alguns pacientes com TEA justamente pelas características próprias desse transtorno, as quais desfavorecem o desenvolvimento da linguagem. É nessas circunstâncias, então, que a capacidade de sensibilidade musical dos pacientes autistas ganha ainda mais importância, tendo em vista que possibilita o estabelecimento de uma relação simbólica com o “Outro” (SOUSA *et al.*, 2019).

Sob essa perspectiva, observa-se que o contato com as propriedades musicais, principalmente na dimensão rítmica, contribui para o desenvolvimento da estruturação psíquica e da intersubjetividade nos indivíduos logo desde o seu nascimento. Dessa forma, os bebês não apenas podem reconhecer um certo padrão sonoro na voz da mãe, ou do cuidador, como são capazes também de estabelecer uma “mútua conversação rítmica e afetiva” com eles, dando início ao processo de construção da linguagem e de formação das suas relações subjetivas. Tal fato torna-se, então, a base para o estabelecimento das terapias musicais em pacientes com TEA, tendo em consideração que essa sensibilidade às propriedades musicais permanece preservada nas crianças autistas. Assim, ainda que apresentem um déficit na capacidade de comunicação, elas continuam capazes de responder a estímulos rítmicos e melódicos, criando a possibilidade de enlace social com o “Outro” (SOUSA *et al.*, 2019).

É nesse contexto que a Musicoterapia emerge como uma das mais importantes modalidades de tratamento complementar para pacientes portadores do transtorno autista. Sendo caracterizada pela união da Arte com a Saúde, a terapia musical promove diversos ganhos clínicos e possibilita a existência de um atendimento humanizado que prioriza tanto o paciente quanto o seu universo simbólico. O seu uso data desde a década de 1960, e, a partir de então, foram identificados inúmeros benefícios associados a essa estratégia de intervenção, principalmente no que concerne ao desenvolvimento psicossocial dos pacientes. Dentre as contribuições mais conhecidas, destacam-se a diminuição das crises comportamentais, a aquisição de liberdade expressiva e de confiança verbal, a melhora nos relacionamentos interpessoais, além do aumento das habilidades de adaptação social (FIOREZI *et al.*, 2017). Tudo isso só é possível porque a escuta musical é capaz de modificar determinadas zonas cerebrais, como os lobos frontal e temporal, aumentando o número de conexões entre os neurônios (ROCHA; BOGGIO, 2013).

Ademais, já foi cientificamente comprovado que influencia em áreas relacionadas às emoções e também ativa os mesmos componentes sensorio-motores normalmente ligados à linguagem. Dessa forma, a música consegue explorar a plasticidade cerebral dos portadores do distúrbio (principalmente as crianças) e auxilia nos processos de desenvolvimento da linguagem e no aperfeiçoamento das suas capacidades motoras (FREIRE *et al.*, 2018).

No entanto, embora esses sejam os benefícios mais notáveis, há também uma vantagem ainda pouco explorada nas diversas literaturas sobre o tema: a influência da terapia musical em biomarcadores de estresse e de imunidade, contribuindo para a promoção de saúde nesses pacientes. Sob esse ponto de vista, nota-se que indivíduos autistas possuem uma predisposição para a ocorrência de diferenciações em determinados biomarcadores, principalmente a diminuição na secreção de IgA e o aumento do índice de cortisol salivar e de estresse oxidativo. Essas disfunções acabam promovendo um elevado nível de resposta endócrina a estressores externos, o que, por sua vez, vai resultar em um quadro de déficit imunológico.

Nesse contexto, a música atua de modo a diminuir a hipersensibilidade a esses estressores, considerando que a escuta musical é capaz

de ativar zonas neuronais que coordenam a liberação de hormônios responsáveis pela sensação de bem-estar nos indivíduos. Desse modo, ao interferir na biodinâmica humana auxiliando no controle da resposta endócrina disfuncional, a música estaria também contribuindo para a promoção de saúde nos pacientes autistas, uma vez que o nível dessa resposta influencia diretamente no funcionamento do sistema imune (FIOREZI *et al.*, 2017).

Outrossim, existem diversas formas de realizar a terapia musical, sendo cada uma direcionada, considerando sempre as características próprias de cada paciente, bem como os respectivos níveis de gravidade do transtorno. Dentre as principais modalidades, enfatizam-se, a seguir, a musicoterapia realizada em grupos, a musicoterapia improvisacional musicocentrada e a mais recente, com um toque peculiar de futurismo tecnológico, a musicoterapia mediada por robôs socialmente assistivos. No mais, também serão discutidas a aplicação da música no âmbito do ensino musical e sua importante contribuição para o desenvolvimento de habilidades cognitivas em pessoas dentro do espectro autista (FREIRE *et al.*, 2021).

### **Musicoterapia em grupo**

A formação de grupos terapêuticos caracteriza-se como uma das principais estratégias de intervenção utilizadas no tratamento complementar de indivíduos autistas, sendo as crianças o seu público majoritário. Com metodologias que envolvem principalmente o uso do lúdico em suas atividades, esta modalidade é capaz de promover uma melhora significativa no quadro clínico, auxiliando na redução de estereotípias (ou seja, movimentos estritos e repetitivos, como andar na ponta dos pés) e no aperfeiçoamento das interações sociais dos pacientes (LUCERO; VIVÈS; ROSI, 2021).

Geralmente, ocorre sob a forma de ateliê musical e é coordenado por uma equipe multiprofissional com especialidades distintas, que vai desde a presença de médicos psiquiatras à atuação de fonoaudiólogos, psicanalistas e psicólogos. A música é o principal meio de intervenção, e são utilizados jogos musicais, instrumentos sonoros e cantigas de roda, realizadas sempre em uma sequência predeterminada pelos especialistas e escolhidas de forma a estimular a capacidade expressiva dos

pacientes. Além disso, do início ao fim do tratamento, é estabelecida uma rotina de atividades que deve ser exercida sempre na mesma ordem, o que favorece o processo de internalização de regras por parte dos pacientes. O público-alvo também possui, na maior parte, uma composição heterogênea, participando tanto crianças portadoras de autismo quanto crianças que possuem outros transtornos, aumentando o dinamismo e a diversidade das conexões. Por conseguinte, ao ser realizado em grupo e em forma de brincadeiras, esse tipo de musicoterapia favorece a adesão ao tratamento e permite a ampliação das interações sociais do indivíduo autista, estimulando a conexão social com o “Outro” ao promover atividades que exigem cooperação entre os pacientes, auxiliando, dessa forma, o desenvolvimento da sua capacidade de comunicação (SOUSA *et al.*, 2019).

### **Musicoterapia improvisacional musicocentrada**

Esta abordagem em particular, diferentemente da terapia realizada em grupo, privilegia o tratamento individual baseado nos significantes musicais já conhecidos por cada paciente (o que pode ser, por exemplo, uma expressão costumeira ou o trecho de uma canção conhecida), sendo esses classificados como “Fragmentos de Tema Clínico”. É a partir de tais fragmentos, então, que ocorre a construção da abordagem específica para cada indivíduo (definida como “Tema Clínico”), utilizada pela equipe de psicanalistas visando o aperfeiçoamento desses significantes na esfera musical. Isso possibilita, como efeito, uma melhor adesão e participação dos pacientes no tratamento musicoterápico por criar um ambiente acolhedor e pessoal capaz de mobilizar a criança em seu desenvolvimento musical, além de considerar todas as suas próprias especificidades (BRANDALISE, 2001 *apud* FREIRE *et al.*, 2018).

Neste tipo de musicoterapia, cabe também aos profissionais projetarem uma ressignificação dos objetos utilizados durante as sessões, de modo a atribuir valores sonoros que possam ser assimilados pelos pacientes autistas de acordo com suas próprias vivências e experiências adquiridas, ou seja, adequando-os aos seus significantes. Dessa forma, com o uso de tais objetos ressignificados, a equipe torna-se capaz de privilegiar a manifestação da criança, aproximando-a cada vez mais da realidade a partir do uso do universo simbólico mediado por meio da



palavra. Assim, possibilita a expressão da sua subjetividade, contribuindo para a melhora cognitiva e comportamental dos pacientes autistas e aumentando, conseqüentemente, a qualidade de vida deles (LUCERO; VIVÈS; ROSI, 2021).

### **Musicoterapia mediada por robôs socialmente assistivos**

Esta nova tecnologia fundamenta-se no fato de que determinados indivíduos portadores de TEA revelam-se mais propensos a participar das terapias quando estas são intermediadas através de robôs com inteligência artificial do que quando são executadas por profissionais humanos, tendo em vista a particular dificuldade em estabelecer interações sociais geradas por esse tipo de distúrbio. No mais, é recomendada principalmente para pacientes autistas com um nível baixo de gravidade do transtorno, o que possibilita um maior grau de independência, viabilizando a redução da interferência humana direta durante as atividades.

As sessões desta modalidade de musicoterapia ocorrem através de uma plataforma de robô social automatizada, baseada em música, com um sistema de reconhecimento de emoções por execução de atividades. Esse sistema utiliza a atividade eletrodérmica para registrar a excitação emocional dos participantes e, dessa forma, avalia com maior exatidão a relação entre as atividades praticadas e as mudanças emocionais nas crianças autistas. Isso permite que a musicoterapia robótica ganhe destaque no âmbito da terapia musical, pois possibilita o estabelecimento de um dispositivo de avaliação consistente produzido por uma programação computacional precisa. Somado a isso, dentre os seus principais benefícios, nota-se sua contribuição para o desenvolvimento do comportamento de tomada de decisões e para o aperfeiçoamento do controle motor dos indivíduos portadores do transtorno autista. Pode ser verificado, também, que a execução da terapia em forma de jogo musical possibilita um maior engajamento dos participantes, sendo estes estimulados pela perspectiva do desafio (FENG; MAHOOR; DINO, 2022).

### **Ensino musical e autismo**

Conforme foi visto, existem inúmeros benefícios associados ao uso da música no âmbito dos tratamentos complementares do transtorno

autista. No entanto, embora as abordagens terapêuticas sejam as mais convencionais, há ainda importantes contribuições relacionadas à aplicação da música no contexto do ensino musical propriamente dito.

Nesse sentido, diferindo da musicoterapia, o ensino musical envolve uma aprendizagem mais pedagógica, objetivando aprimorar a performance artística dos pacientes com Transtorno do Espectro Autista, mas respeitando sempre a sua natureza cognitiva particular. Sendo assim, o foco das atividades não está limitado apenas às mudanças clínicas do paciente, mas vai além e explora mais livremente o universo da arte, permitindo o desenvolvimento de habilidades musicais e o domínio de instrumentos sonoros e possibilitando a descoberta de talentos surpreendentes em indivíduos normalmente estigmatizados pela sociedade (LOURO, 2021).

Sobre esse último ponto, nota-se que a música pode ser entendida, de acordo com a neurociência, como um complexo conjunto de elementos sonoros fundamentais organizados em um determinado contexto, e a musicalidade seria justamente a capacidade do sistema nervoso humano de organizar essas informações acústicas em diferentes níveis.

Segundo estudos científicos, os indivíduos portadores do Transtorno do Espectro Autista são dotados de certas diferenças quanto a esse processamento musical e à habilidade de percepção sonora. Tal fato deve-se à existência de alterações neurológicas e anatomofisiológicas que exercem efeitos neuroquímicos com modificação no funcionamento de neurotransmissores, o que possibilita uma compreensão musical diferenciada quando comparados a indivíduos de desenvolvimento típico. Dentre essas alterações, pode ser verificada a presença de hipersensibilidade auditiva, além de modificações na capacidade de memória musical, ouvido absoluto e diferentes assimilações de tonalidades musicais (LOURO, 2021).

Tais distinções peculiares presentes em alguns indivíduos autistas estão associadas à existência de habilidades musicais aprimoradas, possibilitando que eles possam tocar instrumentos musicais com destreza ou terem uma ótima afinação sem sequer passarem pelo processo de aprendizagem musical. Um grande exemplo disso é o caso do ilustríssimo músico Wolfgang Amadeus Mozart, que já aos seis anos de idade

era capaz de compor músicas e, aos oito, elaborar sinfonias completas. Mozart nunca foi diagnosticado em vida com o transtorno, considerando que o autismo só foi reconhecido formalmente quase um século após a sua morte, mesmo assim há diversas evidências históricas, identificadas por psicólogos e psicanalistas, que contribuem para o diagnóstico póstumo do artista (RAJA, 2013).

Dessa maneira, verifica-se então que o ensino da música para crianças autistas é de grande importância, pois, além de favorecer o desenvolvimento cognitivo dos alunos e possibilitar o conhecimento pedagógico dos sons, também pode ser capaz de identificar o talento musical em indivíduos socialmente subestimados e estigmatizados em decorrência de suas particularidades funcionais.

## **CONCLUSÃO**

Em suma, entende-se, por fim, que a música possui uma importante função socializadora, sendo capaz de conectar os indivíduos independentemente de suas diferenças funcionais. É através dela que mentes e corações se interligam, e, por isso, cresce cada vez mais a sua participação no tratamento complementar dos pacientes portadores do Transtorno do Espectro Autista. Por conseguinte, a música atua de modo a dar voz a essa população que sofre diariamente com sintomas que afetam, em diferentes níveis, a sua capacidade de comunicação e o desenvolvimento das suas relações sociais.

Destarte, ela pode ser tanto utilizada de forma terapêutica e complementar às abordagens médicas tradicionais, através da musicoterapia, quanto ser aplicada no âmbito do ensino musical, com uma proposta mais pedagógica. No mais, independentemente da estratégia escolhida, a música mostra-se como um mecanismo eficaz, capaz de promover mudanças clínicas nos pacientes autistas, interferindo diretamente na sua biodinâmica humana e no funcionamento do cérebro. É por meio dela, ainda, que há a união da arte com a saúde, o que possibilita a existência de um atendimento humanizado que prioriza tanto o progresso psicossocial do indivíduo autista quanto considera a expressão da sua subjetividade. Sendo assim, a música promove a evolução da sua independência, tornando-o um ser ativo e protagonista de sua própria forma de pensar, o que aumenta, enfim, a qualidade de vida dele.

### Comentário do especialista<sup>45</sup>

A Musicoterapia, segundo a definição da Federação Mundial de Musicoterapia, “é a utilização profissional da música e seus elementos, para a intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades que procuram otimizar a sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, comunicativas, emocionais, intelectuais, espirituais e de saúde e bem-estar”. O exercício da Musicoterapia é feito por profissional com formação de nível superior, seja de graduação, seja de pós-graduação, devidamente registrado em entidade de classe regional.

O campo de atuação da Musicoterapia, na busca por atender à melhoria da qualidade de vida, ao desenvolvimento de capacidades cognitivas ou mesmo à adaptação cotidiana, é deveras amplo e tem um público-alvo que vai da mais tenra idade ao público idoso. Na sua essência, a Musicoterapia traz consigo um caráter bastante importante, que é a interdisciplinaridade do campo de conhecimento, pois ela lança mão, para enriquecer seu arcabouço teórico, de áreas como a psicologia, a sociologia, a biologia, a neurociência, entre outras. Não só a base do conhecimento é multidisciplinar, como também a sua prática é, não só viável, como desejável, compondo equipes de profissionais de saúde e educação que atendem a determinados públicos, a exemplo do público do TEA.

Como musicoterapeuta com cerca de 15 anos de atuação, sempre atendi ao público adulto, em uma vertente da Musicoterapia chamada vibro-acústica, geralmente de caráter receptivo, em que os clientes são submetidos à música e/ou a sonoridades específicas voltadas para atender aos casos diagnosticados e sob um planejamento. Hoje, no entanto, mais precisamente a partir de meados de 2022, fui convidado a atuar no CETEA, um centro multidisciplinar especializado no TEA, localizado em Aracaju, capital do estado de Sergipe, e tem sido uma experiência fenomenal e vem ressignificando a minha atuação profissional como musicoterapeuta.

Especificamente no caso do autismo, as pesquisas indicam que a música ativa diferentes funções cerebrais/cognitivas simultaneamente, como os neurônios espelhos, que não têm funcionamento normal nos

indivíduos com autismo. Como se sabe, o córtex auditivo secundário, que processa a fala, é prejudicado em portadores de TEA. A música é ativada no córtex auditivo primário, que é preservado nos casos de autismo. A música atuando na área preservada, e a fala, na área prejudicada, participam dos mesmos parâmetros acústicos e auditivos, quais sejam: frequência, intensidade, fator cadencial, ritmo e volume. A musicoterapia utiliza essa capacidade que o portador de TEA tem de processar estímulos musicais para desenvolver a fala por outra via no cérebro. Os estudos apontam ser possível o desenvolvimento da comunicação social, da receptiva, da expressiva, da prosódia e da linguagem pragmática. Essas habilidades farão uma diferença enorme na vida adulta das pessoas com TEA.

## REFERÊNCIAS

- FENG, H.; MAHOOR, M. H.; DINO, F. A Music-Therapy Robotic Platform for Children With Autism: A Pilot Study. **Frontiers in Robotics and AI**, v. 9, n. 9:855819, maio 2022. Disponível em: [10.3389/frobt.2022.855819](https://doi.org/10.3389/frobt.2022.855819). Acesso em: 15 jul. 2022.
- FIOREZI, J. N. *et al.* Os efeitos da música em biomarcadores de estresse, imunológicos e comportamentais em portadores do espectro autista. **Cinergis**, v. 18, n. 21774005, p. 367, dez. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11174>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- FREIRE, M. *et al.* Musicoterapia improvisacional musicocentrada e crianças com autismo: relação entre desenvolvimento musical, ganhos terapêuticos e a teoria da musicalidade comunicativa. **Revistas.ufg.br**, v. 21, 2021. Disponível em: [hhhs://doi.org/10.5216/mh.v21.62311](https://doi.org/10.5216/mh.v21.62311). Acesso em: 6 jan. 2023.
- FREIRE, M. H. *et al.* O desenvolvimento musical de crianças com autismo em Musicoterapia: revisão de literatura e relato de caso. **Orfeu**, v. 3, n. 1, p. 145-171, 23 out. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5965/2525530403012018145>. Acesso em: 13 jul. 2022.
- LOURO, V. Ensino musical e Autismo. **Per Musi**, v. 23176377, n. 41, p. 1-16, 6 jul. 2021. Disponível em: [10.35699/2317-6377.2021.25389](https://doi.org/10.35699/2317-6377.2021.25389). Acesso em: 27 jun. 2022.
- LUCERO, A.; VIVÈS, J.-M.; ROSI, F. S. A função constitutiva da voz e o poder da música no tratamento do autismo. **Psicologia em Estudo**, v. 26, n. 18070329, 15 fev. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v26i0.48054>. Acesso em: 5 jul 2022.
- RAJA, M. Did Mozart suffer from Asperger syndrome? **Journal of Medical Biography**, v. 23, n. 2, p. 84-92, 27 set. 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0967772013503763>. Acesso em: 13 jul. 2022.

ROCHA, V. C. DA; BOGGIO, P. S. A música por uma óptica neurocientífica. **Per Musi**, v. 23176377, n. 27, p. 132-140, jun. 2013. Disponível em: 10.1590/s1517-75992013000100012. Acesso em: 27 jun. 2022.

SOUSA, K. R. P. *et al.* “Acordar” para o simbólico: uma investigação psicanalítica sobre os efeitos de um ateliê musical para crianças com Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD). **Ágora: estudos em Teoria Psicanalítica**, v. 22, n. 1, p. 31-40, abr. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982019001004>. Acesso em: 20 jun. 2022.

## O humor em função da medicina: uma viagem através da história

João Vítor Santos Gomes<sup>46</sup>

Hulemar Andrade Vasconcelos<sup>47</sup>

**A**o se fazer um retrato histórico de como a Medicina e a arte do humor estão interligadas, se percebe a construção dessa relação, de forma gradual, com o passar dos anos, quer seja por meio de crenças e de mitos, quer através do reconhecimento de sábios e de filósofos. Estes, mesmo com as limitações do seu tempo histórico, sabiam que, de alguma forma, o riso e o humor se entrelaçavam com a promoção da saúde e que a falta deles estava ligada a estados de enfermidades (SAVAGE *et al.*, 2017).

Na contemporaneidade, essa percepção acontece por meio de estudos, os quais investigam as alterações psicofisiológicas da risada e do humor, que se relacionam bem com o momento físico e com o momento do estado de saúde da pessoa (GREENE; KING; COE, 2020), além de projetos que buscam ampliar a boa relação entre o cômico, o riso e a Medicina para diversos âmbitos, como os hospitais, principalmente por meio dos palhaços hospitalares. Tais fatores têm por objetivo a promoção de saúde ou o aumento positivo da relação médico-paciente (SAVAGE *et al.*, 2017).

Com base nesse cenário, cabe analisar o período em que houve as primeiras ocorrências de uma relação entre o riso, o humor e a arte médica, ou seja, a Idade Antiga. Nesse período, não havia tecnologia, exa-

---

46 Estudante de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe. Aracaju-SE.

47 Médico formado pela Universidade Federal de Sergipe. Médico de Saúde da Família em Aquidabã. Médico voluntário do Consultório de Rua. Integrante do projeto de humanização Rodas da Vida no HUSE há seis anos. Diretor clínico no HPP de Rosário do Catete.

mes clínicos apurados e, portanto, não tínhamos uma Medicina avançada. Assim, o estado de humor das pessoas era considerado um indicador fundamental, já que é algo que vem do nosso interior e que se expressa de diversas formas no nosso corpo, seja por atitudes e/ou por emoções (SANZ ORTIZ, 2002).

Ao olharmos para a Grécia Antiga, são visíveis, em sua mitologia, diversas nuances que se ligam ao tratamento médico, a exemplo de Apolo (o deus da luz, da música, das pragas e da cura), o qual oferecia ajuda e sugeria aos oráculos meios preventivos de doenças (AT SMA, 2000).

Ademais, e com mais destaque, a mitologia grega também possui um deus próprio para a Medicina, Asclépio, que possuía templos que eram semelhantes a hospitais modernos, pois grandes números de doentes eram atendidos no local. Foi nesses lugares que se formou Hipócrates, o pai da medicina (AT SMA, 2017), o qual deixou diversos tratados que possuem elementos que acompanham o pensamento médico contemporâneo (REBOLLO, 2006).

Nesses templos, foi difundido, como parte do processo de cura, a ida a salões de comédia, o que demonstra um entendimento sobre a importância do humor como suporte do tratamento médico, haja vista que era observado como o estado de humor dos pacientes indicava também o seu estado de saúde, e, por isso, a sua mudança poderia indicar melhora, ou não (KLEISIARIS; SFAKIANAKIS; PAPATHANASIOU, 2014).

De maneira análoga, trechos da Bíblia demonstram o conhecimento da importância do estado de bom humor e da arte do riso entre os judeus da época, como visto no livro de Provérbios, que diz: “Um coração alegre é um bom remédio, mas um espírito abatido seca os ossos” (SAVAGE *et al.*, 2017).

Já no século X, ou seja, durante a Idade Média, a população conseguia entender que um estado feliz e alegre estava relacionado a consequências terapêuticas positivas, enquanto a sua ausência expressava alguma enfermidade (SAVAGE *et al.*, 2017).

Ainda no período medieval, especificamente na França, o cirurgião Henri de Mondville usava o riso e o humor como tipo de anestesia para distrair o paciente da dor sofrida durante a cirurgia, além de também recomendar como uma maneira auxiliar na recuperação (SAVAGE *et al.*, 2017).



Durante o século XVI, no início da Idade Moderna, o famoso padre Martinho Lutero, responsável pelo início do histórico movimento da Reforma Protestante, recomendou que pessoas com sintomas depressivos não se isolassem, mas que tentassem circundar-se de amigos para que pudessem viver momentos de brincadeiras e de risos. Esse fato demonstra como transtornos psiquiátricos podem ter, como aliado ao tratamento, o uso do humor e da diversão (SAVAGE *et al.*, 2017).

Contudo, todas essas observações e circunstâncias não vieram de evidências empíricas, portanto possuem limitações em sua aceitação na comunidade científica, já que, seguindo a lógica do método científico, uma hipótese que não possua uma evidência que sirva de teste pode ter utilidade do ponto de vista científico (AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE, 1989).

A chave da situação começou a virar a partir do século XX, quando houve as primeiras observações de caráter científico sobre o uso do humor e as alterações que ele e o riso provocam nas funções psicofisiológicas em diversos sistemas, como o respiratório, o neurológico, o imunológico, o vascular e o endócrino. Dessa forma, as constatações feitas durante as Idades Antiga, Média e Moderna começavam a ganhar investigações de critério científico, trazendo, assim, para a comunidade científica as comprovações da importância de se aliar a arte do humor à arte da Medicina e ao tratamento médico (SAVAGE *et al.*, 2017).

As investigações pioneiras sobre as alterações fisiológicas do humor ficaram por responsabilidade de William F. Fry, que observou como o riso afeta o sistema respiratório, a pressão sanguínea e a manutenção da saúde do indivíduo, podendo ser enquadrado como uma composição, de forma majoritária, de elementos respiratórios e pela atividade de alguns músculos estriados esqueléticos (FRY, 1977; FRY; SAVIN, 1988; FRY, 1994).

Em seu primeiro estudo, em 1977, Fry percebeu que o riso não altera a saturação de oxigênio do indivíduo, entretanto reparou alterações nas funções mecânicas do sistema respiratório, com um melhoramento da ventilação, da atividade muscular, e, além disso, o riso criou uma situação propícia a mobilizar e, até mesmo, remover secreções do pulmão (FRY, 1977). A partir daqui, já se é reconhecido e documentado

cientificamente o poder do impacto do uso do humor e do riso na promoção de saúde (SAVAGE *et al.*, 2017).

Dessa forma, o humor possui efeitos no que tange à tolerância à dor, já que ele a aumenta. Assim, o uso do riso pode ser um método alternativo e paliativo para o tratamento de dores crônicas, que atingem diversas pessoas com determinadas doenças e é um desafio que atinge toda a área da saúde (LAPIERRE; BAKER; TANAKA, 2019).

A terapia do riso também pode se encaixar como um método preventivo, visto que impacta pessoas saudáveis, impedindo o decréscimo da tolerância à dor. Portanto, esses fatos corroboram a ideia de o tratamento do riso ser algo universal, ou seja, pode ser empregado a todos (LAPIERRE; BAKER; TANAKA, 2019).

Além disso, é comprovada cientificamente a influência dos mecanismos respiratórios e da atividade muscular esquelética com a pressão arterial, já que a expiração provoca um aumento da pressão arterial, enquanto a inspiração se relaciona a um decréscimo (FRY; SAVIN, 1988).

Dessa maneira, tendo em vista que o riso se utiliza, em sua duração, dos mecanismos de expiração e inspiração, ocorrem alterações mensuráveis nas sístoles e diástoles da pressão sanguínea, ambas de formas abruptas, influenciadas pela própria momentaneidade e rapidez das reações que estão relacionadas ao fim e, principalmente, início do riso. Logo, a risada é uma atividade fisiológica que forma uma excitação seguida de um relaxamento de diversas funções e mecanismos corporais (FRY; SAVIN, 1988).

Uma outra observação interessante a se abordar são as questões neurológicas do riso, o qual pode ser um instrumento para a identificação e para, também, classificação da doença de Parkinson, inclusive em estados extremamente precoces, em que sintomas motores não são possíveis de serem detectados por neurologistas, algo que mostra como o humor pode ser atrelado ao tratamento médico desde o diagnóstico preventivo e precoce (TERRIZA *et al.*, 2022).

No que corresponde à parte neuroendócrina, é interessante analisar, antes, que, em uma situação de estresse, diversos hormônios são secretados como resposta, o que envolve o sistema nervoso central catecolaminérgico e o eixo hipotálamo-pituitária-adrenal. Os hormônios envolvidos são, principalmente, a corticotrofina (estimulador da

síntese e da secreção de cortisol), as catecolaminas (dopamina, epinefrina e norepinefrina), a beta-endorfina, o hormônio de crescimento (GH) e a prolactina (BERK *et al.*, 1989).

Tendo em vista isso, segundo Berk *et al.* (1989), o riso alegre provoca uma situação hormonal semelhante ao estresse normal, porém de maneira benéfica, o chamado eustresse. Isso é evidente, principalmente, pela diminuição de dopamina plasmática, GH e cortisol sérico secretados durante momentos de humor (vale ressaltar que a dopamina e o cortisol são hormônios envolvidos com a sensação de estresse). Entretanto, a beta-endorfina, a prolactina sérica e a norepinefrina plasmática possuíram aumentos mínimos e insignificantes (BERK *et al.*, 1989).

Com isso, tendo em vista que cortisol e epinefrina são imunossupressores, o riso pode aumentar a imunidade por meio de uma modulação que se dá com o aumento da blastogênese linfocitária espontânea (BERK *et al.*, 1989), enquanto o estresse, portanto, altos níveis de cortisol, não possui boa relação com a atividade das células imunológicas chamadas de “natural killers” – NK (HUSNIYAH; SOH; JOTHIPRIYA, 2020).

Dessa maneira, nota-se o grande potencial terapêutico do humor e como é importante integrá-lo ao tratamento médico (SANZ ORTIZ, 2002). A partir disso, surge o uso de palhaços e da arte *clown* em hospitais, em que, por meio do riso, se busca estimular o paciente e seu lado saudável através da arte do humor (SILVA *et al.*, 2022).

Desde o início da humanidade, a figura do palhaço é utilizada como uma forma de reação e paródia diante da dor. Com isso, surgiu na França o primeiro trabalho dos palhaços nos hospitais, além do registro, pelo *Petit Journal*, de dois palhaços em um hospital londrino. Tal iniciativa sensibilizou diversas pessoas e, assim, se criaram diversas organizações voltadas para essa atividade específica nos Estados Unidos, no Brasil, na França, na Alemanha, na Suíça, na Itália, na Austrália, na Espanha, no Canadá, na Finlândia, no Peru, no Chile e em Portugal (SILVA *et al.*, 2022).

No Brasil, em 1991, tiveram início os trabalhos dos “Doutores da Alegria”, disseminando o uso terapêutico do riso dentro dos hospitais de diversos locais do país. Dessa maneira, universidades de vários lugares do Brasil começaram a se vincular com o movimento dos palhaços de hospitais, trabalhando, já durante a formação em saúde, diversos valores em torno da humanização do tratamento (SILVA *et al.*, 2022).

Essa iniciativa das universidades é algo de extrema importância para a humanização da medicina, pois desperta o surgimento da empatia na relação médico-paciente, já que haverá uma compreensão e um entendimento melhores da situação de quem está enfermo (seja criança ou adulto), conseqüentemente, construindo-se uma relação terapêutica de grande qualidade e com uma maior eficácia tanto pela melhora do bem-estar do paciente quanto pela maior prática colaborativa entre os profissionais de saúde (RATKA, 2018).

Esse desenvolvimento humanístico é sentido pelos participantes, que descobrem sobre o poder da atenção e do cuidado, além de desenvolverem habilidades comunicativas e terem seu estresse e sua ansiedade reduzidos (AMORIM *et al.*, 2015; TAKAHAGUI *et al.*, 2014). Nos acompanhantes, houve também um impacto dessas intervenções, uma vez que são vistas por eles como algo acalentador, aliviador e reparador, desenvolvendo uma confiança nos profissionais (AMORIM *et al.*, 2015).

Nos pacientes, esse trabalho visa a melhora do bem-estar, com o surgimento de um sentimento de confiança, quebra de preconceitos em relação à figura do médico, por exemplo, crianças hospitalizadas, as quais acreditam que os médicos somente aparecem para provocar dor nelas por meio de agulhas, causando nas crianças um grande medo. As intervenções fazem, também, com que as crianças estejam mais motivadas e seguras, logo trazem uma maior aceitação ao seu tratamento, algo que colabora na sua recuperação e, também, por intermédio das brincadeiras, no seu desenvolvimento em aspectos de socialização e de cidadania (AMORIM *et al.*, 2015).

Portanto, pode-se concluir que o humor possui uma grande importância no tratamento médico, algo que se reflete durante toda a história, desde a Grécia até a contemporaneidade, por meio da arte *clown* nos hospitais, em que o riso provoca uma melhora do bem-estar, com espanto de sentimentos negativos nos pacientes, além de um aumento da relação médico-paciente e da confiança no tratamento, o que impacta positivamente na recuperação dos enfermos, seja criança ou adulto (MOTA SOUSA *et al.*, 2019; RATKA, 2018; SAVAGE *et al.*, 2017).

Assim, essas melhoras no bem-estar são acompanhadas das alterações fisiológicas que o humor causa, seja no âmbito respiratório, muscular, cardiovascular, neuroendócrino e/ou imunológico. Logo,

percebe-se como o uso da arte do humor se mostra de grande importância para o futuro da medicina, seja no tratamento, seja na construção de uma melhor relação médico-paciente (SAVAGE *et al.*, 2017).

### **Comentário do especialista<sup>47</sup>**

Muito se fala sobre a medicina humanizada e a re-humanização do médico, da escola médica e como os seus alunos estão sendo formados. O fato é que, com o avanço constante da tecnologia na medicina, cada vez se ausculta e escuta menos o paciente. O resultado disso é que cerca de 30 a 35% de exames laboratoriais nem são “abertos” porque o paciente simplesmente não foi buscar. Isso é reflexo de uma descrença crescente no médico tecnológico, que vem deixando de lado a sua arte intrínseca. Isso vale como uma reflexão.

Na prática, quando deixamos de ouvir o paciente, não cumprindo também o nosso papel de “psicólogos”, entendendo o contexto social e familiar em que ele está inserido, deixamos também de obter substratos, informações importantíssimas para o diagnóstico e, conseqüentemente, um bom tratamento.

Existem bons exemplos sendo praticados em ilhas de cuidados e tratamentos, como no caso do projeto Rodas da Vida, do Hospital de Urgências de Sergipe Governador João Alves Filho – HUSE. Há quase 13 anos, na ala pediátrica, oncológica, e na ALA 300, uma equipe multidisciplinar, um médico e um violão realizam um “rodão” de conversas com pacientes e acompanhantes para que possam relatar seus medos, suas angústias e suas dúvidas. Nele, a música tem se tornado um instrumento poderoso de aproximação, fato esse também observado no Consultório de Rua, em que o morador vê na música uma abertura para se permitir o cuidado.

Em meados de 2016, em meu saudoso internato no Hospital Universitário – HU da Universidade Federal de Medicina, tive o privilégio de encabeçar um projeto-piloto chamado Prescrição Musical, no qual eu colocava na prescrição a música de que o paciente mais gostava, a sua música mais representativa, e a tocava no violão no dia seguinte. Aos poucos podemos inferir que os pacientes estavam se tornando mais receptivos àquelas entrevistas e extenuantes anamneses diárias,

melhorando seus níveis pressóricos e, não raramente, apresentando redução no consumo de analgésicos também. Apesar de empírico, enfermagem e corpo clínico não tiveram dúvidas: conseguiu-se lograr êxito com tal experiência de humanização.

Devemos lembrar que as novas tecnologias que surgem a cada dia devem nos servir, e nunca o contrário. Além disso, acreditar, com ciência e com fé, no antigo médico, que com sua arte, sua escuta ativa, carrega toda força do mundo para curar e amparar. Ele sai de casa todos os dias encharcado do velho e bom espírito de Hipócrates para atender num lugar muitas vezes sem as mínimas condições materiais, mas, com a sua presença e o conhecimento básico de generalista, de boa escola médica, muda a vida de muitos em comunidades e lugares distantes.

É esse médico humanizado, desprendido, de estatura imensurável, resistente, cujo caráter, valor e presença incomodam a autoridade sem sequer se manifestar, e que tem o respeito da comunidade por cumprir com paixão e conhecimento a sua nobre missão.

É a esse médico que cura e acolhe com humanismo, mesmo quando não há mais nada a fazer, que quero render homenagens neste breve relato pessoal. É essa medicina que todo paciente almeja, e é esse médico que desejamos que esteja ao nosso lado na nossa reta final!

## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, P. L. *et al.* Efeito da interação com palhaços nos sinais vitais e na comunicação não verbal de crianças hospitalizadas. **Revista Paulista de Pediatria**, mar. 2016. Disponível em: 10.1016/j.rpped.2016.02.001. Acesso em: 2 jul. 2022

AMERICAN ASSOCIATION FOR THE ADVANCEMENT OF SCIENCE. **Science for All Americans | American Association for the Advancement of Science**. 1989. Disponível em: <https://www.aaas.org/resources/science-all-americans>. Acesso em: 6 set. 2022

AMORIM, K. P. C. *et al.* Mediarte com Amor e Humor: uma Experiência a partir do Olhar dos Participantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 294-301, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e01132014>. Acesso em: 2 jul. 2022.

AT SMA, A. J. APOLLO - Greek God of Music, **Prophecy & Healing**. 2000. Disponível em: <https://www.theoi.com/Olympios/Apollon.html>. Acesso em: 26 ago 2022.

ATSMA, A. J. ASCLEPIUS (Asklepios) - **Greek God of Medicine & Doctors**. 2017. Disponível em: <https://www.theoi.com/Ouranios/Asklepios.html>. Acesso em: 26 ago. 2022.

BERK, L. S. *et al.* Neuroendocrine and Stress Hormone Changes During Mirthful Laughter. **The American Journal of the Medical Sciences**, v. 298, n. 6, p. 390-396, dez. 1989. Acesso em: 25 set. 2022.

ROSA, E. B. da *et al.* **Hinos Homéricos**: tradução, notas e estudo. São Paulo: Wilson Alves Ribeiro Jr., 2010. p. 131-180; 212-216. Acesso em: 26 ago. 2022.

FRY, W. F. The Biology of Humor. **Humor** - International Journal of Humor Research, v. 7, n. 2, 1994. Acesso em: 13 set. 2022.

FRY, W. F. The Respiratory Components of Mirthful Laughter. **Journal of Biological Psychology**, v. 19, p. 39-50, 1977. Acesso em: 13 set. 2022.

FRY, W. F.; SAVIN, W. M. Mirthful Laughter and Blood Pressure. **Humor - International Journal of Humor Research**, v. 1, n. 1, 1988. Acesso em: 13 set. 2022.

GREENE, D. S.; KING, N. D.; COE, J. B. Diabetes and Humor: A Preliminary Investigation. **Diabetes Spectrum**, v. 33, n. 2, p. 175-181, 1º maio 2020. Disponível em: DOI: 10.2337/ds19-0028. Acesso em: 3 jul. 2022.

HUSNIYAH, N.; SOH, C.; JOTHIPRIYA. **The Effect of Laughter on Stress and Natural Killer Cell Activity**. [S.l.: s.n.]. Disponível: <https://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol12issue12/jpsr12122009.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2022

KLEISIARIS, C. F.; SFAKIANAKIS, C.; PAPATHANASIOU, I. V. Health care practices in ancient Greece: The Hippocratic ideal. **Journal of Medical Ethics and History of Medicine**, n. PMID: 25512827, 15 mar. 2014. Acesso em: 26 ago. 2022.

LAPIERRE, S.; BAKER, B.; TANAKA, H. Effects of Mirthful Laughter on Pain Tolerance: a Randomized Controlled Investigation. **Journal of Bodywork and Movement Therapies**, abr. 2019. Disponível em: 10.1016/j.jbmt.2019.04.005. Acesso em: 11 set. 2022.

MOTA SOUSA, L. M. *et al.* Subjective wellbeing, sense of humor and psychological health in hemodialysis patients. **Enfermería Nefrológica**, v. 22, n. 1, p. 34-41, 22 mar. 2019. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v22n1/2255-3517-enefro-22-01-34.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2022.

RATKA, A. Empathy and the Development of Affective Skills. **American journal of pharmaceutical education**, v. 82, n. 10, p. 7192, 2018. Disponível em: doi:10.5688/ajpe7192. Acesso em: 1º jul. 2022.

REBOLLO, R. A. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientiae Studia**, v. 4, p. 45-81, 1º mar. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1678-31662006000100003>. Acesso em: 3 dez. 2022.

SANZ ORTIZ, J. El humor como valor terapéutico. **Medicina Clínica**, v. 119, n. 19, p. 734-737, 1º jan. 2002. Disponível em DOI: 10.1016/S0025-7753(02)73560-4. Acesso em: 3 jul. 2022.

SAVAGE, B. M. *et al.* Humor, laughter, learning, and health! A brief review. **Advances in Physiology Education**, v. 41, n. 3, p. 341-347, set. 2017. Disponível em: <https://journals.physiology.org/doi/epdf/10.1152/advan.00030.2017>. Acesso em: 11 jun. 2022.

SILVA, M. R. da *et al.* Constructed and disseminated behaviors of the hospital clown. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2449-2458, 27 maio 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.13902021>. Acesso em: 28 jun. 2022.

TAKAHAGUI, F. M. *et al.* MadAlegria - Estudantes de medicina atuando como doutores-palhaços: estratégia útil para humanização do ensino médico? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 120-126, mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000100016>. Acesso em: 30 jun. 2022.

TERRIZA, M. *et al.* Use of Laughter for the Detection of Parkinson's Disease: Feasibility Study for Clinical Decision Support Systems, Based on Speech Recognition and Automatic Classification Techniques. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 17, p. 10884, 1o set. 2022. Disponível em: doi: 10.3390/ijerph191710884. Acesso em: 3 dez. 2022.



## Abuso infantil: a arte como um instrumento de prevenção, diagnóstico e tratamento

Beatriz Barbosa Oliveira Falheiros<sup>48</sup>

Patrícia Chaves de Oliveira Aragão<sup>49</sup>

*As palavras de conforto oferecidas pelos adultos deixam a criança inquieta; ao crescer, ela aprende a não mais acreditar neles sob palavra; muitas vezes foi acerca dos próprios mistérios de sua geração que ela surpreendeu as mentiras deles; ela sabe também que eles consideram normais as coisas mais apavorantes [...]*

*Simone de Beauvoir*

### O ABUSO INFANTIL

O abuso infantil é um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e está inserido na epidemia mundial de violência contra crianças. Segundo a OMS, uma em cada duas crianças é vítima pelo menos uma vez na vida. Esse fenômeno pode ser definido como todo ato de ação ou omissão por um dos pais, cuidadores, colegas, figuras de autoridade ou um estranho que resulte em dano, ameaça ou potencial de dano a uma criança (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021; LEV-WIESEL *et al.*, 2020).

O abuso contra crianças envolve a exposição direta ou indireta à violência, o que inclui maus-tratos (violência física, sexual, psicológica/emocional e educacional); negligência (rejeição psicológica, tratamento silencioso ou agressão social de forma repetida/*bullying*); exposição

---

48 Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju-SE.

49 Médica com Especialização em Ginecologia e Obstetrícia.

indireta à violência; trabalho infantil; e insultos na internet (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

A violência contra crianças é classificada em três formas distintas, dentre as quais a física, a sexual e a psicológica, sendo recorrente a sobreposição entre esses tipos, na qual o abuso emocional normalmente é o núcleo da violência. O abuso sexual infantil varia de comentários sexuais e exibicionismo a estupro e exploração sexual. O abuso físico pode ser definido como uso da força física que causa risco ou dano à criança. Já o abuso emocional infantil envolve degradação verbal e não verbal, como rejeição, hostilidade, negligência e terror (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Apesar da alta prevalência mundial, o abuso sexual infantil tende a ser amplamente subnotificado. Esse tipo de violência é de difícil investigação e notificação pelo fato de, na maioria das vezes, o abusador estar intimamente ligado à vítima, não haver provas concretas e as vítimas, que ainda estão em processo de desenvolvimento, serem as únicas fontes de informação (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; STOLTENBORGH, 2015).

Grande parte dos sobreviventes de abuso mantém silêncio por motivos como: culpa, vergonha, silenciamento por ameaça, receio de consequências negativas, temor de ter sua narrativa desacreditada ou ser culpabilizado e preocupações com a família. Além disso, o impacto no sistema nervoso central afeta a capacidade de reconhecer e relatar experiências traumáticas (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022; ROBERTS, 2020).

Vários estudos relatam que o motivo mais comum relatado pelas vítimas para a não revelação é a falta de consciência do abuso: muitas crianças não compreendem o ocorrido ou consideram suas experiências não graves o suficiente para relatar e pedir ajuda, de modo que não reconhecem os eventos como abusivos ou os normalizam (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Isso ocorre pelo fato de que, em relação ao abuso físico e emocional, por serem situações frequentes, até os próprios agressores consideram uma prática comum, justamente porque a hierarquia e as relações de poder são componentes presentes em um ambiente familiar, ocorrendo aceitação e até uma percepção positiva quanto ao

uso de castigos físicos e emocionais para a educação de crianças, que geralmente perpetuam ao longo das gerações (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Assim, a resistência em contar sobre o abuso não só aumenta o risco de mais vitimização, como impede um tratamento adequado. A revelação do abuso é um processo único e complexo, que é influenciado por aspectos como: idade, gênero, cultura, relação com o agressor e características da própria experiência traumática (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Os efeitos dessa violência variam conforme o estágio de desenvolvimento da criança, a experiência de abuso, a proximidade com o agressor, os padrões de enfrentamento e a rede de apoio. As consequências incluem danos à saúde, a curto e longo prazos, afetando profundamente o desenvolvimento cognitivo, físico e socioemocional das vítimas, podendo gerar sequelas irreparáveis, como distúrbios psíquicos, físicos, sociais e legais na vida adulta (NARANG *et al.*, 2019).

Essa experiência traumática determina a autopercepção futura da criança e como ela capta e se relaciona com o meio social: sobreviventes apresentam alto risco de desenvolver baixa autoestima, transtorno de estresse pós-traumático – TEPT, revitimização, ansiedade, depressão, transtornos alimentares, obesidade, transtorno de personalidade limítrofe, dor crônica, comportamento suicida, abuso de álcool e drogas e delinquência (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022; KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; LAIRD; MULVIHILL, 2021; SHUKLA; WIESNER, 2013).

Além disso, em relação à exposição indireta à violência, mesmo que as crianças não presenciem diretamente a agressão, muitas vezes estão cientes de eventos violentos ou ouvem repetidamente relatos, o que faz com que formem um imaginário da violência, gerando consequências semelhantes às das vítimas diretas de abuso infantil (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021; SHUKLA; WIESNER, 2013).

A cada dia mais estudos evidenciam que crianças com trauma de abuso sexual apresentam mais sequelas biopsicossociais do que as vítimas que não tiveram o componente sexual envolvido no abuso. Apesar de o impacto da violência sexual ser grave, não há uma síndrome característica pós-abuso: sobreviventes podem apresentar uma variedade de

sintomas, sendo que uma parte considerável não apresenta sintomas e outra parte pode ser afetada só mais tardiamente (NARANG *et al.*, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, o abuso infantil gera alterações anatômicas, funcionais e neuro-hormonais no sistema nervoso central, sendo que as sequelas psicológicas e comportamentais podem ser explicadas pelo dano no sistema límbico. As vítimas de violência infantil apresentam alto risco de desenvolver um trauma complexo, que pode ser definido como um tipo de trauma que ocorre de forma repetida e cumulativa e que se caracteriza por dissociação e dificuldades de autorregulação, apego, memória, cognição e atenção (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022; NARANG *et al.*, 2019; WOOLLETT; BANDEIRA; HATCHER, 2020).

A dissociação é uma forma de reação ao trauma e é explicada pela interrupção de vias neurais responsáveis por conectar a autoconsciência à percepção do corpo, criando uma desconexão entre sentimentos, memórias e situações reais, afetando o senso de identidade, a percepção do tempo e espaço e o reconhecimento do abuso sofrido (LAIRD; MULVIHILL, 2021; JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Esse fenômeno pode ser atribuído a duas causas principais: ativação de sistemas de bloqueio que foram desenvolvidos ao longo da evolução humana como forma de proteção do organismo frente a uma ameaça; e deturpação da integração das vias cerebrais associadas a memórias traumáticas decorrentes de níveis extremos de estresse (NIJENHUIS; VAN DER HART; STEELE, 2010).

Por ter impacto variável e complexo, sobreviventes de abuso infantil compõem um grupo heterogêneo de apresentações e demandas para suporte terapêutico. Essa diversidade evidencia a necessidade de se entender os fatores que determinam a forma de abordagem mais adequada em cada caso, conforme diferentes experiências profissionais, culturas e contextos (NARANG *et al.*, 2019).

Adicionalmente, crianças vítimas de violência apresentam desejo por segurança, escuta verdadeira e conexão mais profunda com seu cuidador. Somado a isso, outro mecanismo de agressão do trauma é o dano no hemisfério esquerdo do cérebro, que contém a Área de Broca, o que evidencia a importância de um manejo que não se limita à fala, além dos danos que afetam o reconhecimento e a articulação do abuso. Esses e

outros aspectos característicos do abuso infantil destacam a importância de estratégias lúdicas e não verbais para o manejo dos sobreviventes (LAIRD; MULVIHILL, 2021; WOOLLETT; BANDEIRA; HATCHER, 2020).

### **A arte como instrumento diagnóstico**

Há uma concepção bem estabelecida de que desenhos servem como uma janela para acessar os estados mentais das crianças, revelando sua percepção em relação ao ambiente social em que estão inseridas. Desse modo, símbolos, formas e cores podem representar sentimentos e ideias, de forma a incrementar significativamente o conteúdo verbal da narrativa (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

O uso de uma estratégia de abordagem mais lúdica torna a vítima emocionalmente mais receptiva, rompendo a barreira da defesa psicológica e da negação. A arte, sendo uma conduta de orientação, investigação e terapia não verbal, constrói um espaço de honestidade e segurança, já que desenhar segredos e situações conflituosas pode ser menos aterrozante do que contá-los em voz alta (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; WOOLLETT; BANDEIRA; HATCHER, 2020).

Portanto, a arteterapia inclui uma variedade de técnicas, como desenho, música, pintura e fotografia, e tem sido amplamente utilizada na avaliação e na abordagem de experiências traumáticas, sendo aplicada em todos os passos do cuidado voltado aos sobreviventes de abuso infantil: orientação de crianças e cuidadores para prevenção; reconhecimento de sinais de abuso e investigação; e tratamento (LAIRD; MULVIHILL, 2021; LEV-WIESEL; GOLDNER; DAPHNA-TEKOA, 2022; WOOLLETT; BANDEIRA; HATCHER, 2020).

### **A arte na prevenção do abuso infantil**

Tendo em vista a imaturidade cognitiva e as dificuldades que as crianças enfrentam de compreender uma situação de abuso, se defender e buscar apoio, é urgente uma intervenção para conscientizá-las sobre as diferentes formas de violência e como procurar ajuda (HUANG; CUI, 2020).

Fornecer às crianças educação sistemática e repetida por meio de programas de prevenção é um caminho a ser seguido no combate ao abuso infantil. Porém, a implementação desse tipo de programa possui

diversas barreiras, como a limitação de recursos humanos e materiais e a resistência da instituição e da família em relação ao debate sobre tópicos violentos e sexuais com crianças e adolescentes (por exemplo, pais atribuem erroneamente esse diálogo com seus filhos a uma exposição precoce e ao estímulo à introdução da vida sexual) (HUANG; CUI, 2020; NABORS; BAKER-PHIBBS; WOODSON, 2016).

Um dos instrumentos empregados atualmente para esse propósito é a literatura de prevenção, que inclui ações baseadas em dois fatores: divulgação de uma mensagem educativa para influenciar o comportamento e induzir uma atitude do público-alvo; e inserção dessa mensagem em uma narrativa que envolva a criança (HUANG; CUI, 2020).

Os livros ilustrados para crianças representam uma ferramenta acessível, simples e divertida que pode aumentar o impacto persuasivo das mensagens de educação em saúde. Ao contrário dos programas de educação escolar que exigem profissionais para orientar, os livros ilustrados facilitam a interação de pais e cuidadores com as crianças, de modo a promover educação continuada em casa (HUANG; CUI, 2020).

Dois teorias do comportamento reforçam a importância de possuir figuras humanas nessas narrativas para maior envolvimento e aprendizado das crianças: segundo a Teoria do Processamento de Informação, as crianças apresentam maior foco de atenção na captação de símbolos relacionados consigo mesmas, levando assim a uma melhor retenção da mensagem. É o que sustenta também a Teoria Social Cognitiva, a qual afirma que os comportamentos são aprendidos pela observação e imitação das ações dos outros; além disso, a imitação social é reforçada se os espectadores se identificarem com um personagem semelhante a eles (sexo, idade, etnia, roupa) (HUANG; CUI, 2020).

Portanto, crianças que são expostas a um livro ilustrado usando figuras humanas são mais propensas a lembrar a mensagem, compreender o comportamento demonstrado e, assim, melhorar as habilidades de autoproteção ao reproduzirem a atitude dos personagens por se identificarem com suas características (HUANG; CUI, 2020).

Em relação à reprodução de mensagens, estudos mostraram que as mensagens com estrutura de ganho (que mostram os benefícios de tomar determinada atitude) são mais eficazes para promover comportamentos de prevenção, como recusa a um pedido de toque inadequado.

Além disso, a leitura deve ser interativa de forma a reter a atenção das crianças, logo se deve fazer uso de estratégias, como encenações e gestos, uso de diferentes vozes e entonações, estímulo à imitação de personagens e perguntas às crianças sobre a história (HUANG; CUI, 2020).

A prevenção do abuso infantil também envolve a capacitação de pais e cuidadores no reconhecimento de sinais de abuso, os quais muitos deles são expressos pela arte, como em desenhos e narrativas criadas pelas crianças. Portanto, é de fundamental importância reconhecer a arte como instrumento que evidencia uma situação de abuso infantil (HUANG; CUI, 2020; NABORS; BAKER-PHIBBS; WOODSON, 2016).

### **A arte como instrumento de reconhecimento e investigação do abuso infantil**

O uso de uma abordagem que integra métodos verbais e não verbais pode servir como uma forma mais adequada de explorar a complexidade do trauma das crianças. Os desenhos servem como um complemento importante às abordagens tradicionais de coleta de dados ao facilitar a produção de uma descrição detalhada de emoções e fatos em uma perspectiva íntima e protegida, além de encorajar a própria verbalização de situações complicadas e traumáticas, potencializando o depoimento das vítimas (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

A entrevista investigativa exige habilidades cognitivas e comunicativas por parte das crianças. Apesar disso, o estado emocional das vítimas constitui uma barreira significativa, já que, além de terem sofrido violência, são induzidas a divulgar informações traumáticas a uma pessoa estranha, podendo ser uma situação de estresse que gera sentimentos de incerteza, medo e vergonha (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Essas entrevistas devem proporcionar a obtenção de depoimentos detalhados, claros e confiáveis e impedir revitimização e retraumatização, prezando pela proteção e pelo bem-estar da vítima. Logo, é de extrema importância integrar à investigação forense intervenções que valorizem os depoimentos das crianças e garantam que a entrevista seja uma experiência que provoque confiança e justiça e que não intensifique sentimentos de culpa e estresse (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Evidências apontam que incorporar desenhos em investigações é vantajoso tanto no contexto forense quanto no empoderamento da criança durante o processo investigativo, ao atender suas demandas emocionais (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Desse modo, como ferramenta investigativa, a arteterapia através do desenho, além de fornecer evidências materiais de abuso, estimula a memória das crianças e fortalece o vínculo entre o investigador e a vítima, criando um meio para ela se expressar sem exigir tanta articulação e exposição, o que facilita o processo de relato e o torna menos perturbador, evitando a revitimização (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Os benefícios do uso da arte nesse processo podem ser explicados pelo fato de que, além de instigar a memória e a comunicação, relatar uma experiência traumática usando desenhos fornece às crianças controle sobre a narrativa e expressão mais livre das suas emoções, isso por ser uma ferramenta aceita e conhecida pelas vítimas, mesmo que seja usada para relatar um evento não bem aceito por elas (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; LAIRD; MULVIHILL, 2021).

Vale salientar que a arte possui diferentes papéis em diferentes casos de abuso infantil: para algumas crianças, a exteriorização de símbolos em desenho e a produção de narrativas possibilitam concretizar a experiência de abuso e processar o evento traumático (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Apesar de a exteriorização ser benéfica, para certas crianças essa tarefa pode ser muito difícil, evocando uma resposta mais defensiva e dissociativa. Portanto, apesar de ser uma noção bem estabelecida o fato de que as intervenções baseadas na arte facilitam a divulgação e promovem o compartilhamento de experiências traumáticas, esse processo é bem complexo (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Segundo o estudo de Goldner, Lev-Wiesel e Binson (2021), desenhos e narrativas que representam abuso infantil se caracterizam por, geralmente, serem pobres em emoção e transmitirem um sentido vago e inespecífico da própria criança e dos outros, sendo que a grande maioria dos sobreviventes não se representa nos desenhos e emprega técnicas dissociativas.



O tipo de abuso mais retratado é o emocional em virtude de esse tipo de violência ser mais frequente por acompanhar outras formas de abuso, tornando as vítimas mais familiarizadas com essa situação (grande parte das crianças experimentam, seja como vítimas, agressores ou observadores, hostilidade, provocação, críticas, ameaças, gritos e rejeição) (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Além disso, apesar da alta prevalência de abuso sexual infantil, crianças e adolescentes raramente representam essa agressão nos desenhos, o que demonstra os graves impactos dessa experiência traumática nos sobreviventes (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Casos como de crianças que não seguem as instruções para desenhar uma situação de abuso, usam figuras para mascarar a representação de violência, como uso de símbolos positivos, ou distanciam o agressor da vítima podem indicar uma tentativa de proteção. Desse modo, é fundamental reconhecer que o uso de artifícios dissociativos envolve um mecanismo de ajustamento e não uma representação fiel do ocorrido, uma vez que protege os indivíduos que passaram por experiências complicadas (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

A forma como as crianças representam situações de abuso nos desenhos depende de fatores como características da experiência traumática, sexo/gênero, idade e situação socioeconômica, o que será explanado a seguir (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

No geral, crianças vítimas de abuso apresentam indicadores que evidenciam agressividade em seus desenhos, como dedos grandes e em garra; braços longos; ombros largos; olhos sombreados, ocos ou omitidos; sobrelanceias enfatizadas; bigodes e barbas grossos; postura rígida; dentes; e narinas enfatizadas (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

O desenho da autofigura (“Desenhe Você Mesmo”) é uma ferramenta valiosa de avaliação confiável para identificar o tipo de abuso infantil e avaliar a saúde mental e emocional dos sobreviventes. Na maior parte dos casos, as crianças solicitadas a desenhar a si mesmas representam símbolos de uma situação de violência, sendo que diferentes indicadores de desenho podem ser encontrados em diferentes tipos de abuso (físico, sexual e emocional) (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022; ROTH; LEV-WIESEL; SHOCHAT, 2019).

A representação de genitais está presente de forma significativa nos desenhos de vítimas de abuso sexual. Em relação ao abuso físico, os símbolos significativos envolvem ênfase às orelhas (o que significa medo, desamparo e ansiedade), às mãos e aos braços (o que indica desamparo e ansiedade em lidar e interagir com o ambiente externo) e ao cabelo (o que sugere sentimentos inconscientes de negação) (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Os símbolos em desenhos de autofigura de vítimas de abuso emocional são fracamente desenhados, pequenos ou posicionados na periferia do papel e sem detalhes na face, evidenciando baixa autoestima e desamparo (JAROENKAJORNKIJ; LEV-WIESEL; BINSON, 2022).

Em relação ao sexo/gênero, os meninos tendem a fazer desenhos mais simples e com símbolos de abuso físico (como figuras humanas diminutas), enquanto as meninas tendem a produzir desenhos mais expressivos e coloridos e que evidenciam violência emocional. Isso pode ser explicado pelo fato de as taxas de agressão física e emocional variarem conforme o sexo/gênero, sendo a primeira mais presente em garotos, e a segunda, em garotas (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Já em relação à idade, adolescentes representam mais símbolos de lesão emocional, enquanto crianças em idade escolar, maior representação de agressão física, provavelmente porque os mais jovens possuem dificuldade de reconhecer a violência de cunho emocional. Além disso, crianças com pais não divorciados e de famílias com maior renda tendem a usar mecanismos menos dissociativos em seus desenhos, o que evidencia a importância da educação e de uma rede de apoio na capacidade de lidar com o trauma e suas consequências (GOLDNER; LEV-WIESEL; BINSON, 2021).

Estudos realizados por Katz, Barnetz e Hershkowitz (2014), Laird e Mulvihill (2021) e Lev-Wiesel e outros autores (2020) apontam que crianças que tiveram o componente da arte incluído no processo investigativo apresentaram, com maior frequência, alívio e esperança após a investigação, destacando a efetividade do desenho em empoderar as crianças durante as entrevistas, devolvendo-lhes o controle que foi perdido na experiência traumática (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; LAIRD; MULVIHILL, 2021; LEV-WIESEL *et al.*, 2020).

Pode-se afirmar que meninas tendem a exibir sentimentos negativos com mais frequência do que os meninos durante as investigações. Isso pode ser explicado pela socialização de gênero: o uso de símbolos e da linguagem em nossa sociedade impulsiona os meninos a afirmarem suas ideias, em contrapartida desvaloriza e deslegitima as palavras e as experiências das meninas, que são a todo tempo desacreditadas (o estresse mais frequente das meninas durante as entrevistas pode ser explicado pela tendência de esse grupo já esperar ter sua história desacreditada) (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Diferenças também podem ser encontradas em relação à gravidade do abuso. Crianças que sofreram abuso mais grave apresentam maior relutância em revelar o abuso, seja por ainda não conseguirem reconhecer a violência no momento da investigação, o que poderia tê-las impedido de compreender, admitir e expressar suas emoções; ou ainda por acharem que o entrevistador irá minimizar seu trauma ou duvidar da sua veracidade (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Além das questões relacionadas com a magnitude do abuso, a idade é significativa na expressão da experiência traumática, em que crianças mais velhas possuem habilidades cognitivas mais desenvolvidas do que as mais novas, de modo a terem maior facilidade de revelar durante o processo investigativo (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014).

Diante dessas disparidades, ao construir um espaço protegido para a revelação, sabe-se que o desenho inserido na investigação reduz as diferenças cognitivas e sociais entre as crianças ao permitir uma expressão genuína delas, favorecendo as crianças menores, sobreviventes de um abuso mais grave e as meninas, que são grupos que apresentam maior relutância e/ou dificuldade em relatar o trauma (KATZ; BARNETZ; HERSHKOWITZ, 2014; WOOLFORD, 2013).

Por fim, muitos autores defendem que os desenhos da vítima e o testemunho interpretativo de um profissional de saúde treinado devem ser aceitos em tribunal como prova de abuso infantil. Apesar das evidências mistas sobre o uso do desenho para beneficiar o peso legal do testemunho da criança, sabe-se que a arteterapia melhora o aspecto terapêutico da investigação ao servir como ferramenta para melhorar o vínculo entre a vítima e o investigador e construir um espaço seguro para a revelação (LEV-WIESEL *et al.*, 2020; WOOLFORD, 2013).

### **Arteterapia para sobreviventes de abuso infantil**

Em relação à abordagem terapêutica, por ser uma modalidade sensorial, a arteterapia acessa o sistema límbico de um modo que intervenções verbais não conseguem, reduzindo a ansiedade, prevenindo a dissociação, estimulando a expressão verbal e a recuperação da memória: como o trauma pode gerar uma percepção distorcida ao engatilhar um mecanismo de defesa que desarticula o contexto e a emoção, a arte fornece uma narrativa visual para conectar a vivência aos sentimentos, recuperando a autoconsciência e dando sentido às memórias (LAIRD; MULVIHILL, 2021; LEV-WIESEL; GOLDNER; DAPHNA-TEKOA, 2022).

A terapia, além de atuar no quadro pós-traumático para alívio sintomático, previne o desenvolvimento de novas sequelas, revitimização e reincidência de sintomas. Além disso, facilita a expressão de eventos e sentimentos relacionados ao abuso ao proporcionar um espaço terapêutico seguro e reconfortante, estimulando a imaginação e a criatividade (NARANG *et al.*, 2019).

A arteterapia deve ser direcionada também para cuidadores não infratores/seguros e sua relação com as crianças sobreviventes. Em caso de violência doméstica, evidências apontam que a saúde mental de crianças melhora à medida que a saúde das mães melhora, de maneira que o bem-estar materno e uma relação saudável mãe-filho são fatores de proteção para as crianças. Isso evidencia a necessidade de a abordagem terapêutica envolver toda a família (MESTON; LORENZ; STEPHENSON, 2013; NARANG *et al.*, 2019).

A arteterapia está associada à redução de problemas comportamentais. O ensaio clínico realizado por Woollett, Bandeira e Hatcher em 2020 aponta que crianças em situação de violência doméstica submetidas à terapia com arte aprendem a compreender, expressar e regular suas emoções (autocontrole) ao praticarem formas alternativas de gerenciar conflitos internos e interpessoais e desenvolverem maior desejo de comunicação emocional com os cuidadores seguros.

Assim, em relação à arteterapia, as crianças relataram melhorias significativas na autoestima, na autoconfiança, na autoexpressão, no humor, na compreensão, na resiliência, no aprendizado e na redução do comportamento agressivo, além de melhorias quanto à ansiedade e à

depressão, à dissociação e aos distúrbios de atenção e retração (MOULA *et al.*, 2020; TENER; SILBERSTEIN, 2019).

Apesar de o desenho ser amplamente utilizado em todas as etapas de manejo de vítimas de abuso infantil, outro componente da arteterapia merece atenção, que é a musicoterapia. A música é um meio não verbal seguro de autoconhecimento e interação, apresentando um forte potencial terapêutico em caso de abuso infantil (KIM, 2017).

Estudos sobre abuso contra crianças e musicoterapia identificaram métodos terapêuticos efetivos, como improvisação e composição de músicas. A improvisação foi considerada um instrumento de grande importância para o estímulo à verbalização de sentimentos e aflições, reduzindo níveis de problemas comportamentais internalizantes, como ansiedade, retração, depressão e problemas de atenção (KIM, 2017).

### **Comentário da especialista<sup>49</sup>**

A priori, parabênizo Beatriz pelo excelente trabalho e agradeço pelo convite de minha participação. Em 2004, surgiu oficialmente o Serviço de Atendimento a Vítimas de Violência Sexual do Estado de Sergipe, e tive a honra de ser convidada por Jânua Cele Boson e Auciliadora Varjão para fazer parte da equipe de trabalho, com alegação de que tinha “perfil” para trabalhar com esse público.

Fizemos vários cursos, capacitações, até curso de perícia, de coleta de material para cadeia de custódia, tudo para dar um atendimento digno e de qualidade às vítimas. Hoje, fazendo uma retrospectiva, percebo que as amigas que me convidaram foram usadas por Deus; vejo que os pacientes são quem me ensina a olhar com os olhos da alma, a sentir a dor, o medo, a angústia, a insegurança do outro e, acima de tudo, o exercício diário de não julgar. A vocês, pacientes que me fazem tentar ser uma pessoa melhor, a minha profunda gratidão.

O atendimento a vítimas de violência sexual deve ser feito de forma humanizada, individualizada, desprovido de preconceitos e julgamentos. Cabe a nós auxiliar no resgate da autoestima do paciente. Infelizmente, a estatística se mantém nos casos de agressão a menor de idade em que os familiares, pessoas que deveriam proteger, são os principais agressores.

Em 2004, iniciou o serviço de atendimento a pessoas em situação de risco de violência sexual no estado de Sergipe, do qual faço parte do corpo clínico desde sua formação. A humanização do atendimento facilita a recuperação dos pacientes, elevando o grau de aceitação pelo seguimento por seis meses nos casos de violência aguda, por isso a importância de atendimento individualizado. Nosso objetivo é atingir, o máximo possível, a profilaxia de Infecções Sexualmente Transmissíveis – ISTs e gravidez indesejada. Para tanto, é necessário que a vítima seja atendida em tempo hábil.

Ao longo desses anos atendendo vítimas de violência sexual, aprendi que não se trata de um simples atendimento, mas de doação ao próximo e de aprendizado diário do não julgar. Agradeço a todos os pacientes que me fazem crescer espiritualmente.

## CONCLUSÃO

Por fim, é possível afirmar que a arte apresenta grande relevância no manejo de crianças vítimas de abuso infantil ao servir como ferramenta lúdica que, ao utilizar a linguagem não verbal e construir um ambiente protegido, ultrapassa os limites de defesa e acessa de forma mais fluida e descomplicada as vítimas, devolvendo-lhes o controle que foi perdido durante o trauma.

A arte serve como instrumento de prevenção ao instrumentalizar profissionais e cuidadores para a educação de crianças quanto a comportamentos inadequados de outrem e ações de defesa. Somado a isso, possui um papel inestimável no estímulo à revelação da experiência traumática, contribuindo com a investigação e com a prevenção da revitimização durante esse processo. Adicionalmente, como ferramenta psicoterapêutica, a arte promove o tratamento de sequelas na infância e na vida adulta.

## REFERÊNCIAS

GOLDNER, L.; LEV-WIESEL, R.; BINSON, B. Perceptions of Child Abuse as Manifested in Drawings and Narratives by Children and Adolescents. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 14 jan. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7840510/pdf/fpsyg-11-562972.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2022.

HUANG, S.; CUI, C. Preventing Child Sexual Abuse Using Picture Books: The Effect of Book Character and Message Framing. **Journal of Child Sexual Abuse**, n. 1053-8712 (Print) 1547-0679 (On-line), p. 1-20, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10538712.2020.1719449?journalCode=wcsa20>. Acesso em: 23 jul. 2022.

JAROENKAJORNKIJ, N.; LEV-WIESEL, R.; BINSON, B. Use of Self-Figure Drawing as an Assessment Tool for Child Abuse: Differentiating between Sexual, Physical, and Emotional Abuse. **Children**, v. 9, n. 6, p. 868, 11 jun. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9067/9/6/868/htm>. Acesso em: 28 jul. 2022.

KATZ, C.; BARNETZ, Z.; HERSHKOWITZ, I. The effect of drawing on children's experiences of investigations following alleged child abuse. **Child Abuse & Neglect**, v. 38, n. 5, p. 858-867, maio 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213414000167?via%3Dihub>. Acesso em: 25 jul. 2022.

KIM, J. Effects of community-based group music therapy for children exposed to ongoing child maltreatment & poverty in South Korea: A block randomized controlled trial. **The Arts in Psychotherapy**, v. 54, p. 69-77, jul. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455616300892>. Acesso em: 27 jul. 2022.

LAIRD, L.; MULVIHILL, N. Assessing the Extent to Which Art Therapy Can Be Used with Victims of Childhood Sexual Abuse: A Thematic Analysis of Published Studies. **Journal of Child Sexual Abuse**, v. 31, n. 1, p. 105-126, 15 jun. 2021. Disponível em: <https://doi-org.ez20.periodicos.capes.gov.br/10.1080/10538712.2021.1918308>. Acesso em: 17 jul. 2022.

LEV-WIESEL, R. *et al.* Children drawing violence: To what extent does it reflect actual experience. **The Arts in Psychotherapy**, v. 71, p. 101717, nov. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0197455620300903>. Acesso em: 18 jul. 2022.

LEV-WIESEL, R.; GOLDNER, L.; DAPHNA-TEKOA, S. Introduction to the Special Issue The Use of Creative Art Therapies in the Prevention, Screening, and Treatment of Child Sexual Abuse. **Journal of Child Sexual Abuse**, v. 1, p. 3-8, 26 jan. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081876/>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MESTON, C. M.; LORENZ, T. A.; STEPHENSON, K. R. Effects of Expressive Writing on Sexual Dysfunction, Depression, and PTSD in Women with a History of Childhood Sexual Abuse: Results from a Randomized Clinical Trial. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 10, n. 9, p. 2177-2189, set. 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23875721/>. Acesso em: 5 ago. 2022.

MOULA, Z. *et al.* A systematic review of child-focused outcomes and assessments of arts therapies delivered in primary mainstream schools. **Children and Youth Services Review**, v. 112, p. 104928, maio 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740919313040>. Acesso em: 23 jul. 2022.

NABORS, L.; BAKER-PHIBBS, C.; WOODSON, K. Community-based counselors' interventions for elementary school-age children coping with trauma. **Journal of Prevention & Intervention in the Community**, v. 44, n. 2, p. 79-91, 3 mar. 2016. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10852352.2016.1132820>. Acesso em: 5 ago. 2022.

NARANG, J. *et al.* Therapeutic interventions with child and adolescent survivors of sexual abuse: A critical narrative review. **Children and Youth Services Review**, v. 107, p. 104559, dez. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190740918310867>. Acesso em: 27 jul. 2022.

NIJENHUIS, E.; VAN DER HART, O.; STEELE, K. Trauma-related Structural Dissociation of the Personality. **Activitas Nervosa Superior**, v. 52, n. 1, p. 1-23, mar. 2010. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03379560#citeas>. Acesso em: 5 ago. 2022.

ROBERTS, S. Untold Stories: Male Child Sexual Abusers' Accounts of Telling and Not Telling about Sexual Abuse Experienced in Childhood. **Journal of Child Sexual Abuse**, p. 1-19, 13 nov. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33185510/>. Acesso em: 5 ago. 2022.

ROTH, N.; LEV-WIESEL, R.; SHOCHAT, T. "How do you sleep?" sleep in self-figure drawings of young adolescents in residential care facilities – An exploratory study. **Sleep Medicine**, v. 60, p. 116-122, ago. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945718304805https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1389945718304805>. Acesso em: 5 ago. 2022.

SHUKLA, K.; WIESNER, M. Relations of Delinquency to Direct and Indirect Violence Exposure Among Economically Disadvantaged, Ethnic-Minority Mid-Adolescents. **Crime & Delinquency**, v. 62, n. 4, p. 423-445, 19 jul. 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011128713495775>. Acesso em: 5 ago. 2022.

STOLTENBORGH, M. *et al.* The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: **Review of a Series of Meta-Analyses**. *Child Abuse Review*, v. 24, n. 1, p. 37-50, 20 out. 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/car.2353>. Acesso em: 5 ago. 2022.

TENER, D.; SILBERSTEIN, M. Therapeutic interventions with child survivors of sibling sexual abuse: The professionals' perspective. **Child Abuse & Neglect**,



v. 89, p. 192-202, mar. 2019. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213419300304>. Acesso em: 5 ago. 2022.

WOOLFORD, J. *et al.* Drawing helps children to talk about their presenting problems during a mental health assessment. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, v. 20, n. 1, p. 68-83, 31 jul. 2013. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104513496261>. Acesso em: 5 ago. 2022.

WOOLLETT, N.; BANDEIRA, M.; HATCHER, A. Trauma-informed art and play therapy: Pilot study outcomes for children and mothers in domestic violence shelters in the United States and South Africa. **Child Abuse & Neglect**, v. 107, p. 104564, set. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213420302192#preview-section-snippets>. Acesso em: 17 jul. 2022.

## Psicopatologia e cinema: uma intercessão valiosa na construção do saber médico

Fernanda Bastos Bispo Ferreira<sup>50</sup>

Danilo Bastos Bispo Ferreira<sup>51</sup>

Considerada a sétima arte, o cinema trouxe, a partir do século XX, um lugar de importância sobre como vemos a nós mesmos e aquilo que nos circunda. Assim como na literatura, a vida psicológica do ser humano é transposta em todas as suas facetas. Seus desvios, nos mais diversos âmbitos psicopatológicos, mostraram-se um tema relevante na atualidade (VAN DUPPEN; SUMMA; FUCHS, 2015).

Para muitas pessoas, os filmes coloriram as percepções dos pacientes psiquiátricos e dos médicos que cuidam deles. A representação em si da doença mental, da Psiquiatria e dos psiquiatras no cinema refletiu as atitudes predominantes em relação à causa dos transtornos mentais e as atitudes do público em relação à disciplina da Psiquiatria (GABBARD; GABBARD, 1999).

Além disso, os filmes podem ser uma ferramenta educacional útil no ensino da Psiquiatria, seja na universidade, seja na residência médica, visto que se torna possível realizar a avaliação do estado mental e seu aprimoramento; a avaliação da interação médico-paciente, relação basilar dentro da nossa prática; fazer diagnósticos psiquiátricos e facilitar a compreensão de transtornos de personalidade (BHUGRA, 2003; TARSITANI; BRUGNOLI; PANCHERI, 2004).

Enquanto ferramenta educacional, os filmes podem ser usados em suas versões completas, como em clubes de cinema, ou através de cliques

---

50 Interna em Medicina pela Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

51 Médico pela Universidade Tiradentes. Psiquiatra pela Prefeitura de Sorocaba. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HC-UFGM. Professor de Psiquiatria da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

curtos, que retratam o sintoma ou os aspectos necessários do material de aprendizagem pretendido agrupados em seminários ou palestras individuais, como em sessões de educação cinematográfica (ALEXANDER; HALL; PETTICE, 1994).

Outro aspecto importante do uso de filmes no ensino médico, em geral, é a perspectiva de se desenvolver sensibilidade e consciência para culturas diferentes das dos acadêmicos de Medicina ou dos residentes de Psiquiatria, mostrando para eles a importância da Psiquiatria Transcultural e as suas diversas facetas de perspectiva de observação de fenômenos de acordo com a cultura em que o paciente está inserido (AKRAM *et al.*, 2009; SIERLES, 2005).

É de se salientar, porém, até que ponto a competência cultural pode ser ensinada e até que ponto os filmes revelam características importantes de culturas diferentes (OYEBODE, 2003).

O uso de filmes na educação médica pode ser visto como parte de um movimento mais amplo para trazer as humanidades para o currículo médico, e os cursos de humanidades médicas são cada vez mais oferecidos aos estudantes de Medicina em matérias eletivas, como nos Estados Unidos, por exemplo (DATTA, 2009).

Muitos são os filmes disponíveis nas telas de cinema e nas redes de transmissão da atualidade que demonstram transtornos psiquiátricos como tema central de suas tramas. Alguns desses filmes possuem extrema relevância educacional, visto que a reflexão é um dos componentes esperados dos acadêmicos de Medicina e dos médicos por consequência. No entanto, não raro são vistas em alguns filmes imagens caricaturais, o que pode levar a uma maior estigmatização de determinada condição do que a sua própria compreensão (BYRNE, 2009).

Partindo do pressuposto da relevância educacional, um dos pilares da Medicina é a educação/psicoeducação fornecida aos nossos pacientes quanto à morbidade que eles apresentam, de modo que, ao saber bem, escolher filmes pode ser de suma importância para o paciente e seus familiares no melhor entendimento da patologia em questão, quando bem indicados (BYRNE, 2003).

Literatura recente já demonstrou visões gerais de filmes úteis para ambos os propósitos, os bons e os ruins (BHUGRA, 2003; WEDDING; BOYD; NIEMIEC, 1999).

Fazer a correlação entre psicopatologia, cinema e o ensino desse primeiro tópico através da arte pode ser uma tarefa árdua (DARBYSHIRE; BAKER, 2012), visto que alguns artigos discorrem de forma quantitativa sobre a utilidade de filmes no ensino de técnicas psicoterapêuticas e diagnósticas (FLEMING; PIEDMONT; HIAM, 1990; MCNEILLY; WENGEL, 2001).

Alguns questionamentos podem ser feitos a partir desse pressuposto da relação cinema e psicopatologia:

- Os filmes podem nos ensinar algo sobre psicopatologia?
- Somos levados a preconceitos simplistas por causa do caráter dramático e ficcional?
- Os filmes se distinguem satisfatoriamente das imagens e das primeiras fotografias de pacientes psiquiátricos? (VAN DUPPEN; SUMMA; FUCHS, 2015).

O método adequado para uso de filme no ensino de psicopatologia tende a ser a visualização e a discussão conjuntas (VAN DUPPEN; SUMMA; FUCHS, 2015).

Ao se assistir a um filme, às vezes há uma tendência a ser rápido com sintomas e diagnósticos (LIN *et al.*, 2003), assim como num cenário ambulatorial. Portanto, desconsiderando a necessidade de se fechar um diagnóstico num *setting* de emergência, em que precisamos de raciocínio rápido e lógico diante dos sintomas que o paciente nos apresenta, de modo que o tratemos adequadamente e de maneira ágil, o raciocínio crítico e comedido pode levar o tempo necessário para melhor averiguação de tentar entender a fenomenologia que envolve o personagem de determinado filme (VAN DUPPEN; SUMMA; FUCHS, 2015).

O contexto em que surge um transtorno psiquiátrico é de suma importância (BHUGRA, 2003). Tanto a estrutura narrativa (CHARON, 2001) quanto a combinação de ser dominado por expressões como tristeza, beleza, nojo nos levam para além dos sintomas, como também nos levam para uma tentativa de empatia na expectativa de compreensão do sofrimento do personagem em questão (VAN DUPPEN; SUMMA; FUCHS, 2015).

No que diz respeito à oferta de oportunidade de correção de equívocos quando assistem aos filmes que versam sobre Psiquiatria, os estudantes de Medicina e/ou os residentes de Psiquiatria têm nessa

oportunidade o momento da crítica e da reflexão, podendo usar os filmes para gerar debate sobre o papel do cinema e de outras mídias visuais na perpetuação de noções estigmatizantes da Psiquiatria e de transtornos mentais no geral (DATTA, 2009).

Por outro lado, pode haver alguma desvantagem no uso de filmes como auxílio ao ensino em Psiquiatria. Retratos de transtornos mentais podem ser irreais; pacientes psiquiátricos são frequentemente retratados como violentos, reforçando estereótipos negativos (BYRNE, 2003).

A “licença artística” é muitas vezes abusada em filmes para sacrificar o fato pela história, mas as pessoas que vivem com doenças mentais muitas vezes acabam carregando o peso das imprecisões e falsidades sobre a Psiquiatria e sofrem com o estigma criado (AKRAM *et al.*, 2009).

Por fim, o uso de filmes no ensino de psicopatologia pode reduzir o estigma em que os pacientes psiquiátricos estão inseridos. Fica claro que o cinema é uma ferramenta educacional poderosa na graduação e na formação de especialistas pelo fato de destacar a importância dos contextos social, cultural e histórico em que os indivíduos adoecem e são tratados (ou não) (DATTA, 2009).

### **Comentário do especialista<sup>51</sup>**

Conforme exposto anteriormente, estamos inseridos hoje numa sociedade em que podemos ter acesso fácil ao conteúdo cinematográfico e, nesse âmbito, me permitindo a licença de abranger o cenário dessa arte, de termos acesso não só aos filmes, como séries e demais conteúdos visuais promovidos pelas empresas cinematográficas e de *streaming* nacionais e internacionais.

Nesse toar, temos de levar em consideração o poder de crítica que deve ser estimulado entre o corpo discente, visto que é através dessa capacidade que os alunos poderão ter mais subsídios para enriquecimento do seu saber.

São diversos os sentimentos que os filmes e demais modalidades visuais podem nos trazer: compaixão, piedade, dúvida, repulsa. E é reiterando o aspecto do poder de crítica que devemos ensinar nos acadêmicos de Medicina e nos residentes de Psiquiatria o quão poderoso é: seja

para o bem, seja para o mal; pode ser a nossa escolha no que diz respeito a discutir determinado filme/série.

Filmes famosos abordam os mais diversos transtornos psiquiátricos como esquizofrenia, transtorno dissociativo de identidade, transtornos de humor, bem como o suicídio.

E é justamente no tocante a esse último tópico que devemos ter muito cuidado ao tentar abordá-lo. Na verdade, todos os temas que envolvem a Psiquiatria na cinematografia podem causar algum tipo de desconforto naquele que o vê: talvez por questões de identificação pessoal, ou mesmo por ter vivências na família, o que invariavelmente pode fazer o aluno sofrer. Quando proposto discutir tais temas através da reflexão e da crítica de peças cinematográficas, é de suma importância discutir previamente com os alunos a sinopse do que será mostrado e questioná-los sobre algum possível desconforto, de modo que isso possa ser motivo de discussão a posteriori ou, até mesmo, de liberar o aluno dessa atividade.

Especial ressalva para a temática do suicídio, tema extremamente delicado no qual, a depender da possibilidade de sofrimento de alguém dos espectadores em questão quanto a esse domínio, evitar a perspectiva de realizar essa atividade como um reforçador, culminando no Efeito Werther.

Tirando-se essas ressalvas, bem como tentando dirimir possíveis vieses negativos encontrados nos filmes, a discussão crítica tende a ser benéfica para todos, pois, através dela, professores e alunos aprimoram seus conhecimentos em sintomas, diagnóstico e reforço no aprendizado no exame do estado mental, instrumento utilizado por nós, psiquiatras, para sumarizar aspectos avaliados durante uma consulta e que balizam a evolução do nosso tratamento.

## REFERÊNCIAS

AKRAM, Adil *et al.* Crossing the line—learning psychiatry at the movies. **International Review of Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 267-268, 2009.

ALEXANDER, M.; HALL, M. N.; PETTICE, Y. J. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. **Family medicine**, v. 26, n. 7, p. 430-433, 1994.

- BHUGRA, D. Teaching psychiatry through cinema. **Psychiatric Bulletin**, v. 27, n. 11, p. 429-430, 2003.
- BYRNE, P. Commentary (on Bhugra: Using film and literature for cultural competence training and Teaching through cinema). **Psychiatric Bulletin**, v. 27, n. 11, p. 431-432, 2003.
- BYRNE, P. Psychiatry and the media. **Advances in Psychiatric Treatment**, v. 9, n. 2, p. 135-143, 2003.
- BYRNE, P. Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). **Advances in psychiatric treatment**, v. 15, n. 4, p. 286-296, 2009.
- CHARON, R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. **Jama**, v. 286, n. 15, p. 1897-1902, 2001.
- DARBYSHIRE, D.; BAKER, P. A systematic review and thematic analysis of cinema in medical education. **Medical Humanities**, v. 38, n. 1, p. 28-33, 2012.
- DATTA, V. Madness and the movies: an undergraduate module for medical students. **International Review of Psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 261-266, 2009.
- FLEMING, M. Z.; PIEDMONT, R. L.; HIAM, C. M. Images of madness: Feature films in teaching psychology. **Teaching of psychology**, v. 17, n. 3, p. 185-187, 1990.
- GABBARD, G. O.; GABBARD, K. **Psychiatry and the Cinema**. American Psychiatric Pub, 1999.
- LIN, D. *et al.* Initial psychiatric assessment: A practical guide to the clinical interview. **British Columbia Medical Journal**, v. 45, n. 4, p. 172-177, 2003.
- MCNEILLY, D. P.; WENGEL, S. P. The "ER" seminar. **Academic Psychiatry**, v. 25, n. 4, p. 193-200, 2001.
- OYEBODE, F. Commentary (on Bhugra: Using film and literature for cultural competence training). **Psychiatric Bulletin**, v. 27, n. 11, p. 433-433, 2003.
- SIERLES, F. S. Using film as the basis of an American culture course for first-year psychiatry residents. **Academic Psychiatry**, v. 29, n. 1, p. 100-104, 2005.
- TARSITANI, L.; BRUGNOLI, R.; PANCHERI, P. Cinematic clinical psychiatric cases in graduate medical education. **Medical education**, v. 38, n. 11, p. 1187-1187, 2004.
- VAN DUPPEN, Z.; SUMMA, M.; FUCHS, T. Psychopathologie en film: een waardevolle interactie? **Tijdschrift voor Psychiatrie**, n. 2015/8, p. 596-603, 2015.
- WEDDING, D.; BOYD, M. A.; NIEMIEC, Ryan M. **Movies and mental illness: Using films to understand psychopathology**. Boston, 1999.

## A influência da musicalidade como recurso terapêutico para pacientes na terceira idade

Amanda Rodrigues da Boa Morte<sup>52</sup>

Daniella Maia Teles Souza<sup>52</sup>

Sidney Augusto Silva Passos<sup>52</sup>

Willian Moreira Leão e Silva<sup>52</sup>

Givanildo Santana Pereira<sup>53</sup>

### **O / som do envelhecimento**

**E** comum se ouvir a seguinte premissa relacionada ao decurso da vida: “O homem nasce, cresce, reproduz e morre”, porém, nesse processo também está inclusa uma fase natural crucial: o envelhecimento. O envelhecer tem um significado particular para cada indivíduo, todavia, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, é “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2006). Nesse contexto, ao se deparar com esse processo fisiológico, se pode destacar duas definições fundamentais para a compreensão desse momento: a senilidade e a senescência.

A senescência é caracterizada pelo conjunto de mudanças que culminam em uma progressiva diminuição de reserva funcional, ou seja, um declínio físico e mental gradual (CIOSAK *et al.*, 2011; JUCHEM *et al.*, 2016). São os novos aspectos corporais advindos com a soma dos anos:

---

52 Acadêmicos de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

53 Psicólogo especialista em Terapia Cognitivo Comportamental e músico.



o adelgaçamento da pele, a redução da altura e de funções sensoriais, o enrijecimento dos vasos sanguíneos, o embranquecimento dos cabelos, a diminuição de certas células de defesa (JUCHEM *et al.*, 2016).

Todavia, essas modificações não impactam negativamente de forma considerável no estilo de vida, podendo possivelmente se apresentarem sem precisamente advirem com sintomas (JUCHEM *et al.*, 2016). A senilidade, por sua vez, apresenta-se com acentuado decréscimo no funcionamento dos sistemas corporais, acompanhado ou desencadeado pelo desenvolvimento de alguma condição patológica por estresse emocional, acidente ou doenças, destacando-se processos patológicos como câncer, doença de Alzheimer, cegueira, diabetes, entre outras doenças crônico-degenerativas (CIOSAK *et al.*, 2011; JUCHEM *et al.*, 2016).

O desafio, destarte, está em manter o envelhecimento mais distante da senilidade quanto possível, ou seja, um envelhecer mais saudável. Nesse âmbito, a terceira arte clássica, a música, destaca-se como um fator a proporcionar benefícios positivos aos seus ouvintes da terceira idade através da musicoterapia. A musicoterapia é o uso sistemático da música dentro de uma relação terapêutica com intuito de restaurar, manter, desenvolver e proporcionar saúde emocional, física e mental (WARTH *et al.*, 2015).

A musicalidade abrange ouvir melodias, sons e vozes e entoar canções e o manuseio de instrumentos. Essa ação, por sua vez, envolve variados sistemas sensoriais e motores, exigindo, assim, uma gama diversa de processos cognitivos (HERHOLZ *et al.*, 2012). Nesse contexto, a prática musical é, por si própria, uma atividade cognitiva bem eficiente, pois estimula uma execução regular que engloba uma dificuldade progressiva, à qual o indivíduo vai se aperfeiçoando, não restrita a ser somente uma atividade de elevada integração sensório-motora (GRASSI *et al.*, 2018).

### **Alterações anatômicas e comportamentais**

Na musicoterapia, os mecanismos que medeiam e refletem mudança nas questões anatômicas e no padrão comportamental dos pacientes na terceira idade são importantes para a compreensão dos benefícios de tal processo em toda a sua abrangência. Desse modo, a aplicação da

musicoterapia pode interferir, de maneira benéfica, no desenvolvimento biopsicossocial dos idosos (SCHMID *et al.*, 2018).

Entre as mudanças de nível anatômico documentadas, há evidências de que cérebros de adultos mais velhos mantêm a capacidade de plasticidade (KOLB; GIBB; GORNY, 2003), podendo beneficiar o cérebro quanto à questão da cognição no envelhecimento e da redução do risco de demência (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Com o aumento da cognição em processos como memória, inibição, atenção, velocidade de processamento, habilidade espacial, flexibilidade cognitiva, função executiva, é perceptível que a cognição tem um desempenho superior em idosos que praticam alguma atividade musical (ROMUMAN-CABALLERO *et al.*, 2018).

Apesar de não haver muitos estudos relacionados à musicoterapia de forma isolada, sem associar a outras terapias, com fim de melhora na qualidade de vida da terceira idade, os resultados, nos estudos que avaliam eficiência do tratamento, apontam benefícios relacionados, especialmente, a um aumento da qualidade de vida (SCHMID *et al.*, 2018; WARTH *et al.*, 2015).

Um estudo realizado por Chaddock-Heyman e colaboradores, em 2021, utilizou um método comparativo muito interessante em idosos sem experiência e com experiência musical amadora. Algumas pesquisas anteriores levavam em conta a comparação entre o desenvolvimento e a distribuição da massa cinzenta entre músicos e não músicos, verificando alterações muito significativas na comparação dos dois grupos. Porém, nessa pesquisa em específico, ao serem analisadas pessoas com graus variados e relativamente mais próximos de experiência musical, pode-se acessar uma nova perspectiva de como a musicoterapia age, já que a maioria da população não é composta de músicos profissionais (MÜLLENSIEFEN *et al.*, 2014; NIGMATULINA *et al.*, 2015; PAQUETTE *et al.*, 2017).

Os resultados encontrados se basearam na formação de imagens a partir de segmentação automatizada do tecido cerebral e reconstrução de modelos de superfície cortical em ressonância magnética. A análise anatômica teve por objetivo estimar o volume total do cérebro e giros cerebrais laterais possivelmente relacionados à prática musical (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Entre os itens levados em consideração para a pesquisa corrente, constam: o engajamento ativo, referente à disposição do tempo e de recursos em atividades musicais; as habilidades perceptivas, que dizem respeito à autoavaliação cognitiva de música, frequentemente associada à escuta musical; o treinamento musical, a extensão da prática e o treinamento musical, ou seja, a existência ou não de desenvolvimento prático de habilidades musicais; as habilidades de canto, isto é, atividades e habilidades diretamente relacionadas ao canto; e emoções ativas relacionadas à resposta referente a uma ou mais músicas (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Ao serem avaliadas a influência da música e a sua relação com idade, sexo e anos de escolaridade, foi apenas percebida uma correlação entre a habilidade musical perceptiva e o nível educacional (diretamente proporcional), além da idade (inversamente proporcional), provavelmente relativa às perdas auditiva e cognitiva naturais advindas do e desenvolvidas no processo de envelhecimento. A variável de treinamento musical foi associada positivamente aos volumes do para-hipocampo e do córtex frontal inferior (principalmente nas porções opercular e orbital). Esse resultado específico tem convergência com outros estudos que avaliam o desenvolvimento do neocórtex (massa cinzenta) cerebral nesses mesmos giros mencionados (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Face ao que foi percebido, aparentemente há uma correlação direta entre tais estruturas neurais e o desenvolvimento de habilidades musicais, além da própria formação e do desenvolvimento da linguagem, capacidades muito associadas e ligadas à atividade musical como um todo. Ainda quanto ao treinamento musical, o desenvolvimento da região posterior do giro do cíngulo, ínsula e córtex órbita frontal medial também foi observado. Apesar de haver indícios de resultados positivos, ao se perceber um maior desenvolvimento em áreas de neocórtex referentes a locais responsáveis pela cognição, pela memória, pela linguagem e pelas emoções, alguns pontos importantes devem ser ressaltados (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

O principal deles consiste na aparente falta de relação comprovável entre habilidades de canto, habilidades perceptivas, engajamento ativo, respostas emocionais a músicas, comportamentos musicais e a

variável de volume cerebral correspondente, ou seja, não houve alteração de volume cerebral entre os giros pesquisados quanto às variáveis que não fossem o treinamento musical (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Em termos mais práticos, o que foi encontrado refere-se ao aumento potencial das capacidades musicais, auditivas, de fala e de linguagem, além do processamento musical, principalmente pelo giro frontal inferior. Também é listado um desenvolvimento maior das áreas referentes à memória e à função executiva, além do processamento de emoções pelo giro parahipocampal, parte da ínsula e giro posterior do cíngulo (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

O giro parahipocampal também está relacionado à associação de memórias na evocação de emoções, com interações para os giros frontais superior e órbita frontal medial e outras áreas do sistema límbico. Por provocar essas emoções, a musicoterapia pode ser considerada um meio terapêutico eficaz de alívio de estresse e de melhora na qualidade de vida, com aspectos positivos no enfrentamento a doenças na terceira idade, especialmente em casos de cuidados paliativos (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Um ponto interessante que não foi listado pelo estudo de Chaddock-Heyman *et al.* (2021) refere-se ao desenvolvimento e volume de outras áreas cerebrais, principalmente as que estão relacionadas à evolução psicomotora, em áreas como os núcleos da base. De acordo com o estudo de James *et al.* (2014), o desenvolvimento do treinamento musical, em diferentes níveis, apresentou resultados semelhantes aos do estudo de Chaddock-Heyman *et al.* (2021), com desenvolvimento de giros frontais e parietais, importantes para a memória de trabalho, o processamento sintático e a coordenação visomotora, porém houve diminuição da densidade do neocórtex presente no corpo estriado (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021; JAMES *et al.*, 2013).

Diante de sua função reguladora de movimentos, os autores atribuíram a hipótese de que a referida diminuição de massa se deve à automação de habilidades motoras com a música e não apresentaria qualquer impacto negativo significativo, visto que também há um benefício muito grande na porção cerebral envolvida na memória, na linguagem e na comunicação, as quais são gradativamente diminuídas com o passar do tempo (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Além dos aspectos comportamentais decorrentes do tratamento com a musicoterapia diretamente relacionados aos possíveis benefícios biológicos da música, como aumento da capacidade de linguagem, memória e desenvolvimento emocional, os benefícios no bem-estar são classificados pelos próprios pacientes como uma sensação na qual memórias positivas e desafiadoras são evocadas. Isso ocorre ao abordar questões emocionais desafiadoras no presente, como conexões familiares, relacionamentos e recordações, principalmente quando a musicoterapia é aplicada em conjunto, reforçando laços familiares, por exemplo (SCHMID *et al.*, 2018).

Ademais, a qualidade de vida foi ampliada, mas não apenas isso foi modificado; alguns estudos mostram melhora significativa da dor e na sua percepção pelo paciente, representando também uma forma, ou pelo menos uma possibilidade, de incrementar de modo direto a terapêutica aplicada ao paciente idoso (SCHMID *et al.*, 2018).

Portanto, incentivar a musicoterapia nos ambientes clínicos e hospitalares pode significar ampliação da cognição, da memória e da linguagem no paciente idoso, mas também, principalmente, representa um significativo aumento da qualidade de vida e do bem-estar dos pacientes na terceira idade. Assim, percebe-se a importância da musicoterapia nesse contexto, diante de todos os benefícios listados, principalmente nas situações mais difíceis enfrentadas pelos pacientes em seu contexto biopsicossocial (GROOT *et al.*, 2021; SCHMID *et al.*, 2018).

### **Interferências da musicoterapia na qualidade de vida de idosos**

É sabido que a velhice é uma fase da vida certa para aqueles que não morrem antes da terceira idade, contudo, embora haja um consenso a respeito disso, a velhice ainda é uma etapa circundada por paradigmas decorrentes do próprio processo de envelhecimento, que, por sua vez, é marcado por alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais e psicológicas (PAPALÉO NETTO, 2013).

Inegavelmente, durante o envelhecimento, os indivíduos experienciam inúmeras alterações que modificam a sua autonomia e independência. Tais mudanças influem diretamente na qualidade de vida do idoso, na medida em que somam seus efeitos a fatores sociais como sexo, raça, nível de escolaridade, moradia, arranjo familiar etc. (GOMES, 2021).

Com isso, é fácil compreender que a manutenção da qualidade de vida durante o envelhecimento é um desafio, ainda que esse não seja um processo marcado pela senilidade. Em 1990, Adoniran Barbosa, pai do samba paulista, já transformava os percalços de ser velho em música. Naquela época, “saber envelhecer é uma arte” virou refrão; hoje, arte e envelhecimento continuam “dando samba”. Estudos científicos, como o de Groot *et al.* (2021), têm demonstrado que a arte, para além de representar a sabedoria de se adaptar a desafios, como cantado na referida canção, tem despontado como um mecanismo terapêutico promissor na terceira idade.

Groot *et al.* (2021) executaram investigações narrativas, que tinham como locutores idosos e seus cuidadores, e conseguiram, por esse meio, reunir dados que apontam relações positivas entre a prática de artes ativas e o fortalecimento de redes afetivas, e o desenvolvimento pessoal e sentimental nesse público. Tais autores sugerem por meio desse estudo que o envolvimento do idoso com a arte é relevante para propiciar bem-estar e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade de vida.

A música é um tipo de arte que tem ganhado destaque especial no que tange à sua utilização como objeto terapêutico. A musicoterapia surge no atual cenário como um importante meio a ser aplicado na melhoria da qualidade de vida dos idosos. Há indícios de que a prática musical estimula circuitos cerebrais atrelados às funções executivas, à emoção e à linguagem – fatores cruciais para a autonomia dos idosos, mas que se degeneram naturalmente durante a senescência. A música deve, dessa maneira, ser incentivada como recurso terapêutico capaz de fomentar melhorias na cognição durante o envelhecimento, a fim de evitar o surgimento pronunciado dessas alterações ou mesmo de processos demenciais (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021).

Um estudo científico realizado por Diaz (2019) empregou a improvisação musical e a imitação como atividades focais para idosos músicos e não músicos; os autores tiveram duas evidências de que a música é uma boa “aliada” da memória. O estudo destaca primariamente que houve uma melhora significativa na memória entre os participantes envolvidos na improvisação musical. Ademais, foi observado que participantes com maior envolvimento musical prévio obtiveram desempenhos superiores aos dos idosos que não eram músicos.

Os resultados em questão corroboram o fato de que a musicoterapia se mostra promissora para uma habilidade comumente vista em declínio nos idosos: a memória (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021). De acordo com Charchat (2014), a memória, além de ser uma construção cognitiva, construída por codificação, armazenamento e evocação, também é uma habilidade. Logo, por ser assim caracterizada, pode ser treinada, e a musicoterapia é uma ótima ferramenta para subsidiar esse exercício.

Os trabalhos até aqui expostos demonstram que a música pode contribuir significativamente para mitigar os paradigmas decorrentes do processo de envelhecimento natural, amenizando os casos de senilidade e contribuindo para o aumento da expectativa de vida. Isso condiz com o que defende Pimentel (2018) quando afirma que a arte deve ser explorada positivamente na humanização das práticas em saúde. Essas inferências confirmam o fato de que a música deve ser utilizada para potencializar a saúde de pessoas que estão envelhecendo ou que já se encontram na terceira idade. A música, portanto, deve ser incentivada e aplicada no dia a dia dos idosos como recurso capaz de promover saúde e qualidade de vida à medida que for agregada à rotina laboral de médicos e profissionais de saúde que lidam com o “envelhecer” (CHADDOCK-HEYMAN *et al.*, 2021; GROOT *et al.*, 2021).

### **Musicoterapia e síndromes demenciais**

De acordo com a literatura, demência é um termo generalista que engloba doenças ou condições que acarretam alterações progressivas na capacidade cognitiva, como memória e linguagem, e comportamental, como depressão e ansiedade (DEYER *et al.*, 2018). Existem diferentes formas de demência, sendo a demência associada ao Alzheimer a mais prevalente, com 60 a 70% dos casos (WHO, 2022).

Tradicionalmente, as síndromes demenciais são acompanhadas de manifestações psicológicas e comportamentais, conhecidas mundialmente pela expressão em inglês, *behavioral and psychological symptoms of dementia – BPSD*, que traduzem o grau de sofrimento do indivíduo com relação às limitações advindas do seu quadro demencial, podendo ser expresso por sentimentos como raiva, agitação, psicose e depressão (CONSTANTINE *et al.*, 2000; DEYER *et al.*, 2018).

Como consequência, é visto na literatura que tais manifestações psíquicas e comportamentais – BPSD – tendem a gerar inúmeros problemas tanto para o idoso, que passa a ter uma piora progressiva na qualidade de vida, quanto para a sociedade, acarretando maior desgaste aos seus cuidadores e aumento dos custos em cuidados de saúde (DEYER *et al.*, 2018; KOLAWNOSKI *et al.*, 2019).

Cabe citar, entretanto, que a intensidade dessas manifestações está diretamente relacionada a fatores chamados “determinantes”, que dizem respeito a gatilhos capazes de incitar alterações comportamentais no idoso, estando relacionados a aspectos pessoais, envolvendo o contexto da relação do idoso com seu cuidador, e de aspectos ambientais, como a presença de estímulo a atividades lúdicas (KOLOWNOSKI *et al.*, 2019).

Sobre esse último fator, é válido mencionar que a musicoterapia surge como uma ferramenta não farmacológica para o tratamento de síndromes demenciais pelo fato de estimular a modulação de fatores relacionados à cognição, chamando a atenção do paciente e modulando respostas emocionais (SORIA URIOS; DUQUE SAN JUAN; GARCÍA MORENO, 2013).

De fato, apesar de não existir um consenso claro, uma possível hipótese para o fato de ocorrer uma melhora cognitiva de quadros demenciais através do ato de ouvir uma música parece estar relacionada ao mecanismo de ativação de diferentes áreas cerebrais como resposta aos estímulos sonoros produzidos pela melodia, induzindo um aumento da neuroplasticidade (MORENO-MORALES *et al.*, 2020).

Por fim, cabe citar que existem inúmeras formas de tratamento para demência através da musicoterapia, seja pelo estímulo ao ato de cantar por parte do paciente, ou pelo ato de ouvir uma música ou tocar um instrumento musical (CHO, 2018).

### **Musicoterapia e doenças cardiovasculares**

De acordo com a literatura, o processo de envelhecimento fisiológico traz consigo diversas alterações funcionais e anatômicas ao sistema cardiovascular, como aumento da fibrose valvar, alterações na frequência cardíaca, alterações na função sistólica e diastólica e diminuição dos mecanismos compensatórios de proteção ao sistema cardiovascular,



predispondo o indivíduo ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares (STRAIT; LAKATTA, 2012).

Dentro desse contexto, cabe enfatizar que as doenças cardiovasculares ainda continuam a ser a principal causa de morte na população acima de 65 anos (GADÓ *et al.*, 2021). De fato, doenças como hipertensão, derrame e doenças coronarianas são grandes causadoras de morbimortalidade no mundo (ASTUTI *et al.*, 2017; DAI *et al.*, 2020). Com relação a isso, percebe-se que pacientes com doenças cardiovasculares tendem a apresentar manifestações psicológicas associadas ao medo inerente da doença, principalmente ansiedade e depressão (BRADIT; DILEO; POTVIN, 2013).

Nesse aspecto, cabe enfatizar o benefício da utilização da musicoterapia enquanto estratégia não farmacológica para o tratamento dessas doenças pelo fato de promover relaxamento, auxiliando na regulação conjunta tanto da atividade respiratória quanto da atividade autonômica do sistema cardiovascular (KULINSKI *et al.*, 2022).

Realmente, de acordo com a literatura, a musicoterapia auxilia na redução da frequência cardíaca, da pressão arterial e da frequência respiratória, além de diminuição da ansiedade (BRADIT; DILEO; POTVIN, 2013; KULINSKI *et al.*, 2022). É válido ponderar, entretanto, que a sensação de relaxamento do paciente parece estar relacionada ao ritmo musical, de modo que músicas lentas tendem a ser mais relaxantes (KULINSKI *et al.*, 2022). Ademais, observou-se ainda que a utilização da musicoterapia tende a promover um estímulo para o desempenho de atividades físicas, importante para reabilitação cardíaca para doenças coronarianas (CHAIR; ZOU; CAO, 2020).

### **Musicoterapia e dor crônica**

De acordo com a literatura, a dor crônica é uma das condições mais comuns de acometimento em pacientes idosos, estando associada a um quadro de debilidade (GARZA-VILLAREAL *et al.*, 2017; SCHWAN *et al.*, 2019). Com relação a isso, por dor crônica deve-se entender um tipo de dor que persiste além do esperado após o tratamento de uma lesão ou, ainda, aquela advinda de processos patológicos crônicos, podendo ser contínua ou recorrente, em intervalos de dias ou meses (SANTOS *et al.*, 2015).

Nesse aspecto, é válido mencionar que diversas condições tendem a ocasionar dor no paciente idoso, indo desde artrite, causa mais comum de dor em idosos, até doenças sistêmicas, como complicações relacionadas a diabetes, câncer e após eventos de acidente vascular cerebral – AVC (SCHWAN *et al.*, 2019). Além disso, a dor crônica também pode ser manifestada diante de síndromes demenciais, como Alzheimer (HUSEBO; ACHTERBERG; FLO, 2016).

Tradicionalmente, pacientes que sofrem com a dor crônica tendem a apresentar manifestações associadas, como depressão, ansiedade, isolamento social e ideação suicida, além da alta dependência de fármacos opioides para alívio da dor, constituindo-se como um importante problema tanto a nível de saúde quanto a nível socioeconômico (GARZA-VILLAREAL *et al.*, 2017; SANTOS *et al.*, 2015).

Dentro desse contexto, cabe citar que o tratamento da dor crônica envolve uma assistência multidisciplinar, combinando tanto terapias farmacológicas quanto não farmacológicas, como reabilitação física e psicológica e abordagens intervencionistas (SCHWAN *et al.*, 2019). Nesse aspecto, cabe destacar que a musicoterapia tem um importante efeito terapêutico no manejo da dor crônica (BRAZOLOTO, 2021; GARZA-VILLAREAL *et al.*, 2019).

Uma possível explicação para o papel analgésico da música na dor seria pela sua influência na regulação “cima-baixo” da dor, via sistema modulatório descendente da dor, conhecida no inglês como *descending pain modulating system – DPMS* (GARZA-VILLAREAL *et al.*, 2017). Tal sistema, de acordo com a literatura, possui um papel relevante na modulação cognitiva da dor, promovendo um efeito analgésico placebo (BINGEL; TRACEY, 2008). Para além disso, cabe citar ainda que o DPMS sofre influência de diversos fatores, como emoção, atenção e estado de humor (BINGEL; TRACEY, 2008).

Dessa forma, percebe-se que a música tende a promover uma sensação de melhora significativa da dor crônica e dos sintomas de ansiedade e depressão associados (GARZA-VILLAREAL *et al.*, 2017). De fato, vários estudos demonstram o benefício da musicoterapia no manejo da dor crônica, como no câncer (BOYDE *et al.*, 2012; BURRAI; MICHELIZZI; BUGANNI, 2014) e nas dores crônicas de origem musculoesquelética (LEÃO; DA SILVA, 2004; LINNEMANN *et al.*, 2015; SANTOS; CARVALHO, 2012).

## Comentário do especialista<sup>53</sup>

Ler o texto “A influência da música como recurso terapêutico para pacientes de terceira idade” me fez reviver experiências de minha prática clínica. Sou músico clarinetista há 21 anos e saxofonista há 10 anos, além de ser psicólogo e terapeuta cognitivo comportamental também há 10 anos.

Na minha prática clínica com idosos, pude perceber uma diferença entre tratar um paciente jovem e um idoso, e isso exige flexibilidade do profissional: com o jovem é possível dar mais passos em direção ao futuro, partindo do presente. Já o paciente idoso exige do terapeuta recurso e valorização do papel da lembrança na mudança do comportamento. Com base nesse papel da lembrança, passei a programar sessões que se iniciavam com um som tocando músicas da preferência do paciente idoso. Vale lembrar que muitos recursos utilizados pelas terapias convencionais se tornam limitados para o idoso por ele entender que, na perspectiva e expectativa de vida, utilizá-los não teria tanto sentido.

Quando executamos uma música do gosto do paciente, consequentemente se amplia a possibilidade de diálogo baseado em sua memória. O paciente relembra pessoas, locais, experiências profissionais, o início de sua vida afetiva, entre outros aspectos, e essa evocação da memória funciona para o idoso como um combustível para o seu momento presente. É um despertar de esperança que nas terapias contextuais chamamos de *Teoria dos Quadros Relacionais*. Essa teoria postula que experiências marcantes, quando revividas, podem influenciar o nosso presente quando bem manejadas. Ao trazer à memória do paciente e despertar emoções adormecidas, o psicólogo consegue trabalhar direcionando esse paciente para objetivos futuros.

Na minha prática com instrumento de sopro, sintetizada nos conceitos de terapia cognitivo comportamental, mais especificamente a prática de *atenção concentrada – AC*, vi na natureza do instrumento um recurso mais eficiente do que os exercícios de AC baseados em respiração consciente e cadenciada para controle de ansiedade, visto que com frequência o paciente idoso minimiza a importância do respirar pausado, contando e soltando o ar. Comecei então a usar a flauta doce e pedir para o idoso encher os pulmões, soltar o ar soprando a flauta contando

até quatro mentalmente e, ao mesmo tempo, batendo os pés no chão. Não há nada de novo nisso, partindo do ponto de vista do aprendizado musical. A novidade, contudo, se dá no treino cognitivo comportamental para o paciente, que aprende a trazer seu pensamento para o presente, praticando a atenção concentrada de forma mais prazerosa e, além disso, desenvolve a flexibilidade neural, pois comportamentos novos aprendidos abrem janelas para emergirem outros comportamentos derivados.

Mais uma vez entra a *Teoria dos Quadros Relacionais*, agora em outro conceito: um comportamento novo aprendido que gera flexibilidade neural é capaz de influenciar novos comportamentos, pois o cérebro não entende somente a prática específica e sim a ampliação da capacidade de execução. Significa dizer, por exemplo, que, assim como o paciente desenvolveu concentração, persistência, paciência, novos movimentos mecânicos para uma atividade, como aprendizado básico da flauta doce, o cérebro passa a entender que essa mesma atividade o habilita para vencer outras dificuldades pelas quais o paciente se sentia limitado.

Associando as experiências clínicas à leitura do presente trabalho, me alegro por perceber que as ciências estão convergindo para o aproveitamento de recursos que viabilizam a evolução terapêutica do paciente e vejo se cumprindo o que Sigmund Freud escreveu: “As ciências médicas e psicológicas um dia caminharão na mesma direção...”

## REFERÊNCIAS

- ASTUTI, N. F.; REKAWATI, E.; WATI, D. N. K. Decreased blood pressure among community dwelling older adults following progressive muscle relaxation and music therapy (RESIK). **BMC Nursing**, v. 18, n. 36, p. 1-5, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186%2Fs12912-019-0357-8>. Acesso em: 5 fev. 2023.
- BINGEL, U.; TRACEY, I. Imaging CNS Modulation of Pain in Humans. **Physiology**, v. 23, n. 6, p. 371-380, dez. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1152/physiol.00024.2008>. Acesso em: 5 fev. 2023.
- BOYDE, C. *et al.* The Use of Music Therapy during the Treatment of Cancer Patients: A Collection of Evidence. **Global Advances in Health and Medicine**, v. 1, n. 5, p. 24-29, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.7453%2Fgahmj.2012.1.5.009>. Acesso em: 5 fev. 2023.
- BRADT, J.; DILEO, C.; POTVIN, N. Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. **Cochrane Database of Systematic Reviews**,

n. 12, p. 1-87, 28 dez. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd006577.pub3>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BRAZOLOTO, T. M. Musical interventions and music therapy in pain treatment: literature review. **BrJP**, v. 4, n. 4, p. 369-373, out./dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210059>. Acesso em: 5 fev. 2023.

BURRARI, F.; MICHELIZZI, V.; BUGANI, V. Effects of Live Sax Music on Various Physiological Parameters, Pain Level, and Mood Level in Cancer Patients. **Holistic Nursing Practice**, v. 28, n. 5, p. 301-311, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/hnp.000000000000041>. Acesso em: 5 fev. 2023.

CHADDOCK-HEYMAN, L. *et al.* Musical Training and Brain Volume in Older Adults. **Brain Sciences**, v. 11, n. 1, p. 1-16, 5 jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/brainsci11010050>. Acesso em: 30 dez. 2022.

CHAIR, S. Y.; ZOU, H.; CAO, X. A systematic review of effects of recorded music listening during exercise on physical activity adherence and health outcomes in patients with coronary heart disease. **Annals of Physical and Rehabilitation Medicine**, v. 64, n. 2, p. 101447, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.09.011>. Acesso em: 5 fev. 2023.

CHARCHAT, H.; MOREIRA, I. Memória e envelhecimento. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (TÍTULO NÃO-CORRENTE)**, v. 7, n. 1, p. 52-56, set. 2014. ISSN 1983-2567. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/9281/7187>. Acesso em: 2 jan. 2023.

CHO, H. K. The Effects of Music Therapy-Singing Group on Quality of Life and Affect of Persons With Dementia: A Randomized Controlled Trial. **Frontiers in Medicine**, v. 5, n. 279, p. 1-13, 15 out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00279>. Acesso em: 5 fev. 2023.

CIOSAK, S. I. *et al.* Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe 2, p. 1763-1768, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800022>. Acesso em: 30 dez. 2022.

DAI, W.-S. *et al.* The effect of music therapy on pain, anxiety and depression in patients after coronary artery bypass grafting. **Journal of Cardiothoracic Surgery**, v. 15, n. 81, p. 1-5, 11 maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13019-020-01141-y>. Acesso em: 5 fev. 2023.

DIAZ ABRAHAN, V.; SHIFRES, F.; JUSTEL, N. Cognitive Benefits From a Musical Activity in Older Adults. **Frontiers in Psychology**, v. 10, n. 652, p. 1-14, 28 mar. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00652>. Acesso em: 2 jan. 2023.

DYER, S. M. *et al.* An overview of systematic reviews of pharmacological and non-pharmacological interventions for the treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia. **International Psychogeriatrics**,

v. 30, n. 3, p. 295-309, mar. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1017/s1041610217002344>. Acesso em: 5 fev. 2023.

GADÓ, K. *et al.* Most common cardiovascular diseases of the elderly – A review article. **Developments in Health Sciences**, v. 4, n. 2, p. 27-32, 16 mar. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1556/2066.2021.00048>. Acesso em: 5 fev. 2023.

GARZA-VILLARREAL, E. A. *et al.* Music-Induced Analgesia in Chronic Pain Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Pain Physician**, v. 20, n. 7, p. 597-610, 1º nov. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29149141/>. Acesso em: 5 fev. 2023.

GOMES, G. C. *et al.* Fatores associados à autonomia pessoal em idosos: revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 1035-1046, mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08222019>. Acesso em: 2 jan. 2023.

GROOT, B. *et al.* The Value of Active Arts Engagement on Health and Well-Being of Older Adults: A Nation-Wide Participatory Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 15, p. 8222, 3 ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158222>. Acesso em: 2 jan. 2023.

HERHOLZ, S. C.; ZATORRE, R. J. Musical Training as a Framework for Brain Plasticity: Behavior, Function, and Structure. **Neuron**, v. 76, n. 3, p. 486-502, nov. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2012.10.011>. Acesso em: 30 dez. 2022.

HUSEBO, B. S.; ACHTERBERG, W.; FLO, E. Identifying and Managing Pain in People with Alzheimer's Disease and Other Types of Dementia: A Systematic Review. **CNS Drugs**, v. 30, n. 6, p. 481-497, 30 maio 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0342-7>. Acesso em: 5 fev. 2023.

JAMES, C. E. *et al.* Musical training intensity yields opposite effects on grey matter density in cognitive versus sensorimotor networks. **Brain Structure and Function**, v. 219, n. 1, p. 353-366, 14 fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00429-013-0504-z>. Acesso em: 2 jan. 2023.

JUCHEM, J. A. S.; DALTROSIO, C. R.; CARNIEL, C. A. Observação sobre senescência e senilidade em instituições de longa permanência. **Salão do Conhecimento**, v. 2, n. 2, p. 1-4, 2016. Disponível em: <https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/6520>. Acesso em: 30 dez. 2022.

KOLANOWSKI, A. *et al.* Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. **Nursing Outlook**, v. 65, n. 5, p. 515-529, set. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.006>. Acesso em: 5 fev. 2023.

KOLB, B.; GIBB, R.; GORNY, G. Experience-dependent changes in dendritic arbor and spine density in neocortex vary qualitatively with age and sex. **Neurobio-**

**logy of Learning and Memory**, v. 79, n. 1, p. 110, jan. 2003. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S1074-7427\(02\)00021-7](https://doi.org/10.1016/S1074-7427(02)00021-7). Acesso em: 2 jan. 2023.

KULINSKI, J. *et al.* Effects of music on the cardiovascular system. **Trends in Cardiovascular Medicine**, v. 32, n. 6, p. 390-398, jul. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tcm.2021.06.004>. Acesso em: 5 fev. 2023.

LEÃO, E. R.; SILVA, M. J. P. da. Música e dor crônica músculo-esquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 235-241, abr. 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000200013>. Acesso em: 5 fev. 2023.

LINNMANN, A. *et al.* The effects of music listening on pain and stress in the daily life of patients with fibromyalgia syndrome. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 9, n. 434, p. 1-10, 30 jul. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00434>. Acesso em: 5 fev. 2023.

LYKETSOS, C. G. Mental and Behavioral Disturbances in Dementia: Findings From the Cache County Study on Memory in Aging. **American Journal of Psychiatry**, v. 157, n. 5, p. 708-714, 1º maio 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.708>. Acesso em: 5 fev. 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**: caderno de atenção básica nº 19. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2006.

MORENO-MORALES, C. *et al.* Music Therapy in the Treatment of Dementia: a Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Medicine**, v. 7, n. 160, p. 1-11, 19 maio 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00160>. Acesso em: 5 fev. 2023.

MÜLLENSIEFEN, D. *et al.* The Musicality of Non-Musicians: An Index for Assessing Musical Sophistication in the General Population. **PLoS ONE**, v. 9, n. 2, p. e89642, 26 fev. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089642>. Acesso em: 2 jan. 2023.

NIGMATULLINA, Y. *et al.* The Neuroanatomical Correlates of Training-Related Perceptuo-Reflex Uncoupling in Dancers. **Cerebral Cortex**, v. 25, n. 2, p. 554-562, 26 set. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cercor/bht266>. Acesso em: 2 jan. 2023.

PAPALEÓ NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de; PY, L. (Eds.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. [S. l.]: Guanabara Koogan, 2013. p. 62-75. Disponível em: <https://ftramonmartins.files.wordpress.com/2016/09/tratado-de-geriatria-e-gerontologia-3c2aa-ed.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2023.

PAQUETTE, S. *et al.* The cerebellum's contribution to beat interval discrimination. **NeuroImage**, v. 163, p. 177-182, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2017.09.017>. Acesso em: 2 jan. 2023.

PIMENTEL, D. Humanidades, arte e saúde. **Estudos de psicanálise**, n. 50, p. 67-72, 2018. Disponível em: <http://www.cbp.org.br/n50a06.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2023.

ROMÁN-CABALLERO, R. *et al.* Musical practice as an enhancer of cognitive function in healthy aging - A systematic review and meta-analysis. **PLoS One**, v. 13, n. 11, p. e0207957, 27 nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207957>. Acesso em: 2 jan. 2023.

SANTOS, D. S. dos; CARVALHO, E. C. de. Intervenções de enfermagem para o cuidado de pacientes com artrite: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 6, p. 1011-1018, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000600018>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SANTOS, F. C. *et al.* Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Revista Dor**, v. 16, n. 3, p. 171-175, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20150034>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SCHMID, W. *et al.* Patient's and health care provider's perspectives on music therapy in palliative care – an integrative review. **BMC Palliative Care**, v. 17, n. 32, p. 1-9, 20 fev. 2018. Disponível em: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-018-0286-4>. Acesso em: 2 jan. 2023.

SCHWAN, J.; SCLAFANI, J.; TAWFIK, V. L. Chronic Pain Management in the Elderly. **Anesthesiology Clinics**, v. 37, n. 3, p. 547-560, set. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SORIA URIOS, G.; DUQUE SAN JUAN, P.; GARCÍA MORENO, J. M. Terapias musicales en la rehabilitación del lenguaje y musicoterapia en personas con demencia. Alzheimer. **Realidades e investigación en demencia**, n. 54, p. 35-41, 1º maio 2013. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-113443>. Acesso em: 5 fev. 2023.

STRAIT, J. B.; LAKATTA, E. G. Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. **Heart failure clinics**, v. 8, n. 1, p. 143-164, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.hfc.2011.08.011>. Acesso em: 5 fev. 2023.

WARTH, M. *et al.* Music Therapy in Palliative Care. **Deutsches Aerzteblatt Online**, v. 112, n. 46, p. 788-794, 13 nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0788>. Acesso em: 30 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dementia**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. Acesso em: 29 out. 2022.



## O uso da arteterapia como instrumento no tratamento de pacientes com câncer

Aléxia Laureano Rosas<sup>54</sup>

Welna Almeida<sup>55</sup>

*A arte da medicina consiste em distrair o paciente enquanto a natureza cuida da doença.*

*Voltaire*

### INTRODUÇÃO

Desde o início da humanidade, o homem se utiliza da arte, seja ela sonora, visual, plástica ou dramática. No entanto, foi apenas no século XX, com o estudo de Freud, ao se interessar pela arte e ao chegar à conclusão de que o inconsciente se manifesta por meio de imagens e que o artista pode retratar o seu estado psíquico por meio da produção de arte, que se teve um entendimento sobre as representações do inconsciente (FREUD, [1901] 1996). Além disso, o psicanalista Carl Jung, que é considerado um dos precursores da arteterapia, foi o primeiro a utilizar a arte no consultório. Com isso, desde o final do século passado, a arte não está mais restrita aos consultórios e é amplamente explorada para intervenções na área da psicologia da saúde e hospitalar, principalmente em pacientes oncológicos (SOUZA, 2016).

O câncer ocasiona muitas mudanças, sejam elas físicas ou emocionais, e é considerado um perturbador tanto ambiental quanto emocional que tem como resultado um efeito catastrófico sobre o bem-estar

---

54 Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

55 Terapeuta, fundadora do Instituto Doutores da Felicidade, fundado em Pernambuco no ano de 2009, e faz uso, no voluntariado, do nome Dra. Chuchu.

psicológico, pois tem associação com a dor, o sofrimento e até mesmo a morte (PEÇANHA, 2008).

Assim, pode ser observado que os pacientes com doenças malignas como o câncer podem vivenciar um estresse com o diagnóstico e com o próprio tratamento da doença devido ao uso de fortes medicamentos, à longa passagem em hospitais e algumas restrições sociais, potencializando, assim, os sentimentos negativos com a culpa. Dessa forma, o câncer é visto como sinônimo de sofrimento que carrega diversas mudanças tanto em questões sociais quanto pessoais (LIBERATO, 2008).

### **Arte como expressão de sentimentos relacionados ao câncer**

A arte pode ser considerada uma via de demonstração de impulsos destrutivos e construtivos, ajudando o indivíduo a elaborar e dar sentido a seus sentimentos e suas vivências. Assim, aplicada à psicoterapia de pacientes oncológicos, pode auxiliar na expressão de sentimentos e vivências que estão desorganizados, dando, dessa forma, sentido aos pensamentos e às emoções que são ocasionados pela doença (VASCONCELLOS; GIGLIO, 2006).

Em pesquisas realizadas com esses pacientes, foi identificado que, ao produzir as suas impressões sobre a arte, o indivíduo produz também, inconscientemente, sobre si mesmo, uma vez que a projetividade mostra aquilo que o indivíduo muitas vezes não consegue dizer. Dessa forma, os sentimentos expressados pelos participantes em relação à enfermidade vão ao encontro da literatura, visto que abordam sobre a difícil descoberta do diagnóstico, a preocupação, a angústia e a ansiedade relacionadas ao tratamento, bem como as significativas mudanças de vida que a doença acarreta (CARVALHO; COSTA NETO; FERREIRA, 2020).

Assim, mesmo que, ao longo do tratamento, ocorra a expressão dos sentimentos negativos, é possível que tais expressões influenciem positivamente durante a recuperação do indivíduo. Diante disso, as obras de arte possibilitam aos pacientes ressignificarem seus pensamentos e sentimentos à medida que lhes dá espaço e reconhecimento (CARVALHO; COSTA NETO; FERREIRA, 2020).

## **Vivências e memórias associadas ao câncer**

O contato com a arte possibilita rememorar experiências e, até mesmo, conflitos associados à doença. Dessa maneira, toma-se como base o pensamento do psicanalista Jung ([1922] 1991), que reflete sobre as peculiaridades da obra de arte, acreditando que o resultado é a junção das vivências íntimas e pessoais do artista, que podem, inclusive, remontar à primeira infância. Sendo assim, a arte está atrelada à vida pessoal do indivíduo, com o seu mundo interno e externo, projetada para fora. Com isso, assim como o paciente projeta a si mesmo na obra que está produzindo, no espectador também será despertado seu interior psíquico, relacionado às suas memórias pessoais.

Percebe-se que, normalmente, o processo de saúde-doença é marcado por grande angústia e ansiedade tanto para os pacientes como para seus familiares. Em estudo, foi observado como as obras mostraram conteúdos relacionados à história de vida e a conflitos vivenciados pelos pacientes oncológicos também para além do adoecimento, possibilitando, dessa maneira, uma reflexão sobre suas experiências e memórias (PAIVA; COSTA, 2009).

Por conseguinte, observa-se que o tratamento do câncer acarreta importantes mudanças corporais e sociais, ocasionando diferentes impactos psicológicos e alterações de imagem (SILVA, 2008). O momento da luta contra a doença implica, então, um autoconhecimento (conhecer seu corpo, suas dificuldades emocionais e sua história de vida) e procurar, por meio da sua vivência, meios de crescimento e fortalecimento mediados pela doença (CARVALHO; COSTA NETO; FERREIRA, 2020).

## **Elaboração e enfrentamento do câncer**

Por enfrentamento, entende-se o conjunto de estratégias psicológicas utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a situações adversas, podendo estar direcionadas ao problema ou à emoção e vinculadas à rede de apoio psicológico ou à assistência espiritual (ANTONIAZZI; DELL'ANGLIO; BANDEIRA, 1998).

O impacto da descoberta da doença dependerá da relação entre a situação problemática e o sujeito, sendo vivenciado dentro do contexto no qual está inserido, dependendo da sua personalidade e sua história de vida. Repercussões positivas ou negativas vão surgir com a

experiência do diagnóstico, e a forma como cada um irá enfrentar a doença associa-se à forma como o indivíduo construiu o seu processo de vida (RZEZNIK; DALLANGOL, 2000).

Assim, sendo a doença considerada um desafio para essas pessoas, as estratégias despertadas podem ser ativas e adaptativas, mas, quando considerada uma invasora ou um castigo, as reações emocionais podem ser de ansiedade, medo, mau humor, hostilidade e outras (PAIVA; COSTA, 2009).

A arte é a terapia de um método possível de auxílio para o paciente no enfrentamento ao câncer, resignificando sua vivência e melhorando sua qualidade de vida (PAIVA; COSTA, 2009).

### **Finitude**

Em relação ao processo de morte e morrer, Kübler-Ross ([1926] 2008) comenta que, com o avanço da ciência, mais parece que se teme e se nega a morte, e uma das razões que tornam o contato com a morte tão difícil é que o processo de morrer é triste em vários aspectos, se torna solitário, mecânico e até desumano. Com isso, o homem pode negar a possibilidade da sua própria morte por um tempo, pois, inconscientemente, é difícil concebê-la. Porém, quando o sujeito conseguir encarar e olhar a morte como algo possível, inevitável e real, aceitando a realidade da sua própria finitude, talvez se pode alcançar uma paz interior e concretizar muitas coisas (CARVALHO; COSTA NETO; FERREIRA, 2020).

O processo de adoecer traz diversos questionamentos, conflitos e sentimentos, entre eles a perda de controle do seu organismo e de outros aspectos de sua vida é determinante sobre como o indivíduo irá processar sua própria conceituação de si mesmo. Assim, o adoecimento causa uma total falta de sentido e questionamentos existenciais, como se tudo o que foi preconcebido antes da doença desmoronasse e se perdesse. A doença desestabiliza e constrói, no imaginário da pessoa, fontes de sofrimento que perpassam não apenas a doença em si, mas sua própria condição de vida após o diagnóstico (ANGERAMI, 2017).

Afinal, são muitas as perdas e mortes vivenciadas ao longo da vida, sejam elas simbólicas ou concretas, e seria importante se as pessoas conversassem mais abertamente sobre a morte como parte intrínseca à vida. Desse modo, compreender a existência como um fluir ininterrupto

e tomar consciência da nossa finitude significa perceber a dimensão de ser e não-ser, tratando a morte como, de fato, a única certeza da vida. O morrer e o renascer são partes da vida, eles coexistem em uma mesma realidade (ANGERAMI, 2017; KÜBLER-ROSS, 2008).

### **Comentário do especialista<sup>55</sup>**

O hospital é um local onde ninguém deseja estar; por mais necessidade que haja, por mais vontade que o paciente tenha de ser atendido, é o último lugar em que geralmente as pessoas querem estar. De fato, é um local que realmente é bem familiar para mim como profissional da área da saúde, sempre vendo a rotina dos pacientes, cada um com a sua individualidade, cada um com a sua reação de forma muito positiva ou muito negativa, afinal o paciente pode hipervalorizar o tratamento, apesar de todas as dores, e, mesmo que ele esteja sorrindo, por dentro vai chorar. Dessa forma, a arteterapia, mais especificamente a musicoterapia, é comprovado cientificamente que seus efeitos, dentro do ambiente hospitalar, resgatam as lembranças, tentando levar esse paciente a lugares mentais confortáveis.

O Instituto Doutores da Felicidade tem 14 anos de fundação, em que os próprios médicos, a equipe multidisciplinar, a enfermeira-chefe, os psicólogos e os assistentes sociais, que, às vezes, nem são guias do nosso voluntariado, nos pedem emergência para atender a determinado hospital. O nosso papel é fazer com que o paciente enxergue que ele pode, sim, encontrar a felicidade, ou estar feliz dentro do hospital, e em contrapartida perceber que há tanta gente infeliz dentro de shoppings, andando em suas lanchas e até viajando para outros países.

Durante o tratamento de pacientes oncológicos, os pacientes sofrem mudanças devido ao tratamento, desde aquelas que envolvem a feminilidade da mulher, por exemplo, a queda do cabelo, o emagrecimento e o comprometimento da autoestima, até, por exemplo, na questão masculina, com a alteração da própria virilidade ou atingindo a figura de provedor familiar. Diante disso, trazemos esperança e felicidade com a arteterapia ao reviver memórias intensas despertadas algumas vezes pela música.

Sem dúvidas, a arteterapia tem o poder de cura. Pessoalmente, acredito muito no poder da mente, no poder do querer, no poder do tentar. Nós trazemos a empatia e o cuidado para os pacientes, e, por incrível que pareça, eles reconhecem isso como remédio.

Não é sorrir que faz o paciente melhorar, mas sim ele poder compreender que é necessário que se faça, também, a parte dele, pois é o momento de ele vencer a si mesmo. Isso traz um desenvolvimento enorme no quadro do paciente durante o tratamento, despertando o que há de melhor em todos os profissionais que cuidam dele, cada um dentro da sua especialidade. Assim, aceitar e lutar contra um câncer que pode, muitas vezes, não ter cura faz parte do processo de viver um momento de cada vez e de entender que em cada segundo pode existir felicidade.

## CONCLUSÃO

O uso da arteterapia no meio hospitalar, mais especificamente com pacientes oncológicos, pode acessar emoções que reconheçam as suas próprias necessidades e limitações, expressando sentimentos positivos ou, até mesmo, sentimentos negativos. Dessa forma, os profissionais de saúde podem demarcar o uso de uma resolução dos problemas por meio das artes dos seus pacientes.

É nítido como a arte no tratamento pode ajudar os pacientes com câncer, despertando memórias e sentimentos que reverberam na vontade de viver e de se fazer participante do seu processo de cura, gerando perseverança, propósito de vida e esperança para uma vida futura.

## REFERÊNCIAS

- ANGERAMI, V. A. A. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2017.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=2910515&pid=S1516-0858202000010000900004&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=2910515&pid=S1516-0858202000010000900004&lng=pt). Acesso em: 30 out. 2022.
- CARVALHO, G. B.; COSTA NETO, S. B.; FERREIRA, C. B. Arte como instrumento psicoterapêutico no tratamento hospitalar de pessoas com doenças onco-hematológicas. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 95-108, jun. 2020. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582020000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582020000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 out. 2022.

FREUD, S. **Sobre a psicopatologia da vida cotidiana**: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 6. Rio de Janeiro: Imago, [1901] 1996.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 9. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2008.

LIBERATO, R. P.; CARVALHO, V. A. Psicoterapia. In: KOVÁCS; M. J.; FRANCO; M. H. P.; CARVALHO, V. A. **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 341-350.

PAIVA, L. L.; COSTA, C. L. A arteterapia como forma de enfrentamento de indivíduos com câncer. In: COSTA, C. L. da; NAKAMOTO, L. H.; ZENI, L. L. **Psico-Oncologia em discussão**. 1. ed. São Paulo: Lemar, 2009. p. 269-291.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In: KOVÁCS; M. J.; FRANCO; M. H. P.; CARVALHO, V. A. **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 341-350.

RZEZNIK, C.; DALLANGOL, C. M. (Re)descobrimo a vida apesar do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 21, p. 84-100, 2000. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4329/2287>. Acesso em: 30 out. 2022.

SILVA, L. C. da. O câncer de mama e o sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v13n2/a05v13n2.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.

SOUZA, O. R. S. **Histórico da arteterapia**. União Brasileira das Associações de Arteterapia. 2016. Disponível em: <http://www.ubaat.org/>. Acesso em: 30 out. 2022.

VASCONCELLOS, E. A.; GIGLIO, J. S. Introdução da arte na psicoterapia: enfoque clínico e hospitalar. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 375-383, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/estpsi/v24n3/a09v24n3.pdf>. Acesso em: 30 out. 2022.

## Musicoterapia: uma conduta terapêutica com as e para além das humanidades

Juliana Santos Teles<sup>56</sup>  
Maria Suely Silva Melo<sup>57</sup>

### INTRODUÇÃO

Um dos pioneiros no que diz respeito ao desenvolvimento de um serviço de saúde integral e gratuito, o Brasil tem vivenciado ao longo dos anos, principalmente a partir da Reforma Sanitária e da implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, constantes transformações no campo de assistência em saúde. Tais mudanças passaram a ocorrer a fim de que fosse possível instituir práticas efetivas que tivessem, na integralidade, na equidade e na valorização do social, da subjetividade e do cuidado, seu verdadeiro alicerce.

Com essa nova perspectiva, o ser humano passa a ser o foco de atenção e sujeito ativo do seu processo de saúde, determinando suas necessidades e, assim, direcionando as ações para que sejam alcançados os objetivos de seu cuidado. Dessa forma, ele passa a integrar ativamente seu próprio plano de cuidados, e suas necessidades guiam a criação de produtos de saúde e o cuidado como um todo.

Assim, os serviços de saúde, em seu novo conceito, visam ampliar o entendimento e a apropriação do processo saúde-doença, com vistas a melhorar a qualidade de vida dos usuários, respeitando e considerando a singularidade desses sujeitos, sua crença, sua cultura e o meio onde vivem (DONDA; LEAO, 2021).

---

56 Enfermeira pela Universidade Federal de Sergipe – UFS e graduanda do curso de Medicina pela UFS – Campus Lagarto.

57 Médica pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências. Residência médica em Clínica Médica e Pneumologia. Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Professora assistente na Universidade Federal de Sergipe, polo Lagarto, desde 2016.



Este novo momento do fazer saúde conduziu a uma nova necessidade: o surgimento de práticas integrativas e complementares de cuidado e tratamento que, de fato, pudessem oferecer aos usuários de saúde um cuidado integral e humanizado nos diversos (e qualquer que seja) contextos clínicos, sendo, para tanto, a música uma dessas práticas. Seja enquanto “linguagem das emoções”, cultura e/ou arte, ela é capaz de conectar indivíduos seja consigo mesmos, seja entre si, reproduzindo íntimos sentimentos, numa mistura de sensações que pode ser encontrada em todas as culturas. Ademais, para além das humanidades, a música se apresenta como uma ferramenta terapêutica acessível, de baixo custo, com potencial uso terapêutico e clínico, para o tratamento de diversas condições clínicas e melhor qualidade de vida (MELO *et al.*, 2018).

Dessa forma, é importante destacar que, enquanto instrumento de cuidado terapêutico, a música se apresenta como objeto de estudo da musicoterapia e, com isso, é utilizada clinicamente por uma profissão de saúde que tem suas ações baseadas em evidências, unindo, para tanto, conhecimento científico e arte. Assim, a musicoterapia utiliza experiências musicais dentro de relações terapêuticas para atender aos objetivos individualizados dos indivíduos assistidos ao considerar suas necessidades físicas, emocionais, cognitivas e sociais.

O uso clínico de intervenções musicais utiliza ações que podem abordar uma variedade de objetivos de saúde e educação no que diz respeito à promoção de bem-estar, gerenciamento de estresse, alívio da dor, expressão de sentimentos, melhora da memória e comunicação, reabilitação física, entre outros (AMERICAN MUSIC THERAPY ASSOCIATION, 2018; RAMALHO; RAMALHO, 2017).

Na atualidade, ao se falar em humanização do cuidado como forma de instrumentalizar a prestação do cuidado em saúde, se estabelece um conjunto de estratégias e valores relacionais, organizacionais e estruturais que conduzem a vivência de uma cultura de assistência que coloca a singularidade dos pacientes, suas necessidades e potenciais como objetivo central do cuidado. Sendo assim, o caminho para o cuidado humanizado é sempre sistêmico, incluindo habilidades comunicacionais, pessoais e emocionais de todos os envolvidos no processo de saúde (ETTENBERGER; CALDERÓN CIFUENTES, 2022).

Nesse sentido, é possível perceber que a utilização da música enquanto instrumento, meio e/ou potencializador do cuidado entra em consonância com o desenvolvimento de um cuidado mais humanizado, sendo a musicoterapia, portanto, um processo terapêutico sistematizado que através da utilização da música e de seus elementos acaba por atingir objetivos terapêuticos integrais que envolvem prevenção, manutenção e recuperação da saúde física e mental.

É importante ainda destacar que um dos princípios básicos da musicoterapia é que, ao atingir vários aspectos do ser humano, a experiência musical afeta muitas facetas do ser humano, além de que cada mudança musical desenvolvida pelo indivíduo, enquanto ser ativo em seu processo de saúde, é um indicativo de uma mudança não musical de algum tipo. Dessa forma, a música e sua possibilidade de promover mudanças são ao mesmo tempo instrumento e finalidade para a musicoterapia (BERGOLD *et al.*, 2016).

Por fim, é sabido que, para além dos resultados em saúde mental, a união dos saberes e práticas inerentes à utilização das intervenções musicais para a saúde origina efeitos fisiológicos que envolvem alterações no metabolismo, liberação de adrenalina, regulação dos parâmetros vitais, redução da fadiga, aumento do limiar dos estímulos sensoriais, além de melhora da cognição, podendo tal intervenção ser usada como um recurso terapêutico complementar às diversas práticas terapêuticas em saúde (MELO *et al.*, 2018).

### **Música e saúde: aspectos históricos e culturais**

A primeira forma de comunicação humana surgiu através dos sons. O homem primitivo se utilizava de sinais gestuais e sonoros para se comunicar, e tal instrumento acompanha a história da evolução humana a partir da reunião dos indivíduos em comunidades tribais, momento no qual os sons também passam a ser um mecanismo de cura.

Nessas primeiras comunidades, o tratamento do doente cabia ao líder espiritual, feiticeiro ou pajé (termo comum aos povos tradicionais brasileiros), processo esse que incluía danças e músicas cerimoniais, as “músicas de cura”, que eram cantadas ininterruptamente até que o doente apresentasse melhora, já que tais comunidades acreditavam que a música tinha capacidade de livrar o doente da possessão de

espíritos, levando-o à cura, práticas até hoje encontradas em tribos indígenas brasileiras. Em tais práticas em comunidades xamânicas, o canto, a percussão e a dança são os estímulos utilizados para induzir ao êxtase (RAMALHO; RAMALHO, 2017; SILVA JÚNIOR, 2008), uma espécie de estado de conexão plena consigo mesmo a partir da ampliação da consciência.

Já no que diz respeito aos primeiros relatos escritos sobre a influência da música no ser humano, ganham destaque os papiros médicos egípcios encontrados por volta de 1899 pelo antropólogo inglês Flandres Petrie. Tais escritos relacionam ainda o encantamento provocado pela música à influência na fertilidade feminina (SILVA JÚNIOR, 2008, 2012). É possível também encontrar na segunda categoria de livros que compõem o antigo testamento bíblico, no livro histórico de Samuel, o relato bíblico que expõe a música enquanto medida terapêutica. Nele, Davi, músico talentoso, fora convocado, pois, com o toque de sua harpa, era capaz de aliviar a depressão do Rei Saul:

Assim, quando te acometer o espírito deprimente enviado por Deus, o músico se porá a tocar, e tu ficarás melhor [...] e sempre que o espírito deprimente acometia Saul, Davi tomava a cítara e tocava. Saul se acalmava, sentia-se melhor e o espírito deprimente o deixava (1 Sm, 16, 16.23) (CNBB, 2010, p. 319-320).

A partir das civilizações egípcias e gregas, ocorreu uma mudança fundamental em relação ao modo de agir dos povos primitivos, visto que os deuses, tidos como criaturas semelhantes aos homens, integravam todas as suas atividades, a exemplo das inerentes à guerra, à paz, à medicina e à música. Especialmente na Antiga Grécia, onde surgiu a atitude racional em face da doença, surgiu a tendência metafísica a partir da qual se acreditava que a doença consistia num desequilíbrio dos elementos que constituíam a natureza humana, tendo Hipócrates como figura mais importante para a medicina ocidental.

A música era então utilizada para reequilibrar, restabelecer o equilíbrio perdido, por ser ordem e harmonia dos sons. Os gregos acreditavam que a música poderia depurar e dominar as emoções e enriquecer a mente através de melodias que levassem ao êxtase. Assim, tal povo forneceu as primeiras informações sobre o caráter terapêutico da

música, fruto de investigações profundas para a época, visto que, enquanto civilização fortemente voltada ao raciocínio lógico, procuraram empregá-la na conduta clínica a partir da busca de uma razão lógica no ser humano e no mundo, mediante a observação da enfermidade, posterior diagnóstico e prescrição como “remédio lógico aplicável” (RAMALHO; RAMALHO, 2017).

Dessa forma, Platão e Aristóteles são tidos como precursores da musicoterapia por terem valorizado e feito o uso dosado da música no tratamento dos pacientes. Esses pensadores afirmaram que as pessoas que sofrem de emoções descontroladas, depois de ouvirem melodias que elevam a alma até o êxtase, retornariam a seu estado normal, como se houvessem experimentado um tratamento médico ou purificador. É válido ainda salientar que, enquanto Platão via a música como mantenedora de serenidade, para Aristóteles ela teria a capacidade de facilitar uma catarse emocional, e Pitágoras a considerava como detentora da possibilidade de restabelecer a harmonia espiritual, descrevendo-a como a “medicina da alma”. É preciso ainda citar Esculápio, médico grego que prescrevia música e harmonia a pessoas com a área emocional perturbada, fato que nos remete à já citada história do Rei Saul (RAMALHO; RAMALHO, 2017; SILVA JÚNIOR, 2008).

O caminho percorrido pela música enquanto objeto terapêutico não tem sido linear. Embora no século XI tenham surgido as primeiras escolas médicas, retomando as tradições gregas, elas ainda estavam muito impregnadas pelo código religioso. No século seguinte, surgem as universidades contendo música em seus currículos, entretanto a Igreja seguia assumindo a tarefa de moldar a forma e o uso da música. No século XX, com a Primeira Guerra Mundial, a música foi utilizada nos hospitais dos Estados Unidos por músicos profissionais, após comprovação dos efeitos relaxante e sedativo produzidos pela audição musical nos doentes de guerra. Posteriormente, na Segunda Guerra Mundial, a música ressurgiu como terapia nos Estados Unidos em hospitais para recuperação de neuróticos de guerra e na Argentina devido à epidemia de poliomielite que dizimou centenas de pessoas, fatos históricos esses que estimularam a criação dos primeiros cursos de formação de musicoterapeutas na Argentina e nos Estados Unidos (SILVA JÚNIOR, 2008, 2012).

## **Efeitos terapêuticos da música/musicoterapia**

É possível perceber que o uso da música enquanto instrumento terapêutico remonta à Antiguidade, período a partir do qual o homem percebeu o impacto positivo da música em seu corpo e sua mente, passando a utilizá-la como instrumento de cura e bem-estar (MENGARDA *et al.*, 2020). Observada desde as antigas civilizações, nos tempos atuais tal prática transformou-se em musicoterapia contemporânea, agora fundamentada em bases científicas. No entanto, assim como nos tempos de Hipócrates, ainda é possível observar uma postura cética em relação ao papel terapêutico da música, fato alicerçado na gênese conceitual da música enquanto terapia: a filosofia e a religião.

Sob uma nova ótica, a música não é apenas um produto biológico adaptativo do homem ao mundo, mas sim uma tecnologia transformativa, uma vez que se apresenta como produto cultural com substratos biológicos, sendo capaz de modificar o modo como o homem interage com o mundo e, com isso, lhe trazendo vantagens (ANDRADE JÚNIOR, 2018).

Entretanto, é válido salientar que somente a partir dos resultados progressivos e evolutivos apresentados por pacientes que passavam por sessões de música nos hospitais da Segunda Guerra Mundial o uso da música na saúde passou a ser de interesse da medicina. A partir de então, a Musicoterapia foi consolidada como uma área com métodos e técnicas específicos, bem como foram desenvolvidas outras atividades musicais direcionadas ao setor da saúde, como a música em medicina e intervenções musicais realizadas por músicos profissionais (MENGARDA *et al.*, 2020).

Atualmente, com o advento das neurociências, sabe-se que a música, em suas diversas formas de utilização, traz benefícios significativos para o cérebro e para o desenvolvimento integral dos seres humanos, pois atividades musicais como tocar um instrumento musical, compor, bem como escutar música estimulam diversas áreas do cérebro que atuam em conjunto para modular a percepção sonora, sendo, portanto, a música um grande coadjuvante no aprimoramento de funções cognitivas (ALVES JUNIOR; BORGES; BLANCH, 2020; MENGARDA *et al.*, 2020).

Nas últimas décadas, muitos estudos em neurociências têm demonstrado que tanto a música instrumental quanto as canções são significativos elementos para o estudo das emoções, pois provocam respostas

com valência positiva e negativa, com retorno consistente mesmo em indivíduos de culturas diferentes. Entre as áreas ativadas estão a amígdala, o hipocampo, o giro hipocampal, a ínsula, o lobo temporal, o estriato ventral, entre outras regiões cerebrais.

Embora, do ponto de vista conceitual, a musicoterapia possa ser entendida como inerente à própria música, de modo prático, universal e independente de um contexto, é passível de rejeição a definição da música como algo objetivo e universal, afirmando-se que a música teria potencial para a cura e não poderia ser explicada por relações de causa-efeito ou somente por princípios universais ou transcendentais. Além disso, a saúde é um fenômeno multifatorial que tem a música como um desses fatores. Sendo assim, a música deve ser entendida como algo ambíguo e polissêmico, ao passo que seu significado é construído em um contexto específico. Além disso, aspectos sociais, culturais, terapêuticos e pessoais serão sempre capazes de influenciar na produção e na recepção da música enquanto instrumento de comunicação e interação social (ANDRADE JÚNIOR, 2018).

A musicalidade humana é identificada como a habilidade de integrar componentes musicais em forma de música, que entra em sintonia com as respostas cerebrais no momento das audições, podendo ser observada ativação de diversas áreas, como mesencéfalo, tálamo auditivo bilateral, córtex de associação auditivo-auditivo primário, estruturas lateralizadas à direita no córtex parietal e regiões de planejamento motor do cérebro, tendo esses efeitos sido maiores para a música natural, que representa o estímulo musical como um todo, em comparação com condições de controle pseudomusicais, representados por elementos musicais isolados. Tal identificação é importante para a definição de quais mecanismos musicais podem ser utilizados para admitir determinados resultados (MENGARDA *et al.*, 2020).

No que diz respeito à assistência hospitalar em saúde, a música se mostra um ótimo instrumento para redução da dor e promoção do bem-estar dos usuários, sendo benéfica em pacientes com dor, para alívio de ansiedade, redução da frequência cardíaca, como forma de controle suplementar da pressão arterial e do sofrimento pós-cirúrgico, auxiliando ainda no controle de alterações de humor em pacientes em tratamento

quimioterápico, inclusive os que terão como seguimento terapêutico transplante autólogo de células-tronco (MENGARDA *et al.*, 2020).

Diante da aparente complexidade do desenvolvimento das funções musicais, de seu caráter complementar e da ampla quantidade de áreas cerebrais ativadas, a música como instrumento do fazer científico inerente à musicoterapia se mostra capaz de agir como ação terapêutica em várias necessidades. Assim, tem sido valorizada tanto em abordagens fisiológicas quanto em abordagens comportamentais, psicanalíticas e humanísticas por sua capacidade única de externalização emocional e integração social, acessando sistemas afetivos e motivacionais no cérebro.

Dessa forma, evidencia-se que a música não constitui apenas um instrumento recreativo ou cultural, mas também uma possível ferramenta de intervenção terapêutica em diversos contextos clínicos. Portanto, por meio de suas aplicações práticas, as intervenções musicais terapêuticas demonstram sua eficácia nas funções motoras, em especial na coordenação da marcha e dos membros superiores; e cognitivas, como linguagem, memória e atenção, bem como no que diz respeito aos componentes psicológicos, inegavelmente associados aos transtornos mentais. Além disso, no campo da reabilitação, a música pode gerar efeitos significativos no tratamento imediato e a longo prazo em diferentes transtornos mentais e comportamentais, e em diferentes contextos hospitalares, tendo papel fundamental ao reduzir os efeitos da hospitalização, melhorando significativamente a qualidade de vida do paciente em aspectos da sua vida social, afetiva, profissional e de saúde (ALVES JUNIOR; BORGES; BLANCH, 2020).

Diante de tamanha complexidade e potencialidade, é importante destacar que a música, enquanto instrumento terapêutico, não deve ser utilizada de forma independente ao plano de cuidados. Para tanto, o Projeto de Lei no 6.379/19 regulamenta a musicoterapia como uma profissão de saúde que abarca aplicações físicas, emocionais, cognitivas e sociais em qualquer faixa etária, sendo conceituada como o uso profissional de música e seus elementos como intervenção em ambientes médicos, educacionais e cotidianos com indivíduos, grupos, famílias ou comunidades, a fim de otimizar sua qualidade de vida e melhorar suas condições físicas, sociais, emocionais, espirituais e de bem-estar (ALVES JUNIOR; BORGES; BLANCH, 2020).

### **Música como uma estratégia para a humanização em saúde**

A musicoterapia é uma modalidade de tratamento eficiente, não invasiva e indolor, características essas que aumentam o seu potencial de adesão em relação às demais condutas médicas. Além disso, quando admitida de forma adequada, compondo um plano terapêutico individualizado, sua aplicação tem poucos ou desprezíveis efeitos indesejados, sendo, portanto, uma terapia facilmente disponível tanto no hospital como para tratamento domiciliar, permitindo que até a família participe ativamente do processo terapêutico, que muitas vezes é responsável por alto grau de desgaste também do cuidador. É importante ainda destacar que a utilização da musicoterapia, enquanto instrumento complementar do processo terapêutico, gera economia de recursos que seriam destinados a tratamentos dispendiosos, principalmente por se tratar de uma modalidade com grande potencialidade preventiva e imediata (ANDRADE JÚNIOR, 2018).

É inegável, ainda, que o exercício musical promove o progresso cognitivo, a atenção, a memória, a destreza motora, bem como a conexão entre linguagem, música e movimento. No entanto, o efeito dessa conduta terapêutica vai além do uso da música como tratamento para o paciente. É importantíssimo salientar que esse instrumento holístico do cuidado atende simultaneamente aos profissionais de saúde envolvidos no processo e aos acompanhantes do indivíduo assistido, atores esses que também interferem no desempenho da conduta terapêutica (ANDRADE JÚNIOR, 2018).

As intervenções musicais no contexto hospitalar, seja enquanto conduta terapêutica propriamente dita, momento no qual são objeto de atuação da musicoterapia, seja enquanto meros exercícios musicais, podem assumir diversos objetivos, tais como a recreação, a promoção da saúde e a educação.

Considerando sua característica lúdica, bem como sua grande variedade de possibilidades instrumentais e assistenciais, a musicoterapia mostra-se como uma ferramenta potente no que tange à humanização hospitalar, apresentando-se, portanto, como instrumento para efetivação da Política Nacional de Humanização – PNH, do Ministério da Saúde do Brasil, também conhecida como HumanizaSUS. Essa conexão se faz imperativa ao prever a mudança na gestão e no cuidado no ambiente



hospitalar, de forma coletiva e multidisciplinar, incluindo todos os atores envolvidos no processo do cuidar, inclusive, e principalmente, o próprio paciente. Além disso, a musicoterapia enquanto instrumento do cuidado favorece que as pessoas que se encontram hospitalizadas sejam atendidas de forma integral para que ocorra sua reabilitação, garantindo para tanto seu bem-estar físico, psicológico, social e educacional. Com isso, ao olharmos para além da doença, consideramos a integridade dos indivíduos que estão hospitalizados, e nesse sentido a humanização hospitalar se torna possível e até mesmo óbvia. (MENGARDA *et al.*, 2020).

Dessa forma, ao analisar a instrumentalização da música enquanto cuidado terapêutico, é possível perceber que há uma conexão entre a musicoterapia como modelo de cuidado humanizado e os conceitos de cuidado centrado no paciente e centrado na pessoa.

É importante, no entanto, chamar atenção para o fato de que o cuidado centrado no paciente é definido como cuidado no qual as necessidades de saúde específicas de um indivíduo e os resultados de saúde desejados são os impulsionadores das decisões quanto aos cuidados de saúde e às posteriores avaliações de qualidade do serviço prestado.

Nesse processo, os pacientes são parceiros de seus provedores de cuidados de saúde, e estes tratam os pacientes não apenas de uma perspectiva clínica, mas também de uma perspectiva emocional, mental, espiritual, social e financeira. Dessa forma, é inevitável que, de fato, a individualização do tratamento, o empoderamento do paciente, a dignidade e o respeito, a tomada de decisão compartilhada e a comunicação transparente são os pilares do cuidado. Já o cuidado centrado na pessoa, embora compartilhe desses mesmos valores, perpassa o cuidado centrado no paciente em relação ao seu objetivo, visto que o objetivo do cuidado centrado no paciente é uma vida funcional para o paciente, enquanto o objetivo do cuidado centrado na pessoa é uma vida significativa para ele enquanto ser humano (ETTENBERGER; CALDERÓN CIFUENTES, 2022).

### **Musicoterapia e a promoção de saúde**

A musicoterapia é um processo sistemático de intervenção em que o terapeuta tem como objetivo final ajudar o paciente a promover sua saúde por meio de experiências musicais e pelo relacionamento entre

os atores envolvidos, como uma força dinâmica que se retroalimenta. Assim, é possível perceber que o componente essencial de tal conduta terapêutica é primordialmente a relação que se estabelece entre paciente e terapeuta. Nessa relação, é muito importante a habilidade do terapeuta em demonstrar empatia com a condição do cliente através do estabelecimento de um espaço diverso e interativo em que a música seja fundamentalmente uma questão de experiências musicais para além de um fenômeno histórico, cultural e universal.

Embora seja comum a admissão de algumas definições de musicoterapia que englobem aspectos sem objetivos terapêuticos diretos, a musicoterapia enquanto conduta terapêutica efetiva deve estar vinculada ao plano de cuidados e, portanto, tem objetivos terapêuticos “pré” e bem determinados. Aliás, ainda que poucas definições mencionem o termo saúde tendo como enfoque o restabelecimento do bem-estar e a autorrealização do indivíduo e se dediquem a descrever os resultados em virtude da doença e não da saúde, é importante destacar que o estabelecimento da musicoterapia como tratamento ou reabilitação para determinadas doenças, problemas ou necessidades é uma estruturação errônea (ANDRADE JÚNIOR, 2018), já que o objeto do cuidado terapêutico é o indivíduo, e o objetivo do tratamento é o seu pronto restabelecimento.

Quanto ao processo de acompanhamento, condução terapêutica e cuidado humanizado, o musicoterapeuta não trabalha apenas com o cliente, mas com todos os sistemas que se relacionam com ele. Nesse contexto, a música se torna um recurso social à medida que conecta de forma ampla o paciente e toda a estrutura biopsicossocial que o cerca, sendo ainda válido destacar a importância do trabalho da equipe multidisciplinar para que a musicoterapia suplemente e não substitua um tratamento, trazendo, assim, os resultados esperados.

Do ponto de vista da amplitude do alcance da música enquanto instrumento do cuidado terapêutico, ela ameniza as mudanças radicais enfrentadas por pacientes vulneráveis ou em quadros que os expõem a elevado nível de estresse quando eles são internados, minimizando os imensos fatores de desestabilização a que ficam sujeitos, sobretudo a perda ou redução dos vínculos com familiares e amigos.

No que diz respeito à importância da integralidade do cuidado em saúde como um todo, a transdisciplinaridade se faz imperativa,

principalmente por se tratar de um fator de aplicabilidade técnica essencial para a efetivação da música como conduta terapêutica, uma vez que congrega ciência, arte e sagrado. A abordagem transdisciplinar inaugura uma nova etapa da história, superando a visão compartimentada.

Por fim, embora a ideia da equipe multidisciplinar seja indiscutível para aplicabilidade da música, cabe ressaltar que a abordagem transdisciplinar é a mais adequada, uma vez que resulta na agregação de competências integradas de todos os saberes para a terapêutica (ANDRADE JÚNIOR, 2018).

## **CONCLUSÃO**

Diante da amplitude da musicoterapia enquanto conduta terapêutica efetiva para o restabelecimento da saúde integral, ao passo que traz resultados tanto no que diz respeito aos parâmetros fisiológicos quanto no campo da saúde mental, emocional e/ou social, é inevitável concluir que se faz necessário haver uma maior dedicação ao tema e um direcionamento de pesquisas cada vez mais amplas.

É importante ainda destacar que há evidências da redução dos sintomas de desconforto, amplificação de sensações positivas, facilitação da comunicação pessoal e interpessoal, melhora na sociabilidade, redução de dores físicas e mentais, mudanças benéficas em padrões fisiológicos e de estímulo corporal com o uso da musicoterapia, salientando-se ainda a melhora na cognição (com foco na atenção e concentração), nos efeitos fisiológicos, na redução da ansiedade dos pacientes e, inclusive, de seus familiares, relatando-se melhora no estado de relaxamento, no estado geral de pacientes com doenças mentais e de enfermos em cuidados intensivos e até mesmo inconscientes, sendo as crianças e os idosos muito beneficiados com tal processo terapêutico.

É mister frisar, também, que, embora muitas vezes tais cuidados não sejam prestados por musicoterapeutas, existe a necessidade da transdisciplinaridade como atributo de sua formação profissional e do domínio da música como ferramenta de trabalho. Assim, a música poderia, de fato, ser a fonte reabilitadora para além de uma experiência auditiva, levando os pacientes à restauração efetiva e completa em função das respostas naturais expressas no corpo, no coração e na mente.

Por fim, conclui-se que a música é um poderoso recurso terapêutico transdisciplinar para a reabilitação que transcende os modelos de saúde, não devendo, portanto, ser negada aos pacientes, aos seus acompanhantes e à equipe de profissionais de saúde. É preciso incluir a música como terapia complementar na formação profissional em saúde e na oferta de assistência aos clientes para os quais tal conduta terapêutica expresse benefícios, constituindo-se em uma intervenção possível, de baixo custo e passível de ser utilizada sem desequilíbrios no estado de saúde do paciente. Assim, se o significado da música se relaciona a um contexto específico, a musicoterapia fornece novas possibilidades de ação com as, e para além das, humanidades.

### **Comentário do especialista<sup>57</sup>**

O capítulo “Musicoterapia: uma conduta terapêutica com as e para além das humanidades”, da autora Juliana Santos Teles, nos remete à reflexão sobre o tema que, de forma transdisciplinar, e de interesse não só ao setor da saúde, vai além numa perspectiva de mudança para uma coletividade, uma sociedade, no resgate da humanidade que a música pode permitir, indo além do valor artístico.

Como refere inicialmente a autora, o ser humano primeiro se comunicou na sua expressão pelo som, o choro ao nascer, e o histórico trazido pelo capítulo nos mostra a importância que, após esse reconhecimento do desenvolvimento da oralidade, da comunicação, o universo musical foi sendo ampliado através da evolução da humanidade com a construção de elementos que a levaram à criação de ritmos, desenvolvendo a musicalidade. E, então, a música ganha espaço na vida humana que transcende o ser na busca da sua humanidade, sua essência. Trata-se de um importante conhecimento da percepção milenar, do recurso musical no restabelecimento da saúde, como traz o histórico do capítulo, comentando como desde a Grécia Antiga a música era vista pelos filósofos, e a sua utilização como recurso terapêutico a partir de então (RAMALHO; RAMALHO, 2017).

Percebemos pela leitura a expansão que a música alcançou, chegando a estar presente no papel que vai além da formação cultural e artística, assumindo papel transformador, reflexivo, reabilitador, promotor

de saúde e terapêutico, como bem destacou, de forma clara, a autora, trazendo referências e dados científicos da ação da música no cérebro humano, alcançando, com a sua aplicação, interferências positivas, reconhecidas pelas pesquisas desenvolvidas em estudos na neurociência.

Fica claro com este capítulo como a música atingiu o seu papel salutar e de aplicabilidade no setor da saúde pela musicoterapia, reconhecida como foi, inclusive pelo Ministério da Saúde, quando na Portaria no 849, de 27 de março de 2017, a incluiu no elenco das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, autorizando a sua aplicação no Sistema Único de Saúde, como recurso terapêutico que busca a prevenção de doenças e a recuperação da saúde. Sua ação tem ênfase na humanização, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade, indo além da busca da funcionalidade do paciente, mas, como bem disse a autora, priorizando o restabelecimento do seu bem-estar e a sua autorrealização, como é defendido na abordagem centrada na pessoa.

A arte pode ser compreendida como uma forma de realizar sentidos na vida, na medida em que se constitui como um fenômeno originariamente humano, transcendendo a materialidade. Como disse Frankl (2006, p. 20-21), “com as artes abrimos comportas”, e como defendia Sócrates: “dizem que somente as artes podem influir sobre a humanidade”.

Sendo assim, o capítulo deixa explícito o papel da música para além da humanidade, levando o ser humano a transcender na busca do seu equilíbrio – definido na saúde como bem-estar.

## REFERÊNCIAS

- ALVES JUNIOR, R.; BORGES, A. D. P. F.; BLANCH, G. T. Neurociência da música e ações da musicoterapia nos transtornos mentais: uma revisão sistemática / Neuroscience of music and actions of music therapy in mental disorders: a systematic review. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 4, p. 1-9, 30 dez. 2022.
- AMERICAN MUSICTHERAPY ASSOCIATION. **What Is Music Therapy**. 2018. Disponível em: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>. Acesso em: 20 abr. 2023.
- ANDRADE JÚNIOR, H. Therapeutic efficacy of music: A transdisciplinary view of health for teams, patients and companions. **Revista Enfermagem**, v. 26, p. 1-7, 2018.

BERGOLD, L. B. *et al.* A Utilização da Música na Humanização do Ambiente Hospitalar: Interfaces da Musicoterapia e Enfermagem. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, v. 11, p. 56-70, 2009.

CNBB (Ed.). Bíblia Sagrada, A. T. 1 Samuel. *In: Bíblia*. Português. Sagrada Bíblia Católica: Antigo e Novo Testamentos. Tradução de CNBB. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2010. p. 319-320.

DONDA, D. C.; LEAO, E. R. Music as an intervention in health projects. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 55, p. 1-8, 2021.

ETTENBERGER, M.; CALDERÓN CIFUENTES, N. P. Intersections of the arts and art therapies in the humanization of care in hospitals: Experiences from the music therapy service of the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, Colombia. **Frontiers in Public Health**, v. 10, 2022.

FRANKL, V. E. Sincronización en Birkenwald. Buenos Aires: San Pablo, 2006.

MELO, G. A. *et al.* Intervenção musical sobre a ansiedade e parâmetros vitais de pacientes renais crônicos: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, p. e2978, 2018.

MENGARDA, B. *et al.* Intervenções musicais no contexto hospitalar: humanização do cuidado. **DAPesquisa**, v. 16, p. 1-15, 2020.

RAMALHO, A. D. M.; RAMALHO, J. P. G. A musicoterapia como recurso terapêutico para tratamento do paciente psiquiátrico. **Enfermagem Brasil**, v. 16, n. 4, p. 246-252, 2017.

SILVA JÚNIOR, J. D. **A utilização da música com objetivos terapêuticos**: Interfaces com a bioética. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia-GO, 2008.

SILVA JÚNIOR, J. Música e saúde: a humanização hospitalar como objetivo da educação musical. **Revista da ABEM**, v. 20, p. 171-183, 2012.

## Arte e catarse: as faces da lou(cura)

Nyaria Flêmera de Souza<sup>58</sup>  
Danilo Bastos Bispo Ferreira<sup>59</sup>

**A** arte, felizmente, existe entrelaçada às primeiras manifestações culturais humanas. Através dos tempos, foi reinventada e incrementada por meio da pintura, do desenho, da escultura, da dança, da música, do teatro, do cinema, das artes plásticas, da fotografia. São tantas as modalidades que deixam clara a natureza ampla, subjetiva e necessária desses processos artísticos na vida. É evidente a riqueza que a imaginação e a criação humanas podem proporcionar. Discutir arte menciona, também, a catarse, a qual significa liberação ou purgação e que se utiliza, muitas vezes, de processos artísticos para ocorrer, sendo, pois, um processo curativo, de alívio, de contato com as emoções (CAIRUS, 2008; MORO, GUAZINA, 2016).

Em destaque, nesse íterim, como exemplo, tem-se a literatura, grande prodígio humano, especialmente a partir da invenção da escrita. Sabe-se que desde os grandes clássicos literários, a exemplo de Miguel de Cervantes e William Shakespeare, até nomes nacionais, como Clarice Lispector e Jorge Amado, há o nobre convite a refletir, indagar, surpreender-se, entristecer-se; características que fluem pela alma humana e possibilitam visitar outros mundos. Essa manifestação cultural é o que difere o ser humano das demais criaturas. Ademais, é por meio da arte literária que se entende, por exemplo, como o personagem Hans Castorp, da obra *A Montanha Mágica*, escrita por Thomas Mann, percorre um caminho de aprendizado filosófico, moral, pessoal, aproximando-se

---

58 Acadêmica de Medicina pela Universidade Federal de Alagoas, Campus A. C. Simões.

59 Médico pela Universidade Tiradentes. Psiquiatra pela Prefeitura de Sorocaba. Psiquiatra da Infância e Adolescência pelo HC-UFMG. Professor de Psiquiatria da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca.

das lições da medicina do Sanatório em Davos, demonstrando como a arte tem o poder de propagar também reflexões sobre saúde e doença, tanto física quanto mental, trazendo à tona o encantamento por essas temáticas (MORO; GUAZINA, 2016).

A arte e sua análise permitem sair de si e se apaixonar pela descoberta; é um processo muito saudável, requerido até mesmo como habilidade nos mais diversos ambientes, sejam eles educacionais ou acadêmicos. O que acontece é que os processos artísticos promovem saúde mesmo sem necessariamente ser fruto de saúde, já que se sabe que a loucura pode ter conexão com a arte, de alguma forma, no seu expressar-se. Então, manifestações artísticas podem ser instrumento de cura, apresentando produtos imperfeitos que podem se abrir para o mundo, a exemplo das telas pintadas pelos pacientes da doutora Nise da Silveira no seu ateliê. Tem-se, então, uma saúde que consegue ser vital mesmo na doença (MORO; GUAZINA, 2016).

Além disso, a arte mostra-se uma maneira de acesso ao inconsciente, o qual é definido, segundo Freud, como reservatório de impulsos, pensamentos, sentimentos e memórias que estão fora da percepção consciente. Assim como ratificou a excepcional e corajosa doutora Nise da Silveira, alagoana, a qual lutou contra procedimentos nefastos, revolucionando a Psiquiatria, mencionando que é preciso questionar a realidade a fim de também colocar em xeque o que é normal ou não. Ela explicitou as relações constitutivas entre arte e loucura, contribuindo para a humanização nas práticas médicas e constituindo muito do que atualmente se executa, sendo, portanto, considerada fundamental na vida prática. Essas mudanças são bastante importantes, tendo em vista os métodos, no mínimo cruéis, de manejo de pacientes psiquiátricos no passado, os quais eram submetidos a eletrochoque, insulinoaterapia, lobotomia, processos tão rudes e capazes de destruir porções cerebrais saudáveis, muitas vezes impedindo partes essenciais à prática da arte: a criatividade e as capacidades executivas (MELO, 2009; PASSETTI, 2015).

A própria Nise da Silveira orgulhava-se de, segundo ela, andar em meio a pessoas pouco ajuizadas, pois ela reconhecia os pacientes em sua completude, com suas manifestações, sobretudo artísticas, as quais transpareciam estados de alma, vontades, desejos, conquistas, medos inconscientes, o que é próprio do ser humano, repleto de subjetivida-



de. Ao lidar com essas pessoas “loucas”, é preciso um ambiente propício, coisa que a ciência, por vezes vagarosa, não consegue proporcionar. É necessário um espaço livre de leis e normas abstratas e abusivas, feito por pessoas; espaço possível para inventar teatro, rever mitologias, agregar conteúdos diversos e divertidos, suficiente para deixar a loucura escapar (PASSETTI, 2015).

Ao longo da história da medicina brasileira, tem-se o desenvolvimento de uma lógica menos manicomial e dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, os quais focam no cuidado transdisciplinar, presente, muitas vezes, em espaços chamados oficinas terapêuticas, que foram regulamentadas pela Portaria nº 189 em 1991. Esse é um espaço riquíssimo, na medida em que pode proporcionar ao usuário uma vivência através da arte e “maior integração social e familiar, a realização de atividades produtivas e o exercício coletivo da cidadania”. Todo esse empenho volta-se para o fornecimento de saúde de qualidade, visto que valoriza a “loucura” e o contexto sociocultural do indivíduo, buscando contornar o adoecimento. Os CAPS, enquanto instituições extremamente necessárias, devem procurar se vincular às universidades e aos institutos federais a fim de que estudantes e profissionais, sobretudo da saúde, possam montar espaços de encontro, de trocas e de produção artística, com o intuito de desmistificar a doença mental, permitindo a interface arte e saúde, sendo, pois, diferentes em muitos aspectos daquele contexto manicomial que vigorava no Brasil (CAVALLINI, 2020).

Falando um pouco sobre o mecanismo da catarse, uma das escapatórias humanas à dor, ao prazer, à frustração se dá através da arte, como nas telas do pintor, nos versos do poeta, transparecendo o interior de sua alma. É importante esse mecanismo, na medida em que se tornam conhecidos o sujeito por trás da obra, o significado, a surpresa, tudo isso único em cada um, o que torna o fazer artístico ainda mais especial. Nenhuma obra é igual à outra, até mesmo cópias não conseguem uma perfeição, tornando os produtos artísticos mais subjetivos e especialmente belos (MORO; GUAZINA, 2016).

Em se tratando de saúde, arte e loucura, temos tudo efetivamente em composições da artista Rita Lee. Isso traz outra dimensão da arte: ela serve para dizer a verdade, para transparecer o que o mundo considera loucura. Como escreveu e cantou a musa do *rock and roll*: “Minha

saúde não é de ferro, mas meus nervos são de aço”, versos encontrados na canção “Jardins da Babilônia”. A arte serve para dizer, ou melhor, bem dizer, aos quatro cantos do mundo o que precisa ser dito. Ademais, ela cantou: “Sim, sou muito louca, não vou me curar, já não sou a única que encontrou a paz”, da canção “Balada do louco”. Dito isso, poderia aqui acabar o capítulo, porém é necessário reafirmar o compromisso dos artistas com o bem-estar dos fãs, pois sorrir e vibrar na plateia de um show é entretenimento e um grande artifício de saúde mental, direito de todo ser humano (CUNHA, 2021).

Só para reconhecer que foi através da arte e da música que a saúde mental de muitos cantores foi, de certa forma, preservada também. Descobriu-se o meio de vida dessas pessoas, as quais encantam a humanidade com seus versos imponentes, gritos de alívio, utilizando o palco para certa catarse, ou cartas de despedida. É, a arte tem dessas. Kurt Cobain e suas performances no palco, o artista em sofrimento em cada palavra, em cada gesto, em uma situação denunciadora. Foi através da letra da canção chamada “Lithium” que se pôde conhecer um pouco do que se passava com o grande Kurt, portador do transtorno afetivo bipolar. É fascinante reconhecer certa desordem que esse homem passava para os fãs e entusiastas. Uma grande anamnese poderia ser colhida ouvindo a continuação dessa música, talvez. Com efeito, deixam um legado de importância crucial através da escrita, da arte, promovendo qualidade na saúde, mais do que entretenimento. Ouvir discos é tão nostálgico porque faz com que o indivíduo se conecte com seu eu, suas memórias, suas lembranças. É subjetivo, é mágico. É arte. Será que poderia ser tocada uma música de Kurt, versão acústica, em alguma oficina do Centro de Atenção Psicossocial no Brasil? (BRITO, 2021).

Por outro lado, a arte pode ser provada, sentida em sua maior profundidade somente na medida em que a paixão controla toda a situação. Foi o que ocorreu quando muitos jovens alemães leram *Os sofrimentos do Jovem Werther*, de Goethe, e se começou a compor uma onda de suicídios pela Europa. E daí surgiu o Efeito Werther, tão poderoso é o alcance da arte que criou um movimento de autoextermínio quase imparável, o qual ocorre até hoje, pois almas são atingidas por aquela escrita tão bem estruturada a ponto de modificar a condição de pensamento das pessoas ou de referendar o sofrimento daquele que já está

propenso a fazer algo contra si e culminar na morte. Se naquela época houvesse tido propagação da ciência e da arte psiquiátrica, e tivessem sido abertos vários consultórios de psicologia, quem sabe essas desastrosas ações teriam sido evitadas. Só para provar o alcance da arte e o poder sobre a mente em criar ou recriar cenários, vontades (SOUZA; FREITAS, 2022),

Visto isso, as funções artísticas são inimagináveis, insubstituíveis, e auxiliam, sobretudo, para um mundo melhor, para um ser mais humano, mais saudável, muito capaz de produzir arte também. Da leitura à música, das cores na tela, da imensa grandiosidade dos versos de algum poeta, o processo é único, poderoso, completo e transcendente. Traz-se, por fim, uma frase marcante dessa significância artística com Ferreira Gullar: “a arte existe porque a vida não basta”.

### **Comentário do especialista<sup>59</sup>**

Conforme muito bem explicitado ao longo deste capítulo, a arte é uma característica inerente aos seres humanos, um dos aspectos que nos tornam diversos dos demais seres que habitam o nosso planeta.

Por intermédio da arte, podemos ter diversas percepções dos modos e da cultura, seja ao longo do tempo (cronológico), seja de acordo com o local (aspecto geográfico) onde essa arte foi, é e será vivenciada. Afinal, através dela podemos refletir sobre o passado, elaborar e reformular pensamentos no presente para melhor adoção de costumes no futuro.

E, não muito diferente do que diz respeito à arte no meio social, podemos considerar a Medicina também uma arte. Uma área que estuda os mais diversos aspectos: do micro (a célula) ao macro (os órgãos). Do funcionamento de um sistema e sua interligação com os demais para o bom funcionamento de um todo: o organismo. E, partindo desse pressuposto, ousaria dizer que nosso corpo, portanto, está em constante sinfonia (quando em estado de saúde plena, hígidez).

Conforme mencionei, a arte vai para além do social. Ela também diz muito a respeito do nosso ser, do nosso viver e de nossas percepções. A arte, em suas mais variadas acepções, serve de instrumento para a propagação de conhecimento a partir daquele ou daquela que se propõe a transmitir algo.

Nise da Silveira, Rita Lee, Kurt Cobain, Goethe, Thomans Mann (citados neste capítulo) são apenas pouquíssimos dos exemplos que podemos mencionar como propagadores da importância da arte em suas mais diversas extensões (pintura, escultura, música, literatura) dentro de diversos contextos locais, regionais e mundiais.

Entrelaçar a Arte com a Medicina diz muito respeito à qualidade na formação médica hoje dentro da perspectiva daquilo que lhe é proposto. Instigar os estudantes de Medicina (e também os médicos já formados) é de importância vital no que tange à perspectiva de estabelecimento de conexões para a estruturação de uma saúde mental que corresponda às necessidades educacionais e profissionais, assim como fazer com que saíamos às vezes da nossa zona de conforto e possamos viver para além da Medicina, aspecto que vem, cada vez menos, sendo lembrado nos dias atuais.

Viva à arte, viva à Medicina e viva à ligação entre essas duas modalidades de arte!

## REFERÊNCIAS

- BRITO, J. L. T. O fim do instrumento: a performance musical em Nirvana e a arte autodestrutiva de Kurt Cobain. **Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 10, n. 2, 2021. ISSN: 2358-212X.
- CAIRUS, H. A arte de curar na cura pela arte: ainda a catarse. **Anais de filosofia clássica**, v. 2, n. 3, p. 20-27, 2008.
- CAVALLINI, F. de M. CAPS, ateliês e oficinas: artes no mundo, mundos na arte. *Fractal*: **Revista de Psicologia**, v. 32, p. 40-45, 2020.
- CUNHA, J. R. A. Com a boca no mundo: a importância da produção musical de Rita Lee. **Tropos: Comunicação, Sociedade e Cultura**, v. 10, n. 2, 2021, ISSN: 2358-212X.
- MELO, W. Nise da Silveira e o campo da Saúde Mental (1944-1952): contribuições, embates e transformações. **Mnemosine**, v. 5, n. 2, 2009.
- MORO, L. M.; GUAZINA, F. M. N. Arte e experiência: relações da arte no contexto da saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health**, v. 8, n. 18, p. 25-42, 2016.
- PASSETTI, E. Nise da Silveira, uma andarilha cósmica. **Ecopolitica**, n. 11, 2015.
- SOUZA, M. S; FREITAS, Y. C. Análise documental da obra “Os Sofrimentos do Jovem Werther” de Johann Goethe. **Revista do Nufen: Phenomenology and Interdisciplinarity**, v. 14, n. 3, p. 1-12, 2022.

## O acesso à arte como ferramenta fundamental no desenvolvimento da empatia e de uma medicina humanizada

Gabriely Matos<sup>60</sup>  
Fernanda Pessoa<sup>61</sup>

*A arte existe para que a realidade não nos destrua.*  
*Nietzsche*

O filósofo alemão Nietzsche apresentou a arte como fundamental ao homem, pois oferece força e capacidade para enfrentar as muitas dores da vida. Tal definição foi feita no século XIX, mas é visivelmente atemporal. Hoje, em todas as áreas da vida em sociedade, inclusive na saúde, se percebe a arte como ferramenta para fazer nascer e renascer experiências humanas. Nesse sentido, ao tomar como base que empatia é uma habilidade inata aprimorada a partir das relações interpessoais e do reconhecimento de questões que estão fora da sua realidade (aspecto cognitivo da empatia), ter acesso à arte é uma maneira sensível de ajudar na compreensão e na condução do outro, pois as variadas formas de expressão permitem a existência de relações pautadas na troca.

Além do conhecimento médico, o profissional precisa ser capaz de sentir. Colocar-se no lugar do outro é uma ação capaz de gerar a necessidade de novas ferramentas de ajuda no tratamento de qualquer doença. Sob esse viés, é indubitável que ter acesso a todas as formas de arte (pintura, literatura, música, teatro, cinema, dança, entre outras)

---

62 Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe – UFS.

61 Professora de Linguagens e Redação.

é essencial para a formação de uma medicina humanizada (NUNES; SCHULTZ MANSUR, 2019).

Assim, desde a interação médico-paciente até os variados setores hospitalares, as manifestações artísticas são capazes de gerar identificação, sensibilidade, inquietação, protesto. É sobre sentir. Dessa forma, ao levar em consideração que os profissionais da área da saúde e seus pacientes estão diretamente relacionados de forma interpessoal, reconhecer a importância da empatia para a compreensão das interações humanas é fundamental. No entanto, mesmo que tal comportamento seja aparentemente óbvio, o seu reconhecimento é relativamente recente na história da medicina porque, ainda no século XX, a profissão foi marcada pela arrogância dos profissionais, os quais desconsideravam a humanidade dos seus pacientes. Em 1972, por exemplo, práticas desumanas dos médicos no Instituto Tuskegee foram denunciadas, pois, apesar de os efeitos curativos da penicilina serem reconhecidos desde a década de 1940, tais profissionais estudavam as ramificações da sífilis não tratada em uma população negra e pobre do Mississippi, mostrando, conseqüentemente, a apatia dos médicos diante da dor e da doença – exatamente o oposto do esperado (RABINOWITZ, 2021).

Nesse sentido, apesar de o Ministério da Saúde do Brasil publicar, em 2004, a Política Nacional de Humanização, a qual passou a priorizar um cuidado integral e a valorizar currículos que consideram o indivíduo e os cuidadores, o cenário das escolas médicas ainda é marcado por habilidades técnicas, as quais dificultam a evolução da saúde com foco na qualidade do tratamento.

Um paciente pode ser capaz de diminuir sua dor ou acelerar sua recuperação a partir do seu contato com uma tela, com um livro, com uma brincadeira, com um caderno ou com um pedaço de giz colorido, por exemplo, pois se sentir vivo alimenta a alma e faz com que novos sentimentos bons sejam descobertos. Assim, envolver os estudantes em um processo de aprendizagem holística é essencial, pois gera a consciência de que a arte é capaz de abarcar dimensões cognitivas, afetivas, somáticas e até espirituais. Em Recife, por exemplo, os futuros profissionais da saúde da capital pernambucana perceberam que existe uma lacuna no ensino relacionado às ciências humanas e criaram, em 2007, a “palhaçoterapia”, um projeto que envolve a atuação de estudantes como

palhaços-doutores nos hospitais, com o objetivo de transformar a realidade e de se conectar com os pacientes, ressignificando a dor (MOREIRA *et al.*, 2021). Com isso, percebe-se o quanto a utilização da arte no ensino de habilidades médicas tem facilitado o aprendizado sobre a saúde humana, auxiliando o estudante na complexidade do ser humano e melhorando significativamente a relação médico-paciente na prática clínica (MAIROT *et al.*, 2019).

Sem dúvidas, praticar a medicina é mais do que entrevistar e examinar o paciente, pois, embora habilidades como anatomia e farmacologia sejam essenciais, elas são insuficientes para fazer um exame clínico excelente. Afinal, um atendimento empático, centrado no paciente, humilde e respeitoso é uma característica que diferencia um médico trivial de um excelente. Entretanto, evidências mostram que o altruísmo e a empatia diminuem ao longo da faculdade, e encontrar maneiras de nutrir sentimentos para o cuidado integral do paciente tem sido cada vez mais um desafio para as escolas médicas (CENTENO *et al.*, 2017). Assim, o médico que defende uma medicina humanizada tem uma maior sensibilidade de percepção da saúde associada à qualidade de vida e ao bem-estar.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde – OMS recomendou que o treinamento básico, envolvendo questões humanas em cuidados paliativos, deve ser integrado de forma rotineira na formação médica. Tal necessidade criou um alerta para as universidades ao forçar o desenvolvimento de atividades curriculares que nutram a empatia e façam com que, finalmente, o paciente seja visto como indivíduo (pessoa única, história única), e não apenas como um diagnóstico a ser tratado. Diante das considerações e das necessidades, a Universidade de Navarra, na Espanha, tem encontrado eficientes maneiras de envolver os seus alunos nessas áreas, apoiando características como interprofissionalismo, comunicação e sensibilidade entre os futuros profissionais, principalmente no sexto ano do curso de Medicina (CENTENO *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, as habilidades de observação, desenvolvidas, por exemplo, através da análise de artes, são extremamente úteis para a ampliação do pensamento crítico dos médicos, bem como das suas habilidades diagnósticas e empáticas com o paciente. Afinal, é nítido que intervenções artísticas melhoram habilidades objetivas e subjetivas de

observação, pois possibilitam a interpretação de expressões faciais dos pacientes e geram uma intensa consciência emocional nos estudantes. Tal característica é benéfica até na ampliação da perspicácia e da eficiência do diagnóstico por produzir um olhar mais aguçado para pequenos detalhes e por ampliar a capacidade de observação mais detalhada dos médicos em variados exames. Desse modo, ao acessar as variadas formas de arte, os estudantes são estimulados a observar o que o artista, ou o paciente, propositalmente não retratou (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020).

Portanto, não há dúvidas de que a incorporação dos diversos tipos de artes aprimora o atendimento por gerar empatia, habilidades visuais, percepções únicas nos variados tratamentos e, principalmente, humanidade diante da relação médico-paciente, expondo as características benéficas da arte na educação médica (DALIA; MILAM; RIEDER, 2020). Afinal, é chegada a hora de tentar, de forma sensível, mudar o mundo de alguém, assim como os artistas modernistas brasileiros tentaram mudar a realidade de todo o país por meio de suas denúncias sociais.

A psiquiatra Nise da Silveira usou a arte como forma de fazer com que os seus pacientes psiquiátricos graves sobrevivessem em meio a uma sociedade que invisibilizava pessoas com transtornos mentais. A pintora Frida Khalo fez da pintura sua ferramenta de contato com o mundo. O pintor Vincent van Gogh pintou mais de 200 telas depois que seus transtornos começaram a piorar no final do século XIX. O escritor Lima Barreto usou a escrita na tentativa de fugir do seu alcoolismo.

Fica, por conseguinte, a pergunta que médicos e estudantes de Medicina devem se fazer para, conseqüentemente, responder com ações: quantas pessoas podem ser salvas por meio da arte?

## REFERÊNCIAS

BRAMSTEDT, K. A. The Use of Visual Arts as a Window to Diagnosing Medical Pathologies. **AMA Journal of Ethics**, v. 18, n. 8, p. 843-854, 1o ago. 2016.

CENTENO, C. *et al.* Palliative care and the arts: vehicles to introduce medical students to patient-centred decision-making and the art of caring. **BMC medical education**, v. 17, n. 1, p. 257, 16 dez. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29246258/>. Acesso em: 6 nov. 2022.

DALIA, Y.; MILAM, E. C.; RIEDER, E. A. Art in Medical Education: A Review. **Journal of Graduate Medical Education**, v. 12, n. 6, p. 686-695, 1o dez. 2020.



Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4300/JGME-D-20-00093.1>. Acesso em: 6 nov. 2022. Disponível em: 10.1001/journalofethics.2016.18.8.imhl1-1608. Acesso em: 6 nov. 2022.

GODLEY, B. A. *et al.* Toward an Anti-Racist Curriculum: Incorporating Art into Medical Education to Improve Empathy and Structural Competency. **Journal of Medical Education and Curricular Development**, v. 7, p. 238212052096524, jan. 2020. Disponível em: 10.1177/2382120520965246. Acesso em: 6 nov. 2022.

ILCEWICZ, H. N.; POIRIER, T. I.; PAILDEN, J. Use of mixed-methods approach to assess the impact of a pre-professional health humanities honors course on developing interpersonal skills. **Currents in Pharmacy Teaching and Learning**, v. 10, n. 11, p. 1456-1465, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2018.08.010>. Acesso em: 6 nov. 2022.

JANISSE, T. Can All Doctors Be Like This? Seven Stories of Communication Transformation Told by Physicians Rated Highest by Patients. **The Permanente Journal**, v. 21, 10 mar. 2017. Disponível em: 10.7812/TPP/16-097. Acesso em: 6 nov. 2022.

MAIROT, L. T. S. *et al.* As Artes na Educação Médica: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 43, n. 4, p. 54-64, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20180146>. Acesso em: 6 nov. 2022.

MOREIRA, J. V. *et al.* A arte do palhaço na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200519>. Acesso em: 6 nov. 2022.

MUKUNDA, N. *et al.* Visual art instruction in medical education: a narrative review. **Medical Education Online**, v. 24, n. 1, p. 1558657, 1o jan. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1558657>. Acesso em: 6 nov. 2022.

NUNES, N.; SCHULTZ MANSUR, S. Empatia na Área da Saúde: Estudo de Caso da Obra “Ensaio sobre a Cegueira”, de José Saramago / **Empathy in The Health Area: A Case Study of “Blindness”, from José Saramago**. [S.l.: s.n.]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/202087/Artigo%20TCC-Nikoly.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 31 out. 2022.

RABINOWITZ, D. G. On the arts and humanities in medical education. **Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine**, v. 16, n. 1, 30 jun. 2021. Disponível em: 10.1186/s13010-021-00102-0. Acesso em: 6 nov. 2022.

## Arte no ensino médico para análise clínica e diagnóstico

Clarissa Avancini<sup>62</sup>

*Because the understanding of art is the one of the greatest human experiences, I believe art studies should be included in their education. Surgeon should visit museums, study art collections, take courses in art, and learn to search for beauty in art and in living.*

*Alma Dea Morani*

### INTRODUÇÃO

Tanto a arte quanto a medicina confundem-se ao longo da história. Sua relação tão natural, há centenas de anos, movimenta a humanidade e o intelecto dos indivíduos que buscam compreender os padrões anatômicos do corpo humano e a sua complexidade. Ilustrações, desenhos, técnicas inclinaram-se, mediante a curiosidade do homem, para desvendar a máquina metabólica dos indivíduos e, assim, surgiu a medicina. Durante muitos anos, os médicos estudaram os antigos manuscritos, as ilustrações e as pinturas realizadas a fim de desenvolver uma base no conhecimento da anatomia e da prática clínica (BELL; EVANS, 2014).

Atualmente, o uso alternativo das artes como método de educação vem sendo explorado por inúmeros estudos com o intuito de retomar essa conduta humana negligenciada ao longo da era contemporânea. Nessa concepção, o objetivo principal desses trabalhos é a investigação de faculdades passíveis de aprimoramento, através do uso das artes, na aprendizagem médica.

---

62 Acadêmica do curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

O déficit do currículo médico contemporâneo evidencia como, em muitos casos, os estudantes geralmente aprendem sobre os sinais anormais da patologia, mas dificilmente possuem a habilidade essencial de enxergá-los e interpretá-los durante um exame clínico comum, já que tal conduta é raramente ensinada. Isso é, em parte, também atribuído a uma maior dependência das tecnologias e de outras modalidades de investigação que afastam o critério humano de enxergar, com suas próprias faculdades, o outro e as suas características normais e disfuncionais.

Nacionalmente, há uma expectativa para a expansão do ensino com a inclusão de abordagens e competências profissionais desafiadoras que são desconsideradas pelos currículos tradicionais, estritamente baseados na ciência médica. A arte é, então, vista como um caminho para essa expansão (PORIES *et al.*, 2018). Tal ideia não é nada nova e foi defendida pelo renomado cirurgião e músico Theodor Billroth (1829-1894), que declarou: “É uma das superficialidades de nosso tempo ver na ciência e na arte dois opostos. A imaginação é a mãe de ambos” (WONG, 2014).

Desse modo, apesar de as diretrizes curriculares apontarem a necessidade de a formação médica equilibrar o lado técnico-científico com o aprendizado das humanidades, observa-se, na prática, a baixa valorização dessa última entre os alunos e, inclusive, entre os docentes. Assim, há uma dificuldade recorrente na abordagem de temas como a morte, o luto, a empatia frente ao sofrimento e à comunicação de notícias ruins à medida que a estrutura curricular preteriu tais tópicos durante os anos (GULARTE *et al.*, 2019).

O uso do cinema e da literatura foi uma das técnicas encontradas para sensibilizar, humanizar e gerar a introspecção crítica necessária para tornar os alunos reflexivos e preparados para encarar a subjetividade de um outro indivíduo. O incentivo às metodologias ativas, nessa perspectiva, foi um dos caminhos, porém não o único, para que a neuroeducação acontecesse. Segundo essa teoria, defendida pelo espanhol e doutor em medicina Francisco Mora (2010), o cérebro precisa se emocionar para aprender.

A empatia, exemplo fundamental da noção de sensibilidade ao outro, como afirmam muitos pesquisadores, é uma habilidade passível de modelação, ou seja, a partir das características da graduação,

poderá ser desenvolvida ou ainda regredir com o avançar dos períodos acadêmicos. Sendo assim, a educação médica, ao dar primazia para a formação de habilidades comunicativas e humanas, potencializa que a capacidade empática seja adquirida, e isso se reflete em uma completa relação clínica (GULARTE *et al.*, 2019).

A relação clínica – RC, por sua vez, de maneira mais ampla que a expressão “relação médico-paciente”, descreve o contato da equipe da saúde com o paciente e sua família e a interação da equipe entre si. Dentro desse panorama, o uso de artes que aflorem a comunicação, a observação e as demais habilidades humanas é essencial para a construção de relações interpessoais satisfatórias e dinâmicas, elemento valioso na RC. Assim sendo, ainda que os livros e artigos possuam o potencial de capacitar tecnicamente, é através do uso de materiais audiovisuais, da literatura e das artes que haverá a complementação da formação dos discentes, tornando-os mais reflexivos e aptos para avaliar as subjetividades do outro. Ou seja, é esse uso que dará o protagonismo aos alunos em seu processo de ensino e aprendizagem e, com isso, potencializará a valorização interna deles mesmos.

A Medicina Narrativa, iniciada nos anos 90 e baseada na tríade “atenção, representação e filiação”, permitiu uma revolução na RC que contribuiu para que o diálogo fosse visto como uma parte essencial no estabelecimento de uma resolução clínica satisfatória para ambas as partes. A arte de cuidar, associada à capacidade de ouvir a história da patologia aceitando sem julgamentos a narrativa de quem sofre, torna o doente visível como indivíduo (MACHADO, 2016).

Sob a luz do conhecimento teórico e acadêmico, o estudante de medicina deve ter a capacidade de desenvolver uma atitude reflexiva, uma comunicação empática e valores éticos a fim de que a formulação de hipóteses e tratamentos adequados advenha de uma semiologia e de um raciocínio clínico autônomo e humano (BRASIL; OLIVEIRA; CUPERTINO, 2021).

Ademais, o uso de narrativas “vivas”, como palestras de convidados que experimentaram processos difíceis de adoecimento e de recuperação, é fundamental para que os discentes se tornem conscientes do sério comprometimento com o outro (paciente/família) ao exercerem a função de profissionais da saúde.

À vista disso, a abordagem ao enfermo foi protagonizada como um pilar essencial para uma boa relação clínica, e, portanto, a habilidade de comunicar notícias difíceis foi vista como inerente à prática médica, sendo necessário realizá-la da melhor e mais responsável maneira. Como diria o psicanalista Michael Balint: “A personalidade do médico é o primeiro remédio que se administra ao paciente”. Ou seja, é a partir de uma relação clínica humana que ele terá a completude do seu tratamento (GULARTE *et al.*, 2019).

Nessa concepção, *Visual Thinking Strategies – VTS* é um método para aprimorar o foco visual na observação, cujo objetivo é desenvolver o pensamento crítico, a comunicação e as habilidades de colaboração através do uso de três perguntas: “O que você está vendo?”, “O que fez você falar isso?” e “O que mais você vê?” Tal metodologia foi utilizada como instrumento para aprimorar o ensino dos estudantes, tornando-o mais tangível e menos subjetivo, sem a necessidade de utilizar parcerias formais com museus ou pessoal especialmente treinado (JASANI; SAKS, 2013).

Desse modo, a análise pelos estudantes de manifestações artísticas permitiu o reconhecimento de situações e contextos com maior precisão, bem como o aumento do foco e da reflexão, atitude que suscitou mudanças na profundidade e na amplitude da análise visual, qualidades fundamentais para uma semiologia e, conseqüentemente, o diagnóstico na atuação médica (JASANI; SAKS, 2013).

Como exemplo, a experiência inicial de estágio realizada na *Medical School USA*, através de grupos de discussão, promoveu a análise de oito imagens de arte, guiada pelas três perguntas do método *Visual Thinking Strategies* e outras perguntas adicionais. Assim, foram delineadas quatro etapas: a observação, a interpretação, a reflexão e a comunicação. A realização de um pré e pós-teste, através da análise de duas fotografias de pacientes com condições médicas aparentes, em que para a primeira é feita uma lista de observações únicas e, para a segunda, a execução de um texto descritivo, notabilizou as seguintes conclusões (JASANI; SAKS, 2013):

- 1) Diminuição do uso de terminologias subjetivas: no pré-teste, houve um número maior de terminologias mais generalistas na descrição das fotografias dos pacientes, enquanto no pós-teste houve uma melhora na descrição, precisando o que estava sendo observado.

**Pretest:** *His face appears normal ...*

**Posttest:** *She appears to be wearing a white nightgown that has been pulled up to allow her to pose in a rather dance-like position. She has raised both her left arm and left leg in the air. Yet both are bent in a rather purposeful position.... She does not appear happy or at peace, but instead rather focused and possibly uninterested or tense.*

- 2) Alcance de maiores interpretações: no pré-teste, os estudantes davam destaque apenas à maneira como enxergavam a condição médica. Todavia, no pós-teste, observou-se um alcance maior de interpretações envolvendo diversos setores, desde o ambiente do paciente, sua perspectiva e seu estado emocional.

**Pretest:** *Left sided weakness ... muscle atrophy in left extremities.*

**Posttest:** *Young female lying down, left extremities are uplifted, person is glancing at something in her hand, right extremities appear to be weak ... person in hospital gown, opening in bed that facilitated movement, bland/plain background-possible in hospital or a care facility.*

- 3) Aumento no uso de pensamento especulativo e de palavras na comunicação que demonstraram a possibilidade de múltiplas interpretações para a observação.

**Pretest:** *Thin man with beard and mustache ... his leg is angled inward.*

**Posttest:** *Female in a sparse room, bed doesn't look like a modern hospital, but the room suggests an institution as there are no personal affects ...*

- 4) Aumento no uso de analogias visuais, ou seja, relacionar o que se observa com algo já conhecido previamente.

Nesse contexto, a inserção da arte como ferramenta de aprendizado mostra o desenvolvimento de habilidades mais subjetivas sem, entretanto, desprezar as capacidades práticas fundamentais para uma completa conduta clínica. Assim, foi visualizado o desenvolvimento da observação clínica do estudante, a exemplo da pintura corporal, que permite o aprendizado de aspectos da anatomia, da topografia humana e de habilidades psicomotoras úteis à profissão. Além disso, o uso das cores nas manifestações artísticas ainda potencializa a retenção do conteú-

do e a detecção de detalhes. A diversão e a recreação, criadas pela arte visual, ainda possibilitam certo relaxamento do estresse dos estudantes. Logo, nesse sentido, é interessante discorrer sobre algumas estratégias artísticas já adotadas, dentre centenas que existem, para aprimorar a aprendizagem médica.

## **ESTRATÉGIAS ARTÍSTICAS NA APRENDIZAGEM MÉDICA**

### **Massa de modelar**

A efetiva ideia de reproduzir simbolicamente um órgão a partir do uso de massa de modelar e biscuit, na busca por compreender ativamente sua funcionalidade e sua complexidade morfológica, permitiu o esclarecimento discente no campo clínico a partir de elaborações de imagens mentais e do reconhecimento de patologias no raciocínio clínico. Ao evoluir o tema com base na experiência relatada por Amorim Junior *et al.* (2018), o uso de massas moldáveis no aprendizado da anatomia normal e patológica do coração é uma demonstração efetiva da ideia de agregar valor artístico ao corpo acadêmico.

A criação desses modelos com condições cardiopatológicas permitiu uma maior compreensão da fisiologia e da anatomia cardíacas pelos estudantes e pelos demais residentes comprometidos, aprimorando a diferenciação entre a normalidade e a patologia do órgão ao analisar exames e imagens clínicas (tomografia computadorizada, ecocardiografia e ressonância magnética). Ademais, o envolvimento com as artes plásticas, pelos participantes do projeto, estreitou a familiaridade da cardiologia com a prática artística (desenho e escultura), algo de extrema relevância para a especialidade.

### **Pintura corporal**

Embora a observação de espécimes humanas já dissecadas seja essencial para o aprendizado na anatomia, pesquisas demonstram a importância de dirigir os esforços estudantis para o estudo da anatomia de superfície (STANDRING, 2012; WATERSTON; STEWART, 2005).

A anatomia de superfície é uma anatomia visual que lida com estruturas anatômicas em corpos vivos e permite aos estudantes aprender habilidades de examinar fisicamente: observar e interagir com uma pessoa viva. A palpação em proeminências do corpo, músculos, tendões, a

identificação de projeções musculares, ósseas e sua intrínseca relação com o sistema esquelético muscular são atividades necessárias nessa abordagem ao corpo em vida.

A pintura corporal é vista como uma ferramenta efetiva para o ensino da anatomia e das habilidades clínicas à medida que incentiva a multissensorialidade, a criatividade e a diversão no ensino, promovendo imagens visuais memoráveis (PORIES *et al.*, 2018).

O engajamento do discente no centro do processo de ensino e aprendizagem promove a retenção e o resgate do conhecimento e leva a melhorias na prática clínica futura. A pintura corporal, nesse espectro da arte, como forma de ensino, permite que o estudo anatômico se amplifique para além da leitura intensiva de livros didáticos e se integre a uma metodologia tátil, visual, auditiva e cinestésica (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

### **Palhaços-doutores**

A Palhaçoterapia é um projeto que propõe o envolvimento de estudantes como atores representando “palhaços-doutores”. Estes, a partir de um olhar ingênuo e pueril, possuem a capacidade de ressignificar o ambiente hospitalar, trazendo familiaridade e alegria, contrapondo, desse modo, o espaço clínico hierárquico e rígido com intensa sensibilização e ampliação de seus horizontes para além da doença (MOREIRA *et al.*, 2021).

Desse modo, mediante o uso da arte e de outros universos externos ao mundo médico, o estudante palhaço-doutor aprende a tolerar seus erros e falhas, visto que o palhaço protagonizado sintetiza a humildade de lidar com seus próprios erros, uma vez que “veste uma máscara não para esconder-se, mas para enaltecer seus erros e imperfeições” (VIEIRA, 2019).

Ademais, as habilidades, como o aprimoramento de vocábulos de sinais não verbais, o reconhecimento do outro e a escuta ativa, desenvolvidas pelo projeto culminam em uma boa comunicação médico-paciente, conectando o futuro profissional ao indivíduo e não à sua patologia (MOREIRA *et al.*, 2021).

### **Artesanato de amigurumis**

O artesanato amplia a cognição dos discentes conforme eles usufruem de múltiplos sentidos dos alunos-artesãos, especialmente por permi-



tir a interação do estudante com o processo de modelação do objeto de estudo. O Construtivismo, cujo pressuposto é permitir que o indivíduo seja um estudante ativo e construtor do próprio conhecimento, exigindo autonomia e criatividade, foi uma das perspectivas educacionais usadas na avaliação de tal experiência, pois permitiu que os estudantes participantes não fossem julgados, meramente, por um conhecimento específico, mas, sim, pela habilidade de encontrar caminhos para a criação de peças anatômicas em domicílio. Assim, se notabilizou a viabilidade de criar modelos sintéticos em crochê com relativa semelhança às peças anatômicas reais, dispondo de materiais de baixo custo e fácil acesso.

Por outro lado, vale ressaltar a importância do Construtivismo e do Objetivismo Clássico. Esses dois paradigmas educacionais dos séculos XX e XXI dissertam, cada um à sua maneira, sobre como o conhecimento deve ser adquirido. No Objetivismo, há uma busca por divorciar o subjetivismo humano da dura realidade dos fatos e eliminar valores e considerações de fatores contextuais do discurso educacional. Assim, o objetivo da educação nesse paradigma é transmitir o conhecimento adquirido dos “experts” para os estudantes porque o conhecimento daqueles é muito mais próximo da realidade do que o dos iniciantes (DAVIS *et al.*, 1994).

Na perspectiva construtivista, por sua vez, a aprendizagem individual tem um papel primário na determinação do que vai ser aprendido. É colocada maior ênfase em prover os estudantes com oportunidades para desenvolver habilidades e conhecimentos que eles podem conectar com conhecimentos prévios e de futura utilidade. Em vez de se ensinar uma quantidade enorme de fatos, os processos de pensamento e construções compartilhadas são enfatizados (KLIEREN, 1988; STEFFE, 1988).

O estudo da morfologia externa e interna do corpo para fins de criação pictórica e escultural recebe o nome de Anatomia Artística. Isso significa que a Anatomia se estreita tanto à Medicina quanto à Arte, sendo, dessa forma, considerada Ciência e Arte simultaneamente (DI DIO, 1998).

Nesse sentido, a abordagem do uso dos amigurumis foi uma alternativa de ensino, durante o período da pandemia de Covid-19, que, além de contribuir para as medidas de isolamento, minimizou a defasagem

acadêmica em tempos de distanciamento social. A produção desses modelos feitos em crochê, por estudantes de medicina veterinária com experiência prévia nessa técnica manual, proporcionou, a partir da representação de órgãos dos sistemas reprodutor, urinário, respiratório, e de placentas de animais domésticos, o desenvolvimento cognitivo, a autonomia e a criatividade. O incentivo a alternativas para o ensino e aprendizagem forneceu aos estudantes a oportunidade de experimentar escolhas, construir modelos anatômicos, desenvolver um entendimento compartilhado e, ao mesmo tempo, valorizar as diversidades individuais para cada modelo artístico e didático produzido.

O “efeito aditivo”, ao utilizar as mãos – *hands on* – para a construção do conhecimento, permite que as informações sejam memorizadas mais facilmente e, assim, recuperadas de maneira ágil devido à combinação de aprender fazendo (comportamentalismo), aprender pensando (cognitivismo) e aprender interagindo com outras pessoas (socioconstrutivismo) (GROUNDS, 2021). Destarte, conclui-se que há uma grande valia e um importante potencial dessa modalidade técnica para o ensino das Ciências Morfológicas (MASSARI; MIGLINO, 2022).

### COMENTÁRIOS FINAIS

A utilização da arte como método alternativo de educação pode ser uma valiosa ferramenta para aprimorar habilidades necessárias à prática médica, em especial para análise clínica e diagnóstico. Isso porque a medicina e a arte têm uma relação intrínseca que remonta há muitos séculos, principalmente com a ilustração e a pintura usadas como ferramentas para o estudo da anatomia e da prática clínica, havendo a necessidade de retomar e valorizar algumas práticas artísticas como método de ensino e aprendizagem. Nesse sentido, usar arte nas mais diversas modalidades, como cinema, teatro, poesia, literatura, artes plásticas, música, entre tantas possibilidades, visa preencher uma importante lacuna na formação médica tradicional, que muitas vezes falha em ensinar habilidades humanas essenciais, como a empatia e a comunicação eficaz.

Assim, a inclusão das artes na educação médica pode sensibilizar e humanizar os futuros médicos, ajudando-os a desenvolver habilidades interpessoais, críticas, observacionais e interpretativas que de outro modo seriam insuficientes.

## REFERÊNCIAS

- AMORIM JUNIOR, R. F. de; SEVERI, R.; MOSER, L. D.; MATTOS, S. da S. A Arte no Ensino da Cardiologia: Relato da Experiência do Uso de Massas Moldáveis no Aprendizado da Anatomia Normal e Patológica do Coração. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 42, n. 4, p. 103-108, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4rb20180073>. Acesso em: 10 jun. 2022.
- BELL, L. T. O.; EVANS, D. J. R. Art, anatomy, and medicine: Is there a place for art in medical education? **Anatomical Sciences Education**, v. 7, n. 5, p. 370-378, 13 jan. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ase.1435>. Acesso em: 25 jun. 2022.
- BRASIL, L. G.; OLIVEIRA M. F.; CUPERTINO, M.C. Society and **Development Research**, v. 10, n. 14, 1o nov. 2021. DOI 10.33448/rsd-v10i14.22228. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/22228/19583/264648>. Acesso em: 11 jun. 2022.
- DAVIS, N. T. *et al.* Transição do objetivismo para o construtivismo na educação científica. **Caderno Brasileiro de Ensino de Física**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 172-183, 1994.
- DI DIO, L. J. A. **Tratado de anatomia aplicada**. São Paulo: Pcluss, 1998.
- GROUND, R. Think before you cut! Is surgery about “doing” or about “thinking”? **The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England**, v. 103, n. 1, p. 20-23, jan. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1308/rcsbull.2021.7>. Acesso em: 30 nov. 2022.
- GULARTE, N. D. G.; VELHO, M. T. A. de C.; GONÇALVES, K. C. S.; BESCHOREN, N. F. Abordando a Relação Clínica e a Comunicação de Notícias Difíceis com o Auxílio das Artes e dos Relatos Vivos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 131-140, dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20190098>. Acesso em: 22 jun. 2022.
- JASANI, S. K.; SAKS, N. S. Utilizing visual art to enhance the clinical observation skills of medical students. **Medical Teacher**, v. 35, n. 7, p. e1327-e1331, 3 maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/0142159x.2013.770131>. Acesso em: 20 jun. 2022.
- KLIEREN, T. Children’s mathematics/mathematics for children: notes on mathematical environments for young children. **Paper presented at the Sixth International Congress on Mathematics Education**, Budapest, Hungary, 1988.
- MACHADO, M. do C.; LOBO ANTUNES, J. Narrativa da Doença: Uma Disciplina Optativa na Faculdade de Medicina de Lisboa. **Acta Médica Portuguesa**, v. 29, n. 12, p. 790, 30 dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.8284>. Acesso em: 20 maio 2022.
- MASSARI, C. H. de A. L.; MIGLINO, M. A. Artesanato como ferramenta complementar ao ensino-aprendizagem de Ciências Morfológicas. **Revista Brasileira**

**de Estudos Pedagógicos**, v. 103, n. 263, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.24109/2176-6681.rbep.103i263.4760>. Acesso em: 28 jun. 2022.

MORA, F. Neuroeducação: só é possível aprender aquilo que se ama. Espanha: Alianza Editorial, 2010.

MOREIRA, J. V.; ALMEIDA, M. J. de; SANCHES, L. da C.; GONZÁLEZ, A. D.; BARREIROS, R. N. A arte do palhaço na educação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200519>. Acesso em: 14 jun. 2022.

OLIVEIRA, L. C.; COSTA, A. T. da; PONTE, M. L. da; CARVALHO, M. N.; SOUSA JÚNIOR, S. C. de; MELO, S. P. A Eficácia do Body Painting no Ensino-Aprendizagem da Anatomia: um Estudo Randomizado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 17 abr. 2020. DOI 10.1590/1981-5271v44.2-20190162. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WXGfK4P3LShqZLc35WxhxBc/?lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2022.

PORIES, S. E. *et al.* What is the Role of the Arts in Medical Education and Patient Care? A Survey-based Qualitative Study. **Journal of Medical Humanities**, v. 39, n. 4, p. 431-445.

STANDRING, S. Evidence-based surface anatomy. **Clinical Anatomy**, v. 25, n. 7, p. 813-815, 26 jul. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ca.22133>. Acesso em: 29 nov. 2022.

STEFFE, L. Overview of the Action Group Al: early childhood years. **Paper presented at the Sixth International Congress on Mathematics Education**, Budapest, Hungary, 1988.

VIEIRA, H. A nova tradicional família brasileira. **Blog Mamilos**, 2019. Disponível em: <https://www.b9.com.br/104106/mamilos-185-a-nova-tradicional-familia-brasileira/>. Acesso em: 14 jun. 2022.

WATERSTON, S. W.; STEWART, I. J. Survey of clinicians' attitudes to the anatomical teaching and knowledge of medical students. **Clinical Anatomy**, v. 18, n. 5, p. 380-384, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ca.20101>. Acesso em: 29 nov. 2022.

WONG, L. M. Music and Medicine: Harnessing Discipline and Creativity. **Virtual Mentor**, v. 16, n. 8, p. 648-651, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2014.16.08.mhst1-1408>. Acesso em: 28 nov. 2022.

## A literatura como ferramenta de humanização e terapia

Tiago da Silva Pereira Santos<sup>63</sup>

A medicina é, ao mesmo tempo, uma ciência e uma arte. A vertente científica é vista no cotidiano, através do uso de técnicas e de manobras certificadas, do uso de ferramentas e utensílios tecnológicos e uso de evidências e de conhecimentos científicos para a determinação de diagnósticos e de intervenções terapêuticas. Por outro lado, a vertente artística, que hoje sofre com a falta de estímulos, se dá através do contato com o paciente de forma humanística pelo acolhimento e pelo reconhecimento da vivência desse indivíduo (BLASCO, 2012).

Logo, para a boa atuação do médico é necessário que essas duas vertentes estejam em equilíbrio, pois a assimetria desses lados não só resulta na má qualidade desse profissional, mas é perdido a base fundamental da medicina, que é a preocupação e o cuidado com o paciente (BLASCO, 2012).

É possível resumir a compatibilidade e o entrelaçamento dessas vertentes a partir da analogia de um “rocambole”, em que o centro é formado pelo conhecimento e o conteúdo científico da medicina, sem o qual não é possível exercer essa profissão da melhor forma possível. A camada externa, por sua vez, é formada pelo lado humanista e artístico da profissão, já que é essa que entra em “contato” com o paciente, que se preocupa com o outro como um indivíduo inteiro não somente com a enfermidade (BLASCO, 2012).

A dissociação dessas vertentes, é vista hoje, como consequência de uma realidade em que a falta de humanização está presente no meio

onde o profissional da medicina está inserido. Sem dúvidas as constantes descobertas nas áreas médicas trouxeram inúmeros benefícios para a sociedade. Contudo, esse mesmo processo de avanço tecnológico afastou, de certa forma, os profissionais do seu real objetivo, que é tratar e aliviar o sofrimento do paciente, e em decorrência disso os pacientes passaram a ser resumidos a sua enfermidade (FERREIRA FILHO, 2019).

Assim, o uso de iniciativas que buscam integrar o ensino da medicina às humanidades, através do uso em qualquer uma das vertentes da arte, surge como uma possível ferramenta que promove o desenvolvimento da humanização e da empatia que tem a finalidade de modificar essa realidade, trazendo os profissionais para mais perto do real objetivo da medicina (FERREIRA FILHO, 2019).

O crescente aumento da aplicação de atividades artísticas na área da saúde, nos últimos anos, se provou benéfica para a relação médico-paciente e para a empatia dos estudantes e futuros médicos. Além disso, essas atividades artísticas, segundo estudos de Warth *et al.* (2015) e Baumann *et al.* (2012), também trouxeram benefícios para os pacientes, melhorando a qualidade de vida, a comunicação e a autoestima. Entretanto, ainda há desafios para a implementação e para a ampliação desse tipo de projeto. É nesse contexto que a literatura, nas mais diferentes vertentes, passa a ser utilizada na prática do ensino da medicina (SANTOS, 2021).

O uso da literatura, como ferramenta de ensino, permite que os estudantes tenham um contato com uma visão mais completa e ampla da enfermidade tendo em vista aspectos psicológicos e socioambientais que influenciam na manifestação dessa doença e de seus sintomas. Ademais, descrição de enfermidades em livros literários apresentam, além dos sintomas, os impactos sociais que geralmente não são abordados em livros didáticos de medicina, o que torna essa fonte, conhecimento importante para a formação médica (HIDALGO, 2018).

A utilização da literatura na formação médica teve início no ano de 1972 na Universidade da Pensilvânia, atualmente ainda é presente nos cursos de medicina em universidades estadunidenses, sendo também inserida em algumas universidades europeias (CANTABRA, *et al.*, 2016).

Por exemplo, na Universidade de Oviedo, na Espanha, aproximadamente 150 alunos do primeiro ano do curso de medicina têm seu

primeiro contato com a literatura na sua formação na matéria obrigatória de “Introdução a medicina, documentação e método científico”. O objetivo dessas atividades é melhorar a interpretação, o senso crítico e a empatia dos alunos, além de demonstrar a esses jovens que a vivência, o ambiente e a cultura do paciente têm forte relação com a enfermidade e como esse indivíduo irá reagir às recomendações que lhe são passadas. No geral, há uma grande satisfação com a matéria (CANTABRA, *et al.*, 2016).

A literatura, portanto, é uma forma de comunicação e de expressão do indivíduo. Sendo assim, os mais diversos temas, estilos de escrita, tipos de livros podem ser utilizados no processo como utensílio terapêutico que proporciona prazer, relaxamento e combate a ansiedade e ao estresse (HIDALGO, 2017).

Ademais, a literatura permite que, durante esse ato, o indivíduo se desprenda da sua realidade e possa embarcar em uma “viagem” que pode trazer benefícios para a sua condição, seja a compreensão desta, seja a motivação para buscar a melhora. Esse processo ocorre por meio do entendimento que indivíduo não irá se resumir apenas à sua enfermidade e que outras pessoas já passaram por aquele processo, isso pode diminuir a insegurança e incentivar a esperança ou até mesmo resignificar essa nova condição (HIDALGO, 2017).

Os livros podem também ser utilizados como ferramenta de integração e socialização dos pacientes, podendo ser o estopim para conversas e discussões entre eles, fazendo com que haja a troca de experiências e de ideias que trazem certo conforto para esses indivíduos (HIDALGO, 2017).

Desse modo, a literatura, nas mais variadas formas, e os demais âmbitos da arte podem ser empregadas em conjunto com o ensino da medicina por trazer diversos benefícios para a formação médica, desde o desenvolvimento do humanismo e da empatia, ou até a melhora na interpretação e na relação médico-paciente. Porém, apesar da existência de dados que comprovem os benefícios dessa prática, sua utilização nos cursos brasileiros ainda é muito rara devido à falta de estímulo, se restringindo geralmente às matérias optativas nas grades curriculares ou em projetos independentes que são realizados em parcerias de alunos e professores. Uma das poucas exceções ainda é o curso de Medicina

da Universidade Federal de Sergipe, que na disciplina Ética Médica e Habilidades de Comunicação, no primeiro período, oferece arte, através da Professora Déborah Pimentel, como forma de sensibilizar o futuro médico para práticas humanistas, ao tempo que estimula o seu autocuidado como manutenção de saúde mental (PIMENTEL, 2018).

## REFERÊNCIAS

CANTABRANA, B. *et al.* Utilización de relatos literarios como actividad formativa para la enseñanza de la medicina en la Universidad de Oviedo. **FEM: Revista de la Fundación Educación Médica**, v. 19, n. 4, p. 205–215, 1 ago. 2016. Acesso em: 7 de Abr. 2022.

FERREIRA FILHO, Olavo Franco. Art and Medicine. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 4, p. 3-4, 2019. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB2019editorial> > Acesso em: 30 de Abr. 2022

GONZÁLEZ BLASCO, P. **A Arte Médica (I): a formação e as virtudes do médico.** [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013\\_set\\_a\\_arte\\_medica\\_a\\_formacao\\_e\\_as\\_virtudes\\_do\\_medico.pdf](https://sobramfa.com.br/wp-content/uploads/2014/10/2013_set_a_arte_medica_a_formacao_e_as_virtudes_do_medico.pdf)>. Acesso em: 28 maio. 2022.

HIDALGO, A., & Cantabrana, B. (2017). Efectos terapéuticos de la lectura. **Revista de Medicina y Cine**, vol. 13, n.2, p. 75–88. DOI: 10.14201 Disponível em: [https://revistas.usal.es/index.php/medicina\\_y\\_cine/article/view/16587](https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/16587)>. Acessado em: 6 Abr. 2022.

HIDALGO, Agustín; GARCÍA, María González; CANTABRANA, Begoña. Literatura y enseñanza de la medicina. Un ejercicio docente. **Revista de Medicina y Cine**, v. 14, n. 3, p. 199-208, 2018. DOI: 10.14201 Disponível em: < [https://revistas.usal.es/index.php/medicina\\_y\\_cine/article/view/19093?articlesBySameAuthorPage=2](https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/19093?articlesBySameAuthorPage=2) > Acessado em: 6 de Abr. 2022.

HIDALGO, A., & Cantabrana, B. (2017). Efectos terapéuticos de la lectura. **Revista de Medicina y Cine**, vol. 13, n.2, p. 75–88. DOI: 10.14201 Disponível em: [https://revistas.usal.es/index.php/medicina\\_y\\_cine/article/view/16587](https://revistas.usal.es/index.php/medicina_y_cine/article/view/16587)>. Acessado em: 6 Abr. 2022.

MEDEIROS, Melissa Soares *et al.* A arte como estratégia de Coping em tempos de pandemia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, 2020. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200354> > Acesso em: 20 Mar. 2022.

PIMENTEL, Déborah. Humanidades, arte e saúde. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 50, p. 67-71, dez. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372018000200006&lng=pt&nrm=i-so](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000200006&lng=pt&nrm=i-so)>. acessos em 12 fev. 2023.



SANTOS, Bruno Leotério *et al.* Magic Lab Coat: art as a mechanism of action for care and teaching in health Mágica bata de laboratório: a arte como mecanismo de ação para o cuidado e o ensino em saúde. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 6, p. 57788-57800, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.34117/bjdv.v7i6> > Acesso em: 25 Mar. 2022.

# EDUCAÇÃO MÉDICA





## Levantando questões e ampliando olhares

Maria do Socorro Diniz<sup>64</sup>

Paulo Solti<sup>65</sup>

*A vida não pode deixar de ser uma obra de arte se é uma vida humana.*

*Zygmunt Bauman*

Louvamos a iniciativa empreendida pela professora de Ética Médica da Universidade Federal de Sergipe Déborah Pimentel, que, na contramão de um período marcado pela tecnologia na formação de médicos, se aprimorando neste início de século XXI, ampliando possibilidades de descobertas imediatas de sinais e sintomas, confirmando diagnósticos e tratamentos, em muito tem contribuído, também, na construção de um conhecimento distante daquele preconizado humanístico, porque cada vez mais técnico. Em decorrência, diz: “se produzem práticas desumanizadas”. E acrescenta:

Com base nessas premissas tenho oferecido aos meus alunos de medicina uma experiência diferente e temos discutido arte, promovendo sessões em que eles buscam obras e as

---

64 Graduada em Geografia pela UFRJ, mestre em Educação pela PUC/RJ e doutora em Geografia Urbana pela USP/SP. Professora aposentada pela UFRJ e pelo estado do Rio de Janeiro. Professora da PUC/RJ e professora visitante do Departamento de Geografia da UFRJ. É escritora da trilogia *Nem Tudo a Gente Esquece, Nem Tudo Conteí e O Tempo Não Apagou*. Participou, ainda, de Sinais e Emoções: IV e VI Antologias da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Regional Sergipe.

65 Médico pela Faculdade Nacional de Medicina, Universidade do Brasil, atual UFRJ. Especialista em Psiquiatria através de concurso pela Associação Médica Brasileira e pela Associação Brasileira de Psiquiatria. Psicanalista pelo Instituto de Medicina Psicológica, atual Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, no Rio de Janeiro, onde desenvolveu as funções de professor, supervisor, membro em Banca de Avaliação para obtenção do título de psicanalista, membro da gestão e assessor da Secretaria de Ensino (1990-1993). Atua como médico psiquiatra e psicanalista no Centro Educativo CENAM, do Governo do Estado de Sergipe, e em clínica privada. Participou da *II Antologia da Sobrames Sergipe*, da qual é membro efetivo. Escreveu a orelha da obra *O Tempo Não Apagou*, de Maria do Socorro Diniz.

interpretam desenvolvendo uma sensibilidade que pode ser transmitida e percebida contratransferencialmente na relação com os seus futuros pacientes (PIMENTEL, 2018, p. 68).

Parece-nos um resgate de uma formação médica, uma contínua reflexão em busca da contemporaneidade, implicando sobre a relação com outros saberes, permitindo despertar o lado sensível mais humanizado na relação médico-paciente. Tal contemporaneidade, para Ayouch (*apud* PACHECO-FERREIRA, 2020, p. 270), “diz respeito àquilo que mobiliza uma cultura e caracteriza certo momento histórico, como as questões de gênero, cultura, raça e classe”.

Outro aspecto de fundamental importância para essa formação humanística é a história de vida do paciente como ser “biopsicossocial”, tema caro entre os psicanalistas seguidores de Sándor Ferenczi, discípulo de Freud. Consideram eles que o indivíduo carrega seus traumas sociais, suas formas de sofrimento e suas demandas de reconhecimento do espaço social que ocupa.

Essa metodologia deveria ser utilizada para qualquer área profissional fora da área de saúde porque considera, como bem se refere Pimentel (2018, p. 68):

[...] de um lado, o paciente, autor de sua própria biografia e, portanto, de arte genuína, história e vida; e do outro, o profissional de saúde, com formação humanística, na condição de observador. Ambos necessariamente interagem diante da obra.

Tal processo em muito enriqueceria a formação de educadores e, em muito, contribuiria para uma atuação de ambos envolvidos no processo, uma vez que permite o diálogo entre o individual e o sociocultural.

Pela riqueza de detalhes a oferecer e por representarem o universo maior dos clientes a serem atendidos pelos futuros médicos é que sugerimos a utilização do poema “Morte e Vida Severina”, de João Cabral de Melo Neto, escrito entre 1954 e 1955, que tem como subtítulo “Auto de Natal pernambucano” (MELO NETO, 2010).

De poema dramático passou a outras representações artísticas como teatro, cinema, TV e desenho animado, tal a sua importância na mensagem transmitida de vida e morte; esperança e perda através da

tentativa de suicídio; desespero e novo renascimento, uma nova vida que o imortalizou como Auto de Natal. Surgido de tema regional, se transforma em internacional e, ainda, enaltece a religião católica.

Em seu texto sobre "Morte e Vida Severina", Daniela Diana (s.d.) assim se refere: "A obra é, acima de tudo, uma ode ao pessimismo, aos dramas humanos e a indiscutível capacidade de adaptação dos retirantes nordestinos", além da representação dos sonhos de um povo para conquistar uma vida melhor. Ao mesmo tempo, retrata os Severinos e suas vidas em uma região marcada por condições naturais extremas, os sem-terra de um país que concentra uma das maiores desigualdades sociais existentes. Decerto, irão influir na problemática e na dor dessa população suas doenças e buscas de tratamento e de cura, questões essas que vêm inquietando a pesquisa acadêmica, a prática clínica e a sociedade atual.

Passando de vila em vila, de cidade em cidade, como um rosário a desfiar, Severino deixa seu chão nos grotões do sertão seco e busca chegar ao litoral permeando as margens do rio Capiberibe, seguindo o seu curso atrás de um rumo em sua vida, diferente do rio com o rumo traçado: desaguar no mar. Carregava a incerteza corajosa do seu peregrinar, fugindo do nada ter, como tantos Severinos da sua região, confrontando-se com o desamparo, a fome, a solidão, a desesperança que só a morte pode apagar. E é a morte a principal presença de sobrevida nesse caminhar a "garantir emprego para a rezadeira, coveiro, médico, farmacêutico, e outros" nela se engajando.

Mas Severino busca mudar de vida sem saber que, em todos os lugares por onde andar, nada poderá encontrar porque o sistema que o envolve não irá lhe oportunizar.

Desesperançoso em sua luta pela vida, ele chega a pensar em se suicidar, quando de repente é salvo por um renascer que o faz acreditar... Tamanho o poder da sua crença naquela persistência de busca pelo viver.

Ao entrecruzar os fragmentos da vida Severina, peça de um precioso mosaico, poderemos reinscrevê-los numa outra ordem, estabelecendo novas possibilidades decorrentes de um novo contexto. Eles adquirem um novo significado, transformando-se numa fala coletiva, a dos Severinos. Assim, a história fala, mas seu sentido somente se completará ao encontrar eco no mundo interior de quem a ouve.

Significa dizer que é necessário à universidade trazer para o seu interior as reais causas de adoecimento da população Severina, dos seus lugares vividos, enriquecendo a prática de futuros formandos e permitindo apontar novos olhares sobre suas ações profissionais, diminuindo o sofrimento e a dor do paciente, como tão bem expressado por Peixoto Júnior (2020, p. 95) ao dizer que “há um momento em que será necessário partilhar, é preciso colocar-se em sintonia com o paciente, é preciso ir até ele, partilhar seu estado”.

Extrapolando a especificidade metodológica de uma disciplina de formação médica, é uma prática que torna o conhecimento mais aguçado, propiciando ao futuro médico a capacidade de agir com mais sensibilidade e comprometimento.

Pensando nessas perspectivas é que enveredamos pelo poema dramático "Morte e Vida Severina", de João Cabral de Melo Neto, como forma de valorizar suas histórias e de compreender suas dores que refletem toda uma estrutura social, política, econômica e cultural e, em muito, contribuirão para a ampliação do entendimento sobre o sentido profissional do médico, bem como sobre o que os determina. Por outro lado, os Severinos representam a maioria dos pacientes da rede pública de saúde, a quem são negados seus direitos à assistência à saúde, garantido por lei.

É possível ouvir a voz dos Severinos valorizando-os como pessoas dotadas de sonhos e de direitos, amparando suas formas de sofrimento, suas demandas de reconhecimento e de laços sociais?

A importância desses desafios reside não mais no que eles significam em si, mas no que desencadeiam do ponto de vista do enredo da narrativa. Cada um desses desafios, a seu modo, detona o mundo das lembranças das desigualdades, tirando-as do esquecimento e as trazendo ao presente com mudanças de olhares para médico e paciente.

Assim, pela trajetória na relação médico-paciente, através de suas histórias de vida, seus percursos irão trazendo sentimentos, emoções, possibilitando o encontro feito de arte Severina.

São os Severinos, com sua dialética morte/vida, que permitirão uma elaboração literária, um mergulho no que representa sua dor simbólica, sua significação subjetiva, através de suas narrativas feitas por caminhos tortuosos à procura de uma inserção social.

Seguindo as indicações de Freitas (2009, p. 32), “diante de uma produção artística, cada um é afetado de uma forma particular, o que gera falas diferenciadas a respeito daquela produção”. E, a partir de uma escuta interpretativa, o ouvinte torna-se um criador e ganha diferentes dimensões ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. **A Arte da Vida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

DIANA, D. Morte e Vida Severina: resumo, personagens, análises. **Blog Toda matéria**, s.d. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/morte-e-vida-severina/>. Acesso em: 25 out. 2022.

FREITAS, A. L. Psicanálise e Arte. In: EDLER, S. P. B. *et al.* (Orgs.). **Escritos Sobre Psicanálise e Literatura**. Rio de Janeiro: Cia. de Freud: Sociedade de Psicanálise Iracy Doyle, 2009. p. 31-37.

MELO NETO, J. C. de. **Morte e vida Severina**: e outros poemas. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.

PACHECO-FERREIRA, F. Os “casos difíceis” para a psicanálise hoje. In: KUPERMANN, D.; GONDAR, J.; DAL MOLIN, E. C. (Orgs.). **Ferenczi**: inquietações clínico-políticas. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2020. p. 267-272.

PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Experimentação e prudência na clínica de Sándor Ferenczi. In: KUPERMANN, D.; GONDAR, J.; DAL MOLIN, E. C. (Orgs.). **Ferenczi**: inquietações clínico-políticas. 1. ed. São Paulo: Zagodoni, 2020. p. 87-96.

PIMENTEL, D. Humanidades, arte e saúde. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte, n. 50, p. 67-72, jul./dez. 2018.



## Reflexões sobre a obra *O homem diante da morte*, de Philippe Ariès: contribuições para a prática médica

*Anna Valeska Procópio*<sup>66</sup>

*É no momento em que tomo consciência de minha finitude que cada instante de minha vida se carrega de todo o peso do meu destino.*

*L'ouis-Vicent Thomas*

### **A representação da morte no tempo**

Sabe-se que os escritos acerca da história podem ganhar diretrizes diversas a depender do olhar, do contexto existencial e do interesse de quem escreve. Nesse sentido, o caminho aqui trilhado não é o único, mas o compreensivo e pertinente diante da complexidade mutável e infindável de percursos explicativos.

Destaca-se, para início de conversa, o contexto da Pré-História como marco da representação humana sobre a morte e o morrer. Compreende-se que a preocupação com a finitude permeia os tempos da história humana. A arqueologia, uma das áreas possíveis, contribuiu para o descortinamento de informações necessárias a partir de fósseis e objetos encontrados e datados da Era Paleolítica, cerca de 10.000 a 35.000 antes da nossa era. Já no período Neolítico e na Idade do Bronze, se consolidaram as sepulturas coletivas e foi marcado o surgimento dos primeiros monumentos funerários. A morte, nos cenários descritos, era considerada uma passagem para outra vida e não um fim em si mesmo (RODRIGUES, 2006).

---

66 Psicóloga. Doutora em Psicologia pela UFRN. Docente da Unifap no curso de Medicina. Atualmente, é docente colaboradora na Universidade Federal de Sergipe. Coordenadora do Laboratório de Estudos da Morte e Cuidados Paliativos – LEMCP.

Nesse caminho, a historicidade é marcada por registros que desvelam o cuidado com os mortos em seus enterros. Eles, nesse contexto, eram enterrados com utensílios necessários para a passagem do mundo dos vivos ao mundo dos mortos, na possibilidade de serem úteis a essa travessia, como destaca Morin (1997, p. 25): “não existe nenhum grupo arcaico, por mais primitivo que seja, que abandone seus mortos ou os abandone sem ritos”. Existia, desse modo, uma dedicação aos rituais fúnebres, nem que fossem simplórios, pois se acreditava na sobrevivência do morto. Trata-se de reconhecer e considerar o corpo humano como algo para além de um cadáver qualquer. A morte não era reconhecida como um fim, mas como a continuidade de manifestações e “interações” entre os vivos e os mortos (RODRIGUES, 2006).

José Carlos Rodrigues, em sua clássica obra intitulada *Tabu da Morte*, destaca vários exemplos de culturas diferentes que tratam a mortalidade como uma interligação entre os que permanecem e os que partem. Como descreve Rodrigues (2006, p. 34), “o morto não cessa de existir, ele apenas libera do aspecto terrestre de sua existência para continuá-la em outro lugar”.

Ainda pelo caminho da história, na Antiguidade, vale destacar o *Livro dos Mortos*, que caracteriza um dos mais antigos escritos do Antigo Egito (1550-1075 a.C.). Trata-se de uma espécie de guia para o morto utilizar em sua busca pela eternidade. Outros textos, não menos importantes, também merecem destaque como produções necessárias acerca do mundo dos mortos, tais como: *Textos das Pirâmides* e *Textos dos Caixões* ou dos *Sarcófagos*, respectivamente, que representam os três grandes períodos de centralização do poder egípcio, a saber, o Antigo Império, o Médio Império e o Novo Império. Entretanto, essas não são as únicas produções que os egípcios buscavam, pois dependeria das demandas que pudessem surgir, dentre elas há o *Livro do AmDuat*; *Livro dos Dois Caminhos*; *Livro dos Portões*; *Livro das Cavernas*; *Livro da Terra*; *Livro de Nut*; *Livro do Céu*, dividido em três partes, a saber, *Livro do Dia*, *Livro da Noite* e *Livro da Vaca Celeste*, além do *Livro das Respirações* (MATIAS, 2016).

O *Livro dos Mortos*, dentre os citados, ganha maior relevância. De acordo com Matias (2016), ele apresenta 192 encantamentos escritos, na maioria, em rolos de papiros; outros em couro, ou linho, desenvolvidos em linhas mestras de um amplo sistema mortuário que muitas vezes expressava as prescrições para as práticas fúnebres. Esse sistema

destinava-se a ensinar os indivíduos a pensar, sentir e agir em relação à morte de maneira considerada adequada e eficiente. Havia uma preocupação com a continuidade da vida na transcendência (KASTENBAUM; AISENBERG, 1983; RODRIGUES, 2006; SANTOS, 2009), isso porque

O garante da vida do homem era também o assegurar da existência divina. Da mesma forma que um homem cuja memória não fosse evocada pelos seus parentes no mundo dos vivos, os deuses sem preces e oferendas também estavam fadados ao esquecimento e à inexistência. Não há divindade sem louvores; não havia homens sem a legitimação da divindade. Trata-se de uma dependência mútua que, majoritariamente, é documentada pelos textos e vinhetas do Livro dos Mortos (MATIAS, 2016, p. 62).

Nota-se a relevância que os egípcios destinavam à questão da morte. Por esse tempo histórico, tem-se a cultura da Grécia Antiga (776-323 a.C.), marcada por nuances importantes acerca da finitude humana. Tanto que até hoje o pensamento filosófico ainda exerce influência. Nesse período, viveram pensadores renomados que refletiam acerca de temas existenciais, dentre eles o tema da morte.

A filosofia, afirmava Platão, não é senão uma meditação para a morte. Toda vida filosófica, escreveu depois Cícero, é uma preparação para a morte. Vinte séculos depois, Santayana disse que “uma boa maneira de provar o valor de uma filosofia é perguntar o que ela pensa a respeito da morte”. Uma filosofia não se reveste de uma total seriedade enquanto não se defrontar com a questão da morte; pode-se pensar, inclusive, que sem a morte o homem talvez jamais tivesse começado a filosofar. Ela seria o verdadeiro gênio inspirador, o substrato fundante de todo o pensamento filosófico (MARANHÃO, 1998, p. 62-63).

Muitas são as reflexões designadas pelos filósofos na Antiguidade. Há o reconhecimento da importância de se pensar acerca do fim. Quando se trata da filosofia grega, é salutar dissertar sobre a flexibilidade existente devido à ausência de uma literatura sagrada, de dogmas, de normatizações litúrgicas e clericais, fazendo com que o peso da mitologia fosse preponderante como representação do mundo.

Na Antiguidade, apesar da familiaridade com os mortos, havia um certo temor na possibilidade da volta dos falecidos. Desse modo,

veneravam as sepulturas, o culto e enterravam os mortos longe da cidade, pois acreditavam que eles poderiam poluir os vivos. Por essa razão, os cemitérios eram nas estradas. Com o tempo, essa atitude foi se modificando, e outras posturas de aceitação da proximidade foram sendo construídas. Um dos fatores propícios para essa realidade foi a fé na ressurreição dos corpos, articulada aos cultos dos antigos mártires e seus jazigos (ARIÈS, 1977).

De forma semelhante, Rodrigues (2006) aponta que a morte em tempos históricos não era vista como aniquilamento do ser, pois a finitude abria as portas para o além, para outra vida – seja Céu e Inferno para os cristãos e os muçulmanos, Campos Elísios para os gregos antigos ou reencarnação para a cultura oriental.

Diante disso, a Antiguidade foi marcada por representações que trazem as conotações dos pensamentos e sentimentos ao lidar com a terminalidade. Esses modos de existir vão perdendo a força por volta de 476 d.C., quando se inicia o período da Alta Idade Média.

Nesse tempo (séc. V ao séc. XV) até o século XX, tem-se como referência a obra, traduzida para o português, *O homem diante da morte*, do historiador Philippe Ariès, que, através de documentos literários, litúrgicos, testamentais, epigráficos e iconográficos, revelou condições peculiares para o entendimento das atitudes diante da morte na cultura ocidental.

Para a interpretação do início desse tempo histórico, o historiador citado faz alusão à *Canção de Rolando*<sup>67</sup>, aos *Romances da Távola Redonda*<sup>68</sup>, aos *Poemas de Tristão*<sup>69</sup>, entre outros nomes importantes que se dedicaram a explicar a história humana.

---

67 *Canção de Rolando* é considerado um texto que representa o chamado ciclo carolíngio da literatura medieval. É constituído por poemas a serem recitados ou cantados com acompanhamento musical perante um público seletivo da Corte. Faz registro de grandes feitos/fatos históricos. Considerado a principal e mais antiga Canção de Gesta. Datado entre o final do século XI e meados do século XII. O enredo do poema tem por base a batalha de Roncesvales, ocorrida em 778 por Carlos Magno, na qual faleceu o sobrinho do rei chamado Rolando quando regressavam à França pelos árabes (Fonte: Instituto de Humanidades. <http://www.institutodehumanidades.com.br/index.php>).

68 De acordo com a lenda, foram os homens premiados com a mais alta ordem da Cavalaria na Corte do Rei Artur, no Ciclo Arturiano da era medieval. Em diferentes narrações, varia o número de cavaleiros, entre 12 ou mais (Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Cavaleiros\\_da\\_T%C3%A1vola\\_Redonda](https://pt.wikipedia.org/wiki/Cavaleiros_da_T%C3%A1vola_Redonda)).

69 É uma história lendária sobre o trágico amor entre o cavaleiro Tristão e a princesa irlandesa Isolde. De origem medieval, a lenda foi contada e recontada em muitas diferentes versões ao longo dos séculos (Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Trist%C3%A3o\\_e\\_Isolda](https://pt.wikipedia.org/wiki/Trist%C3%A3o_e_Isolda)).

Por esse caminho de reflexões, a compreensão da morte declara certa familiaridade, pois dava tempo de ser percebida quando não fosse súbita, e o moribundo avaliava o tempo que lhe restava. Alguns presentimentos, também chamados de precursores da morte, tinham um caráter prodigioso, como a aparição de almas do outro mundo, mesmo que em sonho. Essa postura só era possível para os que estavam na vivência da finitude e se manifestavam através de signos naturais ou convicção íntima (ARIÈS, 1977). Assim, o “reconhecimento franco da morte próxima era espontâneo, natural, estranho ao maravilhoso em sua essência, como, aliás, também o era em relação à piedade cristã” (ARIÈS, 1977, p. 9). Essa crença perdurou por muito tempo no imaginário da população como postura nobre diante dos desfazimentos possíveis. Ariès afirmava:

Para que a morte assim se anunciasse, ela não podia ser súbita, repentina. Quando não podia ser prevenida, deixava de aparecer como necessidade temível, mas era esperada e aceita de boa ou má vontade. Ela rompia então a ordem do mundo, na qual todos acreditavam, como um instrumento absurdo do acaso, por vezes disfarçado de cólera de Deus. E por essa razão a mors repentina era considerada infamante e vergonhosa (1977, p. 12).

A morte desonrosa e considerada feia não era somente a morte súbita, mas também a morte clandestina, isto é, sem cerimônia nem testemunhas, ou a morte por desfrutar dos prazeres terrenos. Esta poderia ter restrições como a possibilidade do canto dos salmos ou outras cerimônias dos mortos (ARIÈS, 1977).

Diante disso, havia uma atitude ritual dos jazentes para aqueles que consideravam a morte não desonrosa. Existia o cuidado em amortalhar o corpo, posicioná-lo deitado de costas e com a face para o leste – Jerusalém; outros desejavam a face voltada para o céu e as mãos cruzadas sob o peito. Nesse momento, expressava sua tristeza e discreta evocação das coisas e dos seres que ele amou, fazendo uma reflexão breve sobre sua história de vida. Assim, o moribundo medieval realizava os ritos finais, “pedia perdão aos companheiros, despedia-se deles e os recomendava a Deus” (ARIÈS, 1977, p. 21).

Após esse lamento solidário, o moribundo recomendava a alma a Deus. Em *Canção de Rolando*, é mostrado, na parte da oração final, o sentimento de culpa, solicitando a absolvição dos pecados. Tanto na *Canção de Rolando* quanto nos *Romances da Távola Redonda* havia a escolha da sepultura. Assim, após as declamações, nada mais dizia o moribundo até o fim chegar. Essas posturas fomentaram a construção do testamento medieval. A simplicidade e a publicidade eram marcas registradas desse tempo medieval acerca dos desfazimentos (ARIÈS, 1977).

Vê-se, assim, que, mesmo com todos os atos humanos perante a finitude, e o testamento é um instrumento dessa representação, sempre existia o sentimento de não dominação do processo de morte. Com isso, as crenças eram e ainda são amenidades da angústia de ser finito.

Existia a crença de que os mortos dormiam em jardim florido, e, nesse crédito, no dia dos mortos, eram levadas oferendas aos túmulos para que eles, caso saíssem de seus sonos, não perturbassem os vivos. Assim, “o sono não era senão a espera de um despertar bem-aventurado, no dia da ressurreição da carne” (ARIÈS, 1977, p. 30). Essa reflexão é bem descrita pelo historiador Philippe Ariès pela lenda dos setes adormecidos de Éfeso. Ela descreve que os corpos dos sete mártires, vítimas de perseguição de Décio (200-251 d.C.), imperador romano, foram depositados numa gruta por 377 anos, porém os sete mártires ressuscitaram da morada de repouso antes do tempo. O repouso, então, é considerado a imagem mais antiga e popular do além. Este, desde a Antiguidade e ainda exerceu influência na Idade Média, era considerado uma morada florida e pacífica. O Cristianismo se opôs a essas representações por considerá-las supersticiosas. Mesmo assim, permaneceu na vivência dos negros americanos (ARIÈS, 1977).

Com o passar dos tempos, a imagem da morada florida dá lugar, não totalmente, ao jazente da arte funerária. Vale destacar que os mártires possuíam virtude de sangue, ou seja, “o título de habitante junto ao Senhor” (ARIÈS, 1977, p. 43). Então, eram enterrados *ad sanctos* para assegurar a proteção.

Transcorrendo os momentos da história, nota-se que os mortos já não eram causa de pavor para os vivos. As cidades começaram a se aproximar dos cemitérios. A filosofia de que na Antiguidade os pagãos enterravam seus entes queridos em seus jardins, adegas e vias, estas

consideradas sepulturas particulares, em contraposição aos cristãos, que enterravam exclusivamente em lugares venerados públicos, já não era o argumento primordial na Idade Média. A entrada dos mortos nos cenários da cidade significava o abandono da concepção de repulsa dos falecidos, preconizada na Antiguidade. Nasce um movimento de indiferença ou familiaridade para com a finitude. As diferenças de destino funerário entre a igreja catedral e a igreja cemiterial perderam seus postulados iniciais e ganharam a conotação de espaço sagrado destinado às orações pelas almas (ARIÈS, 1977).

Mesmo com um cenário da história que sinaliza o morto sem o pavor de outrora, é necessário destacar que em todas as culturas o desaparecimento final de uma pessoa sempre consistiu em lidar com emoções, representações, práticas e significados. Nessa afirmativa, Menezes (2014, p. 11) pontua que “a reflexão acerca desses valores, em especial suas permanências e transformações, possibilita um entendimento da cosmologia e da dinâmica da sociedade investigada”.

Por esse entendimento, quando alguém morria, era costume os enterramentos serem nas proximidades (adro ou carneiro) ou dentro da igreja. Para essa possibilidade, os concílios da época demarcavam condições necessárias, tais como: religiosos, homens que receberam honras e dignidades da Igreja e aqueles que pelos méritos, pela nobreza ou por ações o fizeram merecer. Para essa concretude, era solicitado pagamento de direito elevado de inumação, caso contrário eram enterrados em grandes valas. Estas serviram, também, para as epidemias, já que um grande número de mortos precisava de local para serem enterrados. Assim, ficaram instituídas as diferenças entre os locais dos pobres e os dos ricos, movimento que compreende o século XIII até final do XVIII (ARIÈS, 1977).

Os cemitérios, durante a Idade Média, tinham o caráter de coletividade de ações, diversões, asilos e romances. Eram um lugar público por excelência. A prática de escolha do local de inumação data do século XV, geralmente perto dos familiares ou amigos, quando possível perto do coro, da capela, dos bancos, do crucifixo e da imagem de Nossa Senhora, sendo que essa determinação ficava subordinada à aprovação da Igreja. Nesse cenário, as cruzes serviam de referência topográfica para as sepulturas (ARIÈS, 1977).

Conhecer esses rituais é significativo para que se possa ter entendimento das tradições que muitas vezes ainda permeiam o imaginário e as condutas humanas na atualidade. Tudo é construção temporal que não se desvincula, mas se transforma.

Em meio ao contexto descrito, é importante ressaltar que os homens da Alta Idade Média esperavam o advento do Cristo sem temerem o Juízo Final, pois inspiravam no Evangelho de São Mateus. A partir do século XII, novas formas de vivenciar a possibilidade dos juízos finais demarcam as preocupações com o final dos tempos. Agora a pesagem da alma é um pressuposto para os desfechos da vida. Essa representação começa a gerar inquietudes e preocupação, pois a visão apocalíptica, agora, se transformou em um tribunal de justiça, cenário da Baixa Idade Média, séculos XIV e XV. Ao final desse tempo, os tratados de preparação para a morte apareciam constantemente. O *Livro da Vida*, assim, será o passaporte de registro dos atos da vida, levando ao céu ou ao inferno. Desse modo, até o momento registra-se o que Philippe Ariès chama de morte domada (ARIÈS, 1977).

A partir do século XVIII, ainda aparece essa representação de modo pontual. Essa crença sobrevive, porém perdeu a popularidade, e o julgamento separa-se da ideia de ressurreição. Houve, assim, certa mudança da representação no drama cósmico acerca do julgamento final para o destino pessoal de cada ser humano, que era a confiança na própria ressurreição. A partir desse século, o destino da alma imortal será decidido no ato da morte física, e nessa realidade a crença no purgatório se torna uma representação que substituiu a imagem do repouso. Nessa mudança de paradigma, o momento final dos tempos ocorre no quarto do doente. Para esse fim, a corte celestial de representação de outrora está lá, mas sem as conotações de um tribunal de justiça. Havia, assim, para o autor, uma preocupação com a morte de si mesmo, como denominava esse momento histórico.

No final da Idade Média, “a consciência de si mesmo e da biografia confundiu-se com o amor pela vida. A morte já não era apenas a conclusão do ser, mas uma separação do possuir: é preciso deixar casas, pomares e jardins” (ARIÈS, 1977, p. 138).

Nesse sentido, a morte deixou de ser julgamento ou ainda sono para ser representada por arte macabra, revelando as características de



carniça da morte física com seu sofrimento, separação e decomposição. Portanto, ocorreu uma mudança na representação religiosa e social de “uma consciência de morte e condensação de uma vida para uma consciência de morte e amor desesperado dessa vida” (ARIÈS, 1977, p. 182).

O moribundo, nesse contexto histórico, como nas *Canções de Rolando* e nos *Romances da Távola Redonda*, lamentava sua partida com calma e simplicidade. Caso a morte fosse selvagem, os sobreviventes vivenciavam um luto desalentador. Eles lamentavam seus desamparos com espontaneidade e desespero para desafogar a dor e tornar suportável a separação. Os gestos de dor eram interrompidos pelo elogio ao defunto. O adeus e o luto não pertenciam aos rituais religiosos, embora a Igreja admitisse sua realização (ARIÈS, 1977, p. 182).

As cerimônias religiosas, pelo cenário descrito, estavam restritas à absolvição, realizada durante a espera da morte, quando morria e no túmulo. Não havia missas e, quando aconteciam, nem eram notadas. As manifestações como o luto e o cortejo eram realizadas por laicos, com exceção de se quem morreu fosse um clérigo, em ambientes reservados aos próximos, os quais expressavam suas lamentações, seus louvores e suas homenagens (ARIÈS, 1977, p. 182).

A partir do século XIII, se iniciava um novo comportamento diante da morte. As convenções sociais já não tendiam a expressar a violência da dor; inclinavam-se, dali por diante, para a dignidade e para o autocontrole. As vestimentas na cor preta registravam a dor agora silenciada em comparação à Alta Idade Média. A cor preta representava a icnografia macabra e a ritualização do luto, sem precisar expressar dramaticamente a dor da perda (ARIÈS, 1977, p. 182).

Assim, não existe mais lugar em torno do morto para as grandes e longas deplorações de antigamente; ninguém mais declama em voz forte as saudades e os elogios como outrora. A família e os amigos, então silenciosos e calmos, deixaram de ser os principais atores de uma ação da qual se retira a dramaticidade. Os principais papéis são, dali por diante, reservados aos padres e, em especial, aos monges, laicos com funções religiosas, como os das ordens terceiras ou confrades, isto é, novos especialistas da morte (ARIÈS, 1977, p. 217).

Nesse propósito, as antigas lamentações foram substituídas pela leitura do ofício dos mortos. Os passos, assim, são a vigília, o cortejo, que

agora passa pela condução eclesiástica. Desse modo, a Igreja adquiria o monopólio remunerado do transporte do corpo e organizava o cortejo com a presença dos padres habituais, de indigentes, de figurantes contrafeitos e solenes, de crianças e de pobres de instituições. O número destes variava conforme o status do morto. “A importância dessa procissão, a quantidade de esmolas e donativos que ali eram investidos, testemunhavam a generosidade e a riqueza do defunto, ao mesmo tempo que intercediam em seu favor junto à corte celeste” (ARIÈS, 1977, p. 221). Esse ato era a última manifestação caridosa do morto.

Em meados do século XII, também ocorreu uma mudança na representação do corpo que afetou os modos de ser diante da morte. O corpo já não mais era visto como na Alta Idade Média, enrolado em tecidos preciosos de cores ricas e expostos; agora passa a ser escondido em uma caixa e não mais é objeto de cuidado da família (ARIÈS, 1977, p. 182).

Segundo Ariès (1977), essa ocultação não ocorreu de modo fácil, como exemplo os países mediterrâneos não aceitaram esconder o corpo e deixaram o rosto exposto do defunto e o caixão aberto até a inumação. Para outras realidades europeias, os corpos dos senhores eram escondidos em caixões e colocados acima das esculturas de madeira ou cera, representando, principalmente, os rostos de quem morreu. Essa arte ficou conhecida como “máscaras mortuárias”. Diante disso, desenvolvem-se as representações, imagens de cera ou madeira colocadas sobre os túmulos, a que os fiéis iriam se devotar, consideradas “mortos quase vivos” (ARIÈS, 1977, p. 225).

Essa postura configurava-se na recusa da morte carnal do corpo e não especificamente da individualidade. Os costumes mortuários entre os séculos XIII e XIV trazem os catafalcos, caixa alta para suspender o caixão coberto pelo pano mortuário, este feito de tecido precioso, já não mais permitindo a visão do corpo (ARIÈS, 1977, p. 182).

As missas eram realizadas, a partir do século XII, quase sempre antes da morte, podendo em alguns momentos ocorrer somente no momento da morte, bem como depois do falecimento por dias, semanas, meses ou ano. O “adeus dos vivos em torno do túmulo é apagado, se não substituído, por uma massa de missas e de orações no altar, uma clericalização da morte” (ARIÈS, 1977, p. 243).

As irmandades do século XIV ao XVIII tinham a cultura de alimentar os famintos, vestir os nus, visitar os doentes e encarcerados, abrigar os peregrinos e enterrar os mortos, ou seja, havia certos cuidados perante o final da vida. O culto aos mortos tinha relevância diante de todas as obras de caridade realizadas. A irmandade estava ligada a algumas motivações: segurança para o Além, onde os defuntos ficam protegidos pelas orações, sendo, muitas vezes, enterrados no jazigo da irmandade coberto pelo pano mortuário. O segundo motivo retrata a assistência ofertada aos pobres, mesmo em uma sociedade que pouco se importava com as grandes mortalidades, porém havia a preocupação em não abandonar as orações para os mortos. Já o último motivo de fazer parte das irmandades era assegurar as pompas fúnebres da paróquia. Foi nesse movimento que as irmandades ficaram conhecidas como instituições da morte (ARIÈS, 1977).

O ato de morrer, além dos ritos e dos cuidados realizados, tinha até meados do século XVIII o testamento como fonte de garantias do aquém e do além-túmulo. Nesse revelar, precisava ter as cláusulas pias e a distribuição da herança. O testamento era como um contrato de segurança entre o moribundo e Deus por intermédio da Igreja. Esta tomava um dízimo da morte como orientador desse processo. A riqueza, nesse contexto, aparece como uma via de acesso privilegiada ao sagrado (ARIÈS, 1977).

Nesse intuito, o testamento, mais precisamente a disposição dos bens, tornou-se um dever de consciência de que dependeria a salvação eterna. O testador expressa um sentimento próximo da *ars moriendi*, ou seja, consciência e responsabilidade de si mesmo, direito e dispor de sua própria alma, destino, corpo, bens e a importância atribuída aos últimos desejos. “O testamento reproduz por escrito os ritos orais da morte” (ARIÈS, 1977, p. 267).

Rodrigues (2006) também reafirma que, antes do século XII, o testamento era como um processo de despedidas dos haveres e fazeres, sendo realizado oralmente na confiança das manifestações. Só depois desse século passa a ser redigido por garantia.

O testamento, conforme sublinha Toscano (2014), tinha o caráter de fechamento das pendências terrenas de modo a deixar o moribundo sem preocupações para o desfecho final de entrega da alma a Deus.

Na Antiguidade, é bom lembrar, além da prática do testamento, quando a morte ocorria, sobre o túmulo se colocava o nome do defunto, a situação familiar, podendo ter a profissão ou o estado civil, a data da morte e o vínculo com o parente responsável pela sepultura. Todos esses escritos iam acompanhados de um retrato dos pais e dos filhos. Já a partir do século V os túmulos tornam-se anônimos, deixando de existir os sarcófagos para surgir os caixões nos quais seriam sepultados. A identificação dos defuntos, porém, não desapareceu por completo na Alta Idade Média, permanecendo para os santos e os grandes veneráveis. Desse modo, os elementos formais da cultura epigráfica que foram desenvolvidos amplamente nos séculos XVI e XVII são: “a ficha de identificação, a interpelação do passante (oração registrada quase sempre em pedra destinada ao morto e para a edificação dos vivos), a fórmula piedosa e em seguida o desenvolvimento retórico e a inclusão da família” (ARIÈS, 1977, p. 295). Agora, segundo o autor, os relatos edificantes da vida do defunto tornam-se mais detalhados do que no cenário da Antiguidade, pois retratam uma biografia dos atos vividos glorificados, indignados ou reflexivos.

“Compor o seu próprio epitáfio era uma maneira de meditar sobre a morte no século XVI” (ARIÈS, 1977, p. 303). Essa manifestação não era apenas desejo do defunto, mas também dos sobreviventes. Nota-se que, a partir do século XV, a biografia tumular era encomendada pelo testador ou escrita pelo próprio sujeito. Detalhe importante nesse tempo da história é que os sentimentos de afeição da família, amor conjugal, paterno e filial começavam a substituir os nobres méritos oficiais (ARIÈS, 1977).

A partir do século XVII, com a Renascença inicia-se um movimento existencial acerca da finitude, denominada por Philippe Ariès morte longa e próxima. Agora há uma defesa de que não é somente no momento da morte ou sua proximidade que se torna necessário pensar nela, mas durante toda a vida. Diante desse fato, a arte de morrer é substituída pela arte de viver uma existência atrelada ao pensamento da finitude. Isso revela uma conotação de vazio da existência como um possível nada, opondo-se à vida, pois nesse novo século a preocupação não era mais preparar o moribundo para o fim, o intuito era ensinar os vivos a meditareem sobre a morte.

Nessa proposta, quando o homem estava preparado, qualquer momento podia ser uma partida. A reflexão sobre a morte foi, então, diluída ao longa da vida e com isso perdendo a intensidade dos momentos finais de fato e trazendo uma humildade aos desfazimentos da vida (ARIÈS, 1977).

Havia, agora, a vontade de simplificar os ritos de morte, diminuindo a importância afetiva da sepultura, bem como do luto. Uma mudança também significativa desse tempo é o desejo de ser enterrado nos cemitérios ao ar livre, diferentemente da vontade de ser sepultado nas igrejas, como no período medieval (ARIÈS, 1977).

Nesse mesmo tempo, ocorre uma exaltação ao corpo morto. A medicina passa a ser a área de conhecimento que prevaleceu quanto aos dogmas da Igreja, principalmente pela prática da dissecação, antes proibida pelo viés religioso. A morte e o corpo passam a constituir objeto de estudo científico. O cadáver, agora, é visto como possibilidade farmacológica, biológica, mística, fonte de desejo, ou melhor, como arte dos tempos (ARIÈS, 1977).

Ocorriam os mais diversos desejos de inumação, conservação e permanência do morto para os sobreviventes, desde o coração ter sua própria sepultura até a conservação de cabelos como lembrança guardada em objetos pessoais, como broches, braceletes, entre outros (ARIÈS, 1977).

Entende-se que havia até esse momento da história uma certa familiaridade com o tema da morte. Isso não quer dizer que os homens não a temiam. O que de fato ocorria era que não ficavam na esfera do indizível ou inexprimível. Não afastavam, nem falseavam os desfazimentos da vida (ARIÈS, 1977).

Surge nesse cenário, por volta dos séculos XVII e XVIII, o medo de ser enterrado vivo. Desse modo, asseguram-se de certo prazo antes de ocorrer o enterramento. Outros dois medos também se configuram nesse contexto: o medo de ser tocado após a morte e a escarificação. Naquela época, o médico não era chamado para verificar a morte, quem o fazia era mercenário ou indivíduo que não conhecia os aspectos físicos do corpo. Era desse jeito porque se acreditava que não era atitude de civilidade o médico visitar um morto (ARIÈS, 1977). A morte aparente, no

final do século XIX, já não tinha mais fundamento, pois não se acreditava mais na crença de que o morto pode despertar.

Por essa crença, a morte era cultivada e desejada, pois poderia haver a eternidade dos reencontros. A explicação dos desencarnados passa a guiar a vida cotidiana através do espiritismo. Inicia-se, assim, uma nova maneira de representar as partidas finais, agora com tonalidades de possíveis reencontros. No século XIX, há a representação da continuidade depois da morte, dos vínculos mundanos. O sentimento perde o caráter de comunidade para se restringir a grupos mais íntimos e familiares (ARIÈS, 1977).

Muito do que se sabe se deve aos documentos funerários. Como foi anteriormente citado, na Antiguidade esses locais tinham uma identidade própria e eram visíveis em suas definições, denominados de civilizações de cemitérios, conforme Ariès (1977). Já na Idade Média e na Idade Moderna, os túmulos se agruparam ao lado das igrejas e dos espaços públicos.

No início do século XX, em todo o Ocidente a morte de alguém modificava o tempo e o espaço sociais. Da arrumação do quarto no qual seria acolhido o agonizante com velas e água benta, a casa enchia-se de familiares e vizinhos para as despedidas. Quando o fim chegava, se organizava o cortejo até o cemitério. O período de luto era um tempo de visitas à família e ao cemitério. Aos poucos, no transcorrer do tempo, a vida ia voltando ao normal, e a coletividade dos afetos já ganhava espaços mais longos. O que havia era uma socialização das partidas, porém não tinha conotação individual da terminalidade, pois era um fato social e público, isto é, a morte afetava a sociedade como um todo (ARIÈS, 1977).

Durante o século XX, aos poucos a sociedade expulsou a morte de seu lugar de protagonista, que até então era o seu papel. Nesse cenário, a morte é considerada invertida. O antigo carro mortuário negro e prateado dá lugar à limusine. A sociedade já não mais faz pausa para o evento da finitude. Cria-se um cenário silenciado e silencioso das dores da morte.

Nesse contexto, a morte é clandestina e não é diferente para o moribundo que a partir do fim do século XVIII renuncia à administração de sua vivência de partida para um de seus herdeiros. Nessa atitude, os familiares acabavam deixando o moribundo ignorante de seu estado de

vida. A extrema-unção, ou sacramento dos doentes, termo este substituído pelo primeiro em consenso no Vaticano, deixou de ser o sacramento dos moribundos para ser dos mortos e posteriormente dos doentes, retirando, assim, o foco da finitude (ARIÈS, 1977).

Segundo Rodrigues (2006) e Ariès (1977), a morte, então, é vista como suja pelos aspectos que o corpo exala em suas condições finitas. Essa morte, agora, tem um lugar por excelência por razões de ordem técnica e médica: o hospital. Este seria o lugar no qual a publicidade da morte não teria vez, configurando uma morte oculta, interdita, com caráter privado e sem a participação familiar. Nessa vivência, o luto também perde seu lugar de destaque. Nada mais de lágrimas, gritos e lacerações porque nesse momento a expressão da dor era proibida.

O luto, assim, não é bem-visto e aceito na maioria das vezes. Comparado aos escritos da vivência na Antiguidade e nas Idade Média e Moderna, o luto era mais social que individual. Nessa manifestação, o luto expressava não somente a dor do sobrevivente, mas a demonstração do calor humano, dos ritos sociais e comunitários. O tempo era vivido com coisas inúteis e improdutivas na lentidão das vivências cotidianas. Sem pressa e com o desejo de que a visita da morte pudesse se afastar, se possível (ARIÈS, 1977), diferentemente da representação do luto no século XX, na qual toda interdição era o que predominava.

Já no século XX os sobreviventes ficam “esmagados entre o peso da sua dor e o interdito da sociedade” (ARIÈS, 1977, p. 786). “Agora nem o paciente nem a família são mais senhores da morte” (RODRIGUES, 2006, p. 167). A terminalidade da vida passa a ser algo surpreendente e não esperado. O desejo da imortalidade ganha cada vez mais o imaginário da sociedade.

Com isso, o processo de morte ganha tecnologias, definições, durações em uma conotação de fracasso com o desejo de eliminar qualquer sinal que mostrasse a condição finita do ser. Essa transformação muda radicalmente o curso na história: em tempos de familiaridade para a indiferença e ocultação na contemporaneidade. A finitude já não pertence mais ao moribundo.

Mesmo assim, nos EUA outras posturas, não muitas, começaram a ganhar destaque: a postura de complacência para com os que estavam partindo. Dentre os nomes de relevância, merece destaque a Dra.

Elisabeth Kübler-Ross. Ela dedicou grande parte de sua vida profissional para ouvir as pessoas doentes em processo de terminalidade. Fruto dessa dedicação, publicou em 1969 a obra *Sobre a morte e o morrer*, a qual transformou a América e a Inglaterra precisamente.

Já na Inglaterra o movimento de cuidado para com os que vivenciam processo de morte foi despertado por Cicely Saunders, médica fundadora do St. Christopher's Hospice em Londres, datado de 1967.

A partir dessas realidades, a morte passa a ser refletida por outro viés, não mais como interdição, mas como realidade que necessita de amparo digno de bons cuidados e afetos. Nesse propósito, surgiu uma proposta planejada de assistência que engloba também pesquisa e ensino, denominada Cuidados Paliativos, que tem a intenção de proporcionar qualidade de vida ao paciente diante de uma doença que ameaça a condição de vida e seus familiares. O foco é aliviar o sofrimento e a dor em suas dimensões física, espiritual, psicológica e social (MELO; CAPO-NERO, 2009; PESSINI, 2009; SANTOS, 2011).

Mesmo assim, a finitude ainda é um tabu na sociedade ocidental, e isso revela um grande desafio, como trazem Pessini e Siqueira (2019), sobre a quase total ausência da temática da morte e dos Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em saúde.

Nesse caminho de afirmações, percebe-se o quanto a morte transitou de lugares, representações, rituais e compreensões ao longo da história. Os Cuidados Paliativos, no entanto, reconhecem as dificuldades mundanas e propõem novos saberes e fazeres diante da morte na contemporaneidade. Quem sabe o regate de movimentos que permitem deixar a janela da vida e da morte mais aberta para todos.

### **Reflexões para a formação médica**

Para Mello e Silva (2012), a formação em Medicina tem o intuito maior de lidar com a morte de maneira prática sem levar em consideração as revelações possíveis, incitando a não demonstrar as emoções em relação à morte de um paciente, já que não há espaço significativo nessa formação para vivenciar as dores, o sofrimento e os lamentos. Nesse sentido, a angústia e a estranheza ganham lugar quando o assunto é o fim da vida. Afirmam as autoras:



O médico se angustia diante da morte, como qualquer outro ser-no-mundo. O cotidiano de sua prática profissional não o deixa “acostumado” com a morte, não o faz lidar mais “facilmente” com a morte, não a faz ser algo comum de se pensar. Pelo contrário, o estudo nos mostrou que o ser-aí-médico está mais sujeito a encobrir-se na impessoalidade e na inautenticidade do cotidiano, pois a angústia que a morte lhe desperta não é constitutiva somente da sua condição humana, mas também faz parte das contingências de sua ocupação profissional. Podemos dizer que ele fica “mais exposto” a essa angústia e por isso, com mais intensidade, procura afastar-se dela ocupando-se com as rotinas do cotidiano, desatendendo ao que a angústia convoca. Esse “encobrimento” também acontece na própria formação médica, que não se dedica a meditar sobre a condição humana. Nesse sentido, ao médico não são oferecidas oportunidades para que conviva com essa angústia e todos os sentimentos advindos dela, seja pelo ritmo do trabalho, seja pelo ritmo da sua formação, ambos fundamentados num paradigma científico que ainda prima pelo controle e pela cura; que bem pouco assume certas impossibilidades e fragilidades humanas; que bem pouco se ocupa do cuidado. Ao que a angústia convoca? Convoca-nos a ser-si-próprios, a projetar uma existência que tenha sentido para nós (MELLO; SILVA, 2012, p. 59).

Desse modo, cada vez mais, com os próprios avanços científicos, a formação em Medicina tende a priorizar a cura. Nesse propósito, não há ambientes consideráveis para se pensar na finitude da vida. O homem, assim, caminha pela inautenticidade de sua condição finita de ser, diferentemente dos tempos de outrora, em que a morte, como destacava Ariès (1977), era vivenciada nos mais íntimos movimentos de cuidado.

Os registros históricos trazem as representações da morte desde a Antiguidade, na qual, como descrito anteriormente, havia os cuidados com aquele que iria morrer, bem como com seus familiares, com a valorização dos ritos em cada processo de adoecimento e no último adeus, postergando a valorização do luto.

Existia, assim, uma aproximação da sociedade para com os ditames finais. Cada tempo buscava suas explicações para amenizar os mistérios que a morte, ainda, revela nos campos humanos. Tudo isso deixava a morte mais familiar, mais próxima das propostas mundanas. Atualmente, o

morrer e a morte são velados, ocultados das dimensões humanas, mesmo que estejam presentes a todo tempo. Não ganham mais o palco da vida porque é nos bastidores que, nos dias de hoje, ganham seu lugar. Com esse jeito, evitamos dialogar sobre os desfechos finais, pensar sobre eles e senti-los.

Na Medicina não seria diferente. Até porque é um cenário que retrata a nossa cultura: a cultura do tabu da morte.

E, nessa realidade, conforme trazem Melo *et al.* (2022), existem alguns desafios na atualidade para o cenário da formação em Medicina. São eles: falta de apoio dos docentes acerca da temática nos mais diversos entendimentos, não acolher as necessidades emocionais dos acadêmicos diante da realidade da finitude humana, disciplinas que contemplem diálogos sobre o fim da vida e o reconhecimento das lacunas nas DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais sobre os aspectos sociológicos, psicológicos, filosóficos, históricos da morte, para além dos caminhos fisiológicos do morrer.

Isso é necessário, como enfatizam Marques *et al.* (2019, p. 123), pois é fato que:

A morte é um dos maiores tabus da sociedade ocidental contemporânea e é um assunto proibido e evitado. Se antes era um evento público e doméstico, hoje em dia está escondido em hospitais lotados de profissionais despreparados para lidar com questões relacionadas ao fim da vida. Esse despreparo é reflexo de uma formação excessivamente técnica e não humanística que privilegia a cura em detrimento do cuidar. Portanto, parece que os estudantes de medicina são ensinados a trabalhar contra a morte e não com ela.

A morte, tão familiar como nos tempos de outrora, vai perdendo seu lugar de reconhecimento na atualidade. Ariès (1977) já retratava o quanto o morrer foi se alterando ao longo da história. Desde os cuidados com os mortos até os mais admiráveis rituais de fim de vida, esperar tal concretude era um modo de desligamento dos planos terrestres. E, por esse existir, todos participam do último sopro da vida de seu ente querido. Havia a valorização da autonomia e da dignidade desse processo. Quem estava a partir fazia suas despedidas e lamentações antes do

fechar das cortinas. O que se observa na citação descrita anteriormente é que o tempo de hoje não permite o habitar da familiaridade com os desfazimentos da vida. E ser estudante de Medicina não seria diferente.

Quantos desafios ainda precisam ser vivenciados para que a ocultação da morte possa ser modificada, aproximando as pessoas em sua inteireza? Pois, como assinala o psiquiatra Irvin Yalom em sua obra intitulada *De frente para o sol, como superar o terror da morte*, “a consciência da morte pode servir como uma experiência reveladora, catalisador extremamente útil para grandes mudanças na vida” (2008, p. 36).

Nesse sentido, há o reconhecimento de que cada tempo histórico guarda suas sabedorias e dificuldades. O livro de Philippe Ariès demonstra o quanto a morte foi revelada ou velada em cada momento passado e o quanto todo esse percurso também influencia a construção social vigente, seja para avançar ou simplesmente se inspirar. A história sempre tem algo a nos oferecer. Compreender a trajetória dessa representação permite um maior entendimento, talvez um certo resgate, do que sempre foi nosso: a morte. Isso porque, como destaque no livro *Saber dizer adeus, reflexões sobre a finitude da vida*, “os adeuses, com isso, podem ser compreendidos como rituais de passagens. Seria momento de aprendizagem sobre o que é a vida, de fato. Nas nossas ansiedades, também temos a oportunidade de vislumbrar caminhos, até então esquecidos, distorcidos ou não pensados” (PROCÓPIO, 2021, p. 160).

Portanto, a prática médica precisa de outras explicações sobre a vida, sobre a morte e sobre suas despedidas. E a história pode ser uma dessas possíveis compreensões a mais, já que deixa que nossas almas ampliem a compreensão de mundo, de homem, do existir e do findar-se. Pode deixar que valorize os pedidos finais dos nossos pacientes, como bem destacou Ariès (1977) sobre os testamentos vitais de outrora. Claro que antes havia uma força de garantia do aquém e além-túmulo. Hoje já descreve o testamento vital como uma expressão das vontades diante do adoecimento e do fim da vida. Ou seja, documentos com propósitos diferentes, sobretudo a valia dos ensejos finais, seja pelos bens deixados ou pelas orientações solicitadas.

O entendimento sobre os desejos finais resgata a autonomia do paciente em seu processo de viver, adoecer e morrer. Inclusive porque a negação da finitude implica, também, cuidados com o cenário da saúde,

como destacou a revista *The Economist* em 2015, revelando o Brasil, entre 80 países pesquisados, na 42ª posição, atrás de países como Uganda, Equador e Malásia. Ou seja, morremos mal em pleno século XXI. O que aprender com os tempos de outrora? Quais os ensinamentos diante dos cuidados escassos tecnologicamente, sobretudo amorosamente sensíveis às partidas finais? O que a história pode nos ajudar a entender sobre o amparo às dores do corpo, da alma e do espírito?

Essas reflexões mostram-se pertinentes porque não se pode pensar numa prática médica no fim da vida, como destacou Floriani (2021, p. 10), “que se caracteriza ou por excessivas intervenções ou por abandono, ou pelas duas situações ao mesmo tempo”.

### À GUIA DE CONCLUSÃO

É salutar registrar que cada paciente com seus familiares expressará suas biografias, seus rituais, suas crenças, seu modo de ser e estar no mundo. E cabe a cada profissional da saúde reverenciá-lo na amplitude de seu vasto conhecimento porque, no espetáculo da vida, há também a cena da morte, e é respeitoso que cada um de nós possa prestar atenção quando as cortinas se fecharem. E, para isso, a história pode nos ensinar muito.

### REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História da morte no ocidente**. Tradução de P. V. Siqueira. Rio de Janeiro: Ediouro, 1977. 2v. (Texto original publicado em 1975).

FLORIANI, C. A. Considerações bioéticas sobre os modelos de assistência no fim da vida. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 37, n. 9, e00264320, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00264320>. ISSN 1678-4464.

KASTENBAUM, R.; AISENBERG, B. **Psicologia da morte**. São Paulo: Pioneira, 1983.

MATIAS, K. N. C. **Cartografias do além: o mundo dos vivos e o universo dos mortos no Antigo Egito**. 2016. 143 f. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

MARQUES, D. T. *et al.* Perceptions, Attitudes, and Teaching about Death and Dying in the Medical School of the Federal University of Acre, Brazil. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 123-133, jul. 2019. Disponível em: [http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-52712019000300123&lng=pt&nrm=iso](http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-52712019000300123&lng=pt&nrm=iso). Acessos em: 27 mar. 2023. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n3rb20180187ingles>.

MELLO, A. A. M.; SILVA, L. C. A estranheza do médico frente à morte: lidando com a angústia da condição humana. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 1, p. 52-60, jun. 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000100008&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 19 mar. 2023.

MELO, A. G.; CAPONEIRO, R. Cuidados paliativos - abordagem contínua e integral. *In*: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 257-268.

MELO, V. L. *et al.* Morte e morrer na formação médica brasileira: revisão integrativa. **Rev. Bioét.**, v. 30, n. 2, p. 300-317, abr. 2022.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte**: antropologia dos cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

MORIN, E. **O Homem e a Morte**. 2. ed. Lisboa: Publicações Europa-América, 1988.

PESSINI, L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *In*: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Orgs.). **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Loyola, 2009. p. 181-204.

PROCÓPIO, A. V. **Saber dizer adeus**: reflexões sobre a finitude da vida. Campinas, SP: D7, 2021.

RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

SANTOS, F. S. Tanatologia - a ciência da educação para a vida. *In*: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 27-44.

YALOM, I. D. **De frente para o sol, como superar o terror da morte**. Rio de Janeiro: Agir, 2008.

## Formar-se médico ou ser médico?

Leda Maria Delmondes Trindade<sup>70</sup>

**P**ara Hipócrates (400 a.C.), fundador da ética médica e aluno da escola de Kós, a doença fazia parte de um processo geral, ultrapassando o conceito de que as doenças se encontravam limitadas apenas a um órgão. A ideia central dessa escola baseava-se na frase “*Primum non nocere*”, ou seja, *primeiro não faça nenhum mal*. A doença era um processo como resposta natural do corpo a uma situação de desequilíbrio humoral. A pessoa doente era vista em sua totalidade; o temperamento da pessoa e a sua história eram valorizados; a doença seria uma reação global da pessoa a um distúrbio interno e externo, e o tratamento consistia em harmonizar a pessoa com seu ambiente e consigo mesma. Defendia que a *natureza cura e o médico assiste*, configurando-se uma medicina integradora e dinâmica (PORTER, 2008).

O conceito de doença como algo autônomo, com etiologia específica sob a forma de agente patogênico específico e confirmada por lesão anatomoclínica, constituiu a medicina compartimentalizada e mecanicista. Defendido pela escola de Cinide, Galeno (129-216 d.C.) fez importantes descobertas em anatomia, fisiologia, patologia, sintomatologia e terapêutica, necessárias para o conhecimento médico. Todavia, a pessoa do doente deixou de ser foco de atenção, as emoções eram doenças que requeriam tratamento, e as estruturas orgânicas passaram a ser valorizadas em detrimento das experiências subjetivas (FABIANI; BERCOVICI, 2021)

---

70 Médica. Gastroenterologista e psicoterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde. Especialista em Gestalt Terapêutica e Estudos para a Paz e Resolução de Conflitos Humanos. Professora do curso de Medicina da Universidade Tiradentes – Unit.

Entre os séculos XVII e XIX, surgiram as “doenças da alma” (1808), as quais eram influenciadas pelas paixões sexuais, configurando-se assim em um novo período conceitual do adoecimento. A vida da pessoa passa a fazer sentido, o contexto em que ela vive, sua história pessoal e familiar, seus anseios e desejos, seus medos e frustrações, além da sua genética e hereditariedade, passam a compor um modo de pensar e avaliar o indivíduo diante de seus males físicos e psicológicos (ÁVILA, 1996).

Ao longo dos anos, enquanto médica, aprendi a vivenciar a fenomenologia do processo da relação médico-paciente. Suas queixas passaram a ter um sentido diferente, não obstante a sua queixa física. Aprendi que existe uma grande diferença entre *tornar-se um médico e ser médico*. Aprendi que o paciente não podia ser enquadrado em protocolos e normas porque, enquanto indivíduo, possuía uma singularidade que lhe é própria, exigindo uma flexibilidade no pensar, no sentir no agir. Na relação médico-paciente, descobrir o *em si* da coisa e tomar consciência de que o paciente é o *par ciente* que junto comigo precisa estar ciente do que está acontecendo com ele.

Foi necessário ampliar minhas fronteiras de contato não só comigo, mas com o paciente e o meio, a fim de compreender melhor um fenômeno que se chama dor, seja ela física ou emocional. Aprendi que toda pessoa é parte do seu projeto e se faz a si mesma. Que *ser médico* requer não só a habilidade técnica, mas também a competência para perceber e compreender o significado da metalinguagem por ele trazida, buscando ouvir o não dito, ver o que não é revelado e perceber o real discurso daquele que compartilha suas queixas. Sintomas como “bolo na garganta” e “aperto no peito” podem ser expressões que revelam como sentimos no corpo os reflexos do que se passa na alma. A dor física se reflete nas emoções, mas também a dor emocional é fisicamente experimentada.

Além de dar o diagnóstico de sua doença, é preciso facilitá-lo a tomar consciência do que está sendo sinalizado pelo seu corpo e saber esperar o momento de ajudá-lo a compreender o significado da sua dor, já que, enquanto humanos, somos um eterno *vir a ser*. Aquele que escolhe ser médico precisa aprender e conhecer o seu terapeuta interno, assim saberá conduzir o seu paciente a trilhar o caminho que esteja disposto a trilhar. Por isso sempre digo que a medicina é uma arte, e a psicossomá-

tica, uma arteterapia. Ana Maria Loffredo, em seu livro *A cara e o rosto* (1994, p. 121), diz: “O terapeuta é um artista, cujo meio de trabalho é uma vida humana, desde que utiliza sua capacidade de invenção no sentido de ajudar as pessoas a modelarem suas vidas”.

A medicina nos ensina a desenvolver um raciocínio clínico para traçar um roteiro diagnóstico diante de um sintoma em busca de uma causa. Entretanto, há situações em que não existe uma causa orgânica, uma lesão estrutural ou anormalidade nos exames clínicos, laboratoriais e de imagem. Cansado de andar de médico em médico, o paciente chega até nós com incertezas e dúvidas a respeito do que justificaria seus sintomas. E agora? Como conduzir? A tecnologia, cada dia mais sofisticada, embora pouco acessível a alguns, passa a ser o leme condutor de profissionais que não valorizam a sua percepção clínica e sutil, ou quiçá nunca exercitaram, apenas foram graduados em medicina.

A alta tecnologia, em que o nível de especializações tem sido motivo de tantas internações para esclarecer diagnósticos, é possível que transforme a relação médico-paciente em um mero cumprimento de tarefas, em que não há um médico que cuida de alguém, mas *hospitalistas* que visitam os internados, que não construíram um elo de contato, um conhecimento sobre aquele em quem vai passar a rápida visita. Você já se colocou no lugar desse paciente que recebe uma visita desse profissional? Vale a pena conhecer essa dinâmica mesmo em um momento em que todos falam em humanização da medicina nas instituições hospitalares. Os profissionais mais jovens se colocam empoderados de um saber e sequer percebem que aquele paciente, ou o seu acompanhante, foi seu professor ou seu preceptor durante a graduação ou residência, e, imbuído de uma tristeza saudosa, ele se pergunta: “Onde ficou o que ensinei a este jovem?”

O modelo biomédico aplicado desde a Idade Média é não integrador, partindo do pressuposto de que o homem é uma máquina, e a doença, a consequência de um defeito do sistema, sendo que o distúrbio gerado pela doença se manifesta pelo sintoma que precisa ser curado. Essa visão reduz a saúde a um funcionamento diferente do que se propõe o fenômeno cura.

Paracelso, século XVI (JOLANDI, 1995), afirmava:



O médico deve falar daquilo que é invisível. O que é visível deve ser parte do seu conhecimento, e ele deve identificar as doenças, assim como qualquer um que não exerce a medicina consegue identificá-las através dos seus sintomas, mas isso está longe de fazer dele um médico; ele só se torna médico quando conhece aquilo que não tem nome, é invisível, é imaterial, e, contudo, tem seus efeitos.

A escola me ensinou que o sintoma seria algo a ser extirpado, embora saibamos que, sem ele, não conseguiríamos agir em tempo hábil, há situações que eminentemente levariam à morte. Por vários motivos fui levada a conhecer o mundo da psique como forma de compreender a linguagem de um corpo sofrido, sem palavras para decodificá-lo. Aprendi, ao conhecer a Gestalt-terapia, abordagem que nos leva a compreender o indivíduo como um ser existencial, fenomenológico e humanista, que, para perceber a realidade enquanto fenômeno, se requer compreender a intencionalidade da consciência e o fenômeno do comportamento como uma totalidade. Enquanto ser existencial, entende-se que o homem é reconhecido pela sua capacidade de criar a sua existência, ou seja, o homem experimenta, orienta, assume e a dirige, se permitindo a autocompreensão, experimentando a singularidade da sua existência humana.

O sintoma seria a forma de se conectar com o meio, configurando-se em si uma gestalt. Fugir do sintoma seria perder a oportunidade de ouvir a linguagem não verbal do próprio corpo. Se estudássemos o corpo humano por si só, ficaríamos no campo da fisiologia; se no meio, nós ficamos no domínio social. A abordagem completa dos problemas da vida e da doença de um indivíduo, unindo os processos fisiológicos internos às relações do indivíduo com o seu mundo biopsicosociocultural e espiritual, se configura na visão psicossomática. Entende-se que o organismo funciona exatamente como um círculo de processos em que o indivíduo é capaz de identificar o que é nutritivo ou não para atender às suas necessidades quando possui duas necessidades conflitantes. A doença implica a perda da totalidade.

Para Chiozza (1986), o homem adoece porque oculta de si mesmo a história cujo significado lhe é insuportável. Geralmente, a sua doença é uma resposta simbólica que tenta inconscientemente alterar o significado da história ou, que é o mesmo, a sua conclusão.

## O LABIRINTO

Rollo May, psicólogo existencialista, se diferencia ao mostrar um entendimento das dimensões trágicas da existência humana. Conta no seu livro *O homem à procura de si mesmo* (1994) que um rei costumava se debruçar na janela do seu castelo e passar horas e horas observando seus súditos transitarem durante o dia na busca de cumprirem seus afazeres. Certo dia, passou a observar mais detidamente um homem, com boa aparência, conduzindo uma maleta, cantarolando, e que dava a impressão de ser feliz. Ele então ficou a imaginar que talvez esse homem fosse casado, tivesse filhos e que gostava do que fazia, pois, diuturnamente, sempre cantarolando, se dirigia ao trabalho em busca de sua subsistência. Pensou, pensou e então mandou que um de seus soldados convidasse aquele homem a vir até ele. Estando ele com o homem à sua frente, fez a seguinte proposta: “Deixe tudo o que você faz. Deixe seu mundo, sua família, seus filhos, seu trabalho e venha para o meu castelo. Nada lhe faltará”. O homem, como era de se esperar, explicou que tinha filhos, mulher, compromissos, responsabilidades perante o trabalho. Relutou, tentou fugir, se desesperou, mas não houve acordo.

O rei manda então que colocassem o homem em uma gaiola e que tudo fizessem para que nada lhe faltasse, inclusive que o mantivessem informado de como sua família estava vivendo. Nos primeiros dias, o homem chorava, se debatia nas grades, xingava, prometia vingança, mas nada mudava. Ele sempre se utilizava do horário em que ia ser alimentado para demonstrar seu descontentamento. Pediu então o rei que um psicólogo o visitasse. Perplexo, o psicólogo ficou sem entender o motivo desse capricho do rei, mas, como obediente e bom súdito, passou a cumprir as ordens, ou seja, teria de anotar todo comportamento daquele homem, suas emoções e reações. Certo dia, o psicólogo notou que o homem estava sorumbático, triste, calado, não mais se rebelando, mais respeitoso para com a presença dele, respondendo o que lhe perguntava, mas observava que algo estava acontecendo, embora não o identificasse.

Tempos depois observou que o homem estava mais triste ainda, mais sorumbático, sem resposta às suas perguntas, não mais se alimentava. Preocupado, o psicólogo perguntou o que estava acontecendo. Ele, olhando para o nada, sem o brilho da raiva e da revolta que antes

existiam em seus olhos e encolhido em um canto da gaiola, nada respondeu, apenas soou um longo “É...”

O texto que descrevo a seguir consiste em uma vivência experienciada há alguns anos que escrevi e guardei. Vez por outra, vem à mente, no entanto me parece atual.

Após ter realizado uma visita hospitalar e ter me deparado com algo que a princípio me deixou perplexa e indignada, senti o desejo de escrever o que havia vivenciado ao visitar uma senhora em um hospital da capital que se encontrava há oito dias internada por ter apresentado vultoso sangramento digestivo, mais precisamente enterorrágia. Era portadora de grave lesão hepática e sequelas provocadas pela esquistossomose mansoni, fruto de suas andanças e banhos pelo rio da sua cidadezinha do interior, onde talvez a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM pouco tenha andado.

Fui recebida pelo irmão da paciente, pois isso iria facilitar minha entrada naquele nosocômio. Gentil e atencioso, justificava-se por não ter estudo e que tudo era anotado no papel para não se atrapalhar. Não entendi o porquê dessa justificativa.

O ambiente estava deserto – pelo horário, acredito. Para entrar em um corredor, passei por um segurança ao qual tive de mostrar minha identidade médica, imaginando que minha passagem por aquele portão de ferro ficasse mais fácil, e foi. Segui por um corredor, dobrei à direita, à esquerda, subi uma escada, passei por rampas, novamente escada e, já cansada, encontrei outro corredor, tendo à sua entrada dois jovens vestidos de calça e camisa preta que conversavam tagarelamamente sobre algo.

Ouvi que “falavam mal” de alguém ou de alguma coisa, mas, atenta para não me perder e nem perder o parente da paciente, segui em frente. Cheguei a um posto de enfermagem e busquei informações sobre a paciente, quando o meu guia relatou não ser naquele posto, pois seria mais adiante. Olho o relógio e percebo que, desde a hora que havia entrado no hospital, já tinham transcorrido 20 minutos a passos rápidos.

Finalmente, cheguei a um posto em que havia uma senhora sentada escrevendo em papeletas, que identifiquei como prontuários. Solicitei informações sobre a paciente, e ela disse: “A enfermeira do posto deu uma saidinha”. Perguntei se ia demorar, e respondeu: “Não sei, talvez

não!” Identifiquei-me e perguntei se poderia dar uma olhada no prontuário, visto que ela nada sabia informar sobre a paciente, pois estava entrando no plantão e ninguém havia passado nenhuma informação. Gentilmente, ela me cedeu a papeleta.

Ah! Permito-me abrir um parêntese, visto que, até agora, à medida que vou escrevendo este texto, digitei por quatro vezes a palavra *sus* ao invés de *seu/sua*. Intriga-me esse ato falho e até o momento não consigo entender. Como o inconsciente costuma nos pregar peças, vou aguardar para ver o que posso descobrir.

Olho, olhando, para ver as prescrições. Pergunto quem é o especialista que está acompanhando o caso, e a mesma senhora diz: “Não sei de nada, só com a enfermeira do posto”. Conformada, peço licença para ver a paciente. Ela estava sendo cuidada pelos seus familiares, em uso de oxigênio, literalmente entregue nas mãos dos outros, pois apenas emitia um gemido quando era mobilizada para os cuidados higiênicos. Confesso que nesta hora, e por um lapso de segundos, me senti na pele daquela senhora, e as lágrimas vieram-me aos olhos. Literalmente, engoli. Tinha de ser forte, não estava disposta a fazer críticas, sentir indignação ou outras coisas mais. Ela estava de fato sendo cuidada pela neta, e o local encontrava-se limpo. Não era o mesmo local que eu havia conhecido há algum tempo. Registro a possibilidade de que alguma mudança ocorreu na lida do tempo.

Afastei a emoção e retornei ao posto por achar estranho que a paciente estivesse sem nenhuma veia puncionada, com as mãos extremamente infiltradas e com orientação para reposição de sangue que deveria ser administrado em caráter de urgência.

Fui informada de que ela se encontrava agitada, o que era de se esperar face à gravidade do quadro hemorrágico, mas estavam aguardando um cirurgião para providenciar um acesso venoso, o qual só poderia comparecer lá pelas 22h. Olho para o relógio. Registro 19h40. Sinto-me completamente impotente. Silenciosamente, inicio uma oração, pedindo aos Grandes Mestres que amparem não somente aquela paciente, mas a todos que estavam, naquele momento, precisando de um cirurgião ou uma intervenção médica que os ajudasse a se salvar ou obter alguma melhora.

Despeço-me agradecida pela atenção recebida e começo a minha saída, embora não me lembrasse por onde tinha passado. Mas diz o

familiar: “A senhora vá perguntando quando encontrar alguém no corredor”. Para minha felicidade, encontro a minha irmã, também da área da Saúde, que já estava à procura de um colega conhecido que estivesse de plantão, o que seria tudo de bom que poderia acontecer, ou seja, encontrar um estudante ou médico-cirurgião conhecido naquele hospital.

Frustrada, ela já estava há 45 minutos tentando encontrar o lugar que a levasse ao Pronto-Socorro, onde talvez encontrasse o que queria encontrar: um estudante ou médico conhecido. Despedimo-nos do familiar da paciente e iniciamos a jornada de encontrar a Ala Vermelha, assim nos informaram, já que estávamos à procura de um estudante ou médico-cirurgião conhecido e que estivesse livre para atender àquela solicitação da Enfermaria X, leito Y.

Conseguimos sair do hospital, pois eram tantas as áreas de reforma que não tinha ideia de onde era a porta de entrada ou saída. Percebi que entrei e saí em outro local. Fui seguindo por corredores que pareceram me levar a um subsolo. Deparei-me com uma área ou setor em que fiquei extasiada, vislumbrada, com algo imponente, bonito, grandioso. Pensei: “Será que é um novo pronto-socorro?” Não, não era. Era outro setor de atendimento para doenças infectocontagiosas. Percebi naquele instante que estava andando por um atalho para entrar naquele local. Quase todo o hospital encontrava-se em reforma. Confesso que em alguns momentos sentia medo pelo silêncio. Áreas escuras, desertas, alguns transeuntes, enfim, esquisito.

Enfim, cheguei à portaria, sendo abordada por um segurança que solicitou a minha identidade, embora tenha me identificado como médica. Entendi ser o dever do segurança só permitir a entrada com a devida identificação. Todavia, ele explica que, durante a tarde, tinha ocorrido tiroteio dentro daquele local, pois havia um presidiário internado. Ufa! Senti taquicardia, certo receio, tensão no corpo, leve tremedeira e piora da minha apreensão. Mas tinha uma missão a cumprir. Peço orientação para poder chegar ao meu destino. Para minha surpresa, fui gentilmente atendida, na recepção, por um jovem que atenciosamente nos orientou sobre como chegar à Ala Vermelha.

Nova justificativa para adentrar. Visualizo dezenas de pessoas em macas, em cadeiras, em fila indiana diante de portas, que suponho serem consultórios. A partir daí iniciei uma verdadeira *via crucis*. Entra

ali, sai acolá, pergunta a um, a outro. Lembrei-me dos filmes de guerra e associei à Ala Vermelha. Comecei a procurar pela cor das paredes, pois fiz a fantasia de que, se era vermelha, as paredes deveriam ser vermelhas. Ledo engano. Eram verde, amarelo, rosa, azul, menos vermelha.

Comecei a sentir tontura, certo enjoo, pois meu corpo sinalizava cansaço não só pelo dia laborioso, mas por essa tarefa que havia se iniciado por volta das 19h e, naquele momento, já beirava as 23h. Gemidos, pessoas cochilando nas cadeiras junto às macas de seus parentes, carrinhos de lanche transitando, pessoas de roupa verde, outras com jaleco branco, máscaras, luvas. Tive a sensação de estar vendo robôs que me olhavam sem me ver. Consegui chegar à Ala Vermelha que não era vermelha. Dirigi-me a um grande posto.

Um jovem com ar cansado passa um olhar de soslaio para mim, como se quisesse falar algo, mas não há tempo, pois outras pessoas o abordam, e deliberadamente recuei para deixá-lo livre e, assim, atender àquelas pessoas que, quem sabe, com mais urgência que a minha necessidade – encontrar um estudante ou médico-cirurgião conhecido – que fosse à ala não sei a cor para facilitar o acesso venoso para uma paciente da Enfermaria X, leito Y. Escuto quando ele, ao se dirigir a uma jovem sentada no balcão e com os pés apoiados em uma cadeira, diz: “Por favor, chame o supervisor e avise que estou só no plantão”. Juro que tremi nas bases. *Flashback!* Resgato a memória do tempo e lembro quando, ainda jovem, nos tempos de plantão, eu ficava sozinha porque o colega não havia chegado.

Olho para o meu entorno, e minha irmã havia desaparecido. E, ao olhar para aquele mundo de “pós-guerra”, a vejo em uma das portas conversando com um segurança. Dirijo-me a ela, que, feliz da vida, me informa ter encontrado um aluno de odontologia conhecido e que iria nos manter em contato com um cirurgião que, pelo nome, não era conhecido nosso. Mas, agora, isso não era o mais importante. Encontramos o cirurgião.

Que bom é encontrarmos um colega da área, mesmo que não seja conhecido, mesmo que esteja executando suas tarefas, mas que se digne a levantar a cabeça, que possa olhar para nós e perguntar algo do tipo “no que posso ajudar?” Nesse momento explicamos o que buscávamos. Ele diz: “Acho que ouvi alguém solicitando um cirurgião para atender

alguém nas enfermarias. Fulano, foi com você?”. “Não”, responde alguém. Ele chama outro e questiona se foi a ele que havia sido feita essa solicitação. Este, então, diz que de fato havia essa chamada, que o colega estava no centro cirúrgico, e ele, por não saber da gravidade do caso, estava aguardando folgar para subir. Em todos os momentos, observei a presteza daqueles profissionais em nos atender, mas algo chama atenção. O olhar distante e cansado. Olho para o posto onde se encontrava aquele enfermeiro e, coitado, vejo-o mergulhado em papéis e sendo afogado por pessoas pedindo socorro.

Retorno ao contato que estava fazendo com o colega, e somos orientadas a retornar à Enfermaria X e solicitar à enfermeira do posto que, assim que o material estivesse pronto, o chamasse. Imagine a alegria com que saímos da Ala Vermelha, embora não tenha percebido nenhuma sinalização em vermelho.

Perguntei se para ir à Enfermaria X teríamos de sair do hospital. Disse uma jovem com máscara e luvas e com alguns apetrechos nas mãos que poderíamos pegar o elevador até o andar, que achava ser o segundo ou o primeiro, daí deveríamos seguir por um corredor, dobrar à direita, depois à esquerda. Se encontrássemos uma rampa, era para descer, mas, se encontrássemos alguém pelo caminho, fosse perguntando. Dito e feito. Sentia meus pés apertados pelo sapato. O primeiro ser que encontramos o abordamos. Ele, imbuído de tamanha gentileza, disse: *Me siga!* E não é que nos conduziu corredores adentro até bem próximo do local onde estaria a Enfermaria X e onde teríamos de repassar o recado do jovem cirurgião?

Confesso que chamou minha atenção o fato de haver naquele lugar aquelas pessoas informantes que paravam e nos atendiam com gentileza e interesse. Até que chegamos a um local onde plaquetas informavam ser a UTI. Beco sem saída, pois não vimos escada, ou rampa, além da porta do elevador por onde havíamos chegado. Portanto, retornamos por ele e, para surpresa nossa, chegamos ao ponto de onde havíamos saído.

Nova abordagem a uma transeunte. Era uma senhora que, de forma calma e gentil, nos disse: “Vocês estão vendo o que passamos aqui dentro”. Eu completo e digo: “Um labirinto!” Ela retruca: “Pior que isso. Imagine para os pacientes ou familiares quando chegam para fazer raio x,

tomografia, encontrar a enfermaria do parente ou conduzir alguém grave! Nós que trabalhamos aqui nos perdemos muitas vezes aqui dentro, por isso não estranhe se demorarem a encontrar o local que procuram”. Por um segundo olho nos olhos dela e os vejo sem brilho, distantes.

Senti um nó na garganta, aperto no peito. Identifico angústia e tristeza. Lembrei-me do homem de Rollo May que foi preso pelo rei em uma gaiola. Penso em como as pessoas que trabalham naquele lugar tiveram de desenvolver estratégias de sobrevivência para transitar na ala azul que não é azul, amarela que não é amarela e vermelha que também não é vermelha.

Senti uma enorme vontade de escrever sobre essa minha experiência, até porque meu corpo sinalizava, a cada nova situação, uma resposta fisiológica, levando-me a perceber que experienciava a fase de alerta do estresse, mais precisamente uma das fases do Sistema de Adaptação das Doenças desenvolvido por Hans Selye (1907-1982) sobre os efeitos deletérios do estresse sobre o organismo.

Lembra que desde o início estava inserindo a palavra *sus* no lugar de *seu/sua*? Isso não mais aconteceu, mas até agora não me dei conta de *para que* isso aconteceu. Talvez mais tarde possa fazer algum *link* e entender o que meu inconsciente estava tentando me sinalizar.

Saí daquele hospital às 00h50 na esperança de que aquele jovem cirurgião pudesse ajudar a paciente da Enfermária X, leito Y. Penso agora: “Como será que aqueles indivíduos de olhar triste e distante saíram do turno do plantão? Como chegaram e o que encontraram em suas casas, já que a grande maioria apresenta jornada dupla, tripla de trabalho? E as mulheres? E se elas estivessem ‘naqueles dias’ ou amamentando e... e... Muitos são os “is”. 11h22 do dia 2 de março de 2010, quando recebo a informação de que a paciente da Enfermária X, leito Y acabava de iniciar sua viagem de retorno.

Por que aquele hospital transformou seus corredores em um labirinto interno onde pessoas se perdem para se achar? Labirinto, segundo Floriani, Figueredo e Silva (2021):

[...] são enigmas na vida humana e estiveram frequentemente associados a fantasias, contos, mitos e sonhos. A imagem do labirinto traz o complexo do caos, da confusão e da desordem. Para realizar o mergulho no labirinto interior e compreender



estes conteúdos psíquicos é fundamental o uso de recursos psíquicos que permitam o caminhar.

Percorrer aqueles corredores levou-me a caminhos obscuros da psique. Fez-me sentir confusa por estar diante de algo complicado, caótico. Poderia ter desistido, mas voltar implicaria ter de passar pelos mesmos corredores. Coloquei-me no lugar do médico que vive naquele ambiente, local de sua prática profissional diária. Como é possível construir uma relação médico-paciente saudável? É preciso *Ser Médico* e não simplesmente formar-se médico!

## REFERÊNCIAS

ÁVILA, L. A. **Doenças do corpo e doenças da alma**. Rio de Janeiro: Editora Escuta, 1996.

FABIANI, J.-N.; BERCOVICI, P. **A incrível história da medicina**. Porto Alegre: Editora L&PM, 2021.

FLORIANI, G. R.; FIGUEREDO, M. D.; SILVA, A. O. Memórias, Sonhos e Labirintos: uma Compreensão Simbólica dos Sonhos de Labirinto. **Pluralidades em Saúde Mental**, v. 10, n. 2, 2021. Doi.org/10.55388/psicofae.v10n2.363.

JOLANDI, J. **Paracelsus**: selected writing. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

LOFFREDO, A. M. **A cara e o rosto**: ensaio sobre gestalt terapia. Rio de Janeiro: Editora Escuta, 1994.

MAY, R. **O homem à procura de si mesmo**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1994.

PORTER, R. **Cambridge**: história da medicina. São Paulo: Editora Thieme Revinter, 2008.

## Síndrome de Burnout: o que é? Como tratar?

Raimundo Sotero de Menezes Filho<sup>71</sup>

Rachel Barreto Sotero Góis<sup>72</sup>

*Nunca há tempo para fazer bem,  
mas sempre há tempo para fazer de novo.*

### LEI DE MASKIMEN

**A** Síndrome de *Burnout* – SB, ou síndrome do esgotamento profissional, foi inicialmente identificada no ano de 1970 pelo psicanalista Herbert J. Freudenberger. O psicanalista a descreveu como sendo um estado de esgotamento físico e mental cuja causa estaria intimamente ligada à vida profissional da pessoa que vivencia a patologia.

Observa-se que a satisfação e o prazer decorrentes da execução das atividades de trabalho se transformam numa busca frenética por se autoafirmar. Os pensamentos obsessivos e a compulsão tornam-se sintomas cada vez mais agravantes com a progressão da doença. Outra característica comum nas pessoas que desenvolvem a SB é a presença de outras manifestações psiquiátricas prévias, como transtorno de déficit de atenção, dislexia, transtorno de ansiedade e depressão.

Parece haver uma ligação entre o desejo de atingir cada vez mais resultados mais elevados no trabalho e a falta de percepção dos próprios limites. É comum ocorrer em profissionais que exigem o contato

---

71 Diretor Técnico do Centro de Diabetes de Sergipe. Vice-Presidente da Sociedade Médica de Sergipe – Somese. Vice-Presidente Regional da Federação Nacional de Associações e Entidades de Diabetes – Fenad. Subdelegado no Brasil da Associação Latino-Americana de Diabetes – ALAD. Presidente da Associação Sergipana de Proteção ao Diabetes – Aspad. Membro da Academia Sergipana de Medicina – ASM. Membro da European Society of Endocrinology – ESE. Membro da Sociedade Brasileira de Médicos Escritores – Sobrames.

72 Psicóloga. Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe.

direto com pessoas, tais como: atendentes e recepcionistas, profissionais de telemarketing, profissionais da saúde, gestores de projetos e de recursos humanos, motoristas de ônibus, policiais, assistentes sociais, professores e mães, principalmente as que exercem essa função em tempo integral.

Isso significa que a dedicação exacerbada ao trabalho, apesar de ser uma das características marcantes da síndrome, não é a única a ser levada em consideração. Geralmente, o indivíduo que desenvolve essa patologia clínica de forma imaginária começa a inferir de modo totalmente irreal uma análise surreal de sua autoestima a partir do sucesso e do desempenho no trabalho.

### **Principais sintomas**

Na evolução da doença, observam-se, principalmente, os seguintes sintomas:

- Grande e patológica necessidade de demonstrar que é capaz de realizar o trabalho.
- Intensa dedicação ao trabalho, ou seja, o desejo de querer fazer tudo sozinho e a qualquer momento do dia, desenvolvendo um imediatismo patológico e baixa tolerância a frustrações.
- Ocorre também uma crescente perda de interesse em suas necessidades pessoais, ou seja, observa-se que os atos de comer, dormir e ter lazer começam a ficar totalmente sem sentido.
- Os indivíduos com essa patologia costumam negar os próprios problemas. A opinião alheia é desconsiderada, e todos em volta começam a ser vistos como tendo desempenho inferior, limitando seus contatos sociais e dando lugar à agressividade.
- É comum que os portadores da SB apresentem dificuldades em aceitar brincadeiras com bom senso e humor, além de evitar diálogos e preferir meios digitais de contato.
- Com tanta pressão interna, é comum o surgimento de depressão, já que tudo começa a se tornar desgastante e exaustivo.
- É uma doença marcada por sentimentos de indiferença e desesperança, aliados ao desenvolvimento de um grande vazio interno; é nesta fase que a vida começa a perder o seu real sentido.

Após o aparecimento desse quadro clínico é que se faz o diagnóstico da síndrome. Pode ocorrer, inclusive, uma evolução mais grave e o paciente chegar a um estágio de colapso físico e mental.

O tratamento e o acompanhamento do indivíduo devem ser feitos através de psiquiatra e/ou psicólogo. Convém salientar que é muito importante considerar que se trata de uma doença diretamente relacionada ao trabalho desenvolvido, sendo, portanto, classificada como um acidente de trabalho respaldado pela lei.

### **Podemos prevenir o aparecimento dessa doença?**

Já que os principais fatores associados a essa patologia são de origem afetiva, uma boa estratégia para melhorar os sintomas é tornar a rotina do dia a dia leve e agradável, inserindo atividades ao ar livre, atividade física, alimentação saudável, convívio familiar e trabalho. Manter-se em equilíbrio torna a pessoa mais forte emocionalmente e assim menos suscetível a ceder a influências externas.

No sentido de auxiliar para que se tenha um adequado e sadio ambiente de trabalho, garantindo um adequado e tranquilo bem-estar no exercício de suas funções laborais, aqui vão algumas considerações:

- Mantenha, dentro do possível, um ambiente de trabalho calmo e fraterno.
- Providencie estrutura adequada para que o colaborador se sinta confortável durante o trabalho (como equipamentos de qualidade, por exemplo).
- Procure evitar que ocorram conflitos internos (entre os colaboradores ou entre departamentos) e externos (colaboradores e clientes ou colaboradores e fornecedores).
- Procure reconhecer, sempre que possível, o esforço dos colaboradores e deixe bastante clara a importância que cada um tem para o crescimento e o desenvolvimento da empresa.
- Tente de forma bastante transparente estabelecer metas que sejam realistas e alcançáveis.
- É fundamental para a autoestima do indivíduo que este procure investir em softwares e ferramentas que facilitem os processos do trabalho a ser desenvolvido.

- Sempre deve procurar incentivar que ocorram pausas para lazer e descanso durante a labuta diária.
- Acima de tudo, devem ser estabelecidos princípios que possam promover atividades laborais e clubes temáticos.
- Finalmente, se não de forma prioritária, procure saber qual deve ser a melhor forma de dar e receber *feedbacks*.
- Se polície e procure rigorosamente aprender a respeitar o limite de carga horária de trabalho;
- Tente sempre ter um hobby ao qual possa dedicar parte do seu tempo livre.
- Na evolução do seu interior, procure sempre encontrar uma área de estudos que seja de seu interesse e então se aprofunde no assunto.
- Não se esqueça de aprender de forma consciente e atenta, e de ouvir *feedbacks* de forma saudável.
- Fundamental: para elevar a sua autoestima e o seu rendimento no trabalho, deve adotar o bom e saudável hábito da leitura.
- Uma dica bastante significativa e que irá melhorar sua qualidade de vida é: pratique exercícios físicos regularmente, de preferência de segunda a segunda.
- Procure um nutricionista dentro ou fora da empresa e desenvolva uma alimentação equilibrada e saudável.
- Considere de forma bastante frequente e contínua a promoção de momentos de distração com seus colegas de trabalho, como, por exemplo, a realização de happy hours depois do expediente.
- E, por fim, que talvez devesse ser inicialmente, deve perenemente reservar um tempo para aproveitar e conviver de forma saudável com seus familiares e amigos.

### Como tratar?

Os psiquiatras, psicólogos e terapeutas são profissionais capacitados para diagnosticar e orientar a melhor forma de tratamento desse problema clínico tão frequentemente encontrado, e tão pobremente diagnosticado, e por causa disso mesmo, por melhores que sejam as inten-

ções, qualquer suporte que não seja adequadamente qualificado pode causar ainda mais danos e prejudicar bastante a recuperação do indivíduo que esteja sofrendo com a SB.

Destarte, se, por acaso, você reconhecer em si mesmo qualquer um dos sinais anteriormente listados, ou mesmo identificar comportamento anormal em relação a algum colega de trabalho, procure ajuda médica e notifique seu superior, ou então, se for o caso, oriente seu colega a fazer o mesmo. Além disso, é conveniente salientar que, se já vivenciou alguma situação no seu ambiente de trabalho relacionado a essa patologia, procure sempre, e de forma rápida e bastante incisiva, compartilhar as suas experiências porque, com toda a certeza, elas irão poder contribuir para ajudar de maneira positiva alguém que esteja passando por maus e difíceis momentos por apresentar esse problema tão presente em nosso meio.

## Uso de metodologias ativas como ferramenta empática para o processo de aprendizagem

Jussielly Cunha Oliveira<sup>73</sup>

### Importância das metodologias ativas

**M**etodologias ativas são estratégias de ensino centradas na participação efetiva dos estudantes na construção do processo de aprendizagem, de forma flexível, interligada, híbrida. As metodologias ativas num mundo conectado e digital se expressam através de modelos de ensino híbridos, com muitas possíveis combinações e modelos flexíveis que trazem contribuições importantes para o desenho de soluções atuais para os aprendizes de hoje. É possível aprender de muitas maneiras, com diversas técnicas, procedimentos, mais ou menos eficazes, para conseguir os objetivos desejados e aumentar a flexibilidade cognitiva dos alunos, que é a capacidade de alternar e realizar diferentes tarefas, operações mentais ou objetivos e de nos adaptar a situações inesperadas, superando modelos mentais rígidos e automatismos pouco eficientes (CUNHA *et al.*, 2018; VALENTE; ALMEIDA; GERALDINI, 2017).

Não obstante, no processo de ensino e aprendizagem, o uso de ferramentas que desenvolvam a empatia e o respeito para com as dificuldades, emoções e necessidades apresentadas pelos alunos que apresentam transtornos de aprendizagem – TA se faz cada vez mais necessário. Essas habilidades são desenvolvidas em várias metodologias ativas, entre elas o *Team-Based Learning – TBL*, que, traduzido, significa Aprendizado Baseado em Equipes, e podem dispor de diversas ferramentas para auxiliar o estudo dos alunos, como os mapas mentais e a simulação

---

73 Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Professora do Departamento de Enfermagem da UFS em Lagarto, Sergipe.

realística, uma vez que, para os alunos com TA, o uso dessas metodologias ativas que trabalhem mais com o imaginário e lúdico pode contribuir substancialmente para esse processo. Ademais, inovações curriculares, centradas em metodologias ativas de ensino podem oferecer aos estudantes uma resposta positiva aos desafios encontrados na graduação por proporem reflexões pautadas no que está sendo vivenciado (ARAÚJO; RAMOS, 2018).

Desafios e atividades podem ser dosados, planejados, acompanhados e avaliados com apoio de tecnologias. Eles devem ser bem planejados e contribuem para mobilizar as competências desejadas, intelectuais, emocionais, pessoais e comunicacionais. Exigem pesquisar, avaliar situações, pontos de vista diferentes, fazer escolhas, assumir alguns riscos, aprender pela descoberta, caminhar do simples para o complexo. Nas etapas de formação, os alunos precisam de acompanhamento de profissionais mais experientes para ajudá-los a tornar conscientes alguns processos, a estabelecer conexões não percebidas, a superar etapas mais rapidamente, a confrontá-los com novas possibilidades. As metodologias ativas são pontos de partida para avançar para processos mais avançados de reflexão, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas (CUNHA *et al.*, 2018; VALENTE; ALMEIDA; GERALDINI, 2017).

Para alunos que apresentam transtornos de aprendizagem, é comprovado que a ocorrência de duas ou mais desordens, como dislexia e discalculia, ao mesmo tempo pode acontecer na mesma pessoa e que a utilização de estratégias pedagógicas lúdicas que saiam do modelo tradicional de sala de aula unidirecional, em que o professor é o centro da transmissão das informações, para dar maior autonomia e incentivo ao aluno em desenvolver suas potencialidades, pensar, refletir, criticar e conhecer seus limites o fará mais ativo no processo de aprendizagem (BUTTERWORTH; KOVAS, 2013; BUTTERWORTH; VARMA; LAURILLARD, 2011). Nessa perspectiva, o uso de metodologias ativas para o ensino de alunos com TA propicia mais chances de escuta aos estudantes, além de valorizar suas opiniões, exercitar a empatia, responder aos questionamentos, encorajá-los, entre outras possibilidades favorecedoras da motivação e da criação de um ambiente favorável à aprendizagem.



## **Mapas mentais como estratégia metodológica para o estudo teórico**

O ato de ensinar não é somente a transmissão de conhecimentos do professor para o aluno, mas propiciar que o aprendizado seja construído mediante sua própria percepção de mundo e suas capacidades e seus entendimentos (FREIRE, 2011). É nessa perspectiva que as Diretrizes Curriculares Nacionais prezam por um ensino progressista, abrindo possibilidades para indagações, estimulando a curiosidade dos alunos, orientando as escolas e universidades a incluírem em seus currículos metodologias que relacionem o conteúdo com a realidade em que os alunos estão inseridos (BRASIL, 2001).

Para tanto, a construção do mapa mental como metodologia de ensino é relevante por possibilitar ao educador analisar e avaliar o conhecimento que os educandos possuem sobre o conteúdo escolar. O mapa mental representa um diagrama hierarquizado de informações em que facilmente é possível identificar as relações e os vínculos entre os principais pontos do conteúdo abordado (HERMANN; BOVO, 2005). Ele constitui um sistema facilitador da aprendizagem que permite importantes processos de análise, de compreensão, de ideias e de conteúdos e contribui para uma melhor estrutura cognitiva dos estudantes, com o conseqüente aumento de eficácia nos seus resultados escolares (GALANTE, 2013).

A construção dos mapas mentais busca organizar as ideias de forma simples e lógica, estimulando a sintetizar e organizar o raciocínio dos alunos na construção do conhecimento de forma sistemática e ativa (CABRERA, 2007). Assim, para os alunos com transtorno de aprendizagem, o uso da abordagem significa que vários objetivos podem ser atingidos relacionados à cognição, que propicia o desenvolvimento da inteligência e da personalidade, fundamentais para a construção de conhecimentos; da afeição, que leva ao desenvolvimento da sensibilidade e da estima e atuação, no sentido de estreitar laços de amizade e afetividade; da socialização; da motivação e da criatividade (CABRERA, 2007; GALANTE, 2013).

Anatomicamente, o lado esquerdo do cérebro humano atende os processos verbais, lógicos, de sequenciamento, lineares, determinísticos, previsíveis e racionais, e o lado direito, por sua vez, atende o emocional,

o intuitivo, o visual e o colorido, abrange o todo, armazena modelos, é sinestésico e musical, multissensorial e não linear. Portanto, quando os alunos organizam sistematicamente e aplicam a lógica como resultado de raciocínio, estão usando mais o hemisfério esquerdo, e, quando ouvem uma música e são sensibilizados por resgatar algo triste ou alegre, estão usando mais o hemisfério direito. Estimular o uso dos dois lados do cérebro favorece um enfoque mais integrado, completo e holístico (BUZAN, 2009; HERMANN, BOVO, 2005).

Assim, ao utilizar os mapas mentais na assimilação de conteúdos estabelecidos no currículo escolar, são criadas representações das informações e suas conexões de uma maneira gráfica, radial e não linear, estimulando a imaginação e o fluxo natural de ideias livres da rigidez das anotações lineares. Isso pode contribuir para ativar as conexões neurais afetadas em alunos com transtorno de aprendizagem, visto que, ao trabalhar com os mapas mentais, os dois lados do cérebro estão interagindo, o lado racional e o lado criativo, fazendo toda a diferença nos estudos. Trata-se de um método eficaz, melhorando a memória e a compreensão através da representação visual de informações (BUZAN, 2009; HERMANN; BOVO, 2005).

Os mapas mentais podem ser usados na hora de expressar suas ideias, de uma maneira mais simples, rápida e direta. Com ele é possível fazer conexões tendo uma visão mais ampla do assunto e uma rápida compreensão do tema que vem sendo estudado, melhorando a produtividade em seus processos de conhecimentos e a organização na produção de conteúdo, desenvolvendo uma melhora na concentração e na absorção e lidando melhor com o excesso de informações, tornando-se um filtro eficaz para os estudos (BUZAN, 2009; GALANTE, 2013).

Assim, o uso dessas metodologias atrativas, que aguçam a curiosidade, despertando o interesse por aprender com a inserção de atividades diversificadas, dá condições para que o aluno queira estar em sala de aula em busca do saber. Diante disso, pode-se observar a importância de se estimular o alunado procurando propor novas atividades, utilizando metodologias fora do tradicional, atividades que estimulem o raciocínio, a criatividade e o senso crítico dos estudantes (FREIRE, 2011).

## **Simulação realística como estratégia metodológica para o estudo prático**

O acesso universal à internet permite a globalização do ensino e a difusão de conhecimentos entre diferentes instituições e profissionais. Atualmente, a simulação como tecnologia educacional vem sendo utilizada em várias áreas da saúde, permitindo formação e capacitação profissional a fim de desenvolver o aprendizado de habilidades para trabalho em equipe, tomada de decisões, liderança, auxiliando na redução de erros e eventos adversos em hospitais. O *Institute of Medicine*, em seu clássico relatório *To err is human*, estimou que houve mais de 400 mil mortes por desrespeito às regras de segurança do paciente instituídas mundialmente. Assim, o recurso de simulação realística permite apresentar cenários similares a casos reais em que os alunos possam aprimorar seus conhecimentos técnico-científicos, o raciocínio clínico, o desenvolvimento de habilidades, a tomada de decisão, o trabalho em equipe e a ética profissional (KOHN, 2000; MELO *et al.*, 2016, ROHRS *et al.*, 2017).

O planejamento das atividades a serem desenvolvidas deve ser baseado no objetivo do aprendizado, na disponibilidade de instrutores/facilitadores capacitados e na infraestrutura disponível, podendo ser utilizados manequins de baixa ou alta fidelidade, capacitações pontuais, cursos de imersão, entre outros. A associação de métodos de *feedback* e a possibilidade de se repetir as ações promovem o aprendizado em ambiente livre de risco e controlado, seguindo etapas gradativas de aquisição de habilidades, de forma a propiciar qualificação do cuidado. É utilizada para desenvolver, avaliar e aprimorar as habilidades técnicas dos alunos na área da saúde, assim como contribuir no ensino, na pesquisa e na extensão com metodologias ativas (KANEKO; LOPES, 2019).

Ao pensar em novas metodologias para alunos com transtorno de aprendizagem, o uso da simulação realística pode ser uma alternativa utilizada como estratégia de ensino em programas de graduação em enfermagem, visto que a simulação permite que os cuidados a serem aprendidos possam imitar a realidade de um ambiente clínico e serem projetados para demonstrar procedimentos, tomada de decisão e pensamento crítico através de técnicas como encenação e uso de dispositivos como vídeos interativos ou manequins. Tais benefícios já são

descritos em vários estudos como facilitadores no processo de imersão de profissionais em cenários clínicos, permitindo a familiarização com o processo de atendimento ao paciente, o que favorece o desenvolvimento cognitivo, a autoconfiança, o trabalho em equipe e as habilidades psicomotora, afetiva e perceptiva (KANEKO; LOPES, 2019; MELO *et al.*, 2016).

No Brasil, o ensino mediado por simulação e o treinamento das habilidades de comunicação ganham força e cada vez mais adeptos em universidades e especialmente nos cursos da saúde e por parte dos profissionais de saúde, sobretudo quando se pensa em aplicar essa metodologia para alunos com transtorno de aprendizagem. A adoção da simulação realística como parte do processo pedagógico de todas as disciplinas do curso de Enfermagem pode contribuir para preparar melhor os alunos para garantir a segurança do paciente e os requisitos de profissionais serviços de saúde, uma vez que esse método permite ao aluno aprender com os erros. Assim, é possível contemplar, no processo de educação e treinamento das técnicas, o entendimento básico da ciência da segurança, o que significa desenvolver habilidades com alta confiabilidade e o valor da cultura de segurança e do processo de melhoria de desempenho. As instituições que adotam métodos de ensino que permitem aos alunos analisarem seu desempenho têm a oportunidade não somente de aprender com os erros, mas também com o sucesso (CUNHA *et al.*, 2018; MELO *et al.*, 2016; VALENTE; ALMEIDA; GERALDINI, 2017).

## **CONCLUSÃO**

A utilização das metodologias ativas no processo de ensino e aprendizagem de alunos com transtorno de aprendizagem estimula a autoaprendizagem e a curiosidade do estudante para pesquisar, refletir e analisar possíveis situações para a tomada de decisão. O professor atua como facilitador do processo e tem maior sensibilidade e empatia para construir uma relação de humanidade mais dinâmica frente às necessidades apresentadas.

Com isso, é possível estreitar uma relação entre professor e aluno pautada em promover condições de construir, refletir, compreender e transformar ambos em condições de assumir uma postura investigativa de sua própria prática, refletindo acerca dela a fim de reconhecer problemas e propor soluções em conjunto.

Ademais, o uso das diferentes ferramentas nas metodologias ativas favorece a empatia e a aproximação entre os professores e os alunos por permitir maior contato e reflexão dos processos vivenciados. Durante as atividades, a depender das habilidades a serem desenvolvidas e do nível de conhecimento a ser adquirido, as discussões e experiências vivenciadas pelo uso das metodologias ativas propiciam maior autonomia dos estudantes para descobrirem quais ferramentas mais se adéquam ao seu próprio processo de ensino e aprendizagem.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. L. R.; RAMOS, M. A. S. Percepções sobre as potencialidades do uso de mapas conceituais na formação pós-graduada: um estudo com oficiais na academia de polícia militar do maranhão. **Revista Projeção e Docência**, v. 9, n. 2, p. 225, 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº. 3, de 7/11/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial da União**. 09 nov; seção 1, 2001.

BUTTERWORTH, B.; KOVAS Y. Understanding neurocognitive developmental disorders can improve education for all. **PubMed**, v. 340, n. 6130, p. 300-305, 2013 Apr 19. doi: 10.1126/science.1231022.

BUTTERWORTH, B.; VARMA, S.; LAURILLARD, D. Dyscalculia: from brain to education. **PubMed**, v. 332, n. 6033, p. 1049-1053, 2011 May 27. doi: 10.1126/science.1201536.

BUZAN, T. **Mapas Mentais**. Tradução de Paulo Polzonoff. Rio de Janeiro: Sextante, 2009.

CABRERA, W. B. **A ludicidade para o ensino médio na disciplina de biologia**: contribuições ao processo de aprendizagem em conformidade com os pressupostos teóricos da aprendizagem significativa. 2007. Disponível em: [http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos\\_teses/Biologia/Dissertacao/ludicidade.pdf](http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/Biologia/Dissertacao/ludicidade.pdf). Acesso em: 18 ago. 2019.

CUNHA, A. *et al.* **Inovações na prática pedagógica**: formação continuada de professores para competências de ensino no século XXI. Edição Especial – Metodologias Ativa. Instituto Crescer em Rede. São Paulo, 2018.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

GALANTE, C. E. S. **O uso de mapas conceituais e de mapas mentais como ferramentas pedagógicas no contexto educacional do ensino superior**.

2013. Disponível em: [https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-id-vol\\_28\\_1389979097.pdf](https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-id-vol_28_1389979097.pdf). Acesso em: 18 ago. 2019.

HERMANN, W.; BOVO, V. **Mapas mentais enriquecendo inteligências**. 2005. Disponível em: <http://www.idph.net/download/mmapresent.pdf>. Acesso em: 25 set. 2019.

KANEKO, R. M. U.; LOPES, M. H. B. M. Realistic health care simulation scenario: what is relevant for its design? *Rev Esc Enferm USP*, v. 53, 2019. DOI: <http://10.1590/S1980-220X2018015703453>.

KOHN, L. T.; CORRIGAN, J. M.; DONALDSON, M. S. (Eds.). **To err is human: building a safer health system**. Washington: Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America, National Academies, 2000.

MELO, M. C. B. *et al.* Ensino mediado por técnicas de simulação e treinamento de habilidades de comunicação na área da saúde. **Rev Med, Minas Gerais**, v. 26, 2016.

MOURA, O.; SIMÕES, M. R.; PEREIRA, M. Executive functioning in children with developmental dyslexia. **The Clinical Neuropsychologist**, v. 28, Suppl. 1, p. 20-41, 2015.

ROHRS, R. M. S. *et al.* Impacto da Metodologia de Simulação Realística na Graduação de Enfermagem. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 12, p. 5269-5274, 2017.

VALENTE, V. A.; ALMEIDA, M. E. B.; GERALDINI, A. F. S. Metodologias ativas: das concepções às práticas em distintos níveis de ensino. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 17, n. 52, p. 455-478, abr./jun. 2017.

## Posfácio

*Temos a arte para não morrer ou enlouquecer perante a verdade. Somente a arte pode transfigurar a desordem do mundo em beleza e fazer aceitável tudo aquilo que há de problemático e terrível na vida.*

*Friedrich Nietzsche*

**N**unca fez tanto sentido essa afirmação do século XIX como nos dias atuais, tempo em que o mundo se reinventou em todas as áreas, principalmente nos últimos 30 anos. O que era considerado absoluto hoje é obsoleto. Passamos por diversas transformações que muitas vezes nos deixam fora de eixo, sem chão, sem saída e desesperançosos em relação ao futuro.

Felizmente, temos a arte, os artistas, as curas da alma e do corpo, em campos muitas vezes opostos às Ciências Exatas, que se aliam aos devaneios dos artistas na busca da compreensão do ser humano e de suas infinitas possibilidades.

A arte trouxe um frescor e um entendimento àquilo que era considerado incompreensível. Como exemplo, temos o artista sergipano Arthur Bispo do Rosário, que passou quase a totalidade de sua vida dentro de um manicômio à mercê de seu mundo “imaginário” e “extraordinário”, e o mundo só chegou a conhecê-lo no final de sua vida. Ele, considerado “O Senhor dos Labirintos”, buscou na arte um refúgio como fuga nesse processo de endurecimento de alma, abandonado pela sociedade e incompreendido à época, hoje festejado internacionalmente como uma “Mente Brilhante”, um “Artista Extraordinário”.

Quando falo que a arte cura a alma, é porque ela nos leva ao patamar de ver o outro de outra forma, sem estereótipos, sem conceitos preconcebidos e sem análises formais; olhamos o outro com admiração, paixão pelo que faz, e festejamos o que os artistas produzem. A arte acaba sendo uma das poucas ferramentas ainda capazes de trazer um sorriso,

uma paixão, uma vontade de deixar as coisas mais leves, de trazer algum sentido para o mundo, traduzindo aquilo que ainda conseguimos observar e sentir como belo como algo significativo e proveitoso para alguém e para o universo como um todo.

As transformações do mundo em constante caos, se diluindo em ideologias cada vez mais extremistas, mais conflitantes, e a arte, mesmo sendo também uma ferramenta de perseguição dessa escalada da estupidez, acaba sobrevivendo para o nosso bem, e assim, quem sabe, algum dia possamos nos lembrar novamente de Nietzsche não como lamentação de um estado fático, podendo dizer também que a arte finalmente venceu.

“E aqueles que foram vistos dançando foram julgados  
insanos por aqueles que não podiam escutar a música”  
(Friedrich Nietzsche).

**Marcos Marcelo Santos**

*Relações públicas e especialista em Marketing, curador e marchand.*





**EDITORA ARTNER**

[editoraartner@gmail.com](mailto:editoraartner@gmail.com)

(79) 99131-7653 (WhatsApp)

Papel do miolo: Offset 75g  
Papel da capa: Supremo 250g  
Formato: 16 x 23 cm  
Font: Cambria e Encod Sans