

CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO: AS HUMANIDADES MÉDICAS, SUA FILOSOFIA, SUA HISTÓRIA E SUA PEDAGOGIA.

1.1 O STATUS EPISTEMOLÓGICO DA MEDICINA

A Medicina e as demais profissões de saúde têm um status epistemológico dual, na medida em que são duas as bases de conhecimentos que informam sua prática. O conhecimento científico e o conhecimento humanístico (ou, posto de maneira mais abrangente, o que hoje se entende por Ciência e Humanismo) fazem ambos parte do rol de conhecimentos necessários para a práxis médica.

Essa natureza dual está explicitada na forma como se faz referência às profissões de saúde, descrevendo-as simultaneamente como "ciência e arte" (Beckingham, 1982; Parkin, 1987; Self, 1988; Lafferty, 1997). Há mesmo, em alguns casos, a omissão do termo "ciência" em expressões como a "arte da Medicina" (Brittain, 1970; Nelson, 1981), a "arte que praticamos" (De Viliers, 1993) ou a qualificação clássica de Florence Nightingale sobre a prática da Enfermagem – "uma das belas artes" (Bruderle, Valiga, 1994). O termo "estado da arte" (*state-of-the-art*), tão usado em revistas médicas, é também um testemunho desse caráter dual, já que se refere a um corpo de conhecimentos atualizados e geralmente derivados de conhecimentos científicos. Também os símbolos e mitologias médicas anunciam desde muito o convívio entre os dois corpos de conhecimentos. Apolo, deus da Medicina, é também o deus da Poesia e Música (Parkin, 1987). O caduceu de Mercúrio, símbolo clássico da Medicina, exhibe duas serpentes entrelaçadas, aparentemente simbolizando a Ciência e as Humanidades (Sweeney, 1998).

O conhecimento científico distingue-se dos demais tipos de conhecimento pela sua natureza consensual, compartilhável, reprodutível e testável (Bench, 1989). A Medicina ocupa-se de fato em aplicar esses conhecimentos (científicos), mas os aplica ao fenômeno humano, portanto a situações particulares e singulares, permeadas de idiossincrasias, valores, conexões e experiências não

generalizáveis. Nesse aspecto, a Medicina não deve ser entendida epistemologicamente como uma ciência pura, mas como um híbrido (Bench, 1989), constituído também por um componente humanístico e valorativo – que constitui a arte da Medicina – e orienta-a na aplicação da Ciência ao fenômeno humano (Parkin, 1987).

Essa justaposição entre os componentes científicos e humanísticos nem sempre se deu de maneira integrada na história da Medicina. Ao contrário, esses dois aspectos freqüentemente apresentaram-se dicotomicamente à Medicina, que seqüencialmente desposou um ou outro em momentos históricos específicos (Tapajós, 2002).

Na medicina egípcia da antiguidade, os médicos eram de fato sacerdotes, e seu poder era inspirado e creditado aos deuses. Possuidores de divindade delegada, tinham uma voz poderosa em termos da vida humana e sua ética. A Medicina era, então, exercida pelos deuses através da mediação sacerdotal. As artes médicas serviam uma função religiosa e como tal, não podiam ser dissociadas de valores sobre o ser humano e suas crenças (Harrell, 1985; Pessotti, 1996).

Desviando-se dessa cosmovisão teocêntrica, a medicina hipocrática abraçou a filosofia humanista, ambas frutos da mesma atmosfera cultural (Pessotti, 1996). Morte, dor e finitude cessaram de ser idealizações míticas e, no seu papel de contingências naturais, deixaram de ser tratadas por ritos sacerdotais (Mainetti, 1992; Pessotti, 1996). A teoria médica não podia dissociar-se da idéia de natureza humana. A medicina hipocrática ensinava seus médicos a reconhecer suas próprias limitações (humanas) e poupar o paciente de tratamento inútil ou danoso (Troncon et al., 1998). Estabeleceram-se também preceitos éticos, incluindo o de confidencialidade (Sole, 1987).

Séculos depois, Galeno (c.131 - c.201 A.D.) concebia os processos orgânicos e as atividades cognitivas e afetivas como pertencentes ao mesmo sistema vital, um equilíbrio entre alma, mente e funções fisiológicas. O corpo era entendido como uma ferramenta de percepção e ação, controlado por desejos, valores e emoções. A arte médica baseava-se, então, numa visão ampla do ser

humano (Pessotti, 1996).

As ciências naturais e o espírito científico floresceram, bem mais tarde, com Galileu, Kepler e Newton. O conhecimento médico distanciou-se da filosofia do homem, graças à fisiologia cartesiana do dualismo: uma vida subjetiva (sentimentos, valores e cognição) contraposta a uma vida objetiva do corpo, sujeito às leis da Física e da Química. O divórcio entre corpo/matéria e mente/alma (McNeur, 1974; Evans, 1998) tinha sido ferozmente evitado no galenismo (Pessotti, 1996), mas com Descartes, o ser humano anátomo-fisiológico destacou-se do ser humano filosófico. O primeiro foi, então, comparado a uma máquina (Bessinger, 1988; Troncon et al., 1998), com a qual a Medicina deveria ocupar-se com a mesma objetividade do conhecimento astronômico. O ser humano sofredor, capaz de avaliar, julgar e escolher não pertencia mais aos domínios da Medicina (Pessotti, 1996).

Esse espírito científico objetivo que emergiu nos séculos XVII e XVIII começou a cristalizar a idéia de que conhecimento sem base empírica devia ser marginalizado e desqualificado. Portanto, só poderia haver conhecimento sobre objetos concretos que pudessem ser empiricamente observados. O conhecimento médico começou a rejeitar, como ilegítimas, as questões relativas à subjetividade humana, seus valores e o significado social último da prática médica. Um médico podia ser competente sem referência a nenhum sistema ético ou filosófico, ou seja, um médico não precisava ser também um humanista (Pessotti, 1996).

O prestígio social do médico cientista cartesiano não era menor do que aquele do médico sacerdote egípcio. Não mais uma autoridade moral ou depositário do poder divino, o médico cartesiano detinha, ainda assim, conhecimento que podia curar, trazer tranqüilidade e influir na sobrevivência. Seu conhecimento tinha efeitos, mas pouco significado. Suas bases científicas asseguravam-lhe uma certa probabilidade de eficácia, mas nenhum significado ético ou filosófico. Como um bombeiro ou policial, salvava vidas. Em vez de seres humanos, os médicos começaram a tratar de corpos doentes, na medida em que todo o resto começou a ficar desconfortavelmente estranho ao conhecimento médico (Pessotti, 1996).

A prática médica de orientação cartesiana evoluiu através dos anos, e, passando pelo Positivismo do século XIX, alcançou o século XX, abraçando entusiasticamente a Ciência, nos anos 20, 30 e 40 (Sole, 1987; Sweeney, 1998). Nesse momento, a Medicina, pesadamente dependente de um reducionismo biológico, passou a derivar suas bases de conhecimento quase que exclusivamente das Ciências Naturais (paradigma natural-científico), usando um discurso descritivo e explicativo fundamentado nas leis naturais (paradigma naturalista). As bases morais da prática médica enfatizavam a santidade da vida humana, o profissionalismo dogmático e o princípio da beneficência paternalista. Por este último entenda-se o princípio de fazer bem ao paciente, bem este definido pelo próprio médico. Esse modelo através do qual a Medicina lidava com suas bases de conhecimento foi chamado Modelo Positivista ou Biomédico (biológico, explicativo e naturalista) (Mainetti, 1992). Esse modelo epistemológico foi implicitamente validado pelo relatório Flexner (1910), diretriz básica de muitos currículos médicos, com suas ênfase nas ciências básicas e na estrutura seqüencial dos currículos médicos (Mainetti, 1992).

Por volta de 1946, um modelo epistemológico intermediário (Modelo Biopsicossocial) tentou substituir a inspiração natural-científica da Medicina por uma base mais ampla nas Ciências Sócio-Médicas, ou seja, a Sociologia Médica, a Antropologia Médica e a Psicologia Médica (Mainetti, 1992). Esse modelo nasceu de dentro da Medicina, como um franco ataque reformista contra as tendências reducionistas de uma grande parte do pensamento médico da primeira metade do século XX (Engel, 1977; Brody, 1985; Bessinger, 1988; 1993). Começou-se a conceber que a “realidade” que vinha sendo observada e medida podia ser experimentada e percebida de maneiras diferentes por diferentes observadores (Sweeney, 1998). O paciente começou a ser entendido no contexto de sistemas de vida, afetado por influências em múltiplos níveis interativos (Bessinger, 1988). Entretanto, antes do que humanizar a Medicina, as Ciências Sócio-Médicas acabaram por abraçar o pensamento científico, como que contaminadas pelo reducionismo médico dominante.

A supremacia do Modelo Biomédico tinha sido responsável por progressos

evidentes na Medicina, como diminuição da mortalidade, avanços farmacológicos, possibilidades preventivas, progresso tecnológico, inovações diagnósticas e aprimoramento da tecnologia de comunicação (McElhinney, 1983; Caplan, 1985; Rancich, 1985; Hogg, 1989; Hook, 1996). O Modelo Biomédico havia levado a Medicina a uma posição a partir da qual ela poderia de fato fazer diferença e influenciar o curso de muitas doenças (Caplan, 1985). Entretanto, avanços em tecnologia e conhecimento científico nem sempre levam a um aumento paralelo de satisfação humana (Dunea, 1966). O questionamento ideológico sobre a natureza da Medicina e sua relação com tecnologia, ciência e questões não científicas de natureza social, econômica, política e religiosa (Mainetti, 1985, 1992) evidenciaram um estado de crise na instituição médica (Reynolds, Carson, 1976; Goic et al., 1985; Rancich, 1985; Mainetti, 1985; 1992; Bessinger, 1988; Pessotti, 1996), crise esta derivada da conjunção de diversos fatores.

Os anos 60 foram fustigados por vários movimentos de desconforto social, levantes políticos e tensões raciais (Hogg, 1989). Sob pressão social, a Medicina e os médicos foram alvejados com muitas queixas de setores da sociedade insatisfeitos com a atenção médica de maneira geral (Caplan, 1985; Goic et al., 1985; Hook, 1996). Impressões sociais negativas nasceram da (faltante) dimensão humanizada da Medicina (Goic et al., 1985; Hook, 1996), praticada então por profissionais distanciados dos pacientes e das comunidades onde agiam, e próximos aos equipamentos que haviam passado a ser essenciais para a noção de boa prática (Troncon et al., 1998). A percepção dos médicos pela sociedade refletiu-se em representações desse profissional em filmes, seriados de televisão, literatura e mesmo *cartoons* (Hook, 1996). Uma ilustração dessa representação está sumarizada, à guisa de anedota, na comunicação de um médico a seu paciente: “Se você quer termos leigos, procure um leigo” (reproduzido em Hook, 1996).

Assim, os pilares da crise na Medicina, informada pelo seu Modelo Biomédico, foram a despersonalização, a tecnificação, a especialização, a socialização, o mecanicismo cartesiano e o reducionismo biológico da prática médica (Fox, 1985; Rancich, 1985) justapostos ao declínio do prestígio da figura

do médico (Hook, 1996). A Medicina respondeu a essa crise tentando deslocar seu centro de gravidade das Ciências Naturais marcadamente positivistas (Rancich, 1985).

No final dos anos 60 e início dos anos 70, um modelo epistemológico novo começou a emergir. O Modelo Humanista (biopsicossocial, hermenêutico e normativista), permitiu a introdução do sujeito clínico e moral na Medicina, com valores e aspirações a qualidade de vida (uma natureza normativista, ou seja, atida a normas e não às leis da natureza). Esse modelo requeria uma interpretação mais ampla e contextualizada (daí sua qualificação como hermenêutico) em oposição à mera descrição. As bases morais prezavam a qualidade de vida, o princípio de autonomia e intercâmbio democrático (Mainetti, 1992). Um novo Humanismo da era tecnológica insinuou-se na Medicina, resgatando os seres humanos como medidas de si mesmos (Mainetti, 1992) e tentando contrabalançar a desumanização dos sistemas de saúde, ainda atidos à ênfase unilateral à Ciência (Dunea, 1966). A profissão teve de preparar-se para acomodar o Humanismo.

1.20 BOM PROFISSIONAL E A BOA PRÁXIS

Naturalmente esses modelos epistemológicos historicamente situados definiam quais critérios deveriam ser considerados, em determinado momento, para qualificar profissionais e sua prática como adequados.

No Modelo Biomédico, forçosamente reducionista, uma prática cientificamente sólida era condição necessária e suficiente para o bom profissionalismo (Mainetti, 1992). No Modelo Humanista, esta condição é ainda necessária, mas não mais suficiente. Para esse modelo, a competência profissional vai além da prática clínica científica (Pierce, 1984; Mainetti, 1992). Além da excelência técnico-científica, o bom profissional deve exibir adicionalmente traços humanísticos.

Assim, esse modelo não exclui os conhecimentos de natureza científica, mas tende a incluir aqueles de cunho humanístico. Essa disposição fica evidente

nas várias tentativas de definir competência e excelência do profissional de saúde através da justaposição de traços desejáveis complementares, derivados dos domínios da Ciência e do Humanismo.

O sintagma “o médico de excelência deve ser um técnico e um humanista” (Shelton, 1982) repete-se monotonamente na literatura. No Modelo Humanista, o profissional de saúde deve “combinar *expertise* científica e tecnológica com uma atitude humana e caridosa” (Iversen, 1989); “ser técnico habilidoso e pensador independente” (Caplan, 1985); “exibir um equilíbrio de *expertise* técnica e compaixão” (Bertman, Marks, 1985); “possuir talentos clínicos, perspectiva científica e preocupações humanísticas” (Cohn, 1982); “ter bom caráter, além de excelência técnica” (Freeman, 1992); “ter uma fundação científica sólida e uma preocupação com o cuidado de saúde humanizado” (Bruderle, Valiga, 1994); “exibir habilidades clínicas altamente afinadas com um entendimento mais profundo da condição humana e das sutilezas morais e psicológicas que as doenças deflagram” (Sweeney, 1998); “ter conhecimento científico, capacidade de analisar problemas éticos e fazer julgamentos morais, perspectiva histórica e sensibilidade para entender o significado da linguagem e cultura” (Irrizary-Castro, 1993); “ativamente fazer convergir Ciência, tecnologia e o entendimento do fenômeno humano” (Iversen, 1989).

1.2.1 OS TRAÇOS HUMANÍSTICOS DESEJÁVEIS

Os “traços humanísticos” que os bons profissionais precisam exibir no Modelo Humanista são um conjunto de conhecimentos e/ou habilidades de natureza variada que têm sido elencadas na literatura de maneira pouco sistematizada. Englobam conhecimentos humanísticos (como o conceito de autonomia e os efeitos das doenças nas interações pessoais), atitudes humanísticas (como motivação pessoal e compromisso em preservar a dignidade e valor dos pacientes) e comportamentos humanísticos (como a expressão profissional mesma dos conhecimentos e atitudes mencionadas acima) (Arnold et al., 1987).

Muitos desses traços referem-se diretamente à pressuposição humanista da centralidade do ser humano, seja ele o médico, seja o paciente, dissolvendo a posição hegemônica da Ciência. Assim, o profissional competente deverá ser “humano” (Charlton, 1993); “humanitário e também um humanista” (Pessotti, 1996) e “um conhecedor da essência da condição humana” (Loden, 1989; Pessotti, 1996). Cuidará “da humanidade ferida do paciente” (Puthucheary, 1980; Pellegrino, 1984). Preservará “os aspectos humanos do cuidado ao paciente” (Siegel, Siegel, 1977). Rejeitará “a visão mecanicista que rotula pacientes como apenas uma série de problemas científicos” (Oglov, 1977), “objetos inanimados, entidades doentes” (Bertman, Marks, 1985) ou meramente “corpos” (Iversen, 1989). Perceberá que “a vida das pessoas depende de muitas coisas que jazem fora dos domínios da ciência e tecnologia” (Iversen, 1989). Levará em conta o “paciente-ser-humano” (Pessotti, 1996), na medida em que estiver “atento às necessidades espirituais e culturais das pessoas” (Iversen, 1989) e pronto a “lidar com seus aspectos existenciais” (Pessotti, 1996). Conhecerá “igualmente a doença que a pessoa tem e a pessoa que tem a doença” (Sweeney, 1998).

Um segundo grupo desses traços humanísticos refere-se à capacidade de desenvolver um modo de pensar mais liberal, entendido como isento de dogmatismos, mais crítico, com maior ênfase ao processo (instrumentalizado à análise, síntese e julgamento) do que ao conteúdo (memorização) (Morse et al., 1992). Nesses traços humanísticos, reconhecem-se, ainda, outros modos de pensamento, que não o meramente científico, modos esses que servem para que o profissional tome decisões no seu no dia a dia. O pensamento médico científico é crucial ao diagnóstico, prognóstico e terapêutica, mas não é a única forma de pensamento médico. O trabalho médico não é o de somente aplicar um algoritmo diagnóstico ou seguir uma árvore de decisões (Freeman, 1992). Ao contrário, ao tomar decisões, o médico deve sempre analisar dilemas éticos, fazer julgamentos morais e valorativos, inclusive sobre normalidade e anormalidade (Engelhardt, 1985). Esses modos de pensamentos mais meditativos, contemplativos e estéticos têm sido marginalizados e excluídos e precisam ser retomados como marcadores de uma educação humanística (Darbyshire, 1994).

Um terceiro grupo desses traços humanísticos diz respeito a valores e atitudes. Prevê que o profissional consiga reconhecer valores em si e no outro, responder a eles, exibir preferências, organizar sistemas valorativos que dêem subsídio a seus julgamentos e organizar-se internamente conforme esses valores. O bom médico terá a sua “própria mescla de valores éticos e estéticos” (Pessotti, 1996) e o encontro entre médico e paciente será um “encontro inevitável de valores e significados” (Pessotti, 1996). A objetividade profissional não requer uma negação de valores inerentes ao indivíduo ou à sociedade (Burns, 1974). O mito de que os profissionais devem pensar e agir como se seus valores pessoais e os valores de suas comunidades não existissem leva a uma concepção idealizada de “heroísmo médico”, como se a desumanização e a despersonalização individuais devessem ser recompensadas (Burns, 1974). Resgatar a presença de valores é, portanto, resgatar a Medicina praticada por seres humanos, e não santos (Charlton, 1993), daí seu vértice humanista.

Em um quarto grupo, estão traços relacionados à relação do médico com seu contexto, seja ele social, político ou comunitário. Para lidar com pacientes como profissional responsável, o médico deve “possuir compreensão adicional e conhecimento sobre o ser humano e a sociedade” (Ratanakul, 1977); “ter uma consciência mais ampla das preocupações das pessoas, seus sentimentos, o contexto em que vivem, sua cultura e as formas como vivem no mundo” (Bruderle, Valiga, 1994); “assumir o papel de liderança de comunidade e ser formador de opinião” (Caplan, 1983); “ter uma visão coesa da humanidade” (Infante, 1975; Morse et al., 1992), que lhe permita “colocar o bem-estar comunitário acima do interesse individual” (Pierce, 1984). Nesse grupo, está o reconhecimento, pelo profissional, da natureza inerentemente política de sua prática (Krakauer, 1992). Se o sofrimento de muitos ou da maioria tem causas políticas ou sociais, então, a decisão de praticar a Medicina é *per se* uma decisão política (Krakauer, 1992) e o médico, um ator social.

Um quinto grupo refere-se à relação do médico com sua profissão e seu contexto profissional. O bom profissional deverá “saber os valores prevalentes da sua profissão” (Oglov, 1977; Pessotti, 1996) e “encontrar respostas não em

valores individuais, mas em valores compartilhados da profissão” (Hogg, 1989).

Um sexto grupo de traços humanísticos necessários ao bom profissional trata do autoconhecimento e do desenvolvimento pessoal. O profissional competente desenvolve-se e traz bem a si mesmo em termos de crescimento pessoal (Engelhardt, 1985), autocompreensão (Bates, 1971; Infante, 1975), sensibilidade, “abertura a si-mesmo” (Puthucheary, 1980) e consciência dos próprios valores e da própria humanidade (Pessotti, 1996). O bom profissional será capaz de dizer que é formado “do mesmo barro” que o paciente (De Villiers, 1993), ou seja, paciente e profissional dividem uma humanidade comum (Parkin, 1987).

O autoconhecimento diz respeito também à nomeação de sentimentos e seu manejo na prática médica. O profissional deverá “estar ciente dos próprios sentimentos e valores, tanto quanto os dos outros indivíduos e grupos” (Wilson, 1974; Siegel, Siegel, 1977). Deverá “vencer a própria resistência ou ambivalência” quando necessário (Hogg, 1989). Saberá “como a própria personalidade ajuda ou atrapalha o tratamento dos pacientes e onde as respostas emocionais levam o profissional a errar” (Bertman, Marks, 1985). Terá “a habilidade de assumir a armadura emocional ou a sensibilidade apropriadas para cada situação” (Bertman, Marks, 1985), já que um certo grau de desconexão emocional seria requerido para a prática médica, mas desconexão permanente ou persistente não seria desejável (Bertman, Marks, 1985).

Um sétimo grupo de traços humanísticos desejáveis repousa sobre disposições e qualidades do bom médico, tais como empatia, tolerância, compaixão e percepção de alteridade, entre outras. A AAMC (*American Association of Medical Schools*) cita as qualidades de integridade moral, equanimidade, humildade, e sensibilidade ética como qualidades importantes (*quintessential*) a todos os médicos (Caplan, 1985). O bom profissional deverá ainda ser culto, educado (Oglov, 1977; Freeman, 1992; Charlton, 1993) e versado nas artes, história e ciências do comportamento (Oglov, 1977). A empatia parece ser uma das disposições mais associadas à boa prática. Um encontro empático caracterizar-se-ia pela seguinte seqüência de ações: um estar presente, um voltar-

se da alma, um reconhecimento de semelhanças e singularidades (*uniqueness*) no outro, uma entrada na experiência alheia, uma conexão com os sentimentos alheios, um poder de recuperar-se dessa conexão e um enriquecimento pessoal que deriva dessas ações (Peloquin, 1996). Dessa maneira, o bom profissional "entende o sofrimento" (Altisent, 1994), "entende a individualidade dos outros" e "integra experiências de outros dentro de si" (Wilson, 1974; Bruderle, Valiga, 1994). Um bom profissional ainda manifesta a disposição para aprendizagem continuada (*lifelong learning*), além de dominar os meios para essa finalidade.

Um oitavo grupo de traços desejáveis pertence diretamente aos domínios da relação médico-paciente. Nela, o profissional será "um amigo, não um disciplinador, um aconselhador, não um prescritor" (Iversen, 1989). Perceberá que na relação médico-paciente, pode "dar, sem que lhe falte" e "adquirir através do dar" (Altisent, 1994), ou seja, contribuir para essa relação ao mesmo tempo em que se beneficia dela. Entenderá o caráter bitransitivo da relação, ao "ficar cômico do que o médico faz ao paciente, mas também do que o paciente faz ao médico" (Bertman, Marks, 1985; Sole, 1987), ou seja, "o paciente pode revelar o médico para si mesmo, como um espelho" (De Viliers, 1993).

Um nono grupo de traços humanísticos requeridos para a boa práxis encontra-se na competência comunicacional. O bom médico deverá "dominar a arte de comunicação humana" (Oglov, 1977), para poder adequadamente comunicar-se com seus pacientes, pares e demais profissionais (Iversen, 1989; Udvarhelyi, 1993).

Por fim, um décimo grupo de traços humanísticos está relacionado ao médico enquanto educador, modelo de seus alunos, dedicador de grande parte de seu tempo ao ensino e à discussão de casos, priorizador dos aspectos humanísticos da Medicina e da relação médico-paciente no ensino e na prática médica (Wright et al., 1998), enfim, alguém que "humaniza o próprio processo de educação" (Blasco, 2002, p.125).

Essa divisão dos traços humanísticos desejáveis em dez grupos não pretende ser definitiva nem exaurir possibilidades. Pretende apenas organizar e exemplificar a variedade de traços que passaram a fazer parte do perfil do bom

médico, com o advento do Modelo Humanista. Esses traços passaram a servir inclusive como critérios de qualidade e aprovação do que seja considerada boa práxis.

Se o médico de qualidade passou a requerer esses traços, então, os programas de Educação Médica tiveram que se esforçar para dar conta desse produto final esperado. De alguma maneira deveriam passar a formar médicos com traços humanísticos e para tal, deveriam mudar seus modelos pedagógicos. Foi assim que a crise institucional na Medicina, na década de 1960, que havia levado ao advento do Modelo Humanista, precipitou uma crise educacional (Rancich, 1985). Uma transformação pedagógica passou a ser necessária. Não se visava, obviamente, a uma formação isenta de ciência e aspectos científicos, mas a uma em que aspectos humanísticos fossem introduzidos de modo que a formação técnica (“como fazer alguma coisa”) pudesse coexistir com a formação humanística (“como ser alguém”) (Berry, Drummond, 1970; Mainetti, 1992; Morse et al., 1992)

Em termos educacionais, essa equação pode ser expressa como a necessidade de estabelecer conexões entre uma Educação Profissional e uma Educação Liberal (Katz, 1965; Morse et al., 1992), ou mais precisamente, como introduzir uma Educação Liberal num currículo profissional.

1.3 EDUCAÇÃO LIBERAL E SUA INTRODUÇÃO NO CURRÍCULO PROFISSIONAL

Os termos Educação Liberal e Educação Humanística podem ser entendidos como sinônimos. Uma Educação Liberal aponta para a ampliação da mente de maneira geral, em oposição a fomentar necessidades técnicas ou específicas da profissão. Sendo parte da Educação Geral de um indivíduo, a Educação Liberal não pode ser o domínio exclusivo de nenhum conjunto de Departamentos acadêmicos ou divisões administrativas (Bruderle, Valiga, 1994), mas, ao contrário, deve permear todos os níveis da Educação. A Educação Humanística deriva em última instância da *Humanitas* romana e da *Paideia* grega,

ou seja, a educação do ser humano como tal, com a ajuda das disciplinas liberais, então relacionadas às próprias atividades dos seres humanos (Ética, Poética, Política, Retórica e História).

Uma Educação Liberal visa a facilitar habilidades comumente associadas com o ser humano, como a capacidade de pensar adequada e criticamente, ler e entender linguagem, escrever e falar claramente, fazer julgamentos morais, reconhecer o belo, possuir um senso de continuidade entre o presente e o passado (Freeman, 1992), levar adiante o próprio desenvolvimento pessoal, alargar os próprios horizontes (Pulsford, 1995), explorar diferentes formas de conhecimento, entender e interpretar a realidade natural e a realidade socialmente construída, aperceber-se da existência de valores humanos e da criação da cultura (Irrizary-Castro, 1993), exibir cidadania (Pierce, 1984; Stead, 1986), demonstrar disposição para aprendizagem contínua (*lifelong learning*) (Morse et al., 1992), procurar o significado relativo de coisas e eventos em relação a outras coisas e eventos (Pierce, 1984), exibir capacidade adaptativa, preparar-se para a comunicação efetiva com outras pessoas de uma variedade de *backgrounds* culturais, econômicos, políticos e sociais e entender o comportamento humano, de maneira que se possa interagir de maneira útil e não destrutiva com pessoas de diferentes crenças (Stead, 1986).

O produto desejado de uma Educação Liberal é uma pessoa educada e livre, com um conjunto de atitudes e destrezas intelectuais que habilitam uma vida pessoal e social intelectualmente responsável (Irrizary-Castro, 1993). A premissa de que uma Educação Liberal ampla contribui para fazer um médico melhor é atraente: no Modelo Humanista, como se viu, sociedade e pacientes querem que seus médicos sejam capazes de pensar, escrever e falar claramente, que entendam os fatores sociológicos e psicológicos que subjazem às diversas maneiras como as pessoas se comportam, e que reconheçam e lidem responsabilmente com os dilemas éticos que encontram no dia-a-dia (Squires, 1985).

Para dar conta desse produto, a Educação Médica teve que adotar projetos pedagógicos mais ampliadores, que visassem a introduzir um componente voltado

para a Educação Liberal nos currículos médicos. A tentativa da introdução das Ciências Sócio-Médicas e das Ciências do Comportamento nos currículos de profissionais de saúde, ensejada pelo modelo epistemológico anterior (Modelo Biopsicossocial) já não havia surtido o efeito desejado.

Os termos “Ciências Sócio-Médicas” e “Ciências do Comportamento” referem-se à Psicologia Médica, à Sociologia Médica e à Antropologia Médica. O início de sua implementação em currículos médicos data de 1945 (Banks, 1974; Rancich, 1985). Concentravam-se no comportamento humano enquanto dissesse respeito ao binômio saúde-doença, à estrutura e funcionamento dos serviços de saúde e a organização dos sistemas de oferta desses serviços (Reynolds, Carson, 1976). Muito comprometidas com o paradigma científico e seus princípios positivistas de quantificação, verificação e objetividade (Beckingham, 1982), essas disciplinas lançaram os alunos nos domínios do conhecimento abstrato e não puderam eficientemente levá-los através do caminho do conhecimento experiencial (Beckingham, 1982). Sua pedagogia também não parecia atender às necessidades de uma Educação Liberal. A introdução de Sociologia Médica, por exemplo, como disciplina do ciclo básico e, portanto, descontextualizada da prática médica, tentou expor os alunos aos princípios dessa disciplina. Entretanto, conhecer esses princípios garante informação humanística, mas não necessariamente permite formação humanística. Enfim, as Ciências Sócio-médicas não foram nem têm sido suficientes para permitir a introdução de uma Educação Liberal nos currículos médicos.

Uma Educação Liberal é tradicionalmente conseguida através do ensino/aprendizagem das Humanidades (Bean, 1975; Cohn, 1982; McElhinney, 1983; Pellegrino, 1984; Freeman, 1992; Troncon et al., 1998): "o humanismo no médico é o compromisso de pensar, e as Humanidades são recursos para incorporar este hábito" (Blasco, 2002, p.126).

1.4 AS HUMANIDADES E AS HUMANIDADES MÉDICAS

1.4.1 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS

Os termos “Humanidades”, “Artes Liberais” (*Liberal Arts*) e “Disciplinas Humanísticas” são freqüentemente usados como sinônimos, apesar de referirem-se a conceitos discretamente diferentes (Pellegrino, 1984). As Artes Liberais são hábitos da mente, habilidades intelectuais que liberam as pessoas da tirania do pensamento alheio, enquanto as Humanidades são as disciplinas ou corpos de conhecimento que se constituem veículos para o ensino/aprendizagem das Artes Liberais (Pellegrino, 1984), assim promovendo uma Educação Liberal (Irrizary-Castro, 1993; Bruderle, Valiga, 1994).

As Humanidades são disciplinas que assistem os alunos na articulação de sentimentos e crenças, no seu processo de autopercepção (Wilson, 1974), na percepção da alteridade do mundo, na percepção e apreciação de diferentes comportamentos e potencialidades humanas e no entendimento de valores que fazem de pessoas juntas, uma comunidade (Wilson, 1974; Hardison, 1977). As Humanidades instilam sabedoria (Darbyshire, 1994). Lidam com o que significa ser humano e viver uma vida humana. Apontam para o que as pessoas experimentam, para como elas interpretam o mundo e respondem a ele, para o sentido que elas fazem dele e para qual seja a experiência universal de humanidade e raça humana (Donaldson, 1983; Bruderle, Valiga, 1994; Darbyshire, 1994).

As Humanidades Médicas podem ser entendidas como as Humanidades que, enquanto conhecimento puro, problematizam e/ou iluminam aspectos médicos, ou como Disciplinas Humanísticas aplicadas a questões particulares ou gerais da práxis médica (Portugal-Alvarez, 1991).

A listagem das Humanidades Médicas é extensa e controversa (Banks, Vastyan, 1973). Citam-se a História Médica, a Filosofia Médica (incluindo a Epistemologia Médica, a Ética Médica e a Estética), a Religião, Literatura e Linguagem e as Artes (incluindo as Artes Visuais, o Cinema, a Música, a Crítica de

Arte e a História da Arte) (Davost, 1969; Wilson, 1974; Risse, 1975; Mainetti, 1982; 1985; 1992; Shelton, 1982; Caplan, 1983; Rancich, 1985; Arnold et al., 1987; Kahn, 1988; Mosley, 1989; Portugal-Alvarez, 1991; Udvarhelyi, 1993; Barnard, 1994; Bruderle, 1994; Darbyshire, 1994; Hernandez et al., 1995; Taylor, 1995; Hook, 1996; Malacrida et al., 1998). Outras disciplinas têm sido citadas como possíveis Humanidades Médicas, entre as quais estão Direito e Jurisprudência, Economia, Estudos Culturais, Comunicação e Arquitetura (Arnold et al., 1987; Caplan, Widiss, 1991; Udvarhelyi, 1993; Barnard, 1994; Darbyshire, 1994; Hook, 1996; Malacrida et al., 1998).

Essa vasta e controversa lista pode ser entendida como consequência direta da rigidez do Modelo Biomédico, modelo este ao qual a introdução mesma das Humanidades nos currículos médicos reage. A oposição histórica entre Humanismo e Ciência foi ou tem sido tão poderosa, particularmente no campo da Medicina, que as Humanidades Médicas parecem ter sido entendidas e definidas como toda e qualquer disciplina que, uma vez aplicada à Medicina, não pudesse sobreviver ao veto positivista, isto é, qualquer disciplina que não estivesse ligada às Ciências Naturais ou ao método científico, e que lidasse com valores humanos (Mosley, 1989). As Humanidades Médicas existiriam, então, enquanto opostas às Disciplinas Biomédicas (Portugal-Alvarez, 1991).

Postas assim, podem até ser consideradas como um campo unificado de conhecimento. Falar-se-ia das Humanidades Médicas, como se fala das Ciências Básicas nos currículos médicos. Essa idéia de unidade que subjaz às Humanidades Médicas é justificável, já que essas disciplinas têm de fato seis traços em comum. Têm compromisso com conjuntos bem definidos de problemas sobre a condição humana (morte, morrer, confidencialidade, aborto, personalidade, alocação de fundos a serviços de saúde etc.); fazem uso de estratégias interdisciplinares para abordar esses conjuntos de problemas; ancoram esses problemas na práxis das profissões de saúde, através do uso de casos clínicos e raciocínio prático; utilizam técnicas instrucionais que se valem da resolução de problemas (*problem-solving*); procuram soluções moralmente justificáveis e, por fim, procuram uma formatação acadêmica para ensino,

pesquisa e serviço (Kopelman, 1989; 1993;1998).

1.4.2 A EMERGÊNCIA DAS HUMANIDADES MÉDICAS

Visando a uma Educação Liberal, as profissões de saúde abriram espaço para a introdução das Humanidades em seus currículos como uma questão de necessidade (Katz, 1965; Banks, 1974; Rancich, 1985; Hogg, 1989; Mosley, 1989). Essa integração foi considerada “a principal inovação do século” (Irrizary-Castro, 1993), os “garotos novos no quarteirão” nas escolas médicas americanas (Banks, 1974) e a “*avant-garde* da Medicina e Humanismo” (Mainetti, 1985).

No entanto, seria um erro acreditar que as Humanidades Médicas haviam sido completamente negligenciadas nos currículos médicos, somente para emergir na década de 1960. Seria mais acurado referir-se ao seu ressurgimento nessa década. Durante a Idade Média, a primeira metade dos quatorze anos de currículo nas escolas médicas francesas e italianas era gasta nas Artes Liberais (Dunea, 1966). Programas similares existiam nas universidades inglesas de Oxford e Cambridge (Dunea, 1966). Escolas médicas do século XVII ofereciam cursos formais em História Médica (Laborde, 1984). Nos Estados Unidos muitos nomes são citados como pioneiros da Medicina de cunho humanístico, como Dunglison (1798-1869) e seu *Dictionary of Medical Science and Literature*, Drake (1785-1852) e William Osler (1849-1919), promotor de interesses humanísticos na Universidade da Pensilvânia, John Hopkins e Oxford (Leake, 1973). No fim de século XIX, a Universidade John Hopkins requeria aptidões e conhecimento adequado das Humanidades, entre as quais Língua e História, para ingresso (Udvarhelyi, 1993). Mesmo seu currículo imediatamente pós-flexneriano já incluía as Humanidades, especialmente a História Médica (Laborde, 1984). Em 1930, dois terços das escolas médicas americanas ofereciam algum tipo de curso nas Humanidades (Laborde, 1984). Esse número chegou a um nadir em meados da década de 60, subindo a cerca de 45% em 1969 (Laborde, 1984). Já em 1951, Yale tinha um departamento de História da Medicina, expandido em 1960 para um departamento de História da Ciência e Medicina (Davey, 1969).

Nos Estados Unidos, a introdução das Humanidades Médicas na década de 60 foi organizada, como um projeto político (Mainetti, 1992), por grupos que compartilhavam de um pensamento mais crítico sobre Educação Médica (reagindo, assim, contra a despersonalização, a centralidade da Biologia Molecular e o ensino de Medicina mecanicista impostos pelo Modelo Biomédico) e de um compromisso para transformá-la (Fox, 1985). Esses programas que contemplavam as Humanidades desenvolveram-se a partir de três denominações protestantes em três escolas médicas (metodistas, na Universidade da Flórida; presbiterianos, na Universidade da Califórnia e episcopais, na Universidade do Texas) (Hogg, 1989). Em 1962, alguns capelães reuniram-se e começaram a discutir atividades e objetivos comuns (Hogg, 1989). Em 1964, uma conferência nacional de teólogos e educadores médicos levou à nomeação de um Comitê de Teologia e Valores Humanos, que evoluiu em 1969 para tornar-se a Sociedade para Valores Humanos e de Saúde na Filadélfia (Risse, 1975; Hogg, 1989; Mainetti, 1992), uma organização interdisciplinar dedicada à pesquisa e ao ensino das e nas Humanidades Médicas (McNeur, 1974; Taylor, 1995). Nesse ponto, o processo, que havia começado com uma orientação religiosa, adquiriu uma missão mais ampla e secular (Fox, 1985), com a percepção que o estudo das “não-ciências” deveria expandir-se além da Religião (Hogg, 1989) e, assim, incluir Literatura, História e Filosofia (Hogg, 1989). Alguns anos antes, em 1965, o *National Endowment for the Humanities and the Arts* (Banks, 1974; Pellegrino, 1984) havia sido criado para tornar as Humanidades mais visíveis e influentes na vida americana (Pellegrino, 1974). É de nota que as Humanidades Médicas pioneiramente floresceram num país onde os avanços tecnológicos tinham sido mais proeminentes (Mainetti, 1985). Os anos 60, assim, de fato testemunharam a emergência de programas e experimentos pedagógicos que tentaram correlacionar as Disciplinas Humanísticas com a Educação Médica (Banks, Vastyan, 1973).

Na década de 70, as Humanidades começaram a ser mais sistematicamente ensinadas nas escolas médicas, provocando discussões aquecidas sobre seu mérito e valor (Taylor, 1995). Programas, Departamentos e

Institutos foram devotados a essas disciplinas, da Tailândia (Departamento de Humanidades da Faculdade de Medicina Ramthobodi da Universidade Mahidol) (Ratanakul, 1977) ao *Instituto de Humanidades Médicas* em Madrid (Mainetti, 1992). Seminários e oficinas (*workshops*) voltados para médicos praticantes, administradores e enfermeiros passaram a ser oferecidos por iniciativa do *National Endowment for the Humanities* (King, 1975; Sharpe, 1975). Em 1972, havia 12 programas-piloto abordando Ética e/ou Humanidades. Em 1980, havia oferta dessas disciplinas em 89 das 125 escolas médicas dos Estados Unidos (Povar, Keith, 1984). Programas significativos foram descritos nas Universidades da Flórida, do Arizona, da Califórnia em São Francisco e em Mount Davis, Estadual da Pensilvânia, Estadual de Nova Iorque (SUNY) (sob a liderança de Edmund Pellegrino), na Escola Médica da Virgínia e no *Medical Branch* da Universidade do Texas (Banks, Vastyan, 1973; Banks, 1974). O *Journal of Medicine and Philosophy* foi lançado em 1976 (Mainetti, 1992).

Na década de 80, cursos de Ética foram oferecidos em mais de 80% das escolas médicas nos Estados Unidos (McElhinney, 1983; Hogg, 1989). Entre 70 e 80 sítios tinham programas baseados nas Humanidades (Laborde, 1984; Hogg, 1989), mas muitos poucos lidavam com o espectro total dessas disciplinas (Hogg, 1989). Em 1980, dados de um questionário retornado por 122 escolas médicas nos Estados Unidos mostraram 109 escolas listando 554 cursos, dos quais 411 em Ética e 143 em disciplinas como História, Direito, Literatura, Filosofia, Valores Humanos, Religião, Arte e Línguas, entre outras (Warren, 1984). Com a progressão da década, mais escolas adicionaram departamentos ou divisões de Humanidades, além de cursos compulsórios e opcionais (Hogg, 1989). A idéia de que os educadores médicos deveriam aprender a conviver com as Humanidades ganhou vulto (Acuña, 1985). Programas de pesquisa foram levados adiante com o apoio de agências públicas (Mainetti, 1985). Em 1983, o *American Board of Internal Medicine* requereu, como parte dos processos de credenciamento, que os programas de treinamento em Medicina Interna em nível de Pós-Graduação passassem a avaliar as qualidades humanísticas de seus residentes (Linn et al., 1987).

Há poucas informações sobre programas na América Latina, nessa década. No Chile, as Disciplinas Humanísticas tinham uma densidade curricular baixa. As Ciências Sócio-Médicas ou Comportamentais (como Psicologia e Sociologia) predominavam, às expensas de Ética ou História (Goic et al., 1985). Em uma pesquisa nacional que envolvia todas as nove escolas médicas chilenas, diretores de estudo, docentes e alunos selecionados ao acaso foram inquiridos sobre as Disciplinas Humanísticas e Psicossociais (conjuntamente chamadas de HPS – *humanistic and psycho-social subjects* – incluíam também Psiquiatria e Saúde Pública). O tempo médio curricular devotado às HPS era de 5.4% do tempo total. Somente duas escolas ensinavam Ética (Goic et al., 1985). Na Argentina, as Humanidades Médicas eram, de maneira mais ou menos sistemática, parte dos currículos da maioria das escolas médicas (Rancich, 1985).

Na década de 90, as Disciplinas Humanísticas tornaram-se componentes cada vez mais comuns dos currículos médicos (Barnard, 1994). A maioria das escolas norte-americanas incorporou as Humanidades aos seus currículos (Portugal-Alvarez, 1991), Bioética sendo a disciplina mais típica (Hook, 1996). Programas notáveis foram implementados na Faculdade de Medicina da Universidade de Illinois em Chicago, na Escola de Medicina e Odontologia da Universidade de Rochester, na Escola de Medicina de Ohio, na Universidade do Sul da Flórida, na Universidade do Tennessee e no Instituto para as Humanidades Médicas da Universidade do Texas em Galveston (Taylor, 1995).

No Brasil, as Humanidades estão pouco representadas nos currículos médicos, com exceção das disciplinas de Ética e Bioética (Troncon et al., 1998). A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em Ribeirão Preto sofreu uma reforma curricular em 1996, quando espaço curricular foi criado especificamente para as Humanidades Médicas, aqui entendidas como História e Filosofia (Troncon et al., 1998). Também a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em São Paulo disponibilizou disciplinas de cunho humanístico para seus alunos (Bases Humanísticas da Medicina e Sexualidade Humana, entre outras).

Entretanto, apesar desses progressos e esforços para a introdução das

Humanidades nos currículos médicos nos últimos 40 anos, os anos finais da década de 90 e os iniciais do século XXI não as têm encontrado integradas de fato aos currículos norte-americanos (Hook, 1996), espanhóis (Portugal-Alvarez, 1991; Altisent, 1994) e brasileiros (Troncon et al., 1998), para citar algumas experiências. Faltam-lhes as horas, os recursos e o suporte docente adequados (Hook, 1996) para competir com as disciplinas científicas. Nos currículos, a ênfase desproporcionada na biologia humana e nas ciências físicas continua sendo a regra, bem como a negligência às disciplinas que lidam com a condição humana (Hook, 1996; Troncon et al., 1998). A Educação Médica ainda é fortemente influenciada pelo desenvolvimento tecnológico e, mais freqüentemente do que não, deixa pouco tempo para o contato com o paciente, imerge alunos em detalhes opressivos sobre conhecimento especializado e tecnologia sofisticada (Troncon et al., 1998), faz fatos e números predominarem e prevalecerem (Hook, 1996), enfatiza a doença e a especialização ao nível de sistemas e partes corporais, ignora a importância da competência em comunicação inter-humana efetiva e despreza a vista ampla do ser humano em suas dimensões espirituais e comunitárias (Altisent, 1994). Professores médicos falham em estabelecer relações de tutoragem com seus alunos e tornam-se ineficientes em transmitir aspectos relacionados ao profissionalismo (Hook, 1996). De fato, o corpo docente e por extensão, o discente, tendem a conceber as Humanidades como supérfluas, apesar de todas as considerações em contrário.

Faz-se, portanto, necessária, uma revisão da pedagogia das Humanidades Médicas, tanto em termos de suas estratégias de implementação curricular (ou seja, como implementá-las mais eficientemente nos currículos), quanto em termos de sua estrutura (ou seja, seus objetivos, atividades instrucionais e de avaliação). Um projeto pedagógico genuíno e integrado (Troncon et al., 1998) passa a ser necessário e a criação de linhas de pesquisa em Educação Médica que contemplem as Humanidades e seu ensino/aprendizagem passa a ser altamente desejável, justificando a natureza e a existência desse projeto de doutorado.

1.4.3 A PEDAGOGIA DAS HUMANIDADES MÉDICAS

Há três estruturas pedagógicas canonicamente descritas para o ensino/aprendizagem das Humanidades Médicas, quais sejam, a Abordagem Clássica (*Classical Humanities Approach* ou *Cultural Transmission Approach*), a Abordagem do Desenvolvimento Afetivo (*Humanities Psychology Approach*, *Affective Developmental Approach* ou *Affective Approach*) e a Abordagem do Desenvolvimento Cognitivo (*Cognitive Developmental Approach*) (Self, 1988; 1993). Essas três abordagens partilham de semelhanças, mas constroem-se sobre pressuposições diferentes. Têm objetivos educacionais de naturezas diferentes e valem-se, portanto, de diferentes métodos instrucionais e de avaliação (Self, 1988).

A Abordagem Clássica foi implementada de maneira paradigmática na Universidade Estadual da Pensilvânia (*Hershey Medical School*), na Universidade do Texas (Ramo Médico em Galveston) e na Universidade de Georgetown (em Washington *D.C.*), mas há variações dessa abordagem em outras instituições (Self, 1988). Segundo ela, as Humanidades são ensinadas de maneira tradicional, da forma como seriam ensinadas em um curso específico, só que aplicadas ao campo da Medicina. Exemplos de tópicos são “Filosofia e Medicina”, “Literatura e Medicina” e “Direito e Medicina”, desenvolvidos com a ajuda de cursos, palestras, seminários e formatos instrucionais cognitivamente orientados. Objetivos educacionais inerentes às Disciplinas Humanísticas coexistem com objetivos de cunho mais geral, como os pertinentes à qualidade do pensamento e do raciocínio sobre assuntos morais e sociais, à integração de pensamento moral com ação, ao desincentivo à doutrinação e ao desenvolvimento de tolerância (Self, 1988). Essa abordagem enfatiza a transferência de valores de uma geração para a outra, de uma maneira centrada na profissão, não no estudante em si (Self, 1993).

A Abordagem do Desenvolvimento Afetivo foi implementada na Escola Médica da Virgínia, Universidade de Maryland e na Escola de Medicina Monte Sinai em Nova Iorque (Self, 1988). Tópicos abordados referem-se tipicamente à habilidade de gerenciamento de estresse, às habilidades de comunicação

interpessoal, à relação interprofissional, ao *burnout* profissional, à introspecção e ao desenvolvimento de autoconceito. Esses tópicos são abordados em formatos instrucionais de pequenos grupos, atividades de aprendizagem experiencial, *role-playing*, serviços de tutoragem e aconselhamento e atividades que desenvolvam coesão e convivência, como retiros, almoços e festas. Os objetivos educacionais gravitam ao redor do desenvolvimento de autoconhecimento, do encorajamento à introspecção nos julgamentos pessoais, profissionais e sociais, da manutenção do contato com os próprios sentimentos e da comunicação e relacionamento com os outros (Self, 1988; 1993). Essa abordagem tenta ensinar os alunos a cuidarem de si mesmos para poderem cuidar dos outros. É, portanto, centrada no aluno, mais do que na profissão e seus valores (Self, 1993).

A Abordagem do Desenvolvimento Cognitivo enfatiza o desenvolvimento de pensamento lógico e crítico, seja científico, seja moral, e a própria maturidade para pensar e raciocinar independentemente (Self, 1993). É centrada no aluno e tenta evitar ou questionar a conformidade cega à profissão.

A divisão e diferenciação dessas abordagens oferecem um arcabouço teórico interessante para a pedagogia das Humanidades, mas sua aplicação estrita é pouco prática. Como há uma superposição considerável entre essas abordagens (Self, 1988), uma idéia mais abrangente seria considerá-las extremos opostos de linhas de possibilidades pedagógicas, entre os quais estão compreendidas diversas combinações híbridas, compostas dos tantos aspectos listados em cada abordagem isoladamente.

Entretanto, dois pontos são notáveis nessas abordagens. Primeiramente, elas carregam a noção tyleriana (Tyler, 1956) de planejamento curricular. Em segundo lugar, repousam na dialética entre objetivos de natureza "cognitiva" (a primeira e a terceira abordagens) em oposição a outros de natureza "afetiva" (a segunda abordagem), à maneira da Taxonomia de Objetivos Educacionais (Bloom, 1956; Krathwohl et al., 1964; Harrow, 1972).

A concepção tyleriana de currículo prevê uma divisão modular em objetivos, instrução e avaliação, como partes constituintes e articuladas do todo. Os objetivos educacionais compreendem os próprios, seu planejamento e sua

enunciação. A instrução diz respeito às atividades de ensino/aprendizagem (seu planejamento e execução) às quais os alunos serão expostos, na esperança de que a aprendizagem se dê. A avaliação diz respeito à aferição do grau de sucesso da empreitada (Tyler, 1956). Ora, uma das preocupações básicas da filosofia tyleriana é justamente a integração dessas partes, ou seja, as atividades instrucionais e os procedimentos de avaliação são planejados e organizados a partir da definição e enunciação dos objetivos, pontos de partida para qualquer empreitada educacional. A geração e a seleção de objetivos adequados e relevantes tornam-se operacionalmente mais factíveis se esses objetivos forem passíveis de organização, ou seja, se puderem ser elencados e classificados conforme critérios vários (Davies, 1976). A definição desses critérios produz taxonomias de objetivos educacionais, com categorias e subcategorias onde objetivos podem ser classificados e sistematizados. A taxonomia classicamente utilizada na Educação, de maneira geral, e na Educação de Profissionais de Saúde, em específico, é a Taxonomia de Objetivos Educacionais (Bloom, 1956; Krathwohl et al., 1964; Harrow, 1972). Ela prevê, como se mostra abaixo, a categorização de objetivos nos domínios cognitivo, afetivo e psicomotor.

Assim, a pedagogia das Humanidades Médicas (conforme descrita pelas Abordagens Clássica, de Desenvolvimento Afetivo e de Desenvolvimento Cognitivo) repousa sobre uma filosofia tyleriana de currículo, partindo da enunciação de objetivos educacionais, cuja organização é fundamentada pela Taxonomia de Objetivos Educacionais (e seus domínios cognitivo, afetivo e psicomotor).

Ora, se o produto da Educação de Profissionais de Saúde deve ser um profissional dotado dos traços humanísticos (listados na seção 1.2.1) e a pedagogia dessa Educação repousa tylerianamente sobre a enunciação de objetivos educacionais, é lícito entender que os objetivos educacionais das Humanidades Médicas devam referir-se justamente a esses traços humanísticos desejados e sua aquisição ou desenvolvimento. Se o arcabouço clássico para essa empreitada divide os objetivos em três domínios (cognitivo, afetivo e psicomotor), essa taxonomia deve dar conta, enquanto arcabouço, de todos esses

traços humanísticos. É nossa hipótese que a Taxonomia de Objetivos Educacionais clássica dá conta de muitos desses traços humanísticos, mas aparentemente deixa de fora muitos outros também relevantes.

Assim, nesse momento, essa discussão deve aprofundar-se nessa taxonomia, procurando descrevê-la, o que se faz na próxima seção. Paralelamente, levantaram-se, na literatura da Educação de Profissionais de Saúde, objetivos educacionais das Humanidades Médicas. Esses objetivos são relatados abaixo, enunciados sem a preocupação de operacionalizá-los em termos de comportamentos observáveis e expressos em termos do que o aluno deverá conseguir alcançar com a ajuda das Humanidades Médicas. Esse levantamento não visa a ser definitivo ou exaustivo, apenas ilustrativo. A seguir, estes objetivos foram alocados a uma das categorias e subcategorias da Taxonomia Clássica. Com isso, pretende-se mostrar que a Taxonomia clássica dá conta de muitos dos objetivos relacionados aos traços humanísticos descritos na seção 1.2.1, mas não de todos.

A seguir, procuraram-se outras taxonomias na literatura da Educação de Profissionais de Saúde, que pudessem servir de alternativa para a Taxonomia clássica, no sentido de servir de arcabouço para esses objetivos não contemplados. Assim, levantaram-se objetivos que pudessem ser expressos em termos das categorias dessas taxonomias alternativas. Com isso, procura-se mostrar que o uso de outras taxonomias pode ampliar o arcabouço organizacional de objetivos, objetivos estes necessários, numa concepção tyleriana de educação, para dar conta dos traços humanísticos desejados, descritos acima na seção 1.2.1.

1.4.3.1 A TAXONOMIA DE OBJETIVOS EDUCACIONAIS E SUA APLICAÇÃO À PEDAGOGIA DAS HUMANIDADES MÉDICAS

A Taxonomia de Objetivos Educacionais proporcionou um arcabouço teórico através do qual objetivos educacionais de qualquer programa passaram a ser passíveis de organização em três domínios principais, quais sejam, o Domínio

Cognitivo (Bloom, 1956), o Domínio Afetivo (Krathwohl et al., 1964) e o Domínio Psicomotor (Harrow, 1972). Cada um desses domínios é subdividido em categorias e subcategorias, de modo que o conjunto constitui-se num *continuum* hierárquico que se organiza dos comportamentos menos para os mais complexos (Davies, 1976; Parks, 1994). Como se disse, esse arcabouço teórico clássico é amplamente usado em planejamento curricular e freqüentemente usado no contexto da Educação de Profissionais de Saúde (Tapajós, 1998). Sua aplicação para ao ensino/aprendizagem das Humanidades Médicas parece, então, uma consequência natural: os programas devem conter objetivos variados que digam respeito a qualidades "atitudinais, cognitivas e comportamentais" esperadas nos produtos da educação (Arnold et al., 1987).

1.4.3.1.1 O DOMÍNIO COGNITIVO

O Domínio Cognitivo (Bloom, 1956) compreende seis categorias, listadas das menos para as mais complexas (Bloom, 1956; Bloom et al., 1971; Davies, 1976; Parks, 1994; Tapajós, 1998):

- 1) Conhecimento: visto como um produto, o Conhecimento envolve rememoração de informação, dados, seqüências, convenções e classificações;
- 2) Compreensão: essa categoria envolve alguma forma de entendimento e abrange atividades intelectuais como tradução, extrapolação e interpretação;
- 3) Aplicação: envolve o uso criativo de princípios e generalizações em situações novas;
- 4) Análise: aqui quebra-se o todo em suas partes componentes, de modo a que se evidenciem elementos, relações e princípios organizadores;
- 5) Síntese: a produção de um todo coerente, original, único e criativo; e
- 6) Avaliação: referindo-se a um julgamento de valor segundo critérios.

Objetivos que operam nas categorias intelectualmente mais complexas (como Síntese e Avaliação) tendem a ser preferíveis àqueles que elicitam comportamentos de hierarquia mais baixa (como o mero conhecimento de um fato). Na intersecção das Humanidades com a Educação Médica, essa tendência mantém-se, senão intensifica-se, com toda a ênfase na necessidade de oferecer oportunidades de ensino/aprendizagem em que o aluno se habitue a pensar “criticamente”, emitindo juízos e opiniões fundamentadas, em oposição a repetir pensamentos prontos e freqüentemente alheios.

Com a ajuda das Humanidades, os alunos das Profissões de Saúde podem, em termos de cognição frouxamente definida, exercitar “pensamento crítico” (Saunders, 1982; Shelton, 1982; Almagro, 1984; Barnard, 1994; Hook, 1996); desenvolver uma mente inquisidora (Bruderle, Valiga, 1994) e disciplinada (Kahn, 1988); exercitar reflexão (Engelhardt, 1985; Bruderle, Valiga, 1994; Hook, 1996) de uma maneira sistemática (Malacrida et al., 1998) e sofisticada (Shelton, 1982) e contrapor o pensamento reflexivo (reflexão cuidadosa) ao pensamento por reflexo (padronizado e elicitado) (Hogg, 1989).

Em termos de cognição definida de maneira humanística, os alunos poderão adquirir conhecimento que “liberta a mente” (Pellegrino, 1984; Engelhardt, 1985) da ignorância, do preconceito, da dependência intelectual e da procura unilateral pelo que é científico (Bruderle, Valiga, 1994), que libera potenciais (Bruderle, Valiga, 1994) e imaginação (Irrizary-Castro, 1993), que os libera de suas pressuposições inabaláveis (Zaner, 1974) e os desperta do “estupor” (Bruderle, Valiga, 1994).

Em termos de comportamentos de hierarquia mais baixa (conhecimento, compreensão e aplicação), os alunos poderão produzir interpretações únicas de eventos e situações (Bruderle, Valiga, 1994); expressar argumentos claramente (Saunders, 1982); separar fatos de opiniões (Kahn, 1988); reconhecer e seguir métodos (Rancich, 1985); desenvolver novos *insights* em solução de problemas (Bruderle, Valiga, 1994); ser capazes de questionar pressupostos (Saunders, 1982) e ser capazes de explanação, ilustração e argumentação (Shelton, 1982).

Em termos de comportamentos de hierarquia superior (análise, síntese e

juízo), os alunos poderão desenvolver pensamento analítico (Banks, Vastyan, 1973; Shelton, 1982; Mosley, 1989; Levine, 1995); estabelecer ligações entre conhecimentos correlatos (Almagro, 1984); elaborar sínteses (Bruderle, Valiga, 1994); desenvolver um conjunto de habilidades que melhorem a tomada de decisão (Banks, Vastyan, 1973; Banks, 1974; Nelson, 1981; Bruderle, Valiga, 1994), tais como senso de escolha, entendimento do contexto da decisão (Bruderle, Valiga, 1994), clareza em termos de valores envolvidos (Banks, Vastyan, 1973) e uma lista ampla e ponderada de alternativas (Hogg, 1989; Bruderle, Valiga, 1994).

Com a ajuda das Humanidades os alunos poderão ainda trabalhar com formas não científicas de cognição e inteligência. Poderão examinar padrões alternativos de pensamento (Mosley, 1989), ampliar suas formas de conhecer o objeto do conhecimento (Irrizary-Castro, 1993); expandir a própria consciência (Parkin, 1987) e a própria imaginação (Pellegrino, 1984; Bruderle, Valiga, 1994); pensar metaforicamente (Parkin, 1987); reconhecer a legitimidade do pensamento intuitivo (Bruderle, Valiga, 1994); valer-se do conhecimento gerado pela experiência (conhecimento experiencial) (Rancich, 1985) e pela experiência vicariante (Pellegrino, 1984), além de compreender tempo, processo e mudança através da conexão com o passado (Bruderle, Valiga, 1994).

1.4.3.1.2 O DOMÍNIO AFETIVO

O Domínio Afetivo (Krathwohl et al., 1964) consiste das seguintes cinco categorias, citadas da menos para a mais complexa (Bloom, 1971; Davies, 1976; Parks, 1994; Schoenly, 1994; Tapajós, 1998):

- 1) Recepção: esse nível, onde o estudante concorda em tomar parte da atividade, envolve consciência, atenção controlada e disposição/disponibilidade de recepção, o que significa que o aluno não vai evitar a experiência ou que vai tolerá-la;
- 2) Resposta: nesse nível, há ao menos a aquiescência para responder ao

estímulo. Subcategorias mais avançadas envolvem disposição para e até mesmo satisfação em responder;

- 3) Valoração: refere-se a aceitar um valor como próprio, mostrar preferência por um valor ou mesmo compromisso em relação a ele, de forma que haja entusiasmo pessoal e motivação envolvidos;
- 4) Organização: frente à confrontação ou coexistência de valores ou atitudes, emerge um conjunto ou subsistema de valores que pode ser aplicado consistentemente pelo aluno;
- 5) Caracterização: o conjunto organizado de valores passa a caracterizar a singularidade do aluno enquanto pessoa dotada de uma filosofia de vida e uma personalidade.

O Domínio Afetivo lida, então, com atitudes e valores, e quão meticulosamente os alunos conseguem introjetá-los e tomar decisões baseados neles. Esse domínio é, assim, um arcabouço extremamente útil e adequado para apoiar objetivos nas Humanidades Médicas (Schoenly, 1994), já que essas disciplinas tratam centralmente de questões valorativas e atitudinais. À guisa de ilustração, citam-se a seguir alguns objetivos pertinentes ao Domínio Afetivo que foram compilados na literatura de Educação de Profissionais de Saúde.

Em termos de objetivos referentes à recepção, presença e atenção, com a ajuda das Humanidades, os alunos poderão ser profissional e pessoalmente (Shelton, 1982) expostos a novas idéias e perspectivas (Hunter, 1987); a novas áreas de conhecimento (Bruderle, Valiga, 1994); aos mistérios e ao desconhecido (Bruderle, Valiga, 1994); a imagens da realidade; às possibilidades do comportamento humano, à empreitada humana (Oglov, 1977; Almagro, 1984; Engelhardt, 1985; Bruderle, Valiga, 1994) e às respostas dos seres humanos a uma variedade de experiências como doença (Barnard, 1994; Darbyshire, 1994), dor (Shelton, 1982; Darbyshire, 1994), sofrimento (Shelton, 1982; Engelhardt, 1985; Darbyshire, 1994), depressão, apatia, desespero (Shelton, 1982), tristeza (Shelton, 1982), medo (Engelhardt, 1985), morte (Darbyshire, 1994), cura (Darbyshire, 1994), limitação física (Darbyshire, 1994), abandono, solidão,

ansiedade (Moore, 1977), crises de vida (Clouser, 1977;1990), desenvolvimento (Clouser, 1977; 1990), relacionamentos significativos (Clouser, 1977; 1990), trabalho hospitalar, escolha de especialidade, relacionamento com pares, sexualidade, aborto, doenças terminais, eutanásia, suicídio, relação médico-paciente e relação aluno-professor (Kaufman, 1993).

Em termos de responsividade, participação e expressão, os alunos poderão verbalizar crenças e falar o que pensam de maneira “vociferante ou hesitante” (Taylor, 1995); expressar idéias originais e pontos de vista pessoais (Hogg, 1989, Bruderle, Valiga, 1994); discutir questões difíceis relacionadas à Medicina (Hogg, 1989; Taylor, 1995); sensibilizar-se e tornar-se mais responsivos às nuances do comportamento humano que ainda são pouco passíveis de descrição científica (Nelson, 1981) e responder à dimensão pessoal e psicossocial dos problemas alheios (Ratanakul, 1977).

Em termos das categorias de hierarquia mais alta (valoração, organização e caracterização), os alunos poderão perceber, explorar e desenvolver valores. Assim, com a ajuda das Humanidades, eles poderão explorar (McElhinney, 1983), detectar, reconhecer (Ratanakul, 1977), avaliar (Ratanakul, 1977), entender (Rancich, 1985) e lançar luz sobre (Rancich, 1985; Mosley, 1989) valores, assuntos carregados de valores e conflitos de valores dentro e em torno da Medicina (Barnard, 1994). Poderão enfrentar considerações sobre significância moral, cultural e espiritual (Clouser, 1971; Ratanakul, 1977); desenvolver valores pessoais enraizados e duradouros (Ratanakul, 1977; Bruderle, Valiga, 1994); confrontar e desenvolver consciência (Clouser, 1977; Siegel, Siegel, 1977), elucidar crenças pessoais e valores que guiam as ações das pessoas (Banks, Vastyan, 1973; Siegel, Siegel, 1977; Bruderle, Valiga, 1994; Hook, 1996); aceitar e integrar valores e comportamentos diferentes e alheios dentro de si mesmo (Siegel, Siegel, 1977) e perceber as lacunas existentes entre os próprios valores pessoais e os de outras pessoas (Hook, 1996).

O Domínio Afetivo lida com valores, atitudes e valorações, que se requer que o médico internalize. Muitas vezes na literatura, esses valores são expressos como “qualidades da mente”, ou traços desejáveis no médico. O profissional

deverá, então, não só desenvolver esses traços, como também agir conforme eles. Citam-se, sem a tentativa de abrangê-los todos, a criatividade, a flexibilidade, o não-dogmatismo, a tolerância, a percepção de pluralidade, a empatia, a percepção de alteridade, a propensão para a interdisciplinaridade e cooperação, a responsabilidade, a complacência para a incerteza, e o posicionamento humanista como valor central.

Assim, com o auxílio das Humanidades, os alunos poderão desenvolver (Rancich, 1985; Kahn, 1988; Bruderle, Valiga, 1994) e entender o próprio potencial criativo (Neidle, 1980). Exercitarão a flexibilidade de perspectiva (Clouser, 1971; Barnard, 1994), entendendo que há diferentes pontos de vista, procurando-os e examinando questões sob essas diferentes perspectivas (Kahn, 1988; Hogg, 1989; Hook, 1996). Desenvolverão uma postura mental flexível e aberta para a inovação (Altisent, 1994) e a crítica (Zaner, 1974). Contrapor-se-ão ao dogmatismo (Clouser, 1971; Zaner, 1974, Irrizary-Castro, 1993; Barnard, 1994; Hook, 1996). Terão percepção de alteridade (de que há outros) e serão capazes de separar seus valores e experiências daqueles dos outros (Siegel, Siegel, 1977), preservando os valores alheios e promovendo a própria individualidade (Bruderle, Valiga, 1994). Reconhecerão a pluralidade das pessoas (Banks, Vastyan, 1973), apreciarão a face multifacetada do mundo (Bruderle, Valiga, 1994), mostrarão tolerância (Banks, Vastyan, 1973; Nelson, 1981; Bruderle, Valiga, 1994), apreciarão e gerenciarão a diversidade (Bruderle, Valiga, 1994). Empatizarão com os problemas dos pacientes (Shelton, 1982; Kahn, 1988; Freeman, 1992; Barnard, 1994; Bruderle, Valiga, 1994; Sweeney, 1998), empatia sendo equivalente ao “colocar-se nos sapatos alheios” ou compreender racional e afetivamente “o que o outro está experimentando” (Hook, 1996). Reconhecerão que a incerteza é parte do processo de tomada de decisões (Nelson, 1981) e lidarão com incerteza e ambigüidade (Banks, Vastyan, 1973; Bruderle, Valiga, 1994). Apreciarão e fomentarão interdisciplinaridade e cooperação (Altisent, 1994; Bruderle, Valiga, 1994) e desenvolverão bons relacionamentos profissionais com as outras pessoas do grupo de cuidadores (Clouser, 1971).

Poderão também, com a ajuda das Humanidades, organizar-se conforme

um conjunto de valores humanistas centrais que defendem a centralidade do ser humano e resgatam a humanidade do próprio médico. Assim, ganharão conhecimento sobre a humanidade e os seres humanos (Caplan, 1985; Portugal-Alvarez, 1991; Altisent, 1994), sua centralidade na Medicina (Mosley, 1989), seus problemas enquanto pacientes (Ratanakul, 1977), suas experiências de vida (Bruderle, Valiga, 1994), o significado de suas tentativas e empreitadas (Bruderle, Valiga, 1994), seus valores (Ratanakul, 1977), sua dignidade (Parkin, 1987), seu entendimento de si próprios em termos históricos, culturais e estéticos (Bruderle, Valiga, 1994). Observarão o binômio saúde/doença com uma perspectiva mais alargada do que o ponto de vista estritamente biomédico (Caplan, 1985), desenvolvendo um entendimento representativo da “dimensão imaginativa e factual” da condição humana na saúde e na doença (Banks, 1974; Saunders, 1982), reestruturando radicalmente o que entendem por doença (Baron, 1985) e concebendo-a como aquilo que o paciente vive ou experimenta.

Enquanto cuidadores, com a ajuda das Humanidades, os alunos poderão aumentar o sentido de pertencimento à raça humana (Ratanakul, 1977; Almagro, 1984). Perceberão o valor intrínseco das próprias vidas (Parkin, 1987), serão capazes de fazer escolhas sobre ser mais humanizado (Fox, 1975; Hogg, 1989; Neidle, 1980) e estarão conscientes da humanidade compartilhada com seus pacientes (Bruderle, Valiga, 1994).

Educação de valores é reconhecidamente uma necessidade, não um luxo (Berry, Drummond, 1970), na educação de profissionais de saúde (McElhinney, 1983). A Educação Médica deve almejar transmitir valores humanísticos (Troncon et al., 1998) e atitudes (Morse et al., 1992) e a habilitar estudantes a usá-los em necessidades profissionais e sociais, para exercer cidadania (Pierce, 1984). Entretanto, apesar de central no ensino da Medicina, o Domínio Afetivo tende a ser ignorado por educadores, mais freqüentemente do que não (Schoenly, 1994), parcialmente por causa das dificuldades técnicas de enunciar objetivos afetivos e em planejar e executar procedimentos de ensino/aprendizagem apropriados para a sua instrução (Schoenly, 1994).

1.4.3.1.3 O DOMÍNIO PSICOMOTOR

O Domínio Psicomotor foi sistematizado por Anita Harrow em 1972 (Harrow, 1972, Davies, 1976). Contém seis categorias, das quais as duas primeiras não permitem a enunciação sensata de objetivos universitários, na medida em que lidam com atos fisiológicos fundamentais do sistema motor humano. As categorias são (Harrow, 1972):

- 1) Movimentos Reflexos;
- 2) Movimentos Fundamentais Básicos;
- 3) Habilidades Perceptivas: abrangem as habilidades de coordenar percepções e movimentos e discriminar percepções, por exemplo, visuais e auditivas;
- 4) Habilidades Físicas: referem-se a conquistas físicas básicas como velocidade, persistência, *endurance*;
- 5) Movimentos de Habilidade: envolve uma sucessão de movimentos que precisa ser levada a cabo com precisão, seqüenciamento e melodia cinética, como valsar, esgrimar, patinar, tocar piano, ou na área médica, operar, suturar ou locar um catéter;
- 6) Comunicação Não-Discursiva: a seqüência de movimentos adquire a capacidade de comunicação, como pintar, interpretar uma música ao piano ou dançar uma coreografia.

Os objetivos psicomotores são muito freqüentes nas profissões de saúde, mas o uso do Domínio Psicomotor como arcabouço teórico é raro. Na Medicina, exige-se que os alunos discriminem sons cardíacos (categoria 3), ouçam os ruídos inspiratórios e coordenem essa percepção com um movimento dirigido para locar um tubo endotraqueal (categoria 3), estimem a quantificação da freqüência cardíaca de um recém-nascido para aferir um Apgar (categoria 3), reduzam uma luxação de ombro com a força requerida (categoria 4), façam um exame físico sistematizado num recém-nato em tempo preciso (categoria 4), façam uma

punção liquórica (categoria 5), colham uma gasometria arterial, loquem um cateter de Swan-Ganz ou façam um parto vaginal (todos categoria 5).

As Humanidades Médicas carregam o potencial de permitir objetivos que facilitem a percepção visual e auditiva (ao trabalhar com um quadro ou uma música como materiais instrucionais), e incentivem a comunicação não-discursiva (através da linguagem corporal, facial ou de sinais). Talvez o exemplo de mais fácil apreensão esteja dentro do campo da Odontologia, que requisita a Escultura, enquanto disciplina humanística, para ajudar seus alunos a cumprir objetivos psicomotores no campo mesmo que se chama escultura do elemento dental, base para todo o trabalho de restauração e prótese da dentística. A Música também encoraja a discriminação auditiva psicomotora de sons e de seu significado, contribuindo para atividades médicas como a ausculta (Sole, 1987).

1.4.3.2 OUTRAS TAXONOMIAS DE OBJETIVOS EDUCACIONAIS E SUA APLICAÇÃO À PEDAGOGIA DAS HUMANIDADES MÉDICAS

A lista dos traços humanísticos que o médico deve exibir para ser considerado um bom profissional no Modelo Humanista foi citada acima e é extensa. Envolve muitos traços que podem ser contemplados pela Taxonomia de Objetivos Educacionais em algum de seus Domínios. Por exemplo, aqueles traços relacionados aos processos do pensar, envolvendo pensamento mais crítico e reflexivo, são passíveis de serem enunciados como objetivos educacionais dentro do Domínio Cognitivo. Os traços que envolvem valores e atitudes e sua percepção nos outros seres e nas sociedades são passíveis de serem expressos como objetivos no Domínio Afetivo. Isto confirma a utilidade desse sistema taxonômico para o planejamento educacional na área das Humanidades Médicas. Isto não se constitui uma inovação, na medida em que o uso da Taxonomia de Objetivos Educacionais é clássico em Educação e praxe em Educação Médica.

Entretanto, o uso dessa taxonomia, apesar de costumeiro, deixa marginalizados alguns aspectos do conhecimento humano que são cruciais para as Humanidades. De fato, alguns dos traços humanísticos necessários ao bom

profissional e compilados acima têm inserção difícil no esqueleto dessa taxonomia. Onde exatamente colocar os objetivos que se referem ao autoconhecimento e individuação, ao reconhecimento dos próprios sentimentos e às habilidades de comunicação interpessoal?

Passa a ser, portanto, desejável, que se procurem e utilizem outras sistemáticas taxonômicas que dêem conta, total ou parcialmente, da diversidade de objetivos educacionais que passaram a ser necessários, no Modelo Humanista, para se formar um bom profissional. Essas taxonomias existem e algumas já foram compiladas no contexto da Educação Médica (Tapajós, 1998; 2003). Entretanto, é no contexto da Educação de Enfermagem que elas aparecem aplicadas de maneira mais sistematizada, especificamente no caso dos Campos de Significado de Phenix (Infante, 1975; Mohr, 1995; Lafferty, 1997) e das Competências (Morse et al., 1992).

Ainda que relativamente estranho ao planejamento dos currículos médicos, o uso dessas taxonomias, integradas à prática educacional, pode constituir um primeiro passo criativo para o “projeto pedagógico genuíno e integrado” (Troncon et al., 1998) que se fez necessário para resolver a questão da formação de bons profissionais, isto é, médicos humanizados.

1.4.3.2.1 A TAXONOMIA DE PHENIX: CAMPOS DE SIGNIFICADO

Os Campos de Significado (*Realms of Meaning*) (Phenix, 1964) são uma maneira menos prevalente de sistematizar objetivos. Ainda assim, eles têm-se aplicado em currículos escolares gerais (Davies, 1976), currículos de Educação Médica (Tapajós, 1998) e de Educação de Enfermagem (Infante, 1975), sempre correlacionando-se, desde a sua criação, a uma formação generalista.

Phenix (1961) baseia seus conceitos de Educação nos valores humanos e na sua transformação. Educação é uma “empreitada moral” (Phenix, 1961, p.4) – o termo “moral” referindo-se a uma “conduta proposital baseada na consideração de valores” – cuja meta é a de transformar as pessoas em direção a um bem comum, e cujo racional prevê valores merecedores de “devoção” (Phenix, 1961,

p.28). Recomenda que as escolhas curriculares sejam baseadas nas exigências impostas pelo desenvolvimento da civilização moderna e que o reconhecimento de valores seja um princípio curricular. Esse posicionamento educacional é bastante compatível, senão mesmo desejável, às Humanidades Médicas e o uso desse sistema taxonômico deve ser incentivado pelas suas potencialidades.

Tendo desenvolvido um sistema coerente de idéias através do qual todas as partes diferentes de um currículo podem ser identificadas (Davies, 1976), Phenix (1964) propôs seis áreas básicas de conhecimento e significado, derivadas da experiência humana, sob as quais os objetivos podem ser alocados. Chamou a essas áreas de Campos de Significado, que são os seguintes:

- 1) Campo Simbólico (*Symbolics*): ocupa-se em expressar e comunicar significado. Compreende as linguagens, inclusive a matemática e a comunicação não discursiva (linguagem corporal, costumes e ritos);
- 2) Campo Empírico (*Empirics*): envolve a lógica da ciência e da generalização (Infante, 1975), utilizando-se da descrição, observação e experimentação. As Ciências Físicas e Naturais podem ser incluídas aqui, bem como as Ciências Humanas e Sociais;
- 3) Campo Estético (*Aesthetics*): envolve a significação não generalizável, mas singular. Cada experiência pode ser única e incomparável, como no caso das Artes de maneira geral;
- 4) Campo Sinoético (*Synnoetics*): é associado ao conhecimento pessoal e tácito de si mesmo, dos outros e das coisas. Envolve fatos singulares, *insight*, introspecção e conscientização. O conhecimento nesse campo não é imparcial e objetivo, mas subjetivo e comprometido;
- 5) Campo Ético (*Ethics*): envolve conhecimento moral e conduta pessoal baseada em decisões livres, responsáveis e deliberadas;
- 6) Campo Sinóptico (*Synoptics*): compreende significados inclusivos e integrados e combina conhecimentos empíricos, estéticos e sinoéticos para dar conta da experiência humana. Abrange a História, a Religião e a Filosofia.

Não há uma hierarquia óbvia nesses campos. Entretanto, uma seqüência ordenada parece existir do Campo Simbólico ao Sinóptico (Infante, 1975; Davies, 1976). Um currículo que visa a uma Educação Generalista deve ofertar objetivos em todos os Campos (Davies, 1976). A inclusão de cada um dos Campos nos currículos de profissionais de saúde facilita a inclusão de todo um espectro de Educação Generalista (Infante, 1975). No campo da Educação de Enfermagem, esse conceito é duplamente citado na literatura: o profissional de enfermagem competente deverá exibir habilidades e conhecimentos em quatro campos de conhecimento: empírico (refletindo a ciência da enfermagem), estético (refletindo a arte da enfermagem), pessoal (refletindo o autoconhecimento) e moral (englobando conhecimentos de natureza ética) (Mohr, 1995; Lafferty, 1997).

Objetivos educacionais compilados na literatura e pertinentes aos Campos de Significado de Phenix são citados a seguir, como ilustração. Tradicionalmente, os objetivos no Campo Ético têm representação abundante nos currículos. Por sua extensão e prevalência, fogem do escopo deste levantamento. Por hora, basta sumarizar que lidam com as decisões informadas, esclarecidas e livres, enfim, com questões morais (Ratanakul, 1977; Parkin, 1987), inclusas a pesquisa biomédica e a relação médico-paciente (Barnard, 1994).

Em termos do Campo Estético, os alunos poderão, com a ajuda das Humanidades, lidar com significados singulares, particulares, não científicos e subjetivos do fenômeno humano; exercer atividades contemplativas (Dunea, 1966); encontrar representações estéticas e simbólicas (Shelton, 1982); iniciar-se nos domínios artístico e estético sem querer ser artista ou poeta (Bruderle, Valiga, 1994).

É no Campo Sinoético que se concentram muitos objetivos educacionais. Com a ajuda das Humanidades os alunos poderão, fomentar autoconhecimento e auto-entendimento (Bates, 1971; Reynolds, Carson, 1976; McElhinney, 1983; Engelhardt, 1985; Bench, 1989; Barnard, 1994; Bruderle, Valiga, 1994); auto-escrutínio (Taylor, 1995) e introspecção (Levine, 1995; Sweeney, 1998). Poderão direcionar sua atenção não só ao paciente, mas também a si mesmos (Bates,

1971). Poderão tentar manter-se em “escala” ou “medida” adequada, evitando pretensão, arrogância, ganância e desmesura (Kahn, 1988).

Em termos de crescimento pessoal, individuação, satisfação e bem-estar pessoal, com a ajuda das Humanidades os alunos deverão ser capazes de fomentar crescimento pessoal (Clouser, 1971); usar oportunidades de amadurecer (Banks, Vastyan, 1973); ter mais *background* para a resolução de conflitos pessoais (Bruderle, Valiga, 1994); tentar ser alguém bom (Rancich, 1985); viver vidas enriquecidas e mais plenas (Kempner, 1974; Ratanakul, 1977; Nelson, 1981; Almagro, 1984; Shumacher, 1984); perceber o valor da própria vida (Parkin, 1987); desenvolver uma atitude saudável de mente (Dunea, 1966); restaurar um senso de equilíbrio (Neidle, 1980); separar seus valores e experiências daqueles dos outros (Siegel, Siegel, 1977); promover individualidade (Bruderle, Valiga, 1994); entender o próprio processo de transição de aluno para profissional (McElhinney, 1983) e examinar e aprender com as próprias reações ao trabalho, aos colegas, aos pacientes e suas famílias (Taylor, 1995).

Ainda no Campo Sinoético estão os objetivos relacionados à vocação e à construção de uma carreira plena e satisfatória. Os alunos deverão ser capazes de derivar gratificação pessoal da profissão (Kahn, 1988); de preparar-se para a própria carreira (Wald, 1978); de entender as diferenças entre uma carreira e uma sucessão de empregos, uma carreira e uma fonte geradora de provimentos e uma carreira e profissionalismo (Pierce, 1984); de discutir sucesso não só em termos de sucesso pessoal, mas em termos da extensão do cumprimento de metas profissionais (Pierce, 1984); de fazer escolhas de carreira (Pierce, 1984) e especialização e de aumentar a qualidade de vida (Neidle, 1980).

1.4.3.2.2 A TAXONOMIA DE MORSE ET AL (1992): COMPETÊNCIAS

Uma forma de conceber objetivos em programas educacionais é delinear os resultados esperados da preparação profissional em termos de competências (Morse et al., 1992). Esse arcabouço teórico deriva de um modelo conceitual desenvolvido para o estudo da preparação profissional. Há duas categorias de

resultados profissionais esperados, quais sejam, Competências Profissionais Específicas e Competências Adicionais. As primeiras lidam com o entendimento conceitual e padrões de performance técnica necessários à profissão, enquanto as últimas referem-se a outras habilidades igualmente necessárias para atingir a competência técnico-profissional.

Essas Competências podem ser subdivididas ainda mais, para oferecer um arcabouço para a identificação, classificação e análise de produtos educacionais desejados (Morse et al., 1992).

1.4.3.2.2.1 Competências Profissionais Específicas

- 1) Competência Conceitual: em termos do entendimento das fundações teóricas da profissão;
- 2) Competência Técnica: em termos da execução das tarefas profissionais requeridas;
- 3) Competência Integrativa: em termos do amalgamento entre teoria e habilidades técnicas na prática real;
- 4) Disponibilidade para o mercado (*Career Marketability*): em termos de tornar-se disponível para o mercado (*marketable*), como resultado da educação e treinamento adquiridos;

1.4.3.2.2.2 Competências Adicionais

- 1) Competência Comunicacional: em termos do uso efetivo da comunicação escrita e verbal;
- 2) Pensamento Crítico: em termos do exame racional, lógico e coerente dos assuntos;
- 3) Competência Contextual: em termos do reconhecimento do contexto ambiental e social nos quais a profissão é praticada;
- 4) Sensibilidade Estética: em termos da consciência das artes e do comportamento humano, para fins de enriquecimento pessoal e

- aplicação na melhoria da profissão;
- 5) Identidade Profissional: em termos da preocupação com a melhoria do conhecimento, habilidades e valores da profissão;
 - 6) Ética Profissional: em termos do entendimento e aceitação da Ética da profissão como padrão que guarda o comportamento profissional;
 - 7) Competência Adaptativa: habilidade de antecipar, adaptar-se a e/ou promover mudanças importantes para a profissão;
 - 8) Capacidade de Liderança: em termos da contribuição como membro produtivo da profissão, além da capacidade de assumir papéis de liderança conforme apropriados para a profissão e a sociedade;
 - 9) Preocupação Acadêmica com Melhoria: em termos do reconhecimento da necessidade de produzir conhecimento na profissão através de pesquisa;
 - 10) Motivação para Aprendizagem Continuada (*Lifelong Learning Competence*): em termos do desejo de continuar atualizando conhecimentos e habilidades.

Esse arcabouço pode ser útil para guiar a avaliação de resultados educacionais, planejamento de currículo, pesquisa em Educação de Profissões de Saúde e facilitação de conexões curriculares dentro das profissões e entre elas (Morse et al., 1992).

Objetivos nos campos da Competência Conceitual, Competência Técnica e Pensamento Crítico são geralmente mapeados dentro dos Domínios Cognitivo e Psicomotor. Objetivos na Competência Integrativa tendem a ser mais interessantes, já que prevêm a transposição da teoria à prática, ou a aplicação dos conceitos e pensamentos teóricos (entenda-se científicos) da Medicina à prática médica, ou ao fenômeno humano singular que é o objeto desta prática. As Humanidades ajudariam justamente na integração entre a “ciência” e a “arte” do cuidado de saúde (Neidle, 1980; Shelton, 1982; Laborde, 1984; Parkin, 1987; Bruderle, Valiga, 1994).

Objetivos no campo da Disponibilidade para o mercado (*Career*

Marketability) assumem o formato: “no final do curso, o aluno deverá estar de posse deste ou daquele traço necessário para estar mais disponível para o mercado (*marketability*)”. O próprio pressuposto com que se trabalhou nesse capítulo é de que o profissional desejado pelo mercado, após a mudança para o paradigma humanista, é detentor de traços técnicos de excelência, mas também de traços humanísticos. Esses traços são aqueles que as Humanidades ensejam.

Com a ajuda das Humanidades, os alunos poderão cumprir objetivos importantíssimos no campo da Competência Comunicacional. Poderão exercitar sua capacidade de comunicar (Shelton, 1982); de entender os desejos pobremente verbalizados de pacientes (Nelson, 1981) e de comunicar socialmente com outros (Bruderle, Valiga, 1994; Hook, 1996). Poderão desenvolver sensibilidades a “signos obscuros, oblíquos ou não verificáveis” (Mosley, 1989) e estabelecer comunicação ótima entre profissional e paciente (Malacrida et al., 1998).

Ainda com a ajuda das Humanidades, os alunos poderão cumprir objetivos no campo da Competência Contextual, lidando com *insights* na sociedade e seu funcionamento em termos gerais e em termos da profissão médica. Poderão exercitar formas de lidar com problemas sociais gerais (Kempner, 1974; Ratanakul, 1977); ganhar conhecimento da sociedade (Ratanakul, 1977); examinar o lugar do indivíduo na sociedade (Bruderle, Valiga, 1994); mostrar uma atitude reflexiva sobre assuntos sociais cruciais (Shelton, 1982); entender o sentido de mudança na sociedade presente e futura (Malacrida et al., 1998); examinar como as idéias e ideais da nossa civilização são usados como base para o entendimento de outras culturas (Bruderle, Valiga, 1994); aumentar a própria consciência social (Bruderle, Valiga, 1994); delinear os valores compartilhados que unem as pessoas enquanto sociedade (Bruderle and Valiga, 1994); examinar o contexto social das doenças, da cura (Barnard, 1994) e do cuidado de saúde (Banks, 1974); locar os eventos da Medicina num contexto cultural e humano mais amplos (Gogel, Terry, 1987); e estar ciente da Universidade e seus problemas (Dunea, 1966).

No campo da Identidade Profissional, os alunos poderão, com a ajuda das

Humanidades, examinar seu próprio papel social enquanto profissionais e examinar o papel social do profissional de saúde em geral.

Em termos do próprio papel social enquanto médicos, poderão medir quem são e o peso do que fazem na sociedade de que participam (Kahn, 1988); entender o contexto cultural do profissional de saúde (McElhinney, 1983); entender os deveres de um profissional de saúde (Shelton, 1982), delinear o seu lugar dentro da profissão (McElhinney, 1983; Pierce, 1984); ver as próprias atividades nos contextos humano, físico e social (Saunders, 1982); preparar-se para cidadania futura e efetiva na profissão e na sociedade (Pierce, 1984); desenvolver novos papéis do profissional de saúde no diagnóstico, tratamento e atribuições sanitárias (Malacrida et al., 1998). Podem ainda examinar a própria contribuição à sobrevivência e viabilidade da profissão (Pierce, 1984), tomando atitudes e decisões norteadas mais pelo bem estar da profissão do que por interesses próprios (Pierce, 1984).

Em relação ao exame do papel social do profissional de saúde, deverão, com o auxílio das Humanidades, avaliar a profissão e suas responsabilidades sociais (Reynolds, Carson, 1976; McElhinney, 1983); entender o construto social dentro do qual a profissão de saúde existe (McElhinney, 1983); ter imagens do que é o “bom profissional” e quais as idéias que adequadamente estruturam a profissão (Engelhardt, 1985); adquirir uma percepção mais profunda da própria natureza da Medicina, suas pressuposições filosóficas, modos de raciocínio, bases epistêmicas e desenvolvimento histórico e intelectual (Ratanakul, 1977); inquirir nos usos da Medicina para os indivíduos e a sociedade (Ratanakul, 1977); examinar a profissão (Engelhardt, 1985); apreciar a profissão no seu contexto social mais amplo (Morse et al., 1992); examinar o desenvolvimento da profissão médica e seu relacionamento com a sociedade (Barnard, 1994).

No campo da Motivação para Aprendizagem Continuada (*Lifelong Learning*), com a ajuda das Humanidades os alunos poderão construir uma moldura para a aquisição contínua de conhecimentos sobre si mesmos e sobre o mundo (Loftus et al., 1991; Bruderle, Valiga, 1994).

No campo da competência Adaptativa, com o auxílio das Humanidades, os

alunos poderão desenvolver capacidades adaptativas de maneira geral (Banks, Vastyan, 1973), bem como adaptar-se a uma sociedade e a uma profissão que estão sofrendo mudanças rápidas (Siegel, Siegel, 1977).

1.4.3.2.3 O DOMÍNIO EMOCIONAL DE DAVIES

O Domínio Afetivo (Krathwohl et al., 1964), como se viu, não lida com afetos, mas com valores e atitudes. Quando se julga importante lidar educacionalmente com afetos, pode-se recorrer ao Domínio Emocional (Davies, 1976), que compila de maneira frouxamente hierárquica e pouco aglutinada, sentimentos de prazer, desprazer e realização. O importante nesse domínio é nomear sentimentos e reconhecê-los em si ou em outrem, muito mais que classificá-los. Citam-se estímulo, excitação, aflição, encanto, medo, desgosto, raiva, afeição, entusiasmo, ciúmes, amor, contentamento, júbilo, satisfação e êxtase.

Enunciar objetivos educacionais no Domínio Emocional parece ser necessário, na medida em que as escolas médicas ocidentais freqüentemente “destroem o médico” que queira ser humanizado, juntamente com “qualquer senso natural de sentimento” (Oglov, 1977), resultando em ansiedade (Moretto et al., 1998) e em um efeito emocional desumanizador (Risse, 1975; Glick, 1981) para o aluno em longo período de treinamento.

Em termos da expressão, reconhecimento e nomeação de sentimentos, os alunos poderão, com a ajuda das Humanidades, aumentar a percepção de sentimentos; reconhecer a importância dos sentimentos na vida profissional; contrapor-se à tendência de suprimir e negar sensibilidades; suprimir as defesas construídas ao redor dos sentimentos (Bertman, Marks, 1985); expor e legitimamente compartilhar sentimentos dolorosos; compartilhar com co-profissionais algumas das frustrações, desapontamentos e raiva experimentados ao lidar com pacientes criticamente enfermos ou moribundos e dar voz às próprias preocupações sobre a vida, o morrer e a morte (Bertman, Marks, 1985).

1.5 CONCLUSÃO

A introdução do Modelo Epistemológico Humanista na Medicina redefine o que seja considerado pela sociedade um bom profissional médico. Ele deverá exibir excelência técnica, mas deverá também ser detentor de traços humanísticos. Para produzir esses médicos – produtos de programas educacionais – os currículos médicos tiveram que se adaptar e passar a preocupar-se com projetos pedagógicos que dessem conta de promover o ensino/aprendizagem desses traços humanistas.

Esses projetos têm-se baseado no resgate da Educação Liberal para currículos de Medicina, através da introdução das disciplinas chamadas coletivamente de Humanidades Médicas. Essa introdução tem sido tentada com maior ou menor sucesso ao redor do mundo nos últimos 40 anos. Entretanto, está longe de ter-se consolidado, requerendo cada vez mais novos projetos pedagógicos focados nessa área. Dessa maneira surgem a necessidade e a oportunidade de desenvolvimento de pesquisa educacional e geração de conhecimento na área das Humanidades Médicas.

A pedagogia das Humanidades Médicas tem-se baseado numa noção tyleriana de currículo (visto como uma articulação de objetivos, instrução e avaliação) e, no que tange os objetivos, na Taxonomia de Objetivos Educacionais clássica, com seus Domínios Cognitivo, Afetivo e Psicomotor. Entretanto, muitos objetivos referentes aos traços humanísticos que se deseja facilitar ficam pouco mapeados, pois são de difícil classificação nesta taxonomia clássica. Há, então, uma preocupação da literatura em substituir as bases taxonômicas para outros sistemas conceituais, a fim de buscar referenciais teóricos mais adequados às Humanidades. Introduziram-se os Campos de Significado de Phenix e as Competências de Morse et al., mas sempre como sistemas únicos, substituindo a Taxonomia de Objetivos Educacionais clássica, mas não necessariamente somando-se a ela. É hipótese dessa tese que se possa usar as taxonomias de maneira aditiva, procurando objetivos humanísticos em cada uma das categorias e subcategorias das diversas taxonomias. Assim, aumenta-se a abrangência do

corpo de objetivos educacionais de natureza humanística.

Tendo os objetivos enunciados nas diversas categorias das diversas taxonomias, a concepção tyleriana de currículo permite que se dê um passo a frente e que se organizem as atividades de ensino/aprendizagem e de avaliação inerentes a um programa educacional que possa almejar desenvolver traços humanísticos nos alunos.

CAPÍTULO 2 – OBJETIVOS, CONTEÚDO, RELEVÂNCIA E METODOLOGIA DESSA TESE

2.1 OBJETIVOS

A flexibilidade e criatividade do educador devem ter seu reflexo nas metodologias educacionais empregadas (Blasco, 2002, p.231). A serviço de “constituir um passo criativo para o projeto pedagógico genuíno e integrado” (Troncon et al., 1998) que se fez necessário para resolver a questão da formação de bons profissionais no modelo humanista (médicos humanizados), essa tese propõe o uso de uma atividade instrucional específica no campo das Artes Cinemáticas (enquanto Humanidade Médica) com a finalidade de mediar junto aos alunos a consecução de objetivos humanísticos pertinentes à Educação Médica.

É hipótese dessa tese que é possível e desejável utilizar a discussão estruturada de um filme comercial como atividade de ensino/aprendizagem, de maneira a possibilitar aos alunos que abordem e cumpram objetivos educacionais humanísticos. Para corroborar essa hipótese, pretende-se, como objetivos intermediários:

1. Analisar o filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993) (ficha técnica no Anexo), produzir possibilidades interpretativas sobre ele, justificá-las argumentativamente e comunicar esse trabalho através de uma síntese elucidativa;
2. Identificar aspectos de relevância médica cujo ensino/aprendizagem pode ser deflagrado, facilitado ou mediado pela discussão estruturada do filme em sala de aula como atividade instrucional;
3. Descrever e compilar esses aspectos em termos de objetivos educacionais humanísticos e sua alocação a uma das diversas taxonomias de objetivos educacionais nas Humanidades Médicas;
4. Prover exemplos concretos de situações e oportunidades de

ensino/aprendizagem que podem ser deflagradas pelo uso da discussão estruturada do filme como atividade instrucional.

2.2 OBSERVAÇÕES METODOLÓGICAS E DEFINIÇÕES DE ALGUNS TERMOS

A análise didática de uma obra de arte no campo das Artes Visuais pode basear-se num algoritmo sugerido por alguns autores (Clark et al., 1989, p.154; Risatti, 1989, p.221). Como esse algoritmo é bastante neutro e pertinente à Crítica de Arte de maneira geral, ele pode ser adaptado a essa tese. O algoritmo envolve a análise descritiva e formal da obra; a interpretação através da análise interna de sentido (ou seja, por meio de aspectos inerentes como iconografia, simbolismo e narrativa); a interpretação através de análise externa de sentido, ou seja, baseado em sistemas referenciais externos (psicológicos, políticos, identitários, feministas etc.); e a avaliação e julgamento de valores.

Na análise fílmica pode-se usar o mesmo procedimento, resumido mais sinteticamente numa fase de descrição e numa fase de interpretação (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.14-7). A descrição equivaleria à decomposição do filme em seus elementos constitutivos: parte-se do texto fílmico para "desconstruí-lo" e "obter um conjunto de elementos distintos do próprio filme" (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.15). A fase interpretativa ou de "reconstrução" ocupa-se de estabelecer elos entre esses elementos isolados e em "compreender como eles se associam e se tornam cúmplices para fazer surgir um todo significativo" (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.15).

Essa tese procederá, então, à análise fílmica nas suas fases de "desconstrução" e "reconstrução", levadas a cabo não de uma maneira linear (primeiro uma depois outra), mas em alternância, conforme convém, num "movimento de balanço incessante" (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.16). Na fase de "reconstrução" ou interpretação, usará a análise interna e externa de sentidos (Clark et al., 1989, p.154; Risatti, 1989, p.221). Far-se-ão hipóteses sobre a obra, o processo de análise encarregando-se de averiguá-las concretamente (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.14).

A análise fílmica abordará a obra em seus aspectos narratológicos e estilísticos. No primeiro caso, usará de "ferramentas narratológicas" visando a explicar o funcionamento narrativo próprio do filme em questão (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.39-40). Interessar-se-á pela história contada, com seus personagens e seu universo diegético, mas também pela sua enunciação, sua segmentação e suas convenções de ponto de vista e narração (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.39-51). Alguns desses termos serão mais bem definidos nos capítulos 3 e 4.

No segundo caso, abordará os aspectos estilísticos específicos do cinema – “estilo” referindo-se ao uso sistemático, pelo filme, de dispositivos cinemáticos (Bordwell, 1985, p.50) – como a construção do sentido através dos planos e seus componentes, das seqüências e dos cortes e encadeamentos. Plano é entendido como a porção de filme impressionada pela câmera entre o início e o final de uma tomada, ou a porção limitada pelas colagens que a ligam aos planos anterior e posterior (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.37). Os componentes do plano são sua duração, seu ângulo de filmagem, o movimento da câmera, a escala, o enquadramento, a profundidade de campo, a situação (localização) na montagem e a definição da imagem (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.37). O ângulo de filmagem compreende as tomadas frontal, lateral, *plongée* (de cima para baixo), *contre-plongée* etc. Em relação a seu movimento a câmera pode ser fixa ou em movimento (na mão, *travellings* etc.). A escala refere-se ao lugar da câmera em relação ao objeto filmado: plano geral ou de grande conjunto, plano médio (homem em pé), plano americano (acima do joelho), plano próximo (cintura, busto), primeiríssimo plano (rosto) e plano de detalhes (pormenores). O enquadramento inclui o lugar da câmera, a objetiva escolhida, o ângulo de tomadas e a organização do espaço e dos objetos filmados no campo (*mise-en-scène*). A profundidade de campo é dada pela objetiva, iluminação e disposição dos objetos e câmera. A definição da imagem compreende a cor, o grão da fotografia e a iluminação (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.37-8). A seqüência é definida como o conjunto de planos que constituem uma unidade narrativa definida de acordo com a unidade de lugar ou de ação (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.38). A cena é uma seqüência em tempo real, onde a duração da projeção iguala a

duração ficcional (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.38).

Nessa análise, observar-se-ão os cinco eixos metzianos que geram significação no Cinema, ou seja, a linguagem verbal, a linguagem escrita, a imagem, os ruídos e a música (Bellour, 2000, p.24). Os três tipos de relação entre sons e imagens serão designados como som *in*, som fora de campo e som *off*. No primeiro caso, a fonte do som é visível na tela, enquanto no segundo caso, a fonte não é visível, mas é intra-diegética, ou seja, pode ser localizada no espaço-tempo da ficção. O som *off* é extra-diegético (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.49-50).

A análise será predominantemente macro-analítica (a obra como um todo), mas deverá necessitar de momentos de micro-análise (seqüências e planos específicos).

A compilação de aspectos de relevância médica passíveis de serem ensinados e aprendidos através das atividades instrucionais em questão não pretende ser exaustiva, mas apenas paradigmática. Esses aspectos serão ativamente procurados nos campos das grandes taxonomias que organizam os objetivos educacionais, com especial, mas não restrita, ênfase nas categorias mais marginalizadas nos currículos tradicionais: Domínio Afetivo; Domínio Emocional; Campo Simbólico; Campo Estético/ Competência em Sensibilidade Estética; Campo Sinoético (*Synnoetics*); Campo Sinóptico (*Synoptics*); Competência Comunicacional; Competência Contextual e Identidade Profissional.

2.3 RECORTES DO CAMPO DE INTERESSE

Essa tese pretende exemplificar como se podem montar atividades instrucionais nas Humanidades Médicas, atividades essas que potencialmente dêem conta de objetivos humanísticos ou de alguns deles. Para tal, restringiu-se o objeto de interesse dessa discussão, que abriu mão da possibilidade de abordar todas as Humanidades e todos os objetivos atrelados a elas. Assim, escolheu-se trabalhar com as Artes, especificamente com as Artes Cinemáticas, e dentro delas, com um filme específico, aplicados a um campo da Medicina (a Infectologia) e a uma condição nosológica específica (a infecção pelo vírus da imunodeficiência

humana e a síndrome da imunodeficiência adquirida -- infecção pelo HIV/aids). Justificam-se a seguir as escolhas por esses recortes específicos, através do racional que levou a elas e de sua relevância.

2.3.1 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA TEMÁTICA: A INFECÇÃO PELO HIV/AIDS

2.3.1.1 RACIONAL

As representações da infecção pelo HIV/aids foram escolhidas como temática dessa tese por algumas razões. Em primeiro lugar, há muitas obras de Arte sobre HIV/aids feitas ou não por autores cujas vidas foram intensa e/ou extensivamente tocadas pela doença. Há também um crescente corpo de conhecimento crítico sobre esses autores e suas obras, suas representações, iconografia e simbolismo. Esse corpo de conhecimento, enquanto extremamente relevante para a Medicina, tangencia outros campos de conhecimento, com seus próprios arcabouços teóricos, como a História da Arte, a Crítica de Arte, Estética, Semiologia, História Médica, Sociologia e Antropologia, entre outros. Em segundo lugar, essas representações dizem respeito a aspectos importantes da vida, condição e cultura humanas, como morte, destino, sofrimento, transcendência, ritos, luto, preconceito, tolerância, religiosidade, sexualidade, respostas sociais e políticas de saúde, entre outras. Em terceiro lugar, pacientes e médicos são esperadamente prevalentes nessas obras, assim como outros profissionais de saúde e contextos hospitalares e ambulatoriais. Ao estudante podem-se oferecer facilmente muitos modelos de relações médico-paciente e valiosos relatos em primeira mão e primeira pessoa de experiências com e percepções sobre a doença e suas repercussões. Um último, mas fundamental, ponto é que a epidemia é recente em termos médicos e seu impacto não é somente histórico, mas contemporâneo. Os alunos tendem a mostrar interesse extra-profissional por todos os aspectos dessa epidemia que é parte do mundo onde eles crescem e contra o qual seus pais os advertiram.

Adicionalmente, educadores médicos têm manifestado preocupações com o

treinamento médico apropriado na infecção pelo HIV/aids, de maneira que os clínicos futuros possam prover tratamento adequado e compassional (Marshall, O'Keefe, 1995). Essa preocupação nasce do fato de que alunos de Medicina, alguns médicos e mesmo outros profissionais de saúde tendem a mostrar relutância no cuidado de pacientes infectados pelo HIV (Marshall, O'Keefe, 1995).

2.3.1.2 RELEVÂNCIA

A necessidade de educação ampla e inclusiva sobre aids nas escolas médicas faz-se, então, proeminente. Entretanto, esforços de ensino nos currículos médicos têm sido devotados majoritariamente à biologia e epidemiologia da infecção (Marshall, O'Keefe, 1995). Expedientes curriculares que dêem conta de potenciais atitudes negativas e preconceituosas contra pacientes infectados pelo HIV são, portanto, necessários (Marshall, O'Keefe, 1995).

Assim, essa tese pretende não só acrescentar ao ensino/aprendizagem da Medicina como um todo, como também ao ensino/aprendizagem no campo específico da Infectologia, numa área (infecção pelo HIV/aids) onde se detecta carência de formação humanista.

2.3.2 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DAS ARTES ENTRE AS DIVERSAS HUMANIDADES MÉDICAS

2.3.2.1 RACIONAL PARA A INTRODUÇÃO DAS ARTES NOS CURRÍCULOS MÉDICOS

Tem havido um interesse crescente na interação entre a Medicina e as Artes, que se reflete na existência de considerável literatura sobre o assunto e na descrição de várias tentativas de inserção de filmes, poemas, peças, contos, novelas e pinturas como base para o ensino de alunos de Medicina (Sweeney, 1998, Blasco, 2001; 2002, p.30).

Essas muitas interações entre disciplinas da Medicina e das Artes derivam

de pelo menos quatro aspectos fundamentais, quais sejam, o médico enquanto artista, o paciente enquanto artista, as áreas de interesse médico direto na Arte e, por fim, o “entendimento mais profundo” das motivações, atitudes e emoções humanas que um conhecimento das e nas Artes pode produzir (Downie, 1998; Evans, 1998; Sweeney, 1998).

Os dois primeiros aspectos podem ser tratados conjuntamente, já que tanto médicos quanto pacientes têm coisas a dizer sobre assuntos pertinentes à Medicina e podem preferir expressar-se através das Artes. Muitos autores mostram claras influências de suas patologias reais na sua obra, tanto no Cinema (Derek Jarman e Cyril Collard, em termos de aids), como nas Artes Plásticas (Frida Kahlo e suas seqüelas corporais, Paul Klee e sua condição dermatológica, Keith Haring e aids) e na Fotografia (Robert Mapplethorpe e aids) (Tapajós, 2002).

O terceiro aspecto compreende áreas de interesse médico direto, como representações artísticas de doenças e experiências de vida relacionadas às doenças, como sofrimento, exclusão social e morte. O artista plástico Masami Teraoka dedica parte de sua obra à representação da aids e sua prevenção (Teraoka, Hess, 1996). O fotógrafo Nicholas Nixon retrata o morrer de aids mesmo em vida, enquanto os retratos de Carolyn Jones mostram pessoas vivendo com o vírus (Nixon, Nixon, 1991; Jones, 1994). Por milhares de anos, os seres humanos têm pintado, desenhado e esculpido seus medos mais obscuros, na tentativa de controlar ou atenuar perigos (Pechansky et al., 1989). Expor estudantes de Medicina às Artes significa expô-los a uma gama enorme de medos, sentimentos e emoções que alguma vez habitaram o mundo de um artista (Noll et al., 1989; Pechansky et al., 1989) ou a vida interna de um paciente (Hardison, 1977). Os alunos podem, ainda, partilhar dessas experiências de uma maneira bastante protegida e não ameaçadora (Bruderle, 1994). Por representarem a condição humana, as Artes expõem os alunos a uma variedade de experiências humanas que são de relevância central para a prática médica, entre as quais citam-se doença, limitação, vulnerabilidade, tristeza, luto, a natureza da sociedade humana, a capacidade curativa de rituais e lembranças, morte e corporalidade (Vogel, 1993; Darbyshire, 1994; Bertman, 1998; Malacrida et al., 1998).

O quarto aspecto mencionado acima diz respeito a um “entendimento mais profundo”. Formas distintas de conhecimento existem. Conhecimentos no campo empírico ou científico são generalizáveis e reproduzíveis, enquanto conhecimentos no campo estético são singulares (Phenix, 1964). A Medicina baseia-se em pelo menos dois tipos de conhecimento bastante distintos entre si, quais sejam, um conhecimento “conceitual” que pode ser passado de pessoa a pessoa através das palavras, e um “conhecimento não conceitual ou sensual” (conhecimento experiencial ou estético) que só pode ser adquirido através da interação física com o objeto a ser conhecido (Arnold et al., 1984). O conhecimento experiencial é aquele entendimento que não é possuído por aqueles cujas experiências tenham sido outras (Beckingham, 1982). Experiências em uma situação trazem *expertise* (Lafferty, 1997). Uma pessoa descobre o que pensa sobre um dilema parcialmente por perceber aquilo que sente. Essa resposta emocional não é um meio para o conhecimento experiencial, mas constitui-se em parte do conhecimento ele mesmo (Hawkins, 1994). Quando quer que tome decisões, morais ou não, um médico deve envolver todas as faculdades mentais, ou seja, razão, intuição, emoção e imaginação (Hawkins, 1994). Se a Medicina se baseia não só em conhecimentos científicos, mas também em conhecimentos singulares não generalizáveis, então, seu ensino deve prever a inclusão de disciplinas que favoreçam a aprendizagem no Campo Estético. À medida que caminham da Filosofia para a Religião, para a Literatura, a Poesia, o Drama, as Artes Plásticas e a Música, os alunos tornam-se mais e mais sensíveis à sensualidade e sensorialidade (Arnold et al., 1984), portanto, mais susceptíveis ao conhecimento experiencial ou estético.

Essas experiências de cunho estético podem dar-se de maneira epifânica, como pequenas revelações no cotidiano (Hawkins, 1994), mas também são facilitadas por situações vividas vicariantemente pelos alunos e/ou por respostas empáticas que desenvolvem. No primeiro caso, sabe-se que a experiência de ter uma doença é estranha à maioria dos estudantes de Medicina. As Artes são veículos que equipam os alunos com familiaridade a respeito dessa e de outras questões não menos dolorosas, sem que eles tenham de vivenciá-las diretamente

(Wilson, 1974; Bruderle, 1994). Através das Artes, profissionais de saúde podem alcançar, de maneira vicária, um entendimento sobre as condições humanas que não poderiam vivenciar de outra maneira (Pellegrino, 1984; Bartol, 1986; Mohr, 1995; Sweeney, 1998). No segundo caso, as Artes são úteis em colocar problemas particulares numa perspectiva que encoraja respostas empáticas (Blizek, Finkler, 1977). Essa assunção repousa em três aspectos comuns tanto às Artes quanto à noção de empatia, ou seja, resposta, emoção e conexão. A Arte evoca (e empatia é) uma resposta que é profunda e pessoal, e essa resposta é freqüentemente emocional e conduz a conexões significativas (Peloquin, 1996). Em ambos os casos, portanto, as Artes favorecem ao aluno a aquisição de conhecimentos singulares.

Esse “entendimento mais profundo” gerado pelas Artes não é mediado exclusivamente por experiências puramente estéticas, mas também por habilidades interpretativas. Teóricos na interface da Medicina e das Artes têm sugerido que a interpretação, como atividade literária, carrega analogia à prática clínica da Medicina (Gogel, Terry, 1987), o médico agindo como o leitor e o paciente como o texto a ser interpretado. Ora, o paciente é portador de narrativas verbais, mas também carrega formas não verbais de narrativa, como expressões, posturas, temperamentos, gestos e achados físicos. Assim, além de texto a ser interpretado, o paciente é também quadro, pintura, fotografia, escultura, filme a ser apreendido. Interpretar significa construir, a partir de um sistema de signos (texto/obra de arte), alguma coisa maior do que a presença física desse mesmo sistema. Avaliar pacientes requer habilidades que o bom interpretador possui, como a capacidade de integrar fenômenos isolados (sejam achados físicos do paciente, sejam símbolos e metáforas no texto/obra de arte), para produzir um sentido maior e organizá-lo numa narrativa conclusiva que permita o entendimento de uma história no contexto de outras histórias do mesmo narrador (Taylor, 1995). Construir significado clínico a partir de narrativas e achados físicos é tarefa interpretativa (Gogel, Terry, 1987), chamada pela Medicina de diagnóstico (Brieger, 1994), ou seja, a “leitura” do texto/obra de arte que o paciente e sua doença perfazem juntos (Evans, 1998). Se a Medicina pode ser assim concebida

como um campo interpretativo ou hermenêutico (Gogel, Terry, 1987), as Artes e a disciplina correlata de Crítica de Arte podem oferecer contribuições valiosas aos estudantes de Medicina.

As Artes, como os pacientes, transmitem histórias (Hook, 1996), que requerem observação e o exercício de interpretação e análise. As Artes são feitas de descobertas, reconhecimentos e decodificações (Vogel, 1993) que, em última instância, levam a novas percepções de significados múltiplos e antes obscuros, significados estes que não são alcançáveis pela representação estatística (Bertman, 1998). As artes alargam o espectro do olhar médico (Hook, 1996) e intensificam a percepção do detalhe (Morani, 1992).

A inclusão das Artes nos currículos médicos parece, portanto, desejável por essas várias razões (Downie, 1998). Nelas representa-se a condição humana. Elas oferecem vários pontos de vista sobre os mais diversos assuntos. Elas incentivam e oferecem oportunidades para reflexão crítica, pensamento não-científico, pensamento simbólico, reações estéticas, liberação de sentimentos, consciência de valores pessoais e sentimentos, observação, análise e outras habilidades hermenêuticas, aplicáveis não somente às Artes, mas também aos pacientes (Siegel, Siegel, 1977; Parkin, 1987; Calman, 1988; Morani, 1992; Pásztor, 1993; Vogel, 1993; Bruderle, Valiga, 1994; Darbyshire, 1994; Taylor, 1995; Hook, 1996; Calman, 1997; Bertman, 1998; Malacrida et al., 1998). Acresça-se que elas incentivam habilidades intelectuais e psicomotoras específicas úteis para a profissão, como visão espacial e a capacidade de pensar em terceira dimensão. A observação clínica envolve a descrição e interpretação de informação visual, habilidades essas que podem ser desenvolvidas através do exame de obras de arte (Bardes et al., 2001). Por fim, as Artes são recreativas, na medida em que produzem prazer e um contra-ponto relaxante ao estresse diário (Bruderle, Valiga, 1994).

Educadores de Arte justificam a presença de Educação pelas Artes em currículos gerais através de duas classes não mutuamente exclusivas de argumentos (Dobbs, 1998). A perspectiva Essencialista prega a noção de que as Artes devem existir nos currículos pelo seu valor intrínseco e por aquilo que elas

provêem, ou seja, uma fonte de experiências estéticas, de conhecimento e entendimento do si mesmo, dos trabalhos de Arte e do mundo onde eles foram criados (Dobbs, 1998), além de desenvolvimento de cultura estética e apreensão de metáforas visuais (Smith, 1989). Por outro lado, a perspectiva Instrumentalista valoriza a Arte pela sua contribuição para o cumprimento de objetivos mais gerais em outras áreas e disciplinas não artísticas. Exemplos seriam o desenvolvimento de percepção de uma sociedade multicultural, competência em comunicação, desenvolvimento cognitivo, imaginação, julgamento, capacidade de resolução de problemas e pensamentos de complexidade intelectual superior (Dobbs, 1998). A Educação pelas Artes carrega, então, um valor intrínseco e um valor extrínseco utilitário, ambos contribuintes para uma educação generalista e liberal.

Assim, a finalidade com a qual as Artes são introduzidas nos currículos médicos pode obedecer potencialmente a uma, a outra ou a ambas as perspectivas (Essencialista e Instrumentalista). Atendo-se à perspectiva Instrumentalista, educadores médicos podem argumentar que o ensino/aprendizagem das e nas Artes em currículos médicos carrega a função de facilitar a execução de outros objetivos mais amplos dentro desses currículos, contribuindo para a formação de um médico detentor não só de excelência técnica, mas também dos traços humanistas instilados por uma Educação Geral e requeridos pelo paradigma Humanista da Medicina.

2.3.2.2 RELEVÂNCIA

O objetivo último das Humanidades Médicas, parte que são da Educação Médica, é o desenvolvimento de competência clínica (Self, 1988). Portanto, professores e alunos dessas disciplinas respectivamente ensinam e aprendem Medicina (Hunter, 1987). O objetivo das Humanidades Médicas não é produzir historiadores, filósofos ou artistas, não mais do que o objetivo da Bioquímica é produzir bioquímicos (Clouser, 1971). Poder-se-ia, então, dizer que o ensino/aprendizagem das Artes pode mediar o ensino/aprendizagem da própria Medicina, ou seja, pode-se ensinar Medicina através das Artes.

Essa assunção justifica a própria essência dessa tese, dando-lhe subsídio, justificativa e relevância. Parece ponto pacífico que as Artes não podem (nem devem) ser instrumentos para a aprendizagem de todo e qualquer aspecto da Medicina, mas sim de alguns aspectos específicos. Essa tese visa a jogar luz sobre quais possam ser alguns desses aspectos médicos ensináveis através das Artes, produzindo exemplos concretos de como isso pode ocorrer num campo específico da Medicina (Infectologia e infecção pelo HIV/aids) e com um campo específico das Artes (Artes Cinemáticas).

2.3.3 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DAS ARTES CINEMÁTICAS ENTRE AS DIVERSAS ARTES

Nessa tese, considera-se como Artes Cinemáticas o Cinema e a Televisão, além de outros meios que lidam com a imagem em movimento. As obras no campo das Artes Cinemáticas referem-se, entre outras, a filmes em seus diversos formatos.

2.3.3.1 RACIONAL

2.3.3.1.1 O CINEMA NA EDUCAÇÃO

O uso das Artes Cinemáticas na Educação, de maneira geral, pertence ao campo conceitual da mídia-educação (Belloni, 2001), que se refere de maneira geral à comunicação de massa, incluindo Televisão, Rádio e TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação. A vocação educacional do Cinema esteve presente – ainda que fora dos ambientes acadêmicos – desde os seus primórdios, sobretudo em relação às massas trabalhadoras (Napolitano, 2003, p.11). Como elemento educativo, vem sendo utilizado por professores desde a década de 80, mas só recentemente com propostas mais sistematizadas de uso (Almeida, 2001, p.29). Essas propostas têm contemplado não somente a vertente "conteúdo" – a "história" do filme – mas também aspectos narratológicos, como a construção das

personagens, e elementos específicos de estilo, como montagem, planos, elementos de composição cênica, trilha sonora e fotografia (Almeida, 2001, p.29). Essas propostas entendem que o uso das Artes Cinemáticas em sala de aula é vantajoso, dada a enorme popularidade dos filmes e a familiaridade dos alunos com esse meio (Bruderle, Valiga, 1994). Algumas experiências educacionais entendem, também, que o cinema é importante para a educação e para os educadores "por ele mesmo, independentemente de ser uma fonte de conhecimento e servir como recurso didático-pedagógico" (Teixeira, Lopes, 2003, p.11), numa visão bastante essencialista do uso educacional das Artes.

Do ponto de vista educacional, o uso das Artes Cinemáticas na sala de aula engendra questões de planejamento curricular e de planejamento e execução das atividades instrucionais em si. Entre outras, três são as questões primordiais: as possibilidades técnicas e organizativas da exibição dos filmes, a adequação ao nível específico dos alunos no processo de ensino/aprendizagem e a articulação entre o currículo e a atividade instrucional (Napolitano, 2003, p.11).

Deve haver, tanto quanto possível, condições adequadas de exibição de filmes. Essa questão abrange a disponibilidade comercial do filme escolhido (geralmente em VHS ou DVD, com legendas em português), a existência de meios de exibição do filme em bom funcionamento (reprodutores de VHS ou DVD acoplados a televisão ou a projetor, anteparo de projeção) e a disponibilidade de local apropriado para mimetizar, em sala de aula, o ambiente escurecido da sala de cinema (Napolitano, 2003, p.11). Assistir a filmes projetados em sala de aula implica ver reproduções transformadas do formato cinematográfico original. Em que pese que a obra original está alterada, mormente em relação aos limites dos quadros, isso parece factível para finalidades instrucionais. Questões práticas para se levar em conta são a necessidade de ver previamente os filmes para aferir qualidade das fitas e aplicabilidade, além do tempo requerido de projeção, custo dos alugueis dos filmes (ou aquisição comercial dos mesmos), aquisição e manutenção de aparelhagem em classe para reprodução dos filmes e conforto da sala de aula (Bruderle, Valiga, 1994). Sempre se lida com potenciais quebras de última hora na aparelhagem e nos filmes no momento da atividade instrucional,

com a conseqüente frustração de alunos e professores (Napolitano, 2003, p.17).

A segunda questão lida com a adequação do material ao desenvolvimento pedagógico da classe. Essa disposição originalmente trata da faixa etária dos alunos, mas pode ser estendida ao grau de maturidade dentro da formação. Assim ocorre que alguns filmes possam tratar de assuntos intangíveis para determinados grupos (questões do relacionamento médico-paciente aplicadas a alunos de Medicina nas áreas básicas, onde não têm contato com pacientes), ou mesmo de assuntos agressivos para certas subjetividades (como cenas de atividade sexual ou de homoerotismo). Se o objetivo da atividade não for justamente lidar com esses assuntos, recomenda-se minimizar-lhes o impacto (Napolitano, 2003, p.21).

A terceira questão diz respeito à coerência entre o currículo e as atividades instrucionais com filmes. Essas últimas precisam estar articuladas com o resto do currículo em termos de conteúdo e propósitos. Devem partilhar objetivos gerais e específicos e promover a aquisição de conceitos, habilidades desejadas e competências específicas, como, por exemplo "decodificação de signos e códigos não verbais", "aperfeiçoamento de criatividade artística e intelectual" ou "capacidade de crítica sócio-cultural e político-ideológica" (Napolitano, 2003, p.18). Especial atenção deve ser destinada para o entendimento dos alunos acerca dos objetivos instrucionais. Alunos podem erradamente conceber essas atividades com projeção de filmes em classe como entretenimento descompromissado sem valor acadêmico (Bruderle, Valiga, 1994).

Conforme os objetivos desejados, os filmes podem ser escolhidos e abordados conforme seu conteúdo, sua linguagem ou seus aspectos meramente técnicos (Napolitano, 2003, p.28). Se abordados pelo seu conteúdo, podem servir como fonte de discussão (discute-se como o conteúdo em questão é representado no filme, ou como se lida com ele) ou como texto-gerador de discussões (que não necessariamente retornarão ao filme, apenas partirão dele como ilustrador e estímulo inicial). A abordagem pela linguagem visa a educar o olhar do aluno-espectador e a familiarizá-lo com a interação entre linguagens verbais, gestuais, visuais etc. Em última instância, o conteúdo passa a não importar nessa abordagem. A aproximação pelas questões meramente técnicas volta-se para as

tecnologias que tornam o cinema possível (a física das imagens, a química das revelações, a informática da computação gráfica e dos efeitos especiais, o *marketing* e o gerenciamento da indústria etc.) e para os estudos neuropsicológicos de como se dá a percepção das imagens em movimentos (Napolitano, 2003, p.28).

Nas atividades instrucionais, os filmes e vídeos podem cumprir várias funções. Quando se assiste a eles, servem funções de sensibilização, ilustração e simulação. Como elementos de sensibilização do aluno, introduzem um novo assunto e despertam curiosidade, motivação e interesse em pesquisar mais sobre o tema em questão. Como ilustração, trazem o mundo para a sala de aula: constelam cenários e situações a que o aluno não tem necessariamente acesso cotidiano, mostrando-lhe do que se fala e arrolando-lhe inúmeras experiências da vida. Como simulação, reproduzem experiências cuja observação seria impossível em tempo ou situações reais, como presenciar o crescimento de uma árvore ou o desabrochar de uma flor. Além de assistirem aos filmes, os alunos podem produzi-los ou editá-los, a serviço de funções de documentação, intervenção, expressão e avaliação. Vídeos documentam atividades didáticas e sua análise serve de elemento de *feedback* para os alunos e docentes (Moran, 1995).

Há usos dos vídeos e filmes em sala de aula compilados como inadequados. O “vídeo-tapa-buraco” e o “vídeo-enrolação” (Moran, 1995), inseridos em atividades instrucionais que carecem de sentido e coerência dentro do programa, devem ser evitados, assim como o “vídeo-deslumbramento” (uso excessivo e desmedido da metodologia para todas as atividades) (Moran, 1995).

Reflexões sobre o papel do instrutor apontam que este deve servir como mediador da discussão. Assumirá posicionamento de líder da discussão quando necessário, propondo problematizações e questionamentos (Blasco, 2001; 2002, p.236). Cabe a ele propor leituras mais ambiciosas, propor relações entre o conteúdo e a forma /linguagem do filme, clarefazer a relação de coerência entre o filme e o conteúdo educacional do programa e fazer a ponte entre a emoção e a razão de maneira direcionada (Napolitano, 2003, p.15). Em relação à sua qualificação, acredita-se que o professor, mesmo não sendo um "crítico

cinematográfico altamente especializado", possa incorporar o cinema na sala de aula através de projetos (Almeida, 2001, p.29).

Em termos de formato instrucional, é notável a incompatibilidade entre a aula de 50 minutos e o filme de 2 horas. Pode-se optar pela assistência intra-aula, se for possível aumentar-lhe os limites temporais, ou pela assistência extra-classe, em caso contrário (Napolitano, 2003, p.97). Se a assistência é intra-aula, pode-se usar a facilidade instrucional de congelar e repetir seqüências para discussão imediata e micro-análise. Outra possibilidade é produzir o próprio material instrucional, editando filmes ou compilando seqüências e cenas correlatas de filmes comerciais diversos (Blasco, 2002, p.239). De qualquer maneira, é essencial assegurar a discussão do filme, não se admitindo a projeção isolada dos filmes como a atividade educacional em si (Moran, 1995; Blasco, 2002, p.239). Se a assistência é extra-classe, a discussão posterior pode ser feita em formato de pequenos grupos, com base em relatórios e fichas de assistência preenchidas pelos alunos (Napolitano, 2003, p.97). Pode-se ainda optar por uma discussão/debate livre liderado pelo professor, que se encarrega de "corrigir erros de leitura" do filme e ater-se ao "leque de interpretações lógicas possíveis da fonte" (Napolitano, 2003, p.97).

2.3.3.1.2 O CINEMA NA EDUCAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O termo "*cinemeducation*" foi cunhado para referir-se ao uso de filmes no vídeo (particularmente *clips* ou vinhetas desses filmes) para educar residentes e alunos de Medicina em termos dos "aspectos psicossociais" da Medicina (Alexander, 2002). Há relatos de que esse uso consiste em metodologia inovadora e efetiva (Alexander et al., 1994; Alexander, Waxman, 2000; Alexander, 2002), especialmente útil para o ensino/aprendizagem nas áreas de sistemas de família (Alexander, Waxman, 2000), desenvolvimento neuropsicomotor (Higgins, Lantz, 1997), psiquiatria (Hyler, Moore, 1996), questões legais em Medicina, assuntos pluriculturais e relação médico-paciente (Crellin, Briones, 1995; Alexander, 2002).

Utilizáveis em formatos de pequeno grupo (discussões e seminários),

oficinas (*workshops*) e conferências, a projeção de filmes ou vinhetas tende a gerar discussões significativas, responsividade emocional e auto-reflexão (Alexander, 2002).

Postula-se que a utilização de metodologia educacional baseada na projeção e discussão de filmes produz "impacto educacional" em alunos de Medicina de várias maneiras (Blasco, 2002, p.234). Em primeiro lugar, cria oportunidade e espaço para um diálogo "amplo e multitemático", onde o educador age como facilitador e os alunos partilham a visão de mundo que levam dentro de si, sobre temas relativos ao ser humano e à vida (Blasco, 2002, p.235). Nesses diálogos, aprendem a ouvir a opinião dos outros e a trocar perspectivas. Em segundo lugar, a experiência incentiva ou precipita o relato de histórias dos próprios alunos, que assim ganham voz e passam a expressar-se. Em terceiro lugar, os alunos projetam nos conflitos expressos nos filmes os seus próprios conflitos (Blasco, 2002, p.236). Em quarto lugar, acredita-se que os alunos transportem com facilidade para o campo médico, as vivências expressas em obras filmicas que carecem de temática médica (Blasco, 2002, p.236). Em quinto lugar, entende-se que os benefícios da experiência educacional ultrapassam o espaço curricular, prolongando-se no dia-a-dia do aluno, cuja atitude reflexiva prolonga-se (Blasco, 2002, p.237). Por fim, em sexto lugar cita-se a gratificação que a experiência proporciona aos alunos, motivando-os e aumentando-lhes a vontade de aprender (Blasco, 2002, p.238).

No campo específico da Educação dos Profissionais de Saúde, fazem-se algumas advertências em relação ao uso das Artes Cinemáticas.

Em primeiro lugar, os professores devem estar conscientes da influência tremenda da mídia na formação atitudinal, especialmente em termos de estereotipagem e formação de opinião (Bruderle, Valiga, 1994). Sugere-se cautela com a utilização de filmes, especialmente daqueles feitos para a Televisão (Bruderle, Valiga, 1994), onde médicos e outros profissionais possam estar representados de maneira estereotipada. Sendo um meio formidavelmente poderoso e persuasivo, a Televisão exerce um efeito considerável sobre os alunos. Suas mensagens são por vezes mais tendenciosas em relação aos

valores dominantes de determinada sociedade. Profissionais de saúde nos programas de Televisão podem não ser bons modelos para alunos. Médicos podem ser representados como profissionais dedicados trabalhando em regimes excessivos, imersos num “halo santo de cuidador”, compaixão e boa vontade, na terra fantasiosa do “cuidado ideal de saúde” (Moreno, Spiegel, 1992). O cuidado médico altruísta no discurso da Televisão, isento de questões relativas a custo e vínculos empregatícios, pode ser irrealista (Moreno, Spiegel, 1992; Hook, 1996).

Em segundo lugar, o uso de filmes e sua discussão como atividade educacional de fato intenciona levar os alunos a compartilhar seus valores, suas visões de mundo, sua subjetividade e sua afetividade. São propósitos educacionais e não terapêuticos. Não se trata, portanto, de processo terapêutico em nenhum nível. O instrutor deverá estar atento para não ultrapassar essa linha (Blasco, 2002, p.236).

2.3.3.1.3 CURSOS E ATIVIDADES DE ENSINO/APRENDIZAGEM DEDICADOS ÀS ARTES CINEMÁTICAS NA EDUCAÇÃO MÉDICA E DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Por todas as razões descritas acima, “instrução modesta” nos princípios da Arte deve fazer parte da rotina da Educação Médica (Morani, 1992). Não é, portanto, surpresa alguma detectar a existência de muitos cursos sobre as Artes inseridos em currículos de Profissões de Saúde. Alguns deles dedicam-se às Artes Visuais (Bergman et al., 1982; Biggerstaff et al., 1984; Hoshiko, 1985; Bresnahan, Hunter, 1989; Hogg, 1989; Loden, 1989; Davis, 1992; Darbyshire, 1994; Bardes et al., 2002), enquanto outros, às Artes Cinemáticas (Bresnahan, Hunter, 1989; Dichi, 1994; Crellin, Briones, 1995). Também há cursos multi-arte que incluem as Artes Visuais e/ou Cinemáticas (Moore, 1976; 1977; Bertman, Marks, 1985; Middleton et al., 1993; Peden, Staten, 1994; Vande-Zande, 1995).

2.3.3.1.3.1 ARTES CINEMÁTICAS

O curso “O médico no cinema” é oferecido pela Universidade Estadual de Londrina (Paraná), com o lema de que “a tecnologia desumaniza a vida, mas pode ser usada para re-humanizá-la”. Filmes em preto e branco com personagens médicas são projetados em sessões após as quais há debate com a audiência, um crítico de arte e um clínico. Tópicos abrangem de questões éticas até a influência econômica na relação médico-paciente. Esse curso objetiva alcançar sujeitos que são de outra maneira “não alcançáveis” (Dichi, 1994).

O programa “*Films in Medical Education (FIME)*” da *Memorial University of Newfoundland* (Nova Zelândia) explora a abundância de temas médicos em filmes comerciais. Consiste em vários módulos individuais organizados ao redor de temas específicos, que podem ser usados separadamente dentro de outros cursos eletivos ou obrigatórios (Crellin, Briones, 1995).

A Faculdade de Medicina da *Northwestern University* (Chicago, Illinois) oferece um curso eletivo sobre a morte e o morrer nos filmes (“*Death and dying in film*”) (Bresnahan, Hunter, 1989) para alunos de primeiro e segundo ano.

O Departamento de Medicina de Família da *Carolinas Medical Center* (Charlotte, Carolina do Norte) oferece atividades instrucionais no seu programa de residência com o filme *The doctor* (Randa Haines, 1991), estrelado por William Hurt e Christine Lahti (Alexander, 2002). Essas atividades abordam o ensino/aprendizagem de técnicas de entrevista, comunicação de notícias ruins, o impacto psicossocial da doença terminal, o equilíbrio entre trabalho e família na vida pessoal do médico, assuntos multiculturais, satisfação do paciente e burocracia hospitalar, assuntos legais na Medicina, gênero e Medicina e educação médica efetiva na residência. Como técnicas instrucionais, utilizam-se *role-plays* e discussões ao redor de perguntas pré-estabelecidas, como “qual a sua experiência com a hierarquia em um hospital?” ou “que impacto pode ter a negação, a raiva e o isolamento do paciente do filme na sua própria família, a longo prazo?” (Alexander, 2002).

A Sociedade Brasileira de Medicina de Família (SOBRAMA) organizou um

curso com alunos de primeiro ao quinto ano de diversas faculdades paulistas (Universidade de São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Universidade de Santo Amaro, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Pontífica Universidade Católica de Sorocaba), girando sobre quatro temas: a figura do médico; doenças, limitações e loucura; o paciente e o sofrimento humano; e ética e relacionamento humano (Blasco, 2001; 2002. p.171).

A disciplina opcional “Recursos humanísticos na Educação Médica: o cinema para o estudante de Medicina” foi oferecida em 2001 pela Universidade Federal de São Paulo como curso de dois créditos (Blasco, 2002, p.172). Baseou-se no uso de filmes editados pelos docentes, mas também encorajou que os alunos editassem seus próprios vídeos.

O Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo oferece dois cursos opcionais, disponíveis a alunos da Faculdade de Medicina e demais unidades da Universidade, abordando as representações da infecção pelo HIV nas Artes Visuais (MIP-0525) e nas Artes Cinemáticas (MIP-1526). Ambos foram implementados como cursos-piloto de dois créditos (um crédito é igual a 15 horas-aula) em 2000, sendo ampliados para cursos semestrais de cinco créditos cada um (Tapajós, 2002). O curso “As representações da infecção pelo HIV/aids nas Artes Cinemáticas” trabalha com a projeção intra-classe e posterior discussão estruturada de vários filmes, inclusive *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993). Esses filmes, bem como os objetivos, a metodologia e os processos de avaliação do curso, encontram-se resumidos no Apêndice.

2.3.3.1.3.2 CURSOS MULTI-ARTE, QUE ENVOLVEM AS ARTES CINEMÁTICAS

O curso “*The ethical landscape*” é oferecido pela Universidade de Melbourne (Austrália) e aborda a Ética predominantemente através de excertos literários, mas também através de pinturas e fotografias. Tópicos compreendem as experiências de pacientes sobre doença, retratos de médicos, as demandas de

ser médico, Ética, empecilhos à comunicação, expectativas de pacientes e o olhar da população sobre a *performance* profissional. O curso objetiva permitir discussão, estimular as iniciativas intelectuais dos alunos, explorar formas não-científicas de pensar, aumentar a sensibilidade para o cuidar do paciente e expor o aluno ao inglês não-médico bem escrito, entre outros pontos. Os retratos e pinturas são mostrados como diapositivos e são discutidos com a mesma abordagem geral (Moore, 1976; 1977).

Um curso eletivo oferecido para alunos de primeiro ano de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts (Estados Unidos) corre paralelo ao curso de anatomia e aborda a dissecação, a morte e o morrer. O curso objetiva evocar, sublinhar e discutir os sentimentos dos alunos e suas respostas a esses assuntos. Tenta também anexar uma dimensão humana a um curso cujo cerne é a informação factual sobre a estrutura do corpo humano, e, assim, modificar o distanciamento científico que caracteriza a educação pré-clínica. Tópicos compreendem a própria mortalidade, a importância dos rituais que circundam a morte, o conflito dos que sobrevivem e desejam ao mesmo tempo manter e quebrar vínculos com o morto. A instrução faz-se em discussões de pequeno grupo. Um filme semidocumentário traz o relato de um paciente de trinta anos com uma leucemia aguda sobre morte iminente e uma vida não vivida. Um vídeo onde a câmera passeia sobre o corpo nu de um homem recém-morto também é usado como recurso audiovisual. Pinturas e excertos literários completam o curso, compilando atitudes culturais e rituais religiosos (Bertman, Marks, 1985).

O Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Paraíba (Brasil) oferece um curso obrigatório, que compreende oficinas (*workshops*), *role-playing* e dinâmicas em formato de pequeno grupo. Pretende incentivar reflexão, autoconhecimento, interação entre alunos e professores e criatividade, em benefício da relação paciente-enfermeiro. Os alunos dedicam-se a várias atividades criativas, entre as quais estão costura, desenho, pintura, colagem, dança e canto. O filme *Philadelphia* (Jonathan Demme, 1993) é projetado para permitir a discussão sobre HIV/aids (Garcia, Silveira, 1998). Outros programas em

Enfermagem (Peden, Staten, 1994; Vande-Zande, 1995) baseiam-se em várias Artes (como Literatura, Drama e Música), mas sistematicamente incluem filmes comerciais, tais como *Andre's mother* (Deborah Reinisch, 1990), no tópico AIDS (Vande-Zande, 1995).

Um modelo para um curso sobre “AIDS e suas representações” foi proposto como parte potencial de um programa para educação multicultural através da Arte Contemporânea (Leung, 1996, p.281-306). Um curso completo com uma definição acurada de objetivos, procedimentos instrucionais e de avaliação é descrito em nove aulas, compreendendo mitos e fatos sobre a doença, discriminação e racismo, homofobia, a linguagem da mídia, direitos civis, saúde pública, o poder de dar nomes, a arte da memória, educação sobre a doença e pessoas vivendo com o vírus. É um curso multi-arte que usa diapositivos que reproduzem obras de Haring, Wojnarowicz, Azaceta, Teraoka, Gran Fury e Group Material, assim como os filmes *Absolutely positive* (Peter Adair, 1991) e *Common threads: stories from the Quilt* (Robert Epstein, Jeffrey Friedman, 1989).

2.3.3.2 RELEVÂNCIA

A força do Cinema é sua capacidade de fazer a audiência esquecer que está assistindo a Cinema. Para todas as finalidades, os espectadores são transformados em *voyeurs* que observam segura e intimamente as experiências de outras pessoas. As percepções de tempo e espaço são alteradas através da imersão consentida numa realidade espúria (Pechansky et al., 1989). Filme é ilusão (Almeida, 2001, p.40). Esse estado de consciência entre a vigília e o sonho tem sido chamada de “estado de cinema” (Pechansky et al., 1989), um estado psico-fisiológico de “fascinação sensorial” (Nodal, 1989). Essa incursão gerenciada ao inconsciente, uma forma “menos estruturada de psicanálise”, tenta explicar o poder do Cinema em evocar respostas, reflexão e fantasias e servir de alimento para uma imaginação empobrecida (Pechansky et al., 1989). As pessoas, de fato, encontram-se transitoriamente mudadas ao deixarem a sala de cinema (Pechansky et al., 1989). Assim, o Cinema pode ser usado terapeuticamente,

permitindo que pacientes discutam, não diretamente a si próprios, mas a outros pacientes representados no filme (Nodal, 1989). De maneira análoga, o aluno poderá discutir situações pertinentes à prática de Medicina, discutindo, não necessariamente a si próprios, mas a profissionais representados no filme. Poderão tratar de assuntos relevantes de "maneira protegida" (Crellin, Briones, 1995).

Além disto, o Cinema pode ser usado para gerar conhecimento experiencial em estudantes (Crellin, Briones, 1995), aumentando as possibilidades do concreto e das vivências, que em cada pessoa se encontram reduzidas a um pequeno repertório de experiências pessoais (Blasco, 2002, p.233). O Cinema permite ao aluno experimentar situações que nunca teriam sido possíveis na realidade cotidiana (Blasco, 2002, p.233). O Cinema pode trazer novos conhecimentos e entendimento sobre doença, promovendo reflexão moral, criando empatia e aumentando a sensibilidade à dimensão humana do cuidar (Hook, 1996). Faz uso abundante de metáfora e metonímia (Nodal, 1989), incentivando o aluno às atividades intelectuais de análise e interpretação. Oferece representações de pacientes, médicos, doença, epidemias e atitudes sociais em relação às profissões de saúde (Crellin, Briones, 1995; Hook, 1996; Malacrida et al., 1998).

O uso do Cinema é adequado como recurso educacional em atitudes humanas, e tudo que essas atitudes encerram: valores, virtudes, limitações, formas e espectro dos modos de ser humano (Blasco, 2002, p.233). O Cinema seria o "instrumento por excelência da educação sentimental do nosso tempo" (Blasco, 2002, p.234). Trabalhar com o Cinema em sala de aula é ajudar a escola a reencontrar a cultura ao mesmo tempo cotidiana e elevada (Napolitano, 2003, p.11).

2.3.4 JUSTIFICATIVA DA ESCOLHA DO FILME *AND THE BAND PLAYED ON*

O Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tem inserido atividades instrucionais com projeção e discussão de filmes sobre a infecção pelo HIV/aids no estágio de

aprendizagem em serviço em doenças infecciosas (internato) no quinto ano do currículo médico. Essas atividades têm cunho obrigatório para todos os alunos e começaram a ser sistematicamente inseridas em 1994, com a discussão do filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993). Naquele momento, a escolha do filme foi intuitiva, baseada nas potencialidades educacionais que ele poderia encerrar.

As atividades de ensino/aprendizagem com esse filme ocorrem uma vez para cada grupo de internos (cerca de 15 alunos), assumindo o formato de pequeno grupo (discussão estruturada), com projeção intra-aula (136 minutos) seguida de discussão (cerca de três horas). São anualmente 12 grupos de internos, de forma que a atividade é oferecida 12 vezes ao ano, sempre pelo mesmo docente, autor dessa tese. De 1994 a 2003, essa atividade foi repetida 120 vezes, portanto. Esse número deve ser acrescido das 12 atividades previstas – e até agora regularmente executadas – para o ano letivo de 2004.

Ao longo desses anos, a atividade foi-se aprimorando tanto pelas mãos do docente, quanto pela incorporação de aspectos levantados, evidenciados e sugeridos pelos próprios alunos. Sugestões foram acrescentadas e muitas das histórias contadas pelos alunos foram gradativamente sendo adicionadas ao material de discussão, como ilustração de um ou outro ponto. Essas histórias, ou algumas delas, encontram-se compiladas nessa tese.

Esse filme também tem sido utilizado para discussões, dentro do Departamento de Moléstias Infecciosas e Parasitárias da USP, junto aos residentes. Ocorre ainda desde 2000 junto aos alunos de graduação, regularmente inscritos no curso opcional (MIP-1526) “As representações da infecção pelo HIV/aids nas Artes Cinemáticas” (Apêndice).

Essa tese relata, então, a experiência de mais de 10 anos com esse filme, usado como material instrucional para o ensino/aprendizagem de aspectos humanísticos da Medicina.

2.4 PROPOSTA METODOLÓGICA E DE COMUNICAÇÃO DE RESULTADOS

Analisa-se o filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993). Sua ficha técnica encontra-se no Anexo.

Essa análise compõe-se de duas partes. A primeira (capítulos 3 e 4) interessa-se pelo filme como um todo, tanto no seu aspecto narratológico quanto estilístico, e propõe possibilidades interpretativas de ordem macro-analítica, ainda que leve em conta a micro-análise de alguns planos chave. Essa macro-análise centra-se na narrativa em si. Procura propostas de segmentação do filme conforme certa lógica e tenta delinear os elementos que constroem a narrativa. Usa-se de referenciais externos teóricos (como a teoria psicanalítica à Jung) que serão declinados conforme sejam requisitados.

Essa análise será comunicada em uma síntese que produz propostas interpretativas. São comunicadas, respectivamente nos capítulos 3 e 4, duas propostas interpretativas diferentes e não mutuamente exclusivas, que foram geradas com base na sua potencial capacidade de gerar atividades de ensino/aprendizagem em Medicina. Essas potencialidades encontram-se apontadas e discutidas no capítulo 5 e, embora não tratem da interpretação em si do filme, tratam de um possível uso educacional dela. Do ponto de vista instrucional, essas atividades de ensino/aprendizagem prevêm a assistência do filme inteiro (e não apenas partes dele), seguida por alguma atividade de discussão.

A segunda parte da análise (capítulo 6), ao contrário, não se interessa pelo filme como um todo. Interessa-se por algumas seqüências em específico, pinçando-as para uma micro-análise mais cuidadosa. São seqüências escolhidas também pela sua potencial pertinência ao ensino/aprendizagem de Medicina. Essas potencialidades serão apontadas e justificadas conforme apareçam, ao longo do próprio capítulo 6. Do ponto de vista instrucional, essas atividades não dependem da assistência do filme inteiro, mas apenas das seqüências selecionadas, que podem ser, assim, editadas como vinhetas para o uso instrucional, adequando-se a atividades de duração menor.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DO FILME COMO UM TODO: PRIMEIRA PROPOSTA MACROANALÍTICA (A CRISE DO PROTAGONISTA)

3.1 INTRODUÇÃO

Analisam-se alguns aspectos narratológicos do filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993) (ficha técnica no Anexo). É hipótese dessa análise que esse filme carrega uma linha narrativa romanesca, cuja história centra-se no seu personagem protagonista, Don Francis. Nele detecta-se, ao início, uma falta, que deverá ser corrigida no decorrer da narrativa através de uma crise. Essa narrativa poderá acabar quando essa falta estiver finalmente corrigida.

É também hipótese dessa primeira proposta que a falta sentida pelo protagonista diga respeito a sua vocação profissional, e a crise deflagrada por essa questão deva dar-se nesse mesmo registro profissional/vocacional.

Se por hipótese há no protagonista uma dimensão crítica que é a linha central da narrativa, um referencial teórico externo ao filme de cunho psicanalítico parece adequado. Assim, quando se julgou necessária uma referenciação externa teórica para a interpretação, lançou-se mão de conceitos da Psicologia Analítica segundo a escola junguiana. Teorias psicanalíticas sempre influenciaram o cinema e o uso dessas teorias para a crítica fílmica é comum (Creed, 1998, p.77-8). De maneira geral, a teoria junguiana nunca foi largamente aplicada aos estudos fílmicos e, quando o foi, explorou os arquétipos, incluindo a sombra, a *anima* e o *animus* (Creed, 1998, p.78). Optou-se nessa análise pelo referencial junguiano pela pertinência da temática arquetípica e alquímica, presentes no filme, como se pretende mostrar em momento adequado.

A seguir argumenta-se no sentido de referendar as hipóteses feitas acima, para que elas possam ser aceitas como plausíveis.

3.2 PROPOSTA DE SEGMENTAÇÃO: APRESENTAÇÃO, DESENVOLVIMENTO E RESOLUÇÃO DA CRISE: A DIMENSÃO CRÍTICA DO PROTAGONISTA COMO LINHA NARRATIVA

A narrativa cinematográfica clássica é passível de ser segmentada em três atos (Apresentação, Confrontação e Resolução), com pontos de inflexão entre a Apresentação e a Confrontação (primeiro ponto de virada) e entre esta e a Resolução (segundo ponto de virada). Pode haver um ponto central, dividindo a Confrontação em duas metades (Fields, 1997, p.18-9). Se se postula a crise do protagonista como linha narrativa central nesse filme, ele deve ser passível de segmentação conforme essa dimensão crítica, ou seja, deve haver uma apresentação, um desenvolvimento e uma resolução da dita crise, com pontos de virada relevantes. Pretende-se, na análise a seguir, identificar esses pontos de virada, para que se proponha uma segmentação coerente do filme.

As seqüências iniciais e finais do filme são notadamente simétricas, tanto no seu conteúdo (o que é narrado), quanto na sua forma de narrá-lo (mesmos gestos, mesmos movimentos de câmara e enquadramentos, elementos musicais, recurso de *flashback*). Entre essas duas seqüências simétricas, desenrola-se a linha narrativa do filme, com *flashbacks* recorrentes que remetem à seqüência inicial. Assim, a estrutura narrativa parece ter um esqueleto em que a seqüência inicial se atualiza durante todo o filme e se repete no seu final.

Parece, então, adequado começar o trabalho de análise a partir dessa estrutura, centrando a atenção nessa seqüência que se repete e se atualiza. Abaixo, faz-se um sumário descritivo das seqüências em questão, à guisa de clareza, lembrando-se que a mera descrição das seqüências as reduz a um eixo tão somente verbal (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.12).

3.2.1 SUMÁRIO DESCRITIVO DAS SEQÜÊNCIAS INICIAL E FINAL

O filme inicia-se com uma seqüência de planos que trata de um surto de Ebola virose em 1976 na África central. Sob chuva, um comboio de caminhões e

jipes abre caminho por uma estrada lamacenta. São quatro planos ao todo, concomitantes aos créditos. O primeiro, mais geral, com os caminhões ao longe, evidencia visualmente a selva. Já se nota a chuva. O segundo enfatiza o caráter de viagem, mostrando o progredir dos caminhões e seu deslizar pela estrada de terra. No final do terceiro plano a câmera move-se para o chão, abandona por alguns momentos o comboio e detém-se na imagem da lama. No quarto plano a câmera acaba por focalizar o emblema da Organização Mundial de Saúde num dos caminhões (assim comunicando visualmente de que tipo de comboio se trata), para logo a seguir subir e focalizar um personagem de perfil, dentro do caminhão. Don Francis (Mathew Modine), ainda inominado, é assim apresentado na narrativa. No plano imediatamente seguinte, a câmera assume a perspectiva visual de Don Francis e mostra a visão de uma construção em uma aldeia, conforme vista através do pára-brisa. Aqui se sugere que a narração que se segue carregará, de alguma forma, o ponto de vista de Don Francis. Fica também anunciado quem será o protagonista do filme. No plano seguinte, Don Francis coloca uma máscara. Descem do caminhão dois médicos paramentados, ostentando máscaras complexas, luvas e aventais, enfim, toda a parafernália técnica necessária para a sua proteção frente ao surto dessa doença tão letal.

Os planos seguintes são construídos com a alternância de campos e contra-campos, mostrando ora a paisagem vista pelos médicos, ora os médicos que vêem a paisagem. O ruído de sua respiração através das máscaras é amplificado e acompanha grande parte da seqüência. A imagem da chuva, encharcando os personagens é também onipresente. Em determinado plano, Don Francis é filmado em movimento lento (*slow motion*). O efeito final desses dispositivos é algo onírico ou lisérgico: o movimento lentificado, os ruídos amplificados e a chuva insistente.

A paisagem que encontram é de absoluta desolação. Não há sinais de vida humana. Chove por toda a seqüência. Um bode preto é mostrado em dois planos. Pequenos focos de fogo deixam escapar bastante fumaça. Nesse plano, a câmera, que carrega o ponto de vista perceptual dos médicos, movimentada-se livremente, preferindo tomadas de cima para baixo.

Os médicos entram num galpão abandonado, provavelmente o hospital, esvaziado de seus doentes e profissionais cuidadores. Aparecem letreiros escritos – ou melhor, que se escrevem à semelhança da redação de um telejornal – que localizam a ação no tempo e no espaço: “*Ebola River. Central Africa. 1976*”.

Don Francis investiga pequenos objetos hospitalares deixados no chão. Nesse momento chega um menino negro, que lhes deseja boas-vindas em inglês precário. Os médicos retiram as próprias máscaras e conversam com ele. Pedem-lhe que os leve até o médico local, Dr. Aziz. O menino entende e aquiesce. Num plano notável, a câmera mostra o grupo seguindo por um pequeno caminho. O menino aponta em frente. A câmera move-se rapidamente, seguindo o movimento do braço do menino – e do olhar dos médicos: não há campo, corte e contra-campo. A câmera detém-se na imagem do cadáver do Dr. Aziz. Um contra-campo mostra a circunspeção no rosto dos dois médicos, para depois fechar no rosto de Don Francis, confirmando quem é o protagonista da história. Novos planos sucedem-se, a câmera estática, focalizando vários cadáveres. O elemento musical ressalta a natureza introspectiva e melancólica da experiência de Don Francis.

Um corte leva os dois médicos a um plano mais aberto com o hospital ao fundo. O ruído ampliado da chuva domina a seqüência. Os médicos andam e ouvem gemidos (som fora de campo). Um corte introduz um plano em que os médicos são focalizados mais proximamente. Continuam os ruídos fora de campo, que anunciam o próximo plano. Don Francis está dentro de uma choupana, frente a uma paciente negra que agoniza. O outro médico encontra-se deslocado para o fundo do plano, de maneira que não receba nenhuma ênfase. Planos e contra-planos muito nervosos e rápidos sucedem-se nessa seqüência. A paciente é enquadrada visualmente sempre de cima para baixo (*plongée*), reproduzindo o ponto de vista perceptual do médico. Este, por sua vez, é enquadrado sempre de baixo para cima (*contre-plongée*), em respeito ao ponto de vista da paciente. A mulher negra dirige a palavra a Don Francis, desesperada, falando alguma língua africana que nem o protagonista nem a audiência do filme podemos entender. Não obtendo resposta de seu interlocutor, pega-lhe o braço num gesto súbito. Don Francis está sem máscara e com a expressão perplexa, repleta de uma sensação

intensa e negativa. Asco, nojo, impotência, pavor ou terror, a natureza mesma dessa sensação parece indiferenciada, sendo apenas revelado seu caráter profundamente desconfortável.

Há o contato físico entre a mão do médico e a da paciente. Esta segura a mão de Don Francis de maneira decidida e urgente. O médico mantém o contato de maneira confusa e hesitante. Não acolhe a mão da paciente, nem a larga. Emite alguns ruídos não verbais que se parecem com ganidos. O efeito visual final é o de um movimento paralisado que não pode se resolver. A paciente, enfim, agonizando, lança uma golfada sanguinolenta de vômito e morre. Essa cena termina com Don Francis, levantando a própria mão suja de sangue e olhando-a auspiciosamente. O próximo plano aproxima Don Francis e sua expressão circunspecta, deixando sua mão fora do enquadramento. No plano seguinte, um menino negro aponta para os cadáveres e pergunta-lhe em inglês imperfeito: “*why this happen?*” Insiste: “*why? You doctor. How you don’t know?*” A chuva continua. Don Francis está pingando.

A seqüência progride para sua resolução. Don Francis e o outro médico lançam os corpos envoltos em mortalhas nas chamas. Nesse e nos planos subseqüentes, o fogo domina o primeiro plano, interpondo-se entre os personagens e a câmera. Da fogueira levanta uma fumaça branca. A chuva continua a cair. Um dos planos aproxima a figura de Don Francis e faz cair sobre seu rosto a luz alaranjada do fogo. O elemento musical acentua o caráter introspectivo e trágico da cena. Aparecem novos letreiros, indicando que o surto não atingiu o mundo exterior (*outside world*), que não era de aids, mas ainda assim era um aviso dos eventos que estavam por acontecer.

A lembrança dessa experiência retorna, sob a forma de *flashbacks*, a um atormentado Don Francis durante várias partes do filme. O primeiro vem-lhe quando está sentado em frente a uma lousa onde estão escritas estatísticas sob o rótulo de “*butcher’s bill*”. Vem-lhe com a lembrança do fogo e dos corpos queimando-se: os ruídos da fogueira narram o teor da sua lembrança. Essa seqüência ocorre imediatamente após o plano em que o coreógrafo (Richard Gere) anuncia: “*the party’s over*”. O segundo acontece logo antes da seqüência

em que um *workshop* aprova a renomeação da doença, que passaria a chamar-se aids. Em seu ambiente de trabalho, Don Francis sente dor na mão e lembra-se do menino negro perguntando-lhe por que essas coisas aconteciam. Os gemidos em som fora de campo da mulher negra agonizante reaparecem. O terceiro momento ocorre no motel onde Don Francis vive. Ocorre à noite, na cama quando se lembra do fogo. A seguir, à beira da piscina encharca-se sob chuva torrencial. O elemento musical trágico reaparece e sublinha a subjetividade da cena. O último *flashback* importante ocorre na seqüência final de cenas, cuja simetria com a seqüência inicial é notável.

Nessa seqüência final, Don Francis vai visitar Bill Kraus (Sir Ian McKellen) no hospital. A seqüência começa no saguão do hospital, quando o médico chega e encontra-se com Selma Dritz (Lily Tomlin). Ambos cumprimentam-se e entram conversando no elevador. Andam pelos corredores e chegam ao quarto, onde encontram Bill Kraus e Kico Govandes (B. D. Wong). Selma Dritz apresenta Don Francis a Kico. Bill Kraus acusa a própria diplopia ao dizer que vê “dois Dons”. Este responde que “ambos somos Don”. Bill Kraus começa a falar em uma língua incompreensível tanto para Don Francis quanto para a audiência. A personagem feminina convida Kico para tomar um café. Bill Kraus insiste na língua inacessível e finalmente repete o gesto da mulher negra na seqüência inicial do filme ao agarrar a mão de Don Francis. O *flashback* (imagem e música) é deflagrado. De volta ao quarto do hospital, a câmera demora-se no mesmo movimento hesitante das mãos de Don Francis e Bill Kraus. Fixa-se perscrutadora na face do médico, encontrando a mesma expressão intensamente desagradável e negativa. A tensão resolve-se quando Don Francis pousa a mão esquerda sobre a mão do paciente e a própria mão direita hesitante. O gesto não deixa dúvidas sobre seu caráter deliberado e confirmatório. Bill Kraus retoma o diálogo e pede ao médico que lhe dê o “*krognite*”. Don Francis dá-lhes seus óculos. O paciente pergunta se tem estado falando coisas ininteligíveis. Don Francis responde-lhe: “para mim, não”. O tom da cena muda e subjetiva-se, anunciado pelo enquadramento mais próximo dos personagens, que passam a conversar em campo e contra-campo. Têm o seguinte diálogo:

DON FRANCIS: *This did not have to happen. We could've stopped it...*

BILL KRAUS: *Can you still?*

DON FRANCIS: *Can we still stop it? I don't know.*

BILL KRAUS: *I used to be afraid of dying. Not anymore. I'm more afraid of what happens to the people who live.*

A câmera sobe, registrando a tomada a partir de cima (*plongée*). Don Francis acolhe Bill Kraus com um gesto da mão. O paciente fecha os olhos.

3.2.2 PRIMEIRO SEGMENTO: O DELINEAMENTO DA CRISE DO MÉDICO

3.2.2.1 A ÁFRICA CENTRAL

O filme trata basicamente da epidemia de aids nos Estados Unidos no período de 1981 a 1986. Entretanto, sua narrativa escolhe estranhamente iniciar-se em outro tempo, em outro lugar geográfico e com um surto de outra doença. Assim ele começa no meio da selva da África Negra com um surto de Ebola virose. Essa questão pede exame mais cuidadoso.

Essa justaposição entre um surto de Ebola virose e a epidemia da aids evidencia diferenças e semelhanças entre os dois assuntos. A Ebola virose é uma sepse grave com disfunção de múltiplos órgãos, freqüentemente descrita como uma febre hemorrágica. É, assim, doença aguda de evolução rápida, fulminante e de altíssima letalidade. Seus surtos são famosos por acometerem letalmente uma grande porcentagem dos médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos nos cuidados aos pacientes. Borra, epidemiologicamente, a fronteira entre cuidadores e pacientes, na medida que transforma os primeiros nos últimos. Sua transmissão é rápida e ocorre também de pessoa a pessoa, pela mera convivência, sem que haja necessidade de contato sexual. Todos os surtos de Ebola viroses descritos na literatura foram contidos e restritos a limites geográficos pequenos, nenhum deles assumindo as proporções de uma epidemia ou

pandemia. Por todas essas razões, a Ebola virose não poderia ser mais diferente da infecção pelo HIV/aids, que é doença crônica e que não compartilha das características nosológicas nem epidemiológicas descritas acima. Há que se encontrar, então, o sentido dessa justaposição feita pelo filme. Três possibilidades interpretativas são discutidas a seguir:

3.2.2.1.1 SUSPENSE: ESTRATÉGIA NARRATIVA

Primeiramente, a representação do surto de Ebola virose na introdução do filme serve como estratégia narrativa, gerando suspense (Chatman, 1978, p.59). Funciona como um pequeno resumo ou piloto daquilo que está por vir. Age como advertência, intuição ou presságio de algo pior e de maiores dimensões, que passa a estar assim anunciado (“*foreshadowed*”). Se os espectadores sabem que se trata de um filme sobre a aids, e tendo esses espectadores um mínimo conhecimento de seu tempo, então nesse momento eles passam a sentir-se ominosamente prescientes. Eles sabem, ao contrário do personagem, que apenas intui, que algo de muito mais grave vai acontecer. E, sabendo, não podem comunicar essa informação ao personagem com quem empatizam (Chatman, 178, p.59). Em efeito, após essa seqüência de cenas, o filme exhibe um letreiro, cujos dizeres corroboram essa hipótese: “*The Ebola fever outbreak was contained before it could reach the outside world. It was not aids. But it was a warning of things to come*” (grifo nosso). Preste-se especial atenção à denominação “*outside world*”, cuja discussão será aprofundada adiante.

3.2.2.1.2 ALTERIDADE: A DOENÇA DO “OUTRO”

Em segundo lugar, a introdução da Ebola virose na narrativa da aids incita a reflexão sobre aquilo que essas doenças letais tão díspares têm de semelhante entre si. Elas compartilham a natureza etiológica e a origem na África Sub-sahariana. Ambas as doenças são viroses. Essa consideração é mais do que microbiológica. A concepção antropológica etiológica dessas doenças é exotérica

ou exógena (Laplantine, 1991, p.67), ou seja, a agressão vem de fora do organismo. Nessa concepção, o agente agressor é invisível, misterioso e desconhecido, mesmo malvado, como se se tratasse de fluido maligno. É passível de ser identificado por metáforas de penetração, invasão, violentação, possessão, intoxicação, contaminação, envenenamento e mordedura, entre outras (Laplantine, 1991, p.74). Essa concepção repousa sobre pares de opostos tais como interno/externo, individual/social e natureza/cultura (onde os agressores são o externo, o social, a cultura) (Laplantine, 1991, p.76). Contrapõe uma “vítima que não participa em nada da gênese do processo patológico” ao “inimigo totalmente responsável” (Laplantine, 1991, p.76). Em resumo, o agente agressor, sendo exógeno, é o “outro”, jamais o *self*. Instala-se aqui uma noção de alteridade e das suas possibilidades agressivas: o “outro” é potencial ameaça ao “eu”, pelo mero fato de ser “outro”.

Nos processos de representação da mídia, o termo alteridade (*otherness*) refere-se tanto ao *status* de certos tipos de indivíduos sendo construídos como marginais a (ou desviantes de) grupos sociais dominantes, quanto a certos fenômenos sociais, também marginais ao (ou desviantes do) *status quo* social vigente (Kylo-Patrick, 2000, p.16).

A construção da epidemia da aids baseada na noção de que aids é a doença do “outro” é notória (Treichler, 2000, p.35). Entre as muitas dicotomias discursivas herdadas dessa construção, constam explicitamente as dicotomias “*self*” versus “*not self*”, e “*the one*” versus “*the other*” (Treichler, 2000, p.35). A aids vem sendo descrita como a doença dos homens que fazem sexo com outros homens, dos trabalhadores do sexo, dos africanos, dos haitianos, dos usuários de drogas endovenosas, dificilmente sendo concebida como uma doença que possa ser apropriada como “potencialmente minha e dos meus”.

A construção da produção filmográfica americana que tem a aids como assunto ou tema também reproduz sistematicamente essa premissa da aids como doença do “outro”, incorporando oposições binárias típicas do gênero *Western* (bom/mal), levando-as a extremos novos (inocência/culpa, contaminação/pureza, nós/eles) e pressupondo o “outro” como “moralmente desviante” (Kylo-Patrick,

2000, p.16). Como nos filmes de ficção científica, o “outro” emerge no mundo social e transforma “seres humanos saudáveis em uma versão alternativa de si mesmos”, ou numa segunda forma do “outro” (Kyro-Patrick, 2000, p.20). Nos filmes da aids, a primeira forma do “outro” é o vírus, que transforma as pessoas expostas a ele numa outra versão de si mesmos, ou seja, numa segunda versão do “outro”. Assim, nos filmes da aids o “self” é a um só tempo um ser humano em sofrimento (e, portanto, merecedor da empatia do espectador) e uma segunda versão do “outro” (não merecedora de qualquer empatia) (Kyro-Patrick, 2000, p.20).

Nesse contexto da alteridade, a representação da África ganha especial importância. Ebola virose e aids começaram ambas nesse continente. Equivale a dizer que não começaram nos Estados Unidos. Assim como os agentes agressores (os vírus) são externos aos organismos, invadindo-os a partir de fora, a aids também é externa ao organismo sócio-político-cultural americano, tendo invadido essa sociedade também a partir de fora. Essa construção cultural (norte-americana) entende a África como “o continente escuro”, equiparável ao “selvagem”, ao “alienígena”, e ao “incompreensível” (Treichler, 2000, p.101). Deposita na África – dita negra – a condição de o “outro” e, assim o fazendo, teve e tem papel central na construção da epidemia como um todo, inclusive contribuindo conseqüências para os países em desenvolvimento (Treichler, 2000, p.205-34). Esse assunto foi explicitamente abordado no filme canadense *Zero patience* (John Greyson, 1993), dando voz, como personagem, ao macaco verde africano, transmutado em uma lésbica. Ao compilar razões sobre o porquê da insistência dos discursos oficiais sobre a origem africana da epidemia, a personagem argumenta: “é do outro lado do oceano”.

É dessa maneira que o relevante na locução “África Negra” seja também o “negra”, ou seja, o sombrio que, incapaz de ser recolhido pelo “eu”, projeta-se no “outro”. Entretanto, não é “África Negra”, mas “África central” a locução que o filme usa para denominar o lócus da ação nessas seqüências iniciais. Uma das estratégias narrativas escolhidas para localizar tempo e espaço nessa seqüência inicial foi através do uso da palavra escrita, inserida em letreiros. Comunica-se à

audiência, assim, que a ação se passa em determinado ano, vale do Rio Ebola. Entretanto, a localização geográfica dessa região não é dada conforme sua natureza geopolítica, ou seja, a República Democrática do Congo (antigo Zaire), ou sua fronteira com o Sudão. Nos letreiros aparece, ao contrário, a denominação “África central”. Não se trata de uma denominação geopolítica, como República Centro Africana, mas uma descrição geográfica tosca. Essa imprecisão destoa do resto do filme, que preza pela proliferação aparentemente exagerada, detalhista e precisa de números, séries históricas, datas, nomes e fatos.

Ressalta-se, assim, que o local onde a história se passa é “central”, ou mesmo o “*inside world*”, enquanto oposto ao “*outside world*” mencionado acima.

3.2.2.1.3 ALTERIDADE: CUIDADORES E PACIENTES

Por fim, em terceiro lugar, uma noção particular de alteridade, qual seja a noção de complementaridade, também pertence às possibilidades metafóricas da Ebola virose. Retoma-se aqui a idéia de que os surtos de Ebola virose fazem muitas vítimas entre os próprios cuidadores (médicos e outros profissionais da saúde). Borra, assim, a fronteira entre cuidadores e pacientes, transformando uns nos outros. Dissolve a complementaridade que existe entre médicos e pacientes. Frente à Ebola virose, um médico não pode mais entender-se como um não-paciente por definição, nem conceber-se a si mesmo como alguém que transita incondicionalmente de um lado só da linha que separa saúde de doença, como se adoecer fosse apanágio dos pacientes. A Ebola virose dissolve a fantasia de que médicos não adoecem e de que a doença, a morte e o sofrimento são de fato características do “outro”.

3.2.2.1.4 A ÁFRICA CENTRAL: ESPAÇO SIMBÓLICO

Assim mostra-se que o filme escolhe iniciar sua narrativa localizando-a classicamente no tempo e espaço, mas ocupando-se de oferecer duas versões de espaço: uma objetiva e geográfica, qual seja, alguma parte do continente africano;

e outra subjetiva e simbólica, delineada pelas idéias de “negro”, de “centro”, de “mundo interno” e de alteridade.

3.2.2.2 O CARÁTER DE JORNADA

A seqüência inicial do filme, logo após os créditos, começa com uma tomada de um comboio da Organização Mundial de Saúde. Uma fila de carros e caminhões oficiais serpenteia por estradas lamacentas em meio a uma vegetação silvática e sob chuva. Comunica-se imagetivamente que a história que se segue é a de uma jornada. Essa jornada, como se mostrou acima, é rumo ao “centro” e ao “primitivo” e parece pertencer ao personagem – Don Francis – cujo ponto de vista perceptual foi assumido pela câmera que olha através do pára-brisa.

Após alguns planos, dois personagens saem de um dos carros. São mostrados paramentados com pesado aparato de isolamento: máscaras, aventais, luvas e gorros. Não se evidencia ainda qual o exato *status* desses personagens, ou seja, se um ou ambos são protagonistas ou não. O sujeito da jornada a qual o filme se refere precisa ser mais claramente delineado pela narrativa.

3.2.2.3 O INFERNAL E A INTROVERSÃO

Assim, o filme começa com uma jornada de médicos à África central, ou seja, ao primitivo, ao incivilizado, ao instintual, ao sombrio, ao temível, enfim, ao infernal. As cenas da seqüência incentivam a apreensão desse primitivo arquetípico através das tomadas da natureza e de seus elementos. A vegetação silvática é sublinhada nas tomadas iniciais. A chuva e o fogo trespassam as cenas, interagindo mesmo com os personagens, encharcando-os até pingarem ou consumindo os corpos dos mortos. O som da chuva é intensificado desproporcionalmente, para aumentar a percepção desse elemento. A terra vira lama por onde chafurdam alguns personagens. Além dos elementos da natureza, a organização social entrevista nas cenas é também de natureza primitiva, com

algumas poucas casas e choupanas caracterizando uma aldeia, não uma cidade ou o urbano.

A iconografia expressa nos amontoados de corpos remete às tradições pictóricas escatológicas da representação do inferno e/ou do fim dos tempos: desolação, fogo, fumaça, objetos abandonados pelo chão. Os gemidos e ranger de dentes aparecem na personagem negra que agoniza na choupana. A insistência da *mise-en-scène* em colocar um bode negro – símbolo do demônio, talvez? – na trilha imagética contribui para essa representação apocalíptica.

Os médicos, ainda pouco diferenciados na narrativa quanto a seu *status* de protagonistas, efetivamente fazem uma viagem. Aparentemente, não viajam apenas ao exterior. Viajam também ao interior, internalizam-se e introjetam-se. Visitam o mundo de dentro, enquanto oposto ao “*outside world*” anunciado no letreiro final da seqüência. Pretendem visitar o sombrio e o primitivo. E vão paramentados para tal.

3.2.2.4 A MÁSCARA

Os dois personagens estão devidamente paramentados para tecnicamente enfrentar um surto de Ebola virose. Usam avental e máscara como aparatos do isolamento total em que devem se manter para não se infectarem com essa doença, cujos surtos classicamente acometem letalmente médicos e enfermeiros. Entram no galpão vazio que representa o hospital. Nesse momento, entra em cena um menino negro, nativo. Os médicos retiram as máscaras para conversar com o menino. Tecnicamente, retiraram as máscaras no momento em que mais precisavam delas, ou em que elas estavam mais indicadas. A partir desse gesto, convidam a audiência a re-significar a máscara. Ela passa a não poder ser vista meramente como um apetrecho do isolamento, technicalidade do exercício da Medicina. Ela passa a representar, talvez, a tentativa de isolamento desses personagens em relação ao ambiente primitivo que visitam. No registro intimista e introvertido que se discutiu acima, esses personagens fazem uma jornada interna em que a máscara pode ser entendida como uma proteção ou defesa egóica

contra o sombrio e a alteridade. Don Francis acredita que pode realmente descer aos infernos sem sujar-se de lama. Quando encontra seu guia de pele negra, retira a máscara protetora e dispõe-se a interagir com as forças sombrias e primitivas que ele próprio veio buscar. Pode, então, contaminar-se. Não de Ebola virose, mas da verdadeira razão que o trouxe à empreitada narrada nesse filme. Ganha assim o direito de ocupar o seu devido papel de protagonista.

Outra forma de resgatar a simbologia da máscara de Don Francis é entendê-la como *persona*. Originalmente usado para designar as máscaras que os atores gregos clássicos usavam para compor seus personagens e interagir com a audiência, o termo *persona* passou a ser usado no século XX pela psicologia junguiana. O uso do termo “máscara” em referência à *persona* é feito pelo próprio Jung: “máscara de ator que encobre aquela que nunca mostramos” (Jung, 2000, p.30) ou “a máscara usada pelos primitivos” (Jung, 2003, p.25). A *persona* é o dispositivo psicológico que pertence à psique coletiva e, no indivíduo, faz aparentar individualidade e procura convencer aos outros e a si mesma de que esse indivíduo é assim (Jung, 2003, p.32). Carrega o que o indivíduo “não é realmente, mas aquilo que os outros e ele próprio acham que ele é”; rege a adaptação e o estilo da relação desse indivíduo com o mundo (Jung, 2000, p.128) e representa o compromisso entre o indivíduo e a sociedade (Jung, 2003, p.32).

A *persona* deve ser separada do conceito de indivíduo (Jung, 2003, p.144). O indivíduo não é a sua *persona*. Quando acredita que sim, essa identificação com a *persona* é perigosa e trágica (Jung, 2000, p.128). Leva a uma inflação do “eu”, que passa a acreditar ser o que parece e em conseqüência, perde a “medida” de si mesmo. A meta da individuação “não é outra senão a de despojar o si mesmo dos invólucros falsos da *persona*, assim como o do poder sugestivo das imagens primordiais” (Jung, 2003, p.50). Assim, a *persona* pode constituir um obstáculo ao desenvolvimento individual, de modo que a sua dissolução é condição indispensável da individuação (Jung, 2003, p.150). Assim, Don Francis, ao retirar a máscara, simboliza a dissolução da *persona* e sinaliza o movimento rumo ao processo de individuação, mais uma vez assinalando a sua crise intrapsíquica.

Todas as profissões têm sua *persona* característica (Jung, 2003, p.128). Pode-se argumentar que a máscara tirada por Don Francis refira-se especificamente à *persona* médica. O segundo médico que acompanha Don Francis pede a seu guia de pele negra que os leve ao médico local. Don Francis confirma esse pedido. É um procedimento extremamente coerente e nada estranhável se se leva em conta a viagem exterior de Don Francis. Entretanto, no registro da jornada interior desse médico, essa frase revela a possibilidade de que Don Francis queira falar com o médico porque só concebe falar com seus pares. Somente o médico local qualificar-se-ia para interagir com Don Francis. Se assim ocorre e levando-se a análise ao limite, então Don Francis está possuído de uma visão hierarquizada em que médicos são de alguma maneira superiores ou diferenciáveis dos demais seres – os “outros”. Além de uma certa arrogância, essa atitude de Don Francis deixa transparecer uma visão do ser médico que equipara o médico a um ser divino e onipotente, daí a desmesura.

De fato, essa mesma visão da Medicina e do ser médico reaparece no filme, projetada no personagem de Robert Gallo (Alan Alda). Em determinado momento do filme, Robert Gallo diz que só falará com seus pares. Don Francis, irado e irônico, pergunta-lhe: “*who, besides God, qualifies?*”. Aqui a equiparação entre médico e Deus é direta. Acusa a identificação de Robert Gallo com um ser divinizado. Este médico encontra-se inflado e identificado com uma *persona* médica poderosa, onipotente e divinizada.

Tomando-se a máscara do filme como uma representação simbólica da *persona* médica arrogante e divinizada de Don Francis, sua retirada na cena reveste-se de grande importância. Ao simbolicamente afastar a *persona*, Don Francis pretende rever sua posição ante seu papel de médico e o exercício mesmo da Medicina. Trata-se de uma proposta de reflexão vocacional.

3.2.2.5 A GRANDE REVELAÇÃO

Sem a máscara e definitivamente exposto ao primitivo, Don Francis segue sua jornada. Pode agora acompanhar seu jovem guia de pele negra, que aquiesce

ao pedido de conduzi-lo ao médico local. O menino leva Don Francis e o segundo médico através de um caminho de lama. O som da chuva amplificado domina o plano. A câmera posiciona-se de maneira a observar o grupo de três que caminha em sua direção. O menino aponta em direção a onde estaria o médico local, a câmera segue o seu gesto, assumindo o percurso do olhar dos médicos. Abruptamente revela o cadáver do médico local morto. A câmera fecha-se no rosto de Don Francis, mostrando uma expressão de grande espanto. O outro médico fica completamente fora do enquadramento e, em efeito, desaparece do resto do filme. Fica claro aqui quem de fato é o protagonista e sujeito da crise que se delinea. A câmera demora-se de maneira estática sobre cada grupo de cadáveres empilhados, perscrutando detalhes. A imobilidade da câmera ressalta a total imobilidade dos corpos. A onipotência e a arrogância anunciadas no início da seqüência são contraditas de maneira enfática: médicos morrem. Morrendo, são mortais. Sendo mortais, não são divinos. E Don Francis tem assim uma revelação epifânica, qual seja, a da humanidade do médico.

3.2.2.6 AGONIA E A GRANDE CRISE

O afastamento da *persona* divinizada e a revelação da mortalidade/humanidade do médico inviabilizam que Don Francis continue exercendo a Medicina como fazia. Os planos seguintes ilustram e reiteram essa impossibilidade. Ouvem-se gemidos (sons fora de campo) nos dois planos anteriores. Após um corte, Don Francis está dentro de uma choupana. Uma paciente negra agonizante dirige-se ao médico com uma comunicação digital numa língua incompreensível. O médico nada entende. A paciente, então, usa-se de uma comunicação analógica (Watzlawick et al., 1967, p.57) ao pegar a mão do médico. Frente a essa comunicação, o médico continua incapaz de reagir. Não sabe levá-la adiante. Não consegue confirmá-la, aceitando a mão da paciente (“se não posso curá-la, posso ao menos cuidar de você, mesmo que isso me imponha certos riscos”), nem rejeitá-la (“nada posso fazer, tenho limites e devo proteger-me”). Ao contrário, a linguagem fílmica sublinha, através dos enquadramentos

mais próximos, dos cortes freqüentes, dos campos e contra-campos nervosos e da música, a incapacidade de reação do médico e sua incapacidade de decidir-se. A câmera fecha na mão do médico e da paciente, em contato instável, oscilante, hesitante, um aperto de mão que não se dá, nem deixa ir. Recupera na expressão facial do médico um sentimento indiferenciado, difícil de ser nomeado, mas intensamente desagradável e apavorante. Trata-se do indefinível, do indizível, enfim, do indiferenciado. Esse médico mostrou-se paralisado e impedido de exercer a Medicina, seja de qual forma fosse.

Como o médico é incapaz de resolver o impasse mostrado da relação médico-paciente, cabe à paciente o papel de fazê-lo na narrativa. A paciente morre, com, sem, ou apesar do médico, que nada pôde fazer. Agoniza lançando uma golfada de sangue na mão de Don Francis. O médico olha para sua mão maculada. A câmara aproxima-se. Na sua viagem interna, sua condição onipotente está ferida de morte. Don Francis contaminou-se, sim. Não de Ebola virose, mas da crise profissional que veio procurar. Deve procurar outro jeito de – ou outro sentido em – exercer a Medicina.

No plano seguinte, seu guia de pele negra vem sublinhar, de maneira redundante, bem à maneira do cinema canônico americano, o que se narrou nos planos anteriores. Com a violência de quem passa a chave na pintura do carro, sublinha, para Don Francis a existência e a natureza da crise na qual o médico agora está lançado. Como o Grilo Falante de Pinóquio, diz-lhe: “como você não sabe? Você não é médico?” Essa sintaxe é acusatória. Denuncia o despreparo para a prática médica. Implicitamente diz que “você não sabe e deveria saber”. Resta ver apenas o que não é sabido por Don Francis. Possivelmente, como enfrentar a prática médica a partir da condição humana – e não divinizada e onipotente – do médico. Ou então, fazer algum sentido pessoal da práxis médica na sua vida.

3.2.2.7 MOTIVAÇÃO

Está assim, posta a motivação do protagonista nessa narrativa. Nasce da percepção de uma falta ou de uma carência, que precisa ser revista, suprida ou modificada. O motivo da falta que deve ser restaurada no protagonista é bastante prevalente na Narratologia e já foi abordado de várias maneiras, da concepção formalista à Todorov de que a narrativa coloca-se a serviço do desejo do protagonista de suplantar essa falta, até a concepção psicanalítica à Metz, de que a trajetória do protagonista é edipiana e restaurar a falta implica a restauração de um equilíbrio e a identificação com o princípio paterno (Creed, 1998, p.81).

É interessante ressaltar nesse ponto que a motivação do personagem não nasce, por exemplo, de uma perda familiar pregressa em uma situação traumática prévia. É conhecida no cinema clássico a fórmula pela qual uma perda familiar prévia (nas mãos de assaltantes ou terroristas, por exemplo) confere a motivação para o protagonista envolver-se na história narrada (em busca de vingança ou justiça). Aqui não se trata disso. Don Francis não perdeu esposo, esposa ou filhos para o surto de Ebola virose ou outro surto, de maneira que não está aí a motivação desse personagem. Esse fato ganha importância, como se pretende mostrar abaixo, pelo fato do personagem de Don Francis, conforme está delineado no filme, não poder ter uma família.

3.2.2.8 FOGO, ÁGUA E ALQUIMIA

O fogo e a água dominam essa seqüência de planos e reaparecem com frequência pontuando o resto do filme. A água aparece como chuva, que chove ora intermitente, ora torrencialmente, fazendo lama e encharcando Don Francis, de cujo nariz e cabelos escorre. Aparece em toda a seqüência inicial e é resgatada nos *flashbacks* ao longo do filme. Também o fogo impõe-se na seqüência inicial (além de reaparecer, inclusive nos *flashbacks*). Poderoso, queima os corpos, levantando cinzas e fumaça. É pelo fogo, como elemento esterilizador, que o surto de Ebola virose pôde ser combatido. Os últimos planos dessa seqüência são organizados de maneira dramática: Don Francis lança corpos às chamas. A posição da câmera é tal que Don Francis está no fundo do

plano, lançando os corpos ao fogo, em primeiríssimo plano. A estrutura do plano ressalta a importância desse significante: é Don Francis quem simbolicamente pega fogo.

A iconografia aqui é alquímica e remete respectivamente a duas operações básicas da alquimia, a *calcinatio* e a *solutio*. A psicologia analítica de Jung apropriou-se desse referencial alquímico para descrever a natureza própria das transformações intra-psíquicas. O *opus* alquímico não concerniria unicamente a experimentos químicos, mas a algo semelhante aos processos psíquicos (Jung, 1994, p.254; Edinger, 1995, p.21). Haveria um paralelo perfeito entre a obra alquímica e a transformação moral e intelectual do homem (Jung, 1994, p.272). Essa transformação emanaria de processos psicológicos, os quais podem ser projetados nos processos de transformação da matéria (Jung, 1994, p.282), tornando-se assim passíveis de serem descritos pelo linguajar pseudo-químico da alquimia e de serem entendidos sob esse sistema simbólico. Enfim, a alquimia preocupar-se-ia com problemas muito afins aos que interessam à psicologia (Jung, 1994, p.142) e à psicoterapia (Edinger, 1995, p.22), tratando de processos semelhantes ou iguais aos da imaginação ativa e dos sonhos, enfim, do processo de individuação (Jung, 1994, p.360).

As operações alquímicas (*calcinatio*, *solutio*, *separatio*, *coniunctio*, *putrefactio*, *cibatio*, *fermentatio*, *exaltatio*, *augmentatio* e *proiectio*) (Jung, 1994, p.251-2) – ou, em outra versão, *calcinatio*, *solutio*, *separatio*, *coniunctio*, *coagulatio*, *sublimatio* e *mortificatio* (Edinger, 1995, p.34) – encontrariam paralelo nas transformações psíquicas. A *calcinatio* centra-se no fogo, e a *solutio* na água.

Imagens que contêm o fogo livre queimando ou afetando substâncias se relacionam com a *calcinatio* (Edinger, 1995, p.38). O fogo da *calcinatio* é um fogo purgador, “embranquecedor, que atua sobre a matéria negra, o *nigredo*, tornando-a branca” (Edinger, 1995, p.45). Purga o ego de sua identificação pretenciosa com o princípio do poder (Edinger, 1995, p.63): purga “a autoridade arbitrária do ego inflamado, que passa pela *calcinatio*, quando suas pretensões irresistíveis são frustradas pela presença da autoridade transpessoal” (Edinger, 1995, p. 43).

Por outro lado, o banho, o aguaceiro, o chuvisco e a imersão na água, entre outros, são equivalentes simbólicos da *solutio* (Edinger, 1995, p.77). Por essa operação, o sólido se dissolve no solvente, representando o retorno da matéria diferenciada ao seu estado indiferenciado original (Edinger, 1995, p.67). Tem um efeito duplo, qual seja, o desaparecimento de uma forma aliada ao surgimento de outra forma regenerada (Edinger, 1995, p.71). Representa o funcionamento pelo qual aspectos fixos ou estáticos da personalidade devem primeiro ser dissolvidos ou reduzidos às suas condições primitivas para depois transformarem-se, no processo psicoterapêutico (Edinger, 1995, p.68).

Ainda que essencialmente antagônicos, ou par de opostos, fogo e água são uma e a mesma coisa (Jung, 1994, p.245): ambos elementos transformadores da matéria (e do psiquismo). Como elementos fluidos, representam a mobilidade da mente (Jung, 1994, p.71).

No filme, água e fogo são tratados imagetivamente como elementos primordiais da natureza. Representam também forças intrapsíquicas primitivas e elementares. Ainda que antitéticos, água e fogo funcionam no filme na mesma direção, qual seja, a de significar, propor e mediar transformações na natureza e no psiquismo dos personagens, em especial, Don Francis, de cuja crise se trata. O fogo transforma pela calcinação, reorganizando matéria em matéria e sólido em essência. A água dissolve, solubiliza, encharca, impregna e amolece.

Assim, a iconografia da água e do fogo oferece a possibilidade de procurar significado nessa seqüência de planos e no filme através da hipótese de que há um conflito instalado num lócus intra-psíquico (o "*inside world*"), que necessita de transformações também intra-psíquicas para sua resolução. Essa linha de interpretação do filme carrega, como se viu acima, uma chave psicanalítica à Jung.

3.2.2.9 A APRESENTAÇÃO DOS DEMAIS PERSONAGENS E O PRIMEIRO PONTO DE VIRADA

Após o letreiro que menciona o “*outside world*”, a narrativa desloca-se para outro tempo (o presente diegético) e outros lugares (Copenhague e Paris), sempre identificados (tempo e espaço) por letreiros que se escrevem na tela, à semelhança de uma redação de jornal. Mostram-se alguns doentes moribundos ou já mortos, e seus cuidadores perplexos ante a estranheza da doença ainda inominada.

Ainda na fase de Apresentação, os personagens vão sendo gradualmente introduzidos, começando por Bill Kraus – a cerca de oito minutos do início do filme – discursando como representante de comunidade homossexual de São Francisco. Dois dos personagens mais relevantes, Jim Curran (Saul Rubinek) – o chefe – e Selma Dritz são introduzidos respectivamente a cerca de 10 e 16 minutos do início. O presidente Reagan, onipresente no filme, na medida em que sofrerá críticas explícitas tanto dos outros personagens quanto da própria narrativa do filme, é mencionado precocemente, entre as apresentações de Bill Kraus e o Chefe.

Personagens que terão algum papel mais destacado na narrativa como o Paciente Zero Gaetan Dugas (Jeffrey Nordling), o Garoto do Pôster Bobbi Campbell (Donal Logue) e o Coreógrafo (Richard Gere) aparecem a cerca de 14, 25 e 24 minutos, respectivamente. Kico, companheiro de Bill Kraus, já é apresentado aos 20 minutos, claramente infeliz em relação à sua situação conjugal.

Don Francis reaparece em novo contexto (agora no CDC em Atlanta). Apresentam-se seus companheiros de investigação epidemiológica: Mary Guinan (Glenne Headly), Harold Jaffe (Charles Martin Smith), Dale Lawrence (Christian Clemenson) e William Darrow (Richard Masur). Estabelece-se aqui o pertencimento a um grupo de ação e aloca-se uma missão concreta ao protagonista – investigar o surto. Para tal, Don Francis ganha mesmo um antiquado (e “*hopeless*”) laboratório para suas pesquisas sobre a doença.

Todos os personagens mais relevantes são apresentados nesse segmento do filme, com a notável exceção de Robert Gallo. O trabalho de Don Francis delinea-se à sua frente. O Coreógrafo vai à janela e proclama “*the party is over*” a

cerca de 29 minutos do início do filme. Postula-se que esse seja o primeiro ponto de virada (Fields, 1997, p.18) do filme: encerra as apresentações e claramente proclama a existência de um Antes e de um Depois. Na seqüência seguinte, Don Francis experimenta seu primeiro *flashback*, a 30 minutos. Relembra sua experiência na África, re-orientando a narrativa de volta para o mundo crítico do protagonista: Don Francis está a serviço de sua crise interna. Esse *flashback* será discutido abaixo em 3.2.3.2.

3.2.3 SEGUNDO SEGMENTO: O DESENVOLVIMENTO DA CRISE DO MÉDICO NO FILME

3.2.3.1 OS PERSONAGENS PRINCIPAIS E A DIMENSÃO CRÍTICA DO PROTAGONISTA

À primeira vista, o personagem de Don Francis no filme é um médico idealista e lutador, capaz de indignar-se com as burocracias e obstruções impostas pelo sistema governamental de tomada de decisões onde ele próprio está empregado. Gasta uma parte significativa de sua empreitada em oposição seja dialética, seja retórica ao chefe, cujo personagem é, também à primeira vista, um sujeito burocrático e adaptado à inércia da máquina das agências de saúde.

Entretanto, não é exagerada a interpretação de que Don Francis passa o filme a lutar contra moinhos de vento. Não age como alguém empenhado em resolver a crise imposta pela epidemia da aids, mas sim como alguém em busca de resolver sua própria crise. A luta contra a crise da aids serve apenas de pretexto para que se complete o processo crítico interno instalado nas seqüências iniciais do filme.

Essa interpretação sustenta-se em se analisando a construção do personagem Don Francis e as suas interações com os personagens do chefe, Selma Dritz e Robert Gallo. É hipótese dessa análise que esses três personagens possam ser entendidos como anteparos nos quais Don Francis projeta aspectos psíquicos relativos à sua dimensão crítica.

3.2.3.1.1 DON FRANCIS: PERSONAGEM PLANO

A distinção forsteriana entre personagens planos (*flat*) e esféricos (*round*) atribui aos primeiros a característica de serem dotados de apenas um traço, ou poucos deles (Chatman, 1978, p.131), ou ainda a serem construídos em torno de uma única idéia (Cândido, 2002, p.62-3). Isso não significa que eles não sejam capazes de grande vivacidade e poder, nem mesmo que precisem ser estereotipados, embora freqüentemente o sejam. O paradigma do personagem plano é teleológico, já que ele tem uma direção clara, estabelecida pelo seu traço principal ou dominante (Chatman, 1978, p.132).

Em efeito, Don Francis é um personagem cuidadosamente construído para ser unifacetado, ou seja, ter apenas uma dimensão, qual seja, a sua dimensão crítica. Quaisquer resquícios de identidade deste personagem são apagados: Don Francis não tem sexualidade, passatempos, ou moradia.

Num filme em que muitos personagens são identitariamente definidos pelo seu estilo de vida homossexual, por vezes até ativista, como Bill Kraus, Don Francis não exhibe nenhum traço de sexualidade, orientada seja homo- seja heterossexualmente. Aliás, não há referências, nem mesmo passageiras, a relações afetivas significativas. Não existe família, esposa/companheiro, filhos, namorada(o), nem mesmo um porta-retrato sobre o criado-mudo.

Don Francis também não se deixa caracterizar por gostos ou passatempos. O chefe, não o protagonista, pratica “jogging”. Don Francis freqüenta a piscina do hotel para lembrar-se de sua experiência com a negra agonizante, não para outro fim. Entra num restaurante/cafeteria de madrugada, não para divertir-se ou nutrir-se, mas em função de sua crise (essa cena sucede o *flashback* da piscina). Acaba, inclusive, encontrando o chefe e aproveitando para passar alguns pontos da crise a limpo, como se verá abaixo.

Don Francis não tem moradia e o filme ocupa-se meticulosamente de construir esse vazio identitário do protagonista no plano em que caracteriza o local onde o personagem dorme. A narrativa oferece-nos um quarto de hotel, impessoal por definição, ao qual a *mise-en-scène* acrescenta uma improvável televisão fora de sintonia, quase em primeiro plano. Não uma citação a *Poltergeist* (Tobe Hooper, 1982) e sua legião de fantasmagorias, a televisão fora de estação, incapaz de transduzir sinais eletromagnéticos em imagem formada e inequívoca, é uma poderosa metáfora visual da condição mesma do protagonista: desfocado, despersonalizado e fora do ar.

A questão da ausência de moradia personalizada amplifica-se quando se constata que Don Francis também não pertence a uma cidade. Pede ao chefe uma transferência para a costa leste – e a obtém, mesmo sem ter claro para si se se trata de promoção ou exílio. Essa transferência sublinha a ateritorialidade da questão em foco, contribuindo para mais uma vez ressaltar o lócus intra-psíquico da questão.

3.2.3.1.2 O CHEFE: ANTAGONISTA OU GUIA?

O chefe, quando se procura analisá-lo mais detidamente, é um personagem adaptado à sua função profissional. Genuinamente interessado em resolver a crise da aids, mas cômico do jogo em que está metido, move-se pelo terreno da burocracia e embates governamentais com maestria. Cala-se, quando entende que terá melhores resultados assim. Procura, via de regra, o caminho do meio. Dá um passo para trás prevendo dois ou três passos em avanço. A narrativa do filme ocupa-se em mostrar o chefe riscando a palavra "*homossexual*" no relatório de Mary Guinan, para garantir sua publicação. Na máquina de vender comida (no CDC), Dale Lawrence não consegue obter suas bolachas. Harold Jaffe tenta ajudá-lo, chegando mesmo a chutar a máquina. Dale só obtém suas bolachas após a intervenção pacata do chefe.

Muitas vezes no filme, o chefe pacientemente orienta Don Francis como proceder sensatamente. Em todas essas situações, Don Francis ignora o aviso do

chefe e comporta-se incisivamente, mesmo ao preço de ter piores resultados. Vejam-se algumas situações exemplares.

Em uma cena de confronto entre os bancos de sangue e os hemofílicos, Don Francis atrapalha as negociações do chefe ao dizer, de maneira bombástica: “senhores, a quem os pacientes devem procurar por médicos, quando os médicos são homens de negócio?” Essa comunicação é retórica e intensa, produz grande efeito e serve para construir a imagem viril de um personagem incorruptível, íntegro e valoroso – Don Francis, o médico idealista. Entretanto, a comunicação serve de fato para interromper a negociação e sepultar qualquer tentativa de persuasão. Confere à narrativa um aspecto melodramático, baseado na idéia da hipérbole e do exagero, com seus personagens que dão voz aos seus sentimentos mais profundos, com palavras e gestos elevados e polarizados (Brooks, 1995, p.3-5), com seu estilo voluntariamente grandiloqüente e enfático (Aumont, Marie, 2003).

Em determinado plano, quando lhe perguntam se a doença é sexualmente transmissível ou não, o chefe responde: “pela casuística, é justo dizer que os eventos provavelmente não estão randomicamente associados”, ou seja, estariam de fato associados, já que o acaso improvavelmente explicaria sua associação. Essa leitura intrinsecamente estatística é conhecida de qualquer médico e equivale a dizer que “a hipótese zero, qual seja, a de que os eventos não estejam relacionados, é significativamente improvável” ou que “ p é menor que 0,05” para o teste estatístico em questão. Don Francis, na cena seguinte, irrita-se com o chefe e pergunta-lhe porque não respondera cientificamente à pergunta. O chefe retorna-lhe que o que disse foi “pura ciência” e Don Francis sabia disso. Don Francis talvez quisesse que o chefe tomasse posições mais eficientes ainda que abrisse mão de um certo rigor científico. O chefe negou-se a fazê-lo, ainda que por conveniência. Ateve-se ao discurso científico, mais neutro, usando-o para manter-se em posição mais confortável.

Por fim, ao pedir por recursos econômicos Don Francis entrega um pedido de orçamento de tantos dólares. O chefe discute com ele e diz que a oferta será recusada, dá-lhe diretrizes de como deve agir, dá-lhe uma sugestão de uma

quantia mais modesta e sugere que faça as coisas aos poucos. O idealismo de Don Francis impede que ele escute o chefe. Entrega o documento mesmo assim e tem sua proposta recusada, conforme previsto e anunciado. Fica numa clara posição de vítima, como se ele tivesse feito tudo, e “eles” tivessem recusado.

Na concepção melodramática, os personagens assumem papéis psíquicos primários (pai, mãe, filho etc.) e expressam condições psíquicas básicas (Brooks, 1995, p.4). A interação entre esses dois personagens, quais sejam Don Francis e o chefe, é curiosa. À primeira vista, parecem construídos estereotipicamente como o “idealista” e o “burocrata”, o primeiro carregando um claro valor positivo – uma virtude moral intrínseca ao protagonista – enquanto o segundo teria um valor algo depreciativo, aquele mesmo contra o qual o filme se insurge no contexto da epidemia, ou seja, a burocracia que obstrui as ações de saúde. O personagem de Don Francis, o herói, vê-se na situação de ter de combater o valor negativo – “a burocracia” – personificado no personagem do chefe. Posto dessa maneira, o chefe carregaria a função de antagonista.

Não é de fato assim que a narrativa se desenvolve. Os personagens de Don Francis e do chefe são, sim, construídos para contrapor-se um ao outro. Dançam uma coreografia de polaridades. Ao idealismo obstinado e ineficaz de Don Francis, contrapõe-se o pragmatismo refletido do chefe, capaz de produzir resultados concretos, ainda que modestos. Ao contrário do primeiro personagem, o chefe mostra-se cômico do contexto em que as questões estão inseridas. Mostra-se adaptado, enquanto Don Francis parece peixe fora d'água. Aos arroubos retóricos de Don Francis, opõe-se um chefe flexível e paciente, que sabe orquestrar suas ações para atingir seu fim. Consegue inclusive apropriar-se da posição de chefia para fazer pequenas repreensões a Don Francis. Da mesma maneira, oferece-lhe manifestações de carinho, como quando presenteia-lhe com óculos escuros por ocasião da transferência do protagonista para São Francisco.

O personagem do chefe oferece antagonismo a Don Francis. Trata-se, entretanto de um antagonismo referencial, que pontua a crise de Don Francis, oferecendo-lhe uma proposta de interação cada vez menos retórica, cada vez mais dialética. Corrige-lhe inexoravelmente os desvios, propõe-lhe reflexão,

oferece-lhe carinho e mostra-lhe não só os limites, como a necessidade de ater-se a eles. Age assim, mais como uma figura de autoridade, mais velha, mais experiente e/ou mais poderosa, arquetipicamente tingida de aspectos do Velho Sábio.

O arquétipo do Velho Sábio é representado por um mago, xamã, iluminador, professor, mestre, guru, médico, sacerdote, avô ou qualquer pessoa que possua autoridade (Jung, 2000, p.46, 213). Atua com intuição, compreensão, bom conselho, tomada de decisão e planos de ação que não podem ser produzidos pela própria pessoa (Jung, 2000, p.213). É um psicopompo – guia de almas. Penetra com a luz do sentido na obscuridade caótica da vida (Jung, 2000, p.46), compensando o estado espiritual de carência através de conteúdos que preenchem essa falta (Jung, 2000, p.213). Aparece, nos contos de fada, quando o herói está em situação desesperadora e sem saída, quando só pode salvá-lo uma reflexão profunda (Jung, 2000, p.214).

Como Velho Sábio, o chefe serve assim de guia a Don Francis, ajudando-o ao longo de sua crise. É ele, de fato, que faz a Don Francis a pergunta substantiva que o protagonista deve – e consegue – responder. Retoma-se esse assunto na discussão do segmento de resolução da crise.

3.2.3.1.3 SELMA DRITZ OU A PROJEÇÃO DA ANIMA

Selma Dritz serve de contraponto às figuras masculinas de Don Francis e do chefe. Ao contrário do protagonista, consegue no filme tudo a que se propõe. Partilha do *modus operandi* do chefe, sempre atenta ao contexto e cônica das limitações que deverá burlar. Não será exagerado supor que essa personagem seja aquela que tudo resolve no filme, promovendo os encontros significativos e bem sucedidos da narrativa. Vejam-se exemplos.

A narrativa cria a necessidade de que um dos médicos (Harold Jaffe) tenha que entrar e visitar uma sauna *gay*. Paralelamente requisita a presença de Selma Dritz para garantir a consecução da tarefa. A seqüência da visita começa com Selma e o médico andando pela rua. Há um corte e no plano seguinte ambos

estão dentro da sauna. O dono, Eddie Papasano (Phil Collins), vem ao encontro de Selma, cumprimentando-a amigavelmente. Ao saber das intenções do médico visitante, tenta obstruir-lhe a visita. Selma muda de tom e garante ao médico o direito de estar lá. O dono da sauna recolhe-se, aquiescendo. A visita do médico pode começar.

Atente-se para o enquadramento desse plano. Selma e o médico estão em primeiro plano. No campo médio, uma piscina e alguns homens sentados à beira dela. Dois levantam-se, usando toalhas amarradas na cintura, dão-se as mãos e caminham para o espaço do fundo do plano, além de uma parede de vidro. Entram numa pequena porta e desaparecem. É uma representação clara de uma relação homoerótica. O tratamento dado é, entretanto, bem cuidadoso: a possibilidade de relação é colocada no fundo do campo e atrás de uma barreira física (a parede de vidro) e à relação em si é destinado um espaço externo ao enquadramento: um “espaço-fora-da-tela” situado “atrás do cenário” (Burch, 1992, p.38-9).

Um corte traz o interesse de volta ao médico, cujas expressões designam desconforto. Verbaliza: “quer dizer que nem se conhecem e foram fazer sexo?” Esse médico está sendo introduzido, por força de sua profissão, a um mundo homoerótico e homoafetivo, o qual tem dificuldade de contemplar, por mero estranhamento. Carrega uma perspectiva unilateral que dificulta qualquer possibilidade de entender a situação ou de exibir certa tolerância ao estilo de vida alheio e diferente do seu próprio. Ao contrário, fica aparente um certo ranço ou uma certa indignação valorativa: há mesmo um julgamento implícito, feito a partir da perspectiva unilateral desse médico. Selma Dritz imediatamente providencia um antídoto para essa intolerância, ampliando a perspectiva a partir da qual o médico observe o problema. Propõe: “imagine que essa piscina estivesse cheia de lindas mulheres e duas convidam você a ir para o quarto dos fundos. Você não iria?” O médico sorri e sua cara enche-se de compreensão. É razoável a hipótese de que a audiência do filme, ou parte dela, pode partilhar do mesmo estranhamento de valores que o médico experimenta. Se assim for, então, o antídoto de Selma Dritz serve também a essa audiência. Esse tópico deverá ser

aprofundado no capítulo 4. Por hora, parece lícito postular que Selma Dritz de fato contribui perspectiva ao filme e promove a possibilidade de encontros, que permitem ao médico exercer sua profissão, e à audiência assistir ao próprio filme.

Em outro momento do filme, coloca-se a necessidade de localizar o médico que tratou de uma figura importante em Los Angeles. O paciente teria supostamente falecido de aids, apesar de seu atestado de óbito propor outra *causa mortis*. O irmão do falecido, interpretado por Dean Martin, deixa supor que seu irmão era homossexual. Frente à difícil tarefa de encontrar o médico desse paciente, Selma Dritz é requisitada pela narrativa. Abre a agenda do falecido. Captura a entrada “*Mark, repairman*”. Liga para o telefone que consta na agenda e ouve-se a voz que atende ao telefone: “consultório do Dr. Marcus Conant”. Em segundos, Selma descobre assim, entre todos os médicos de Los Angeles, aquele que supostamente tratou de um personagem veladamente homossexual e já falecido. A cena é grosseiramente inverossímil. Parece que de fato a narrativa gira em função de estabelecer que Selma Dritz é em efeito a grande promotora de encontros.

Essa questão encontra-se triplicada no filme. Selma Dritz é novamente requisitada para promover um encontro significativo, quando passa a ser necessária a detecção de um paciente que tenha se infectado transfusionalmente e que tenha uma certa posição social. Poderá, assim, servir de testemunho e influenciar na questão do controle dos bancos de sangue. Para tal, alguém socialmente influente deverá vir a público com seu diagnóstico, o que simplesmente “não se faz”. Num plano posterior, Selma Dritz passa aos médicos um papel branco com o nome e endereço de uma pessoa que cumpre os requisitos acima e talvez esteja disposta a ajudar. Fica claro, então, que conseguiu fazer aquilo que “não se faz”. Numa cena posterior, o Harold Jaffe – o mesmo médico da sauna – pode tentar sua estratégia com uma paciente infectada pela transfusão de sangue contaminado durante sua cirurgia cardíaca. Essa cena será discutida com mais pormenores no capítulo 6.

Fica claro que a personagem de Selma Dritz carrega características da grande promotora de encontros, encontros estes bem sucedidos e que ocorrem

quase que por passe de mágica. Assume assim um certo quê de fada madrinha, ou seja, daquele papel arquetípico que povoa as histórias que contamos aos nossos filhos há séculos. Seu caráter arquetípico e atemporal está adicionalmente simbolizado no apelido “Átila, o huno”, com o qual outros personagens fazem-lhe graça no decorrer do filme. No contexto da crise de Don Francis, Selma Dritz pode ser, então, entendida como uma projeção da *anima*, saudável enquanto sábia promotora de encontros: nem Eva, nem Helena, nem Maria, mas Sofia (Von Franz, 1978, p.195; Jung, 2000, p.56).

O conceito de *anima* foi concebido como a parte feminina ctônica da alma do homem (Jung, 2000, p.71). Quando projetada (projeção sendo definida como um processo inconsciente automático, através do qual um conteúdo inconsciente para o sujeito é transferido para um objeto, fazendo com que este pareça pertencer ao objeto) (Jung, 2000, p.72) assume formas femininas com determinadas características (Jung, 2000, p.81). Enquanto complexo autônomo, pode exercer possessões, conjurar maus-humores, intensificar, exagerar, falsear e mitologizar todas as relações emocionais com a profissão e pessoas de ambos os sexos (Jung, 2000, p.82). Pode, ao contrário, assumir a função de relação entre o inconsciente e o consciente e desembaraçar o “eu” de todas as suas complicações com a coletividade e com o inconsciente coletivo (Jung, 2003, p.102). Serve de mediadora saudável entre o ego e o Si-mesmo, ou um “guia para o mundo interno” (Von Franz, 1978, p.195).

Nesse contexto, é bastante relevante que a cena final de resolução da crise do protagonista inicie-se com um encontro com Selma Dritz, na porta do hospital. É ela quem o leva ao quarto de Bill Kraus. Essa cena será discutida adiante, em momento mais oportuno (seção 3.2.4.2.2).

3.2.3.1.4 GALLO, OU A PROJEÇÃO DA SOMBRA

É marcante como o personagem de Gallo é construído negativamente no filme. Todos os vícios de caráter centralizam-se nesse personagem. Uma cena quase incidental na quadra de tênis mostra um Gallo mal perdedor, incapaz de

aceitar uma derrota sem perpetrar uma ameaça (dúbia) a um subalterno. Nos planos com seu colega pesquisador, aparece descontrolado, despolido e histriônico. Françoise Barre (Nathalie Baye), a cientista francesa, refere-se a ele sem muita convicção em seu caráter, dando a entender que já trabalhou com ele e que conhece aquilo de que fala. Durante um discurso, Gallo chega a conjurar lágrimas para referir-se às crianças que salvou/salvará. Seu caráter arrogante, prepotente, vaidoso e narcísico é referendado por todo o filme.

Don Francis passa uma boa parte do filme embatendo-se contra Gallo e fá-lo com obstinação e veemência. A princípio não consegue identificar seu oponente, e até pede ajuda a ele. Frente ao desenrolar da narrativa, apercebe-se do caráter negativo que pesa sobre Gallo. Constela-se aqui, de fato, o antagonista de Don Francis, estereotipado de modo a não lhe sobrar nenhuma característica que possa remotamente ser vista como virtude.

O primeiro embate direto entre esses dois personagens ocorre mediado pelo telefone, no quarto de hotel de Don Francis. Como já se viu, esse quarto serve como caracterizador do ambiente interno do protagonista. Gallo telefona, procurando o encontro. Don Francis não o reconhece a princípio, mas pressente a agressividade e a seriedade do que está ocorrendo. Gallo anuncia-se, acusa, depreca, reclama e ameaça. Don Francis, visivelmente desconfortável, pergunta-lhe do que se trata, mas Gallo cessa a comunicação batendo-lhe o telefone na cara.

O segundo embate ocorre após uma palestra de Gallo, aquela em que ele conjura falsas lágrimas. É Don Francis quem vai, agora, a seu encontro. O confronto é direto, sem mediação. Don Francis assume um tom mais suplicante ao pedir bom senso a Gallo. Quer ainda fazer valer argumentos lógicos. Frente à impossibilidade de sintonia com Gallo, desiste e procura encerrar a comunicação. Gallo a retoma, propondo no condicional que ele “poderia” ter um tempo para discutir a questão quando estivesse na Europa, em determinado futuro próximo. Sinaliza uma possibilidade de diálogo, mas rapidamente acrescenta: “falo apenas com meus pares”. Don Francis retruca: “*Who besides God, qualifies?*” Essa

seqüência é plena de significado: Don Francis acusa aqui o caráter onipotente, divinizado e narcísico de Gallo. Aquele lado que acredita mesmo ser um deus.

Ora, nesta altura não será exagerado supor que o personagem de Gallo funcione operacionalmente como receptáculo às projeções de todos os traços indesejáveis que Don Francis não quer ou não suporta em si. No contexto da crise do médico, Gallo estaria construído, como todo bom vilão, como a sombra de Don Francis. A figura da sombra personifica tudo o que o sujeito não reconhece em si e sempre o importuna, direta ou indiretamente, como por exemplo, traços inferiores de caráter e outras tendências incompatíveis (Von Franz, 1978, p.174; Jung, 2000, p.277). Gallo carregaria, então, a projeção desse lado narcísico e onipotente do próprio Don Francis, aquele lado mesmo que no início do filme pediu ao menino negro africano que o levasse ao médico, seu “par”. É nesse ponto que a crise de Don Francis começa a se delinear para o protagonista.

Há ainda um embate posterior e um destino final ao personagem de Gallo, que serão discutidos oportunamente no item 3.2.3.3.

3.2.3.2 OS *FLASHBACKS* E AS TRANSFORMAÇÕES ALQUÍMICAS

3.2.3.2.1 A CRISE ATUALIZADA PELOS *FLASHBACKS*

Don Francis gasta um filme inteiro em crise. Essa crise é atualizada ao longo da narrativa por meio de *flashbacks*. Estes vêm quase todos com a estrutura canônica do cinema americano, ou seja, com todos os seus elementos, ainda que redundantemente: a câmara aproxima-se do protagonista e captura-lhe a face circunspecta, a música extra-diegética anuncia a volta ao passado e as imagens e ruídos retomam a África e a experiência africana de Don com corpos queimando e a mulher negra. Esses *flashbacks* ocorrem quatro vezes durante o filme.

O primeiro ocorre entre os segmentos de apresentação e confrontação. Don Francis está em seu escritório, com uma lousa ao fundo, sobre a qual se lêem os números da crise – a “*butcher’s bill*”. Os números escritos no quadro negro lembram o início da peça *The normal heart* (Kramer, 1985, p.19-22): números,

estatísticas e séries históricas escritas pelos atores nas paredes do espaço cênico. O ruído ampliado do fogo antecede as imagens da fogueira. O conteúdo imagético desse *flashback* repousa predominante no fogo dos corpos queimando, resgatando a simbologia alquímica da transformação psíquica (*calcinatio*) (ver item 3.2.2.8). O segundo *flashback* carrega certas peculiaridades e será discutido logo abaixo (seção 3.2.3.2.3).

O terceiro *flashback* começa com a lembrança do fogo, mas ao contrário do primeiro, nele predomina a água. Chove torrencialmente. Don Francis deixa seu quarto de hotel, posta-se à beira da piscina e deixa-se encharcar pela chuva, enquanto relembra a experiência africana. Note-se outra vez o elemento simbolizando a transformação alquímica, no caso a *solutio* (ver item 3.2.2.8): Don Francis deixa-se encharcar, permear e dissolver-se na e pela crise.

O quarto *flashback* ocorre no hospital, com Bill Kraus doente e, por sua importância, será discutido abaixo (seção 3.2.4.2) mais pormenorizadamente.

Note-se, então, o dispositivo narrativo de atualizar a crise através de *flashbacks* de estrutura ou gramática canônica, portanto redundante, mostrando ao longo do filme a permanência do motivo da crise e sua evolução. De fato, cada *flashback* é discretamente diferente do anterior no que tange a evolução da crise do protagonista. Fogo e água alquímicos precipitam os *flashbacks*, mas vão-se domesticando à medida que o filme progride.

3.2.3.2.2 A DOMESTICAÇÃO DO FOGO E DA ÁGUA

Assim ocorre que no terceiro *flashback* a água torrencial da tempestade é justaposta à imagem da água domesticada da piscina do hotel, lugar este, entre todos, escolhido para compor o cenário do plano. Aqui se anuncia também o desenvolvimento favorável da crise do médico, que já passa a conceber a domesticação em certa medida de alguns dos elementos primordiais sinalizados no início do filme.

O fogo reaparece posteriormente, também domesticado, nas centenas de velas da parada em São Francisco. Nessa seqüência, tomadas do Castro à noite

revelam uma procissão de centenas de pessoas carregando velas acesas. Entre eles, Bill Kraus e Kico. O primeiro personagem passa mal e Kico vai procurar uma ambulância. Um corte providencia uma elipse temporal e na seqüência seguinte Don Francis entra no hospital, onde encontra Selma Dritz. Esta seqüência leva ao último *flashback*. Por hora é importante ressaltar a presença das velas, fogo domesticado. As velas são inclusive mostradas em detalhe, com uma pequena bainha que permite uma manipulação segura. O fogo aparece controlado, seguro, multiplicado, visualmente poderoso e, sobretudo, ritualizado, ou seja, a razão mesma de uma parada ou procissão. O elemento primordial domestica-se pelo rito.

Água e fogo são elementos primordiais da natureza. Representam também forças intra-psíquicas primitivas e elementares, que ora agem de maneira avassaladora e selvagem, ora são passíveis de certa domesticação. Nesse filme, a antítese semântica entre água e fogo não é tão importante quanto a dialética proposta entre o primitivo e o domesticado. Ao contrário, água e fogo, ainda que antitéticos, funcionam no filme na mesma direção, qual seja, a de propor, simbolizar e produzir transformações na natureza e no intra-psíquico dos personagens, em especial, Don Francis, de cuja crise se trata. Transformar o primitivo em domesticado é a própria natureza da crise. Dada a domesticação de água e fogo, a crise de Don Francis, enquanto metaforicamente sinalizada pelos elementos primordiais, está próxima de resolver-se.

3.2.3.2.3 O PONTO MEDIANO: A IMAGEM ARQUETÍPICA DO MÉDICO FERIDO

O primeiro e o terceiro *flashbacks* atualizam a crise do protagonista e são mais bem interpretados segundo a chave das transformações alquímicas. O segundo *flashback*, entretanto, foi deixado de lado até agora por suas peculiaridades, que sugerem uma chave de interpretação de outra natureza. A esse *flashback* falta nada menos do que a imagem. Os ruídos (a mulher negra agonizando) e a música extra-diegética, entretanto, são suficientes para sinalizar a presença do recurso. Don Francis segura sua mão, sobre a qual a mulher

agonizante havia vomitado, e faz uma expressão de incômodo ou mesmo dor. Sugere visualmente que a mão se encontra machucada, ainda que apenas simbolicamente. Esse machucado é a própria metonímia da crise dolorosa pela qual passa o protagonista. Don Francis passa a representar-se, então, como um “médico ferido”.

A imagem arquetípica do médico ferido (Groesbeck, 1983) embasa-se no mito grego de Esculápio e Chíron. Esculápio, filho de Apolo, foi criado e iniciado na Medicina por Chíron, centauro divino hábil nas artes curativas. Chíron tinha, entretanto, uma ferida incurável que lhe fora impetrada por uma flecha envenenada (Groesbeck, 1983). Assim, o mito reconhece uma ferida incuravelmente aberta naquele que cura: aquele que está sempre curando permanece eternamente doente ou ferido (Groesbeck, 1983).

Há um arquétipo médico/paciente que se ativa cada vez que uma pessoa adoece (Groesbeck, 1983). Quando do contato com a pessoa enferma, no médico ativa-se o seu ferimento interior, sua própria "doença". No paciente constela-se o seu "médico interior". A verdadeira cura só pode ocorrer quando o paciente entra em contato com seu médico interior e dele recebe ajuda (Groesbeck, 1983). Ao médico, para que exerça sua função curativa, cabe confrontar seu próprio lado ferido (Groesbeck, 1983).

Don Francis apresenta-se como médico ferido, envenenado/contaminado não por uma flecha, mas pelo vômito sanguinolento da paciente negra agonizante. Esse ferimento ressalta a natureza vocacional da crise do protagonista, já que se refere àquilo que faz de médicos, curadores. No desenvolvimento de sua crise, o protagonista passa a sentir, nessa cena, a dor do ferimento, ou seja, passa a perceber fenomenologicamente a sua existência.

Cumpra-se notar que esse *flashback* ocorre a cerca de 1 hora e 6 minutos do início do filme, portanto, coincide com a metade do filme, ou o ponto central do segundo segmento (Confrontação) (Fields, 1997, p.19). A meio caminho da consciência, a crise encaminha-se rumo à sua resolução.

3.2.3.3 O EMBATE COM GALLO: SEGUNDO PONTO DE VIRADA

Na seqüência em que Don Francis lhe pergunta "*Who besides God qualifies?*" Gallo decide ir ao encontro dos franceses. Chega petulantemente atrasado à reunião. Pede a Don Francis que abandone a mesa de negociações, já que Don não é um de seus pares. Lança Don Francis em uma situação de humilhação extrema. Don Francis aquiesce para o bem das negociações. Está anunciada a queda de Don para o mundo dos homens, dos que não são pares de Deus.

Nesse momento constela-se, algo tardiamente a cerca de 1 hora e 52 minutos do início do filme, o segundo ponto de virada: Don Francis aparece no plano seguinte aparentemente derrotado, sentado num amplo espaço, iluminado a partir da lateral esquerda pela luz que irrompe por uma janela. Projeta-se assim uma sombra de Don Francis na parede branca posterior. Esta está, de fato, integrada ao personagem. Parece que a sombra não está mais projetada ou exportada para Gallo, mas pode ficar sobre o próprio domínio egóico de Don Francis. Ocorre aqui o que a escola junguiana chama de "percepção da sombra" ("*realization of the shadow*") (Von Franz, 1978, p.173-4). Tanto a projeção se desfaz que, em efeito, o personagem de Gallo gradualmente desaparece do resto do filme, aparecendo uma vez mais na tela da televisão (ou seja, de maneira virtual e sob o controle de Don Francis, que de fato desliga o aparelho) e persistindo eventualmente apenas em menções a seu respeito. A resolução da crise está anunciada.

3.2.4 TERCEIRO SEGMENTO: A RESOLUÇÃO DA CRISE

3.2.4.1 A PERGUNTA SUBSTANTIVA DO VELHO SÁBIO

Após o *flashback* à beira da piscina – e, postula-se, em consequência a ele – Don Francis vai de madrugada a uma cafeteria. Encontra o chefe, sentado, trabalhando. Segue-se uma conversa em que o chefe anuncia que ficou sabendo que a proposta orçamentária de Don Francis foi rejeitada. Explica as razões

oficiais e oficiosas da rejeição. Transmite a orientação de que devem “parecer ocupados” (“*look busy*”).

Essa orientação é cínica em essência e esse cinismo é claramente comunicado pelo chefe, que deixa, assim, transparecer sua adaptação ao sistema. Tem crítica sobre o que está falando, fica claro que entende o absurdo da orientação, ao mesmo tempo em que percebe que a solução para essa questão não se encontra no domínio das bravatas. Não lhe parece nem surpresa que o resultado tenha sido esse, já que havia previsto e advertido Don Francis da probabilidade da rejeição de seu projeto.

Don Francis, mais uma vez, indigna-se. Reage ao chefe nomeando os sentimentos que este lhe suscita: “*awe and admiration*”. O registro verbal deixa clara a ambigüidade existente nesses sentimentos que não são nem bem elogiosos, nem bem desmeritórios. Como bom guia, o chefe acusa essa ambigüidade e força Don Francis a focar mais seus sentimentos: “se quiser me xingar, não o faça parecer um elogio”. Don Francis abandona a agressividade aberta e passa a dizer que realmente admira o chefe e sua capacidade de “chafurdar por quilômetros de lama” burocrática todos os dias. Don Francis tangencia a questão vocacional, ainda que projetada no outro: como o chefe suporta e adapta-se a seu emprego/profissão.

Nesse momento o chefe faz a Don Francis uma pergunta substantiva, daquelas cuja resposta modifica a vida da personagem. Na qualidade de guia experiente, o chefe pergunta ao protagonista: “se você detesta tanto isso tudo, se tudo isso lhe causa tanta insatisfação e dor, por que é que você está aqui?” Essa pergunta é substantiva na medida em que condensa e nomeia a crise proposta nas seqüências iniciais do filme. Reconhece e aponta inequivocamente para a existência do ferimento do médico. Se o problema fosse matemático, Don Francis teria apenas agora conseguido transformar o enunciado complexo do problema numa equação concreta, que pode agora ser abordada e resolvida.

A pergunta posta pelo menino negro nas seqüências iniciais do filme (“Como você não sabe? Você não é médico?”) sublinha a existência da crise e sua direção, mas ela é bastante imprecisa e desfocada: não sabe o quê,

exatamente? E o que tem isso a ver com ser médico, propriamente? Nessa altura do filme, a pergunta ganha uma nova roupagem, e, transliterada, torna-se clara, abordável e tangível. No âmbito do plano da cafeteria, pode ser entendida como: “por que você está nesse emprego?” E no âmbito do filme e da crise do médico, não será exagerado entendê-la como: “por que você está nessa profissão?” Trata-se, portanto, de uma pergunta – e, por conseguinte, de uma crise – de natureza vocacional. O que faz um médico querer ser médico e que preço paga ele por isso.

Para surpresa do chefe, de Don Francis e dos espectadores, o protagonista sabe responder a essa pergunta, posta dessa forma. Responde que está nesse emprego, porque aqui estão os “*bugs*” (os bichinhos, ou seja, os agentes etiológicos das doenças), colocados como metonímia de “doenças”. Faz um paralelo para expressar-se melhor: o assaltante de bancos rouba bancos porque lá está o dinheiro. Fica implícito “porque almeja ou precisa do dinheiro”. Seguindo a lógica do paralelo, Don Francis está no emprego porque lá estão as doenças (ou a oportunidade de lidar com elas), e ele tem a necessidade de lidar com elas (e/ou seus portadores).

No contexto da profissão, Don Francis parece responder que está nessa profissão porque nela estão as oportunidades de lidar com situações que possibilitarão que ele se torne uma pessoa melhor, ou mais completa, ou mais próxima daquilo que nasceu para ser. Ou talvez que essa profissão ofereça os nutrientes de que ele precise para amadurecer ou desenvolver-se, ou ainda, que nela estejam os hormônios para os quais ele tem receptores. Enfim, pode-se tentar aqui uma infinidade de metáforas que dêem conta de expressar um processo de individuação e desenvolvimento pessoal através da profissão e de seu exercício.

Essa seqüência anuncia, portanto, o desatamento da crise do médico, que foi equacionada e nomeada, com a ajuda do guia. O protagonista pode abordá-la e responder a ela. A narrativa pode evoluir para o epílogo e a resolução do conflito proposto no início do filme.

3.2.4.2 A SEQÜÊNCIA FINAL

3.2.4.2.1 LICENÇA INTERPRETATIVA

Essa análise comete aqui uma licença interpretativa, a qual se pretende justificar. Diz respeito à natureza da relação médico-paciente entre Bill Kraus e Don Francis. Na seqüência final, Bill Kraus é de fato paciente e Don Francis é de fato médico. Entretanto, Don Francis não é médico desse paciente. Visita-o mais como amigo do que como profissional. Definir uma relação médico-paciente aqui é, portanto, problemático. Mesmo assim, optou-se nessa análise por considerar-se a relação entre esses personagens como equivalente a uma relação médico-paciente. Don Francis, em efeito, faz valer essa equivalência do ponto de vista prático quando atualiza sua crise nesse contexto. A paciente africana negra (verdadeiramente sua paciente) é diretamente justaposta através do *flashback* a Bill Kraus, com grande simetria de situações e gestos. Assim, não será completamente importuno interpretar essa seqüência como se Don fosse de fato o médico desse paciente, já que experimenta ali a atualização de sua crise profissional.

3.2.4.2.2 A FIGURA DA ANIMA

A seqüência final começa com o encontro entre Selma Dritz e Don Francis, na porta do hospital onde está internado Bill Kraus. Encontram-se provavelmente sem combinação prévia, cumprimentam-se com beijos e comentam alguma coisa sobre a natureza do infortúnio que se abateu sobre o amigo, enquanto esperam o elevador. Um corte e uma elipse temporal levam-nos à entrada da enfermaria, cujas paredes são pintadas de vermelho. Chegam ao quarto onde Kico está fazendo companhia a Bill Kraus. Após as apresentações iniciais e alguma conversação entre Bill e Don, Selma convida Kico para tomar um café. Chama a atenção essa coreografia aparentemente redundante de personagens. A seqüência poderia teoricamente ser re-escrita sem Kico e sem Selma. É como se

um personagem tivesse sido inserido na cena para retirar outro, ou contrariamente, um personagem tivesse sido colocado na cena, para que outro pudesse tirá-lo de lá.

Ocorre que Selma Dritz passa o filme promovendo encontros significativos. Sendo a grande promotora de encontros, ou a projeção da *anima* de Don Francis, ou mesmo a velha fada madrinha, a presença de Selma nessa seqüência é obrigatória. Sinaliza que haverá um encontro entre personagens do tipo significativo, ou do tipo “e viveram felizes para sempre” ou ainda do tipo de encontros após os quais uma narrativa pode e deve acabar, se se trata de uma narrativa romanesca. Vem, assim, anunciar o epílogo.

3.2.4.2.3 O PACIENTE ACUSA A CRISE DO MÉDICO: CISÃO

Logo no início da comunicação entre Don Francis e Bill Kraus, o paciente comunica que está diplópico: “vejo dois Dons”. Há várias formas de se fazer sentido dessa afirmação. Uma forma bem biomédica loca o problema no paciente e usa-se da semiologia ou propedêutica para interpretar esse sinal ou sintoma como signo indicial de que há algo errado no âmbito neurológico, por exemplo, um sexto par parético em pelo menos um dos dois olhos. Outra forma de se derivar sentido da diplopia é locar o problema em Don e não no paciente, e usar-se de recursos hermenêuticos para desconstruir a metáfora da diplopia. Bill vê dois Dons porque de fato Don está cindido e fora de foco. Tão fora do ar como a televisão colocada no plano em que Don Francis chega ao quarto de motel onde dorme. O paciente acusa assim, metaforicamente, a cisão do médico, protagonista da crise que trespassa o filme. O médico em questão parece preferir a segunda versão interpretativa. Aquiesce e confirma a comunicação: “os dois somos Don”, isto é, “estou mesmo cindido, você percebe corretamente”.

3.2.4.2.4 A ATUALIZAÇÃO FINAL DA CRISE: A MUDANÇA ATITUDINAL

A certa altura da seqüência, Bill Kraus começa a falar uma língua inacessível, que Don Francis não compreende. O paciente usa-se do subterfúgio de trocar a comunicação digital pela analógica (Watzlawick et al., 1967, p.57) e agarra o braço de Don Francis. A simetria com a seqüência inicial do filme e a paciente negra agônica é total. A rigor, o *flashback* não seria necessário para a compreensão de que as seqüências tratam da mesma coisa. Entretanto, conforme o cânon clássico, opta-se pelo *flashback* em toda a sua redundância e eloqüência: música desproporcionalmente alta, indicando didaticamente o que o espectador deve sentir, subjetivação do protagonista pelo enquadramento mais aproximado e a imagem regurgitada da paciente agônica.

De volta ao tempo presente da diegese, a câmera repete os movimentos e enquadramentos que praticara na seqüência inicial: detém-se no rosto de Don Francis e captura a mesma emoção profundamente desagradável em seu eixo qualitativo e bastante intensa em seu eixo quantitativo. O impasse da relação médico-paciente reatualiza-se. Mas dessa vez, Don Francis consegue, enfim, tomar uma providência. Coloca sua outra mão sobre as mãos do paciente e acolhe-o. O movimento escolhido, colocar a mão ativamente sobre a outra, é inequívoco e não ambíguo. Há um anticlímax musical que sugere alívio após esse movimento especialmente difícil. Este médico mudou de fato sua atitude frente ao paciente, à relação médico-paciente, e ao exercício da Medicina.

3.2.4.2.5 O DESAFIO DO PACIENTE

Cessado o pequeno clímax, Bill Kraus retoma sua consciência e pode falar de maneira compreensível outra vez. Pede a Don Francis o “*krognite*” e pergunta-lhe se tem estado falando coisas desconexas, ou outra língua. Don Francis responde: “para mim, não”. Essa construção verbal é curiosa nesse contexto. Bill tem de fato falado coisas em outra língua. Don Francis não nega isso, nem falta com a verdade ao responder “para mim, não”. Sublinha o fato de que para ele, o médico, Bill Kraus soa compreensível. Esse médico diz poder compreender ou

entender esse paciente, apesar deste último falar coisas desconexas ou em outra língua.

Essa é uma afirmação algo petulante. Bill Kraus está em seu leito de morte, havendo-se com o próprio morrer; como pode um médico sensatamente dizer que compreende aquilo por que o paciente passa de maneira tão singular? O paciente, em efeito, desafia o médico, solicitando que ele lhe dê seu “*krognite*”. É um claro desafio que poderia ser alternativamente expresso como: “você diz que está me entendendo; deixe-me confirmar se você realmente me entende, conforme diz”.

Sem muita dificuldade, Don atende ao pedido e dá-lhe o “*krognite*”. De fato, é verdadeiro que o médico está compreendendo. A aquiescência, a mudança de atitude, a disponibilização para o paciente puderam propiciar que o médico “entendesse”. O clima muda, a câmera aproxima-se, subjetivando a plano. A alternância de campos e contra-campos de cima para baixo (ponto de vista do médico) e de baixo para cima (ponto de vista do paciente) cede espaço para tomadas simétricas entre os personagens: campos e contra-campos na mesma altura. A música ameniza-se. Pode ocorrer agora o encontro anunciado pela fada madrinha.

3.2.4.2.6 O ENCONTRO

Médico e paciente podem conversar, enfim, sobre questões substantivas, quais sejam, aquelas que são essenciais, reduzidas ao cerne. O paciente fala do que lhe é relevante. Fala, com uma imensa placidez, do seu morrer e de como está preparado e reconciliado com essa idéia: “*I used to be afraid of dying*”. Note-se que o médico também fala do que lhe é relevante e substantivo: “*Can we still? I don't know*”. Fala, em prantos, de não poder e não saber. Se há coisas que não pode e que não sabe, fala em última instância, de não ser nem onipotente nem onisciente. Revela-se completamente sem máscara, despido da condição divinizada e narcísica anunciada na seqüência inicial do filme (“leve-me ao seu médico”) e projetada na sombra personificada por Gallo (“quem, além de Deus se

qualifica?"). Encontra-se finalmente humanizado, de posse de sua natureza mortal e limitada.

Fica claro que esse médico agiu em benefício do paciente, acolhendo-o e entendendo-o. O encontro médico-paciente, portanto, fez bem ou foi útil ao paciente em questão, que pôde usufruir dele. Entretanto, fica mais patente que esse encontro ajudou sobretudo ao médico, que pôde usufruir desse relacionamento para crescer, mudar de atitudes, ter aprendizagens e mesmo resolver uma crise que o incomodou um filme inteiro. Foi no ou através do exercício da Medicina que Don Francis transformou-se. É nessa profissão que ele está porque nela estão as situações que servem a ele como nutrientes ou hormônios essenciais. Don usufruiu da prática médica em seu favor e para seu gozo. E tem o direito de fazê-lo.

3.2.4.2.7 O MODELO DE MÉDICO IDEAL

Don Francis tinha uma atitude médica inadequada no começo do filme e adquiriu outra, mais apropriada, ao final dele. Posto assim, transformou-se. Essa mudança ou amadurecimento carrega sempre um eixo valorativo, qual seja, muda-se para melhor, muda-se em direção à virtude moral, ao desejável, ao positivamente valorizável. Assim, não é exagerado supor que o filme carrega um modelo do que seja um médico desejável ou ideal.

Don Francis é um médico idealista no filme. Entretanto, o modelo de médico ideal proposto pelo filme não é o médico idealista, capaz de levar bandeiras. Ao contrário é o médico humanizado, capaz de mudança e introspecção, capaz de relacionar-se com a Medicina e os pacientes. O médico ideal percebe e confronta sua ferida arquetípica. Usufrui da práxis médica e do contato com o paciente para tornar-se uma pessoa melhor, ou pelo menos aquilo que nasceu para ser. O filme carrega pressuposto que médicos devem desenvolver-se enquanto pessoas, amadurecer e haver-se com suas vocações, devem compreender dentro de si aquilo que os move e identificar aspectos sombrios e onipotentes.

3.2.5 CONCLUSÃO

Vista dessa maneira, a narrativa do filme tem uma linha romanesca na medida em que o protagonista é um personagem com uma falta, que o leva a ter atitudes que devem mudar. Durante a narrativa instala-se, desenvolve-se e resolve-se a crise, de maneira que há mudança de atitude, portanto, um crescimento ou uma aprendizagem. O filme pode, então, acabar. A falta sentida pelo protagonista diz respeito a sua vocação profissional, e a crise deflagrada por essa questão deve dar-se nesse mesmo registro profissional/vocacional.

Se assim é, a mudança ou amadurecimento do personagem é formacional e carrega um eixo valorativo, qual seja, Don Francis muda para melhor, muda em direção à virtude moral, ao desejável, ao positivamente valorizável. O protagonista passa, então, a ser não só um médico melhor, mas também uma pessoa melhor.

CAPÍTULO 4 – ANÁLISE DO FILME COMO UM TODO: SEGUNDA PROPOSTA MACROANALÍTICA (OUTRAS LINHAS NARRATIVAS E A INSTÂNCIA NARRADORA)

4.1 AS HISTÓRIAS NARRADAS: ASPECTOS NOVELESCOS

Postulou-se até aqui que uma linha narrativa que dá conta da história e das transformações de Don Francis, à semelhança de uma narrativa romanesca. Nem todos os acontecimentos do filme, entretanto, convergem para Don Francis. Paralelamente, há outras linhas narrativas, de cuja narração podem ser apreendidas identidades que regem pontos de vista específicos. Essas outras linhas narrativas, entretanto, só têm razão de existir se narrarem de fato uma história.

Esse filme caracteriza-se por muitas pequenas linhas narrativas entrecruzando-se. São pequenas histórias contadas aqui e ali, com uma miríade de personagens pequenos. Esses personagens mais freqüentemente têm aparições isoladas no filme, poucos deles voltando a reaparecer. Assim, há a história do Coreógrafo famoso (interpretado por Richard Gere), amedrontado com a idéia de morrer numa fase criativa de sua carreira, que deixa um cheque polpudo para a pesquisa da doença. Esse personagem é apresentado (no hotel com Bobbi Campbell e Mary Guinan) e recorre na trama (durante o ensaio de uma coreografia) para que adiante se tenha notícia de sua morte pelo jornal. Essa é uma das poucas linhas narrativas mais completas, com direito a recorrência do personagem e a um fim. Note-se que essa pequena história não tem qualquer convergência sobre a história narrada de Don Francis. Retirada da trama, em nada mudaria a linha narrativa básica da história do protagonista.

Outras pequenas histórias não têm recorrência, nem final: são apenas abandonadas sem desfecho. A senhora influente e seu marido, requisitados para ajudar na questão dos bancos de sangue, aparecem uma vez na trama, quando o médico lhes comunica a soropositividade da esposa. Uma cena posterior contém o

relato de que sua ajuda de fato resolveu parcialmente a questão dos bancos de sangue, mas não se sabe a partir daí o desenlace da história dos personagens, isto é, se a esposa adoeceu, morreu, se o marido adaptou-se à idéia ou se ele próprio é soropositivo também. Há a pequena história de um personagem (interpretado por Dean Martin) que arruma as coisas de seu falecido irmão, homem influente em Los Angeles, cuja morte por aids e cuja própria condição homossexual têm que ser escondidas. Há a história do rapaz enlouquecido pelas coincidências numéricas, mostrado no seu quarto de hospital com vista para um cemitério. Há a própria história de Gaetan Dugas, o Paciente Zero, cujo desenlace não é mostrado no filme, a não ser pelo fato de que cede a lista requerida com os nomes de seus parceiros sexuais. A pequenez dessas histórias deixadas sem fim ou solução no filme é realçada pela alocação de atores e atrizes de fama nesses papéis (Angélica Huston, Dean Martin, Richard Gere). Parece assim que se sublinha a pequenez desses personagens, quase aparições, na trama.

Essa multiplicidade de pequenas linhas narrativas que se entrecruzam, seu fim convencional e fortuito (antes que se resolvam de fato as colocações sugeridas em cada uma delas) e a abundância de personagens conferem a essa narrativa um aspecto novelesco. Essa opção narrativa com seus personagens pequenos e pouco complexos, algo estereotipados e maniqueistamente divididos entre aqueles que têm boas intenções e aqueles que não têm, facilita a identificação e a empatia dos espectadores seja com um seja com outro personagem. Um espectador deixar-se-á tocar pelo idealismo puro de um médico, outro, pelo sofrimento silencioso de um paciente. Essa estrutura narrativa remete necessariamente à idéia de melodramático, com sua indulgência ao emocionalismo forte, sua polarização e esquematização moral, sua vilania explícita, sua recompensa final da virtude, sua expressão inflada e extravagante, seus conflitos éticos e suas forças imperativas (Brooks, 1995, p.11-2).

Entre todas essas linhas narrativas, há, ainda, duas linhas narrativas de monta, narradas de maneira pouco convencional. Uma diz respeito à história de Bobbi Campbell, personagem este tratado de maneira peculiar nesse filme, desde sua apresentação até a sua morte. Outra linha narrativa dá conta da narração da

reconciliação e morte da própria Instância Narradora. Essas duas análises serão desenvolvidas a seguir.

4.2 TERMINOLOGIA UTILIZADA NESSA ANÁLISE

4.2.1 NARRADOR

Toda narrativa tem uma história e um discurso. A história (plano do conteúdo) é o que se conta e nela estão os eventos e os existentes (personagens e cenários). Já o discurso (plano da expressão) refere-se ao narrar da história e suas convenções e práticas (Chatman, 1978, p. 26, 146). Através do discurso são transmitidas para a audiência "afirmações" (*statements*) de processo (ação: alguém faz) ou de *stasis* (existência: alguém é) (Chatman, 1978, p. 31, 146). Essas afirmações podem ser transmitidas diretamente (mostradas) ou de maneira mediada (contadas), como na distinção entre *mimesis* e *diegesis*, respectivamente (Chatman, 1978, p.146). Na *diegesis*, quando se conta, deve haver um contador, uma fonte da transmissão ou uma "voz narrativa" (Chatman, 1978, p.146). Essas fontes de transmissão são mais bem entendidas se colocadas ao longo de uma linha polar de várias possibilidades, conforme seu grau de audibilidade ou visibilidade (Chatman, 1978, p.146).

Dessa maneira, no pólo negativo estariam discursos não narrados ou minimamente narrados. No pólo positivo haveria discursos narrados por narradores patentes (*overt narrators*). A meio caminho entre esses dois pólos, haveria os discursos narrados por narradores ocultos (*covert narrators*) (Chatman, 1978, p.147, 196). A fronteira entre o narrador patente e o oculto é esfumada e arbitrária (Chatman, 1978, p.222). Assim, a questão da identificação do narrador é menos qualitativa (ausência/presença) do que quantitativa: quanto mais fatores permitam a identificação de um narrador, maior será o senso de presença que o leitor terá dele e tanto mais patente ele será (Chatman, 1978, p. 196, 222). Uma história não narrada ou minimamente narrada é aquela em que nenhum ou poucos desses fatores ocorrem (Chatman, 1978, p.196): oferece representações não

mediadas (como que estenografadas) das falas e pensamentos verbalizados dos personagens (Chatman, 1978, p.166).

Um narrador oculto (*covert narrator*) não se refere a si de nenhuma maneira (Chatman, 1978, p.209), não chama a atenção para a sua presença e, de fato, afasta a atenção de si (Chatman, 1978, p.197). Tenta ocultar-se em toda a narrativa, mas, ainda assim, deixa marcas da sua presença. Fala de eventos e cenários, tem acesso às mentes dos personagens, mas mantém-se escondido nas sombras discursivas (Chatman, 1978, p.197). O discurso indireto é um dos fatores de identificação do narrador oculto (Chatman, 1978, p.200). Em "Maria disse que não lhe agradava o tempo frio" pressente-se a figura de um narrador. O leitor não pode garantir as exatas palavras de Maria ("não gosto de frio" ou "a mim não me agrada o inverno") a partir do narrado. Deve, então, aceitar uma mediação do que Maria teria dito. Outro fator de identificação é a presença de manipulações das sentenças de maneira a oferecer dados implícitos e não problematizados ("pressuposições") (Chatman, 1978, p.210), que passam a ser tomados como se fossem inquestionavelmente verdadeiros. Em "o delegado perguntou quando João havia parado de bater na sua esposa" ou "Maria está feliz que João tenha parado de beber pesadamente" há, de fato apenas duas comunicações primárias, quais sejam, "o delegado fez uma pergunta a João" e "Maria está feliz". Duas comunicações extras, oferecidas pelo narrador oculto, passam como verdadeiras, já que inquestionadas: "João bebia pesadamente" e "João batia na sua esposa".

O narrador patente (*overt narrator*) é conspícuo, perceptível, audível ou visível, com uma voz clara e inequívoca, às vezes um personagem da história. O narrador explicita-se nas comunicações diretas com um receptor da narração (*narratee*), nos sumários temporais e nas descrições de lugares (Chatman, 1978, p.219). Explicita-se, também, em comentários implícitos (ou irônicos) e explícitos (interpretações, julgamentos, generalizações e narração autoconsciente) (Chatman, 1978, p.228). Uma interpretação prevê uma tentativa não valorativa de dar conta de algo em termos da história, sem ir além dela, ou seja, tenta explicar a relevância ou significância de um algum elemento da história (Chatman, 1978, p.237-8). Um julgamento já expressa normas, crenças ou uma opinião valorativa

ou moral (Chatman, 1978, p.241). Uma generalização faz uma referência além do mundo ficcional em direção ao mundo real: aborda verdades universais, sejam de natureza científica, sejam filosóficas (Chatman, 1978, p.246). Na narração autoconsciente, o narrador fala do discurso em si, não da história sendo narrada (Chatman, 1978, p.248).

4.2.2 AUTOR VERSUS AUTOR IMPLICADO

O autor de uma obra existe no mundo real, é uma pessoa de carne e osso ou, no caso do Cinema, é um comitê de pessoas com funções específicas. O autor implicado (*implied author*) não existe no mundo real, mas pertence à narrativa. É um construto da narrativa, imanente a ela e pode ser reconstruído (pelo leitor) a partir dela como o princípio estrutural (não a pessoa ou figura histórica) que a organiza, inventa o narrador e tudo o mais, faz escolhas e decide que informações serão veiculadas, em que ordem e de que maneira (Chatman, 1978, p.148-51).

4.2.3 AUTOR IMPLICADO VERSUS NARRADOR

Há várias diferenças entre os conceitos de autor implicado e narrador. O autor implicado é um construto obrigatório da narrativa, enquanto a presença de um narrador é opcional (Chatman, 1978, p.51). O narrador medeia, mais coberta ou abertamente, a narrativa, enquanto a fala direta do autor implicado jamais aparece (Chatman, 1978, p.227). O narrador tem que mostrar que sua versão da história contada é verdadeira, ao passo que o autor implicado tem que assegurar que a história seja contada (Chatman, 1978, p.227). Inúmeras razões existem para contar uma história, mas todas essas razões pertencem ao narrador, não ao autor implicado, que não tem personalidade, nem mesmo presença, nem motivação, a não ser a puramente teórica de construir a narrativa ela mesma (Chatman, 1978, p.158).

Entretanto, é o autor implicado que faz escolhas, inclusive a de limitar o narrador. Haverá ocasiões em que nas entrelinhas ficará claro à audiência (ou

tecnicamente falando, ao leitor implicado – *implied reader*) que os eventos e existentes narrados na história pelo narrador não podem ter-se dado exatamente como foram narrados. Assim, o autor implicado terá estabelecido uma comunicação secreta entre si e o leitor implicado, às expensas do narrador, que passa a ser entendido como um narrador não confiável (*unreliable narrator*) (Chatman, 1978, p.233). Assim ocorre que os valores do narrador não confiável possam divergir daqueles do autor implicado (Chatman, 1978, p.148).

4.2.4 PONTO DE VISTA

Como se viu acima, a "voz" narrativa ou narrador é o meio através do qual eventos e existentes são comunicados à audiência. Pertence ao plano da expressão ou discurso. O ponto de vista é o lugar físico, situação ideológica ou orientação prática de vida a partir dos quais e em termos dos quais essa expressão é feita (Chatman, 1978, p.153). O ponto de vista está locado no plano da história, não no plano do discurso (Chatman, 1978, p.154). Posto de outra maneira, o ponto do vista é a perspectiva a partir da qual a expressão é feita (Chatman, 1978, p.153).

Essa perspectiva pode dizer respeito a três níveis diferentes. Pode-se falar de ponto de vista perceptual, conceitual e de interesse (Chatman, 1978, p.151; Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.51). O ponto de vista perceptual diz respeito ao local ou posição física da qual se vê, ou, de maneira ampliada, de onde se ouve ou se sente algo (Bordwell, 1985, p.60). O ponto de vista conceitual refere-se figurativamente à visão de mundo (*Weltanschauung*) de alguém. O ponto de vista de interesse refere-se à perspectiva do que seja vantajoso ou de interesse para o personagem (Chatman, 1978, p.151).

4.2.5 O RECEPTOR DA NARRAÇÃO E A AUDIÊNCIA IMPLICADA

Da mesma maneira que se diferenciou o autor implicado do narrador, diferencia-se o leitor implicado do receptor da narração (*narratee*) (Chatman,

1978, p.151). Este último é opcional na narrativa e aparece, de maneira mais ou menos patente, como aquela instância que será receptora da expressão do narrador. O leitor implicado, ou mais adequadamente a audiência implicada, é também construído da narrativa, pertence a ela e não ao mundo real. Assim, não deve ser confundido com o leitor em carne e osso.

4.3A INSTÂNCIA NARRADORA DO FILME

4.3.1 HIPÓTESES DA ANÁLISE

Nesse capítulo postula-se que o filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993) possui uma Instância Narradora, sujeito fundamental da narração (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.45), que apesar de não se personificar como um personagem, pode ser detectada na narrativa fílmica. Frequentemente comporta-se como narrador oculto (*covert narrator*), mas em momentos específicos do filme torna-se bastante patente (*overt narrator*), chamando atenção sobre si. Como narrador patente emite comentários (interpretações, julgamentos e generalizações), realizados com base em valores específicos.

É hipótese dessa análise que essa Instância Narradora é bastante univocal. Conta a história da epidemia e de seus personagens, inclusive a do protagonista, Don Francis, conforme vista por lentes bem específicas (pontos de vista conceituais), que podem, inclusive, ser enunciadas conforme se deixam entrever no próprio filme. As identidades e ideologias que a Instância Narradora carrega podem ser resgatadas na história narrada e sua narração. É hipótese dessa análise que a Instância Narradora do filme carregue identidade jornalística, anti-governista e ativista, ao mesmo tempo em que é intra-comunitária à comunidade homossexual e à comunidade de saúde. É também hipótese que a Instância Narradora desse filme conheça a relação médico-paciente a partir de dentro, narrando a história a partir do ponto de vista de um paciente soropositivo.

Se há um ponto de vista conceitual ativista, pode-se ainda argumentar que a Instância Narradora carregue um ponto de vista de interesse, qual seja, de

veicular uma versão da história vantajosa para determinado grupo social com o qual o narrador se identifica. É hipótese dessa análise que a versão narrada dessa história seja contra-dominante, reagindo aos discursos ou versões dominantes dos mesmos eventos.

Pode ser ainda argumentado que, enquanto carregadora do ponto de vista de paciente, a Instância Narradora reconcilia-se com a própria idéia do morrer, o que fica evidente a partir de certo ponto da história que está narrando. De fato, é hipótese dessa análise que a Instância Narradora morre nesse filme, e se assim o faz, antropomorfiza-se, ao menos conceitualmente.

Prossegue-se com a discussão de maneira a embasar as hipóteses feitas acima.

4.3.2 O GRAU DE PATÊNCIA DO NARRADOR E SEUS PONTOS DE VISTA CONCEITUAIS

4.3.2.1 A IDENTIDADE POLÍTICA E GEOPOLÍTICA

A história do filme é narrada de tal maneira que carrega um forte viés anti-governista, de forma que a Instância Narradora assume de fato uma posição politizada e seu discurso concentra uma ideologia anti-republicana. Abundam citações ao governo Reagan, citações essas feitas em vários níveis da enunciação fílmica: no texto falado, no texto escrito e nas imagens.

O texto escrito aparece no final do filme, sob a forma de letreiros que se sucedem sobre fundo preto, onde se escreve que Ronald Reagan só mencionou a palavra aids em público "depois que 25 000 americanos haviam morrido". No texto falado e nas imagens, as citações aparecem de duas maneiras bem diversas. Primeiramente aparecem na voz dos personagens. Don Francis, o chefe e vários outros personagens emitem críticas à administração Reagan e a sua inépcia ou falta de vontade de lidar com a crise da epidemia. Há textos bastante carregados e capazes de produzir indignação garantida nos espectadores. Ao chefe sugeriu-se que transmitisse a Don Francis a orientação oficial de "parecer ocupado", sem

realmente fazer muita coisa. Há inúmeras referências à burocracia obstrutiva, mesmo nas falas do protagonista. Em segundo lugar, aparecem convenientemente enxertadas na trama imagens de arquivo, à semelhança de um documentário de época. Há trechos apropriados de jornais televisivos (comentando a progressão da epidemia), das primeiras campanhas contra a aids (ressaltando-se o atraso de sua instauração), das campanhas e comícios do partido republicano pela reeleição (onde uma família Reagan recebe em palco a ovação e o coro de "*four more years*"). Trechos do depoimento de Roger Gail-Lyon ao Congresso, também imagens originais apropriadas pela narrativa fílmica, aparecem, comunicando o bordão "*don't let that my epitaph read that I died of red tape*", "*red tape*" significando a burocracia governamental. Nesses momentos, a narrativa dá-se como se fosse minimamente narrada, ou mesmo não narrada, na medida em que apenas reproduz documentos, cartas, depoimentos (Chatman, 1978, p.167-8).

O uso dessas imagens de época merece atenção. Veja-se que o filme não é um documentário, ao contrário, trata-se de uma narrativa melodramática e amplamente fictícia, ainda que dê a seus personagens nomes de pessoas que realmente existiram ou existem, como Gallo, Don Francis, Mary Guinan, Gaetan Dugas e Bobbi Campbell. O uso das imagens de Ronald e Nancy Reagan age no sentido de presentificá-los na narrativa. Passam de citações históricas a personagens intra-diegéticos. A realidade, veracidade e indiscutibilidade das imagens confundem-se com a veracidade dos fatos. Isso confere à narrativa um selo de veracidade, como se se tentasse convencer o espectador de que os julgamentos apresentados sobre o governo Reagan não só são verdadeiros e factuais, como também têm o aval do próprio Reagan, sendo assim indiscutíveis. Se há julgamentos transitando pelo discurso, o narrador torna-se patente. Tenta, ainda, convencer que sua versão dos fatos é verdadeira relacionando a história ao mundo real, como nos procedimentos de generalização (Chatman, 1978, p.246) descritos no item 4.2.1.

É importante notar que as imagens e textos utilizados representam pontos de vista maciçamente unilaterais. Em momento nenhum ouve-se nas vozes de

personagens algo (ou utilizam-se imagens) a serviço de compilar aspectos positivos do papel do governo na manipulação da crise. O narrador não permite essas versões. Isso se exemplifica na citação de que Reagan só mencionou a palavra *aids* em público depois da morte de 25000 americanos. Essa sintaxe é não só denunciativa, mas também claramente acusatória. A afirmação não é neutra em seu tom. Carrega implícito um julgamento sobre o fato, que fica investido de carga negativa. Não há nenhuma tentativa de amenizar a denúncia, através do oferecimento de uma explicação ou razão para o fato. Não é dada voz a Reagan ou a seus representantes para que eles ofereçam sua versão. Não se requer do espectador que forme um juízo próprio, mas que incorpore o juízo já oferecido pela Instância Narradora, aqui bem patente (*overt narrator*).

A manipulação fica evidente quando se compara quando chefes de seus respectivos países mencionaram a questão da *aids* oficialmente em público. Mann et al., 1993 estudaram detalhadamente 37 países, dos quais 13 tiveram declarações públicas de chefes de estado entre 1989 e 1992. Treze outros países ainda não haviam feito nenhuma declaração até 1992. No Brasil, o presidente da república o fez em primeiro de dezembro de 1991 (Mann et al., 1993, p.5).

A questão fica mais evidente ao se confrontar a narrativa desse filme com aquela de um outro filme, este um documentário de fato. Em *Common threads: stories from the Quilt* (Robert Epstein, Jeffrey Friedman, 1989), ao contrário, há multivocalidade em vários aspectos. As mesmas críticas factuais são feitas ao governo Reagan. Entretanto, há a veiculação de versões paralelas. Representantes do governo, como o *Surgeon General* têm voz para mostrarem o que fizeram em relação à epidemia (a elaboração de documentos com "mais de 300 recomendações") e para fazerem a *mea culpa* contrita (o seu país teria um problema não resolvido com o uso de drogas endovenosas, que não admite nem mesmo discussão pública, ao mesmo tempo em que a sua sociedade estaria de fato discriminando contra alguns de seus próprios membros).

A questão da demora para a instauração da primeira campanha educacional contra a *aids* também é exemplar. A narrativa do filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993) sugere que a campanha tenha sido tardia e

julga o governo culpado desse fato. Ora, Jonathan Mann, ao relatar a história da resposta global à epidemia, divide-a em quatro fases (Mann et al., 1993, p.109), a terceira da qual, com início em torno de 1986 caracteriza-se pela criação, de maneira “inovadora, rápida e intensa” dos programas nacionais de combate à aids no mundo inteiro (Mann et al., 1993, p.110). Assim, os Estados Unidos não foram – pelo menos nesse aspecto – mais tardios na resposta à epidemia do que outros países no mundo. Note-se como as informações veiculadas pelo filme estão a serviço de uma ideologia de acusação ao governo americano e suas instâncias.

A locação da história nos Estados Unidos, com exceção das seqüências iniciais na África "central" é também marco da identidade geopolítica do ponto de vista do filme. De todas as áreas geográficas da epidemia (inclusive levando-se em conta aquelas que representam maior quantidade ou relevância para a população mundial), o filme restringe-se à experiência americana e o que possa ser apreensível por essa lente. Apesar de começar na África sub-sahariana, o filme bem precocemente comunica que não se interessará pelo efeito devastador da epidemia naquele continente. De fato, como se discutiu no capítulo anterior, usa a simbologia do continente africano naquilo que ele tem de primitivo, negro e indiferenciado. Essa lente revela uma certa miopia ao representar, frente a um padrão americano, o que entende que seja a cultura africana. Constela-se aqui um claro exemplo de uma representação extra-comunitária (à África), ou seja, a Instância Narradora não pertence à comunidade africana e comete certas estereotipias ao falar dessa comunidade.

A mesma estereotipia aparece na representação (também extra-comunitária) dos franceses, que aparecem como europeus civilizados e elegantes, que não aumentam o tom de voz nem mesmo ao brigar. Suas declarações acusatórias são feitas em subtons, mediante afirmações veladas (como na entrevista de Montagnier, interpretado por Patrick Bauchau, sugerindo que o vírus de Gallo era de fato o mesmo vírus que havia isolado) mas inexoravelmente precisas. O filme ainda providencia uma intérprete, para que não haja dúvida sobre o que está sendo dito. No final da entrevista de Montagnier, um jornalista interpela outra, perguntando-lhe se entendera corretamente o que o cientista havia

explicado. A jornalista traduz-lhe explicitamente o que Montagnier apenas sugerira (trata-se do "mesmo vírus"). É de nota também a afirmação feita pelos cientistas franceses (Françoise Barre e seu amigo) em relação à questão da relação entre a doença e homossexualidade: os americanos realmente acham que um vírus pode ter preferências sexuais. Essa pequena e ácida crítica é locada na voz de uma personagem francesa, mas emana, de fato, da Instância Narradora americana, como uma crítica auto-reflexiva e também denunciatória.

Assim é que a unilateralidade da narrativa é marcante: a Instância Narradora fala a partir de um ponto de vista americano, crítico ao governo. Não cede voz para que esse se defenda. Usa de afirmações textuais e imagéticas não neutras, mas carregadas de juízo e opiniões, emitidas conforme valores anti-governistas. A narrativa do filme é, portanto, patente (*overt*) e carregada de ideologia.

4.3.2.2 A IDENTIDADE ATIVISTA

Há ainda uma identidade ativista permeando a narrativa do filme. Essa identidade ativista caracteriza-se narratologicamente pelos discursos contra-dominantes, pela conclamação à ação e pela ira inflamada que a perpassa.

Três diferentes correntes de pensamento sobre o pós-modernismo têm influenciado o estudo do cinema. A primeira centra-se no conhecimento em si (isto é, como se conhece alguma coisa – aspectos filosóficos ontológicos), a segunda foca a significância de mudanças econômicas e sociais na vida contemporânea (aspectos sócio-culturais) e a terceira volta-se para as mudanças nas práticas artísticas após a escola moderna (aspectos estéticos) (Hill, 1998, p.96).

Como ontologia pós-moderna, pode-se argumentar que não há uma "verdade" pronta a ser descoberta ou desvelada. Há várias versões diferentes dessa "verdade", rendidas por histórias que se contam sobre ela. A narração de uma história, de fato, cria uma "verdade". O acesso à "realidade" não é outro senão através desses discursos através dos quais a realidade é construída (Hill, 1998, p.97). Essas versões são veiculadas ou narradas por atores sociais

diferentes. As diferentes versões serão tão mais palatáveis à média da sociedade (sócio-sintônicas), quanto menos ameaçarem o *status quo*, ou seja, quanto menos exigirem mudanças e re-adaptações. “Realidade” é um termo que se aplica melhor a “um conjunto de afirmações que se considera custoso demais mudar” (Treichler, 2000, p.159). A esse respeito, a concepção de Mannheim (Treichler, 2000, p.154) contrapõe “ideologia” (definida como uma visão de mundo que o constrói como “situacionalmente coerente, de maneira que o *status quo* seja reforçado”) e “utopia” (que “constrói o mundo como situacionalmente transcendente”: o *status quo* é desafiado), mas adverte que ambas produzem determinações distorcidas da realidade.

Essas versões “utópicas” (desafiadoras do *status quo*), podem ser entendidas como discursos contra-dominantes, relacionados a discursos dominantes (versões “ideológicas” mantenedoras do *status quo*), contra os quais reagem. Esses discursos dominantes proclamam a autoridade de verdade para suas versões e encontram-se nas vozes de atores sociais relevantes como os que falam em nome do Governo, da Igreja, da Mídia, da Ciência e da Medicina.

Esses discursos dominantes e contra-dominantes são prevalentes nas histórias sobre a aids. A epidemia da aids foi chamada de uma “epidemia de significação” (Treichler, 2000, p.35). A aids encontra-se num ponto de intersecção de muitas, diversas e por vezes contraditórias narrativas, cada qual com seu momentum e seu contexto, nos quais a doença adquire significado (Treichler, 2000, p.5, 35). Assim, a aids foi e vem sendo culturalmente construída (Treichler, 2000, p.149). As construções sociais da aids não são baseadas numa “realidade” objetiva cientificamente determinada, mas naquilo que se conta às pessoas sobre essa realidade (Treichler, 2000, p.15). Significados dominantes emergem e tendem a ser expressos com pouco medo de serem desafiados (Treichler, 2000, p.5). Relações de poder, conhecimento e credibilidade emergem em termos do direito de definir a “realidade” do HIV e da aids (Treichler, 2000, p.8) e de figurar como “história oficial” (Treichler, 2000, p.39). Notoriamente, as versões científicas e biomédicas (dominantes) postulam ser expressões da verdade. Tanto isso ocorre que versões ambíguas ou contraditórias são construídas como “não-

científicas” (Treichler, 2000, p.16).

Entretanto, fontes externas à ciência biomédica têm ajudado a dar forma aos discursos sobre a aids. Desde o começo da epidemia, através de ativismo político e de agendas políticas freqüentemente extremas, membros da comunidade *gay* têm repetitivamente contestado a terminologia, os significados e as interpretações produzidas pelo discurso científico biomédico, desafiando a autoridade biomédica (Treichler, 2000, p.18), com a intenção de romper e renegociar as narrativas culturais em torno da aids (Treichler, 2000, p.39). Esses discursos contra-dominantes são tão radicais quanto os discursos dominantes aos quais reagem. Veiculam-se através de diversas estratégias ativistas (demonstrações, vigílias, marchas, demonstrações públicas, debates, desobediência civil) e artísticas.

Em termos artísticos, os movimentos *gays* produziram uma arte ativista paradigmática, que postulava levar adiante agendas sócio-políticas através de ação e discurso. Considerações sobre essa arte aparecem nos capítulos dos livros de história da arte contemporânea, sob a égide controversa de Pós-modernismo. Identifica-se uma "arte da identidade" (Reed, 1997, p.289) em cujo desenvolvimento tanto o "feminismo quanto o ativismo da aids exerceram profunda influência" (Reed, 1997, p.290). Essa arte não deveria se entendida como a forma de expressão de um artista, mas como a forma de expressão usada por um artista enquanto membro de um grupo com uma história compartilhada e uma intenção comum de efetuar mudança social. A premência de nomear uma identidade e, ao mesmo tempo, o mecanismo de opressão que a estruturou, pode ser o que de mais típico há no Pós-modernismo do final dos anos 80 (Reed, 1997, p. 288), inclusive no cinema (Hill, 1998, p.102-3).

A Arte Gráfica cuja temática é a aids é um exemplo de como discursos contra-dominantes podem ser veiculados por manifestações artísticas. Obras gráficas ativistas "servem um propósito real" (Sokolowsky, 1994, p.67) e representam o "estilo da aids": duro, limpo e rápido, como o ativismo que ele apóia (Gott, 1994, p.192; Sokolowsky, 1994, p.67; Reed, 1997, p.288). Foi através do grupo político ACT UP que a Arte Gráfica relacionada à aids floresceu. ACT UP

(*AIDS Coalition to Unleash Power*) foi fundado em Nova York em março de 1987, se não pelo ativista Larry Kramer, então em resposta direta a um discurso inflamado realizado por ele dois dias antes (Crimp, Rolston, 1990, p.12; Gott, 1994, p.191), que fez com que a “energia e raiva cristalizassem” (Cohen, 1998, p.15). ACT UP é um “grupo diverso, não partidário, unido em raiva e comprometido a dirigir ações para terminar a crise da aids.” (Crimp, Rolston, 1990, p.12), criado no contexto de uma “epidemia que não mostrava nenhum sinal de terminar e um governo cuja resposta tinha sido mínima na melhor das hipóteses” (Cohen, 1998, p.15). Essa agenda contra-dominante ficou expressamente clara no Congresso Internacional de Montreal, 1989 (Treichler 2000, p.154), quando se constelaram narrativas alternativas às biomédicas clássicas.

Com base no que se descreveu acima, é lícito entender que a Instância Narradora desse filme carrega uma forte identidade ativista. Reage de maneira irada ao discurso dominante do governo, como se mostrou na seção anterior. Reage à mídia e seu discurso dominante. Reage aos discursos dos médicos e cientistas, quando espalha afirmações indigestas do tipo “a quem pacientes devem recorrer quando seus médicos passam a agir como homens de negócios?”, ou, na fala do dono da sauna, “eu ganho quando eles entram, vocês (médicos) ganham quando eles saem” (das saunas). A própria caracterização do personagem Gallo é uma desconstrução da imagem de cientista benemérito e culto, interessado no bem-estar da humanidade. O filme deixa apenas intocado o discurso dominante da Igreja, que é aparentemente ignorada nessa narrativa.

A narrativa ocupa-se de veicular passeatas e manifestações de desobediência civil. Mostra personagens participativos e carregadores de vontade e disponibilidade de sentar-se às mesas de negociação, como Bill Kraus. Mostram jovens orgulhosos e retóricos, discursando sobre e para a comunidade homossexual (Bobbi Campbell – o garoto do pôster, o que simboliza a luta contra a epidemia). Trata da questão das verbas com afinco, sempre igualando financiamento a poder. Retrata ativistas em plena atividade, como Roger Gail-Lyon.

Assim, parece adequado postular que a Instância Narradora narra essa

história à semelhança da arte ativista da aids: insurgindo-se iradamente contra os discursos dominantes prevalentes. Se assim o faz, a Instância Narradora carrega, além de um ponto de vista conceitual, também um ponto de vista de interesse, propondo versões da história que lhe sirvam ou lhe sejam vantajosas, criando suas versões de verdade, sua "história oficial" e sugerindo ao leitor implicado que acate essas versões como expressão do que de fato teria ocorrido. Constela-se assim, um narrador não confiável (*unreliable narrator*) (Chatman, 1978, p.233), que narra a história conforme seus valores, mas não necessariamente aqueles do autor implicado (*implied author*).

4.3.2.3 A IDENTIDADE JORNALÍSTICA

A Instância Narradora narra essa história à semelhança das narrativas jornalísticas. No cinema há vários canais de informação veiculando informações ao mesmo tempo: a imagem, os ruídos, a música, o texto verbal, e o texto escrito. O caráter jornalístico da narrativa fica mais evidente nas imagens, nos ruídos e no texto escrito.

Alguns planos do filme exibem uma linguagem de telejornal: carregam legendas escritas que localizam a ação geográfica- e temporalmente: "Atlanta, 1981". Essas legendas não são mostradas como frases prontas, mas como frases que se escrevem ante os olhos do espectador. As letras vão se acrescentando umas às outras, como se estivessem sendo datilografadas naquele momento. O som de uma máquina de escrever acompanha os ruídos de uma redação de jornal atribulada. Nesse momento a Instância Narradora, ou o próprio ato de narrar, revelam-se patentemente na narrativa. Essa redação representada sonoramente não é intra-diegética, não pertence à história em si, mas ao plano do narrar.

De maneira geral, no filme as cenas sucedem-se com velocidade, ocupando-se de intercalar regiões espacialmente bastante longínquas umas das outras – ainda que sempre identificadas. As seqüências são também recheadas de informação, à semelhança de um livro-reportagem, onde abundam fatos como números, séries epidemiológicas ("*butcher's bill*"), memorandos, nomes reais e

conhecidos de pessoas que de fato existem ou existiram, revelações, detalhes, mecanismos de funcionamento. Além das informações, entretanto, abundam interpretações e julgamentos. Vejam-se como paradigmáticas as representações da disputa entre Gallo e Montagnier, da representação do Paciente Zero e da representação de Reagan. Já se discutiu sobre essa última, como os fatos apresentados se somam a juízos de condenação a Reagan e sua política governamental sobre a aids.

A representação da rusga entre os dois cientistas, Gallo e Montagnier é feita de tal maneira que não apenas os fatos são apresentados, como o são de modo absolutamente favorável ao francês. Há um julgamento, que se expressa pela clara preferência da Instância Narradora (daí sua patência) pela integridade e seriedade de Montagnier, enquanto oposta aos arroubos quase histriônicos de Gallo, criança cujo doce está sendo roubado. A própria legenda final encarrega-se de explicitar o que já estava narrado, ao emitir a censura que o *National Institute of Health* (NIH) teria feito a Gallo.

A representação do Paciente Zero, Gaetan Dugas, também é interessante. O personagem é construído com uma nítida antipatia da Instância Narradora. Entretanto, quando se pondera as informações do próprio filme, abandonando a antipatia do narrador não confiável (*unreliable narrator*), nota-se que de fato o Paciente Zero ajudou aos investigadores quando cooperou e forneceu uma lista de nomes. Esse fato fica ofuscado pela forma com que o paciente é representado: através de seu mau-humor, de suas pequenas ameaças de obstrução, de seu raciocínio defensivo ("se tenho a doença, devo tê-la pego de alguém"). O efeito final obtido é o de um personagem arrogante e pretensioso, não o de alguém que prestou uma ajuda concreta. Está claramente expresso na narrativa que o Paciente Zero é o caso índice de um estudo epidemiológico. Entretanto, a idéia (espúria) de que tenha sido ele o paciente a trazer o HIV para os Estados Unidos é bastante disseminada, constituindo-se num exemplo de como contar histórias cria "verdades". Nesse caso essa versão falsa é bem palatável para o público médio americano, que preferiria acreditar que a epidemia é uma agressão exógena, ou seja, vem de "fora" ou vem do "outro". Todos os personagens

homossexuais e soropositivos do filme são construídos de modo a obter a empatia ou a compaixão do espectador, com exceção de Gaetan Dugas, que transmite uma certa idéia de repulsa. Há, portanto, um julgamento da Instância Narradora (patente) sendo transmitido ao espectador, juízo esse desfavorável ao personagem. Foi necessário um filme canadense – *Zero patience* (John Greyson, 1993) – para desconstruir essa e outras "verdades" contadas sobre a epidemia.

Note-se ainda que o filme usa e abusa da inserção de noticiários da época, numa narrativa minimamente narrada, onde apenas se enxertam documentos de época. Esse subterfúgio acresce verossimilhança à narrativa, que fica aparentemente mais jornalística ainda. Ora, como se viu na seção anterior, a narrativa do filme contém discursos claramente contra-dominantes. Ao assumir uma identidade jornalística a Instância Narradora transveste esse discurso contra-dominante em discurso dominante, já que discursos midiáticos tendem a ser dominantes por definição. Assim, a Instância Narradora mais uma vez demonstra um ponto de vista de interesse, qual seja, vender sua versão contra-dominante como midiática, isto é, numa roupagem dominante.

4.3.2.4 A IDENTIDADE INTRA-COMUNITÁRIA À COMUNIDADE HOMOSSEXUAL

4.3.2.4.1 CONCEITO DE NARRATIVAS INTRA-COMUNITÁRIAS

A noção de narrativa intra-comunitária à comunidade de pacientes com infecção pelo HIV/aids foi desenvolvida em estudos na intersecção do campo da Fotografia (principalmente nos Retratos – *Portraiture*) com a temática da infecção/doença (Zita-Grover, 1994, p.215). Opõe-se às narrativas a partir de pontos de vista extra-comunitários. Essa oposição binária é redutiva, mas também instrutiva em termos de análise. Membros intra-comunitários são pessoas, infectadas ou não pelo HIV, que de alguma maneira foram tocadas pela epidemia, ou seja, pacientes, voluntários, ativistas, cuidadores, profissionais de saúde, familiares, esposos, parceiros. Pessoas são ditas extra-comunitárias quando, ao

contrário, não foram tocadas, e, portanto, não podem ter tido nenhuma experiência verdadeiramente pessoal com a infecção/doença.

A relevância dessa diferenciação entre pontos de vista é exemplificada com a seguinte suposição. Um fotógrafo traz para a sua comunidade fotografias de um país que poucos conhecem pessoalmente, mas pelo qual muitos têm fascínio. O conjunto dessas fotografias pode não ser de nenhuma utilidade para os nativos desse país, que têm seu próprio conhecimento. As suas necessidades podem não soar nem interessantes, nem relevantes para o dito fotógrafo, que foi apenas um passageiro na região (Zita-Grover, 1994, p.215).

Assim, representações extra-comunitárias tendem a reproduzir o que a média (ou a moda) da sociedade pensa a respeito do assunto representado, refletindo ou mimetizando os discursos das políticas públicas e/ou da mídia (isto é, os discursos dominantes) (Zita-Grover, 1994, p.215). Na Fotografia, o entendimento extra-comunitário da infecção pelo HIV/aids produziu a representação de vítimas "inocentes" (crianças, hemofílicos, recipientes de transfusão, esposas) versus vítimas "culpadas" (homossexuais, bissexuais, drogaditos). Trabalhos tipicamente extra-comunitários mostram pacientes "antes" (bonitos e sexuais) e "depois" (emaciados e lesionados) (Zita-Grover, 1994, p.215). Mantém a centralidade da infecção/doença na vida dos pacientes através de retratos não contextualizados, onde o sujeito é reduzido à sua imagem obviamente doente (Zita-Grover, 1994, p.226).

Representações intra-comunitárias, ao contrário, partem de pontos de vistas de pessoas que aprenderam seus caminhos através das intrincadas experiências com os serviços de saúde, a incapacidade física e mental, a morte e o morrer, o preconceito e a discriminação, a quotidianidade da doença crônica, a possibilidade de contenção da transmissão do HIV nas suas vidas e a impossibilidade de arcar com sua presença (Zita-Grover, 1994, p.215).

A história de como a infecção pelo HIV/aids tem sido representada na Fotografia aponta para o vai-e-vem constante de discursos dominantes versus contra-dominantes (Zita-Grover, 1994, p.214), no campo discursivo da representação fotográfica biomédica (direcionada às profissões de saúde),

fotojornalística ou artística (fotografia de Arte, destinada a curadores e galerias) (Zita-Grover, 1992, p.23). Discursos dominantes extra-comunitários predominam nas imagens da mídia, narrando a infecção/doença dentro de dois tipos de imagens. As primeiras são biomédicas, enquanto as segundas constroem incessantemente a representação de vítimas da aids em toda a sua debilidade física e desfiguração (Watney, 1990, p.187; 1992, p.5), repetindo e omitindo sistematicamente certos tipos de imagens, reforçando concepções populares espúrias, forjando culpa e mostrando interesse por formas obscuras de transmissão (Watney, 1992, p.8). São os fotógrafos intra-comunitários que se deram ao trabalho de produzir "discursos visuais contra-dominantes" às representações estereotipadas dominantes da mídia, questionando as versões visuais que insistem na infecção pelo HIV/aids como veredito moral (Watney, 1990, p.192).

4.3.2.4.2 UMA LICENÇA ANALÍTICA

Na seção 4.3.2.5, discute-se a hipótese de que a Instância Narradora do filme seja intra-comunitária à comunidade de soropositivos. Comete-se, então, uma licença de aplicar os conceitos de Zita-Grover (1994) ao campo do Cinema, e não mais da Fotografia. Nessa seção (4.3.2.4), argumenta-se que a Instância Narradora parece narrar sua história também de uma perspectiva intra-comunitária à comunidade homossexual. Comete-se aqui mais uma licença, qual seja, a de trocar a comunidade para a qual Zita-Grover (1994) definiu seus conceitos. Note-se que dizer que a Instância Narradora é intra-comunitária à comunidade *gay* não equivale a dizer que o narrador seja homossexual. Entenda-se aqui que a Instância Narradora fala a partir de dentro da comunidade *gay*, usando de seus valores e ideologias, não se tratando então de definir a sexualidade de um ser concreto, mas a identidade e o ponto de vista conceitual (e de interesse) a partir do qual se narra.

4.3.2.4.3 A ANÁLISE

Há argumentos para se assumir a hipótese de que a Instância Narradora fala do ponto de vista da comunidade homossexual. Em primeiro lugar, existe a abundância de personagens homossexuais no filme. Aqui poder-se-ia discordar, levantando-se a possibilidade de que o filme siga apenas um certo rigor histórico: endereça a questão da aids dentro da comunidade homossexual basicamente porque essa era a situação epidemiológica na fase temporal em que se passa a história (1981 a 1986). Veja-se, entretanto, que a epidemiologia da aids nessa época descrevia quatro "grupos de risco" (assim denominados), sumarizados nos quatro agás: homossexuais, heroinômanos, haitianos e hemofílicos. Se houvesse a intenção de abrangência histórica, deveria haver personagens dos quatro "grupos de risco" contando suas histórias. Entretanto, não há personagem haitiano com aids no filme. Há apenas uma citação, que dá conta de comunicar a questão epidemiológica de maneira marginal. Da mesma maneira não há personagem usuário de drogas endovenosa que ofereça seu testemunho ou sua história nesse filme. Há apenas a citação da possibilidade de transmissão parenteral ("*it's in the blood*"). Há de fato alguns (poucos) pacientes hemofílicos no filme, ou alguns de seus familiares. A grande maioria dos personagens dessa narrativa, é, entretanto, homossexual. Aparentemente, a narrativa está encarregada de contar o impacto da epidemia na comunidade homossexual, e não nas outras comunidades. Se narrasse a história de haitianos com aids, talvez desenvolvesse um padrão extra-comunitário de narrativa, reproduzindo assunções estereotipadas sobre a cultura haitiana. A Instância Narradora abstém-se de contar a história do impacto da epidemia nessa parcela da população justamente porque parece não ter nada a dizer sobre isso. Abstém-se, também, de narrar o impacto da epidemia nos usuários de droga endovenosa, talvez por não ter nada a acrescentar ao pensamento médio da sociedade sobre o assunto. Há, portanto, uma predileção por narrar a história do impacto da epidemia na comunidade homossexual, que se expressa quantitativamente pela escolha de usar um grande número de personagens *gays*.

Isso, por si só, não atesta o caráter intra-comunitário da narrativa, apenas reforça a idéia de que o assunto do filme é recortado dessa maneira. Há que se discutir, então, não só a quantidade de personagens *gays*, mas a qualidade de suas representações enquanto *gays*. Eles não são, via de regra, representados de maneira estereotipada no exercício de seu estilo de vida homossexual, homoerótico ou homoafetivo. Há de fato personagens efeminados, frágeis ou transformistas (aquele que mostra seu álbum no quarto de hospital), mas há também personagens *viris* (como os rapazes da sauna). Há personagens promíscuos (entendendo-se o termo em referência à quantidade de parceiros sexuais), como Gaetan Dugas, mas há personagens monogâmicos convictos como Bill Kraus. Há personagens ativistas, defensores de seus direitos e politicamente engajados (Bobbi Campbell e o próprio Bill Kraus), assim como homossexuais discretos ou mesmo enrustidos (o irmão do personagem interpretado por Dean Martin). Mostram-se personagens homossexuais em relações estáveis e longevas, ainda que sujeitas às mesmas vicissitudes de uma relação heterossexual (Bill Kraus e Kico). A Instância Narradora reconhece e representa diferentes maneiras de ser *gay*. Os personagens do filme não seguem uma cartilha hollywoodiana canônica, onde o homossexual é ou afetado ao extremo ou um assassino psicótico.

Em acréscimo, os personagens não se definem apenas pela sua condição homossexual. Além de *gays*, é-lhes permitido ser políticos, advogados, artistas, médicos, ter sucesso nas suas carreiras, ter famílias. São mostrados como seres políticos e dotados de lares, caracteres, expectativas. O reconhecimento de várias formas de ser *gay*, associado ao fato de que os personagens não estão reduzidos à sua condição de homossexuais atestam o ponto de vista intra-comunitário da Instância Narradora.

Outro fato de monta na representação qualitativa dos personagens homossexuais é que, nesse filme, os pacientes soropositivos são tidos de maneira geral como “vítimas inocentes”. Exceção seja feita ao Paciente Zero, cuja representação soa por demais negativa e desagradável. A culpabilização dos pacientes soropositivos pela sua infecção é fato amplamente conhecido na história

da epidemia. Alguns pacientes teriam “procurado” ou “merecido” sua contaminação, rezam alguns dos discursos dominantes das décadas de 80 e 90 (Zita-Grover, 1994, p.215). Segundo esses discursos, haveria dois tipos de pacientes com aids: aqueles com “aids-bem-feito” e aqueles com “aids-coitadinhos”. Em geral, os homossexuais e usuários de droga endovenosa tiveram de arcar com a primeira categoria, enquanto as crianças, os hemofílicos e as mulheres foram alocados à segunda. *Philadelphia* (Jonathan Demme, 1993) constelou e verbalizou essa distinção (espúria, injustificável e não recomendável em nenhuma situação) pela primeira vez. A advogada de defesa da firma que está sendo processada por Andrew (Tom Hanks) entrevista uma testemunha feminina e soropositiva que pegara o vírus por uma transfusão de sangue. O discurso segue com a argumentação de que ela é uma vítima da sociedade, que não procurou a doença e, assim, pode ser merecedora de compaixão. Já Andrew teria se contaminado apenas por força de seu desvio de caráter e de seu comportamento irresponsável. Tornar-se-ia, então, merecedor de sua doença, sem direito a qualquer ressarcimento ou compaixão. É a própria personagem da mulher soropositiva que inutiliza esse discurso, recusando que seu testemunho sirva para esse fim. Explicita que ambos os personagens têm aids e ambos merecem cuidados iguais, em nada diferindo entre si.

Esse tipo de discurso dominante é prevalente na história da epidemia, conforme atestam a frequência e intensidade de manifestações artísticas, entre outras, que reagem a esse discurso. A arte gráfica da aids é um dos meios mais favoráveis a esses discursos contra-dominantes. Um pôster paradigmático pode ser lembrado aqui. Junto à figura de um caduceu – símbolo da Medicina – aparecem os dizeres “*all aids patients are innocent*”. Se é preciso que se diga que todos os pacientes são inocentes, há que se entender que para algumas vozes, nem todos o são. Fica denunciado aqui o discurso da culpabilização. Denuncia-se também de quem são essas vozes culpabilizadoras, já que o pôster cita visualmente o caduceu, símbolo da profissão médica.

Assim, parece que os discursos dominantes, mais sintônicos aos discursos da média da sociedade, têm que pacientes homossexuais merecem a categoria de

“aids-bem-feito”. Essa visão é obviamente extra-comunitária à comunidade homossexual. Ora, note-se que nesse filme, ao contrário, a maior parte dos personagens *gays* consegue ter aids e não serem culpabilizados por isso. É dispensada, por parte da Instância Narradora, a idéia de vítimas culpadas. Ao contrário, os personagens são todos construídos para produzir o máximo de empatia e compaixão nos espectadores. Esse ponto de vista ao narrar a história é, aparentemente, intra-comunitária, portanto.

Outra questão, cuja abordagem soa mais intra- do que extra-comunitária, é a utopia construída ao redor da cidade de São Francisco. Bobbi Campbell narra, enquanto porta-voz da comunidade homossexual, que nasceu numa pequena cidade do Kansas, onde era tido como um *freak* (traduzido na versão em português por "uma aberração"). Depreende-se dessa fala a sensação do personagem de não pertencer a um sistema, por conta de seu estilo de vida homossexual. Sua narrativa segue e o personagem diz que veio, então, para o oeste (São Francisco), onde encontrou seus pares, e pode construir com eles uma sociedade onde o estilo de vida homossexual era possível. Explicita, assim, a noção da cidade como utopia *gay*, em oposição ao campo (Kansas). Discute-se essa questão mais pormenorizadamente abaixo (ver item 4.5.1), mas por hora, fica-se com a argumentação de que a idéia utópica de uma comunidade *gay* é de natureza intra-comunitária.

É importante, também, ressaltar, como a representação da homossexualidade é feita no filme de maneira bastante amena, ainda que clara e decisiva. A Instância Narradora permite que seus personagens se abracem, exibam situações de conjugalidade, mesmo conversem sobre seus hábitos. Entretanto, respeita limites, inclusive mantendo uma dose modesta de explicitação na representação visual: não se vêem dois homens beijando-se ou partilhando de uma intimidade corporal de natureza sexual ou afetiva. Sendo a Instância Narradora portadora de uma identidade ativista, geralmente favorável à exposição didática do modo de vida homossexual, há que se entender porque ela prefere um discurso mais ameno ao retratar a homossexualidade.

A cena que ocorre na sauna *gay* é paradigmática e sua análise (no nível

estilístico micro-analítico) joga luz sobre esse assunto. Essa cena já foi abordada no item 3.2.3.1.3, mas deve ser retomada aqui. Num dos planos iniciais, Selma Dritz e o médico (Harold Jaffe) encarregado de visitar a sauna estão em primeiro plano. Há uma piscina no campo médio, em torno da qual pode-se discernir um agrupamento de homens com toalhas na cintura. Dois deles, bastante viris, levantam-se, dão-se as mãos e saem do espaço do enquadramento por uma porta no fundo do plano, além de uma parede de vidro. Não há, portanto, nenhuma menção direta, no texto ou na imagem, do que estaria ocorrendo entre esses dois homens. Uma ação – uma relação sexual – fica subentendida na narrativa e seu lócus de ocorrência é num espaço intra-diegético contíguo, localizável e bem definido pela narrativa, mas externo ao enquadramento, um “espaço-fora-da-tela” situado “atrás do cenário” (Burch, 1992, p.38-9).

Essa escolha estilística é relevante para a compreensão do filme. A ação sexual é claramente anunciada, sem de fato aparecer. O médico indigna-se e começa a fazer comentários que revelam seu estranhamento, em parte devido ao fato de serem dois homens os protagonistas do encontro. Esse personagem do médico poderá estar servindo de espelho dos espectadores, que talvez partilhem, paralelamente, desse mesmo estranhamento. O espectador passa, assim, a ter um representante intra-diegético de seu próprio estranhamento. Em resumo, aqui aparece na narração o leitor implicado, ou mais adequadamente, a audiência implicada (*implied audience*): fica muito patente a instância “para quem se narra” (Chatman, 1978, p.151). Selma Dritz produz imediatamente uma fala-antídoto, que exerce sua ação em ambos o personagem médico e o espectador espelhado nele: propõe que o médico imagine que a sauna estivesse cheia de lindas mulheres e duas delas o convidassem para ir ao quatinho. Será que o médico não iria? Sob essa nova perspectiva – uma tradução da situação para um contexto heterossexual – a cara do médico ilumina-se, e faz-se um entendimento. Pode-se argumentar que esse entendimento também toca o espectador – de carne e osso – do filme. Aquilo que não pôde ser mostrado (a relação sexual), pôde ser colocado de maneira a oferecer perspectiva ou compreensão da natureza possível de relacionamento entre dois homens. A colocação não é explícita, como rezaria a

cartilha ativista (como no jargão "*we are here, we are queer, get used to it*"), mas não é menos compreensível ou didática. Houve, parece, a preocupação de passar um discurso ("é possível a relação entre dois homens") e não passar de limites com a audiência. Se houve de fato essa preocupação, tanto em passar o discurso, quanto de passá-lo mais amenamente, há que se locar a Instância Narradora dentro da comunidade homossexual.

Nesse momento é importante deter-se no título original do filme ("*And the band played on*"), onde pode haver uma clara referência à peça de teatro *The boys in the band* (1969) de Mart Crowley. Essa peça é um marco por ser a mais bem sucedida do ponto de vista comercial (Gardiner, 1998, p.140) entre as peças que surgiram no final da década de 60, marcada por eventos importantes da história da comunidade homossexual, como a descriminalização de atos homossexuais na Inglaterra e País de Gales (em 27 de julho de 1967) e as manifestações de Stonewall em Nova Iorque (27 de junho de 1969) (Gardiner, 1998, p.134, 141). A peça tem personagens homossexuais, oprimidos e com baixa auto-estima, reunidos e discutindo problemas relacionados à sua condição e estilo de vida (Gardiner, 1998, p.140). Marca a ocupação das artes de maneira geral pela temática *gay* direta e visível. Há, então, uma referência histórica e cultural passível de ser alocada a um discurso intra-comunitário. "*And the band played on*" significa que a banda continuou a tocar. O título traz a idéia de continuidade e de perseverança, mesmo em face de revezes. Pode carregar implícito o discurso de que a epidemia não poderá abalar as conquistas das décadas de 60 e 70, em termos das questões ativistas-identitárias. Essa reivindicação é orgulhosa e intra-comunitária. Pode, ao contrário, suscitar reflexão e crítica, se se reclama uma associação temporal ou até causal entre as conquistas da década de 70 (em termos de liberação comportamental) e o aparecimento da epidemia. Esse segundo discurso pode ser alocado tanto intra-, quanto extra-comunitariamente, conforme pareça uma reflexão ou uma acusação. Veja-se, então, como são veiculadas as opiniões críticas quanto ao estilo de vida homossexual no filme.

A comunidade homossexual é sujeito e objeto de críticas no filme. Como objeto recebe críticas de raras vozes homofóbicas externas a ela, acusando-a pela

epidemia. Como sujeito, expressa ressentimento explícito à forma como a população homossexual foi tratada no início da epidemia, qual seja, de maneira homófoba, como se fossem não merecedores de atenção específica em relação a doença. Está na fala dos personagens do filme essa explicitação: o chefe sugere (com a melhor das intenções) que Mary Guinan retire a palavra homossexual da comunicação científica sobre um surto de pneumocistose e Kaposi, para que ela de fato seja notada. Outro personagem sugere que, se se tratasse de uma doença que atingisse velhinhos ou membros do congresso, verbas já teriam sido alocados e uma resposta da sociedade já teria sido constelada. De fato há esse discurso no filme, que reage à homofobia institucionalizada. É, entretanto, nos momentos em que a comunidade *gay* intra-diegética é ao mesmo tempo sujeito e objeto das críticas que fica patente a natureza intra-comunitária da narrativa desse filme. Há críticas de cunho ativista, reclamando da não união da comunidade e do alheamento de alguns de seus membros, inclusive em termos de visibilidade. É a comunidade *gay* que impede o fechamento das saunas como medida de saúde pública. Essas críticas ou puxões de orelha são aparentemente lançados de dentro da comunidade e visam a comunicar aos outros membros da comunidade uma certa homogeneidade de pensamento ou ação.

Em relação às críticas contra a homofobia, note-se como tanto Don Francis, quanto seu antagonista Gallo, são construídos sem traços homofóbicos. Gallo não é detentor de nenhuma virtude no filme, muito pelo contrário, parece listar todos os defeitos desagradáveis que a Instância Narradora pôde constelar. Entretanto, não exhibe nenhum traço de homofobia nesse filme. Também Don Francis não exhibe traços de homofobia. Não exhibe nenhum traço homoerótico, também. Em verdade, é completamente assexuado no filme, como se discutiu acima (seção 3.2.3.1.1). Não sendo homossexual (nem heterossexual), não carrega discurso identitário nesse campo. Apesar de protagonista, não é ele o personagem que carrega essa ideologia no filme. Veja-se, então, como os projetos do protagonista e da Instância Narradora são diferentes na narrativa desse filme, de modo que aqui se corrobora que há de fato ao menos uma segunda intenção da Instância Narradora, diferente de contar a história do protagonista. Parece haver, de fato, ao menos duas linhas

narrativas ocorrendo no filme.

4.3.2.5 A IDENTIDADE INTRA-COMUNITÁRIA À COMUNIDADE DE SOROPOSITIVOS

Levando-se em conta a definição ampliada da comunidade de soropositivos (pacientes, familiares, cônjuges, amigos e cuidadores), é lícito argumentar que a Instância Narradora desse filme carrega uma identidade intra-comunitária a essa comunidade. Ressalta-se que não se trata de dizer que a Instância Narradora é soropositiva. Até este momento da análise, a Instância Narradora, por mais que se torne patente em determinados momentos, não está antropomorfizada. Em teoria, é um construto abstrato da narrativa e não goza da capacidade concreta de adoecer. Esse assunto será retomado adiante, para ser contestado. Por hora, entende-se aqui que a Instância Narradora narra sua história a partir das lentes ou do ponto de vista de alguém que está interno à comunidade de soropositivos, partilhando de seus valores e colocações.

Uma das razões que parece corroborar essa hipótese é a pleora de informações técnicas nesse filme. Terminologia médica é usada com frequência em referência a raciocínios médicos válidos nos campos da clínica, da pesquisa e da epidemiologia (células CD4, estudos de coorte, partículas virais, retrovírus, culturas de vírus, fatores de crescimento, bancos de sangue, a questão da hepatite B). Imagens da iconografia médica são apropriadas com frequência pelo filme, tanto em termos de cenários da práxis médica quanto de seus instrumentos de trabalho (radiografias, tomografias, a excisão cirúrgica de um linfonodo, o cotidiano de um hospital, monitores e aparelhos de ventilação em ambiente de terapia intensiva).

As atitudes médicas e dos demais profissionais de saúde são bastante variadas: há médicos e enfermeiros dedicados e compassionados ao lado de profissionais que preferem não trabalhar com pacientes soropositivos. Uma enfermeira abandona seu posto para não ter que atender a pacientes com aids, enquanto um médico abandona seu trabalho justamente porque a diretoria de seu

hospital o impede de atendê-los. Toda uma gama de profissionais dedicados convive com profissionais vaidosos e fúteis. A relação entre médicos e pacientes também é pouco estereotipada. Os médicos em geral procuram cuidar de seus pacientes da maneira como podem nesse filme. O filme carrega muitas informações sobre o adoecer, o sofrer e o morrer. A Instância Narradora parece ter coisas a dizer sobre esses aspectos da existência humana, como se tivesse experimentado de perto a experiência de adoecer e ser cuidado.

4.3.2.6 CONCLUSÃO SOBRE OS DISPOSITIVOS NARRATIVOS

Assim parece que a narrativa do filme transita entre momentos de mínima mediação (como na inserção dos documentários e telejornais de época) e mediação por uma Instância Narradora que freqüentemente tenta ocultar-se, mas com mais freqüência torna-se patente. Mostra-se graças aos julgamentos, generalizações e interpretações que dá aos fatos, usando-se de critérios e valores bastante unívocos, evidentes e depreensíveis através da análise da própria narrativa. Carrega pontos de vista conceituais evidenciáveis, portando, então, identidade e ideologia. Carrega também pontos de vista de interesse, que não se limitam a contar a história do protagonista. Esse ponto de vista de interesse colocam-no sob a suspeita de ser um narrador não confiável, com uma agenda própria algo divergente dos valores do autor implicado. Até esse momento da análise, a Instância Narradora é apenas um construto derivado na narrativa e não se encontra antropomorfizada. É hipótese dessa análise que a Instância Narradora se antropomorfiza a partir de determinado momento da narração. Seguem-se, na seção 4.5, argumentos para referendar essa hipótese.

4.4 O LEITOR IMPLICADO

O leitor implicado (*implied reader*) (Chatman, 1978, p.151) ou, mais adequadamente, a audiência implicada do filme pode ser detectada em alguns momentos da narrativa. Como se discutiu na seção 4.3.2.4.3, o leitor implicado

aparece espelhado no personagem médico em visita a sauna, compartilhando seu estranhamento e usufruindo do antídoto proposto por Selma Dritz. Depreende-se dessa observação que o leitor implicado pertence à população geral, ou, posto de outra maneira, carrega um ponto de vista extra-comunitário à comunidade homossexual.

Em uma outra cena, o leitor implicado fica também evidente. Um dos personagens do CDC (Dale Lawrence) entrevista uma senhora idosa que acompanha seu marido hemofílico na UTI. Ele lhe pergunta constrangido, após desculpar-se pela inconveniência da pergunta, se o marido dela tinha tido relações sexuais com outros homens. A senhora responde estranhada que não entende, seu marido é um homem, então como poderia ele ter relações sexuais com outro homem. Essa colocação é absolutamente inocente. A senhora nem demonstra a indignação ou o constrangimento antecipados pelo seu interlocutor: ela simplesmente não registra a possibilidade de homossexualidade ou de relacionamentos homoafetivos. Aqui pode-se postular a presença do leitor implicado, espelhado na senhora americana. A narrativa desse filme dirige-se a um leitor implicado tão extra-comunitário à comunidade homossexual que desconhece mesmo a existência dessa comunidade ou desse estilo de vida.

4.5 DUAS HISTÓRIAS NARRADAS DE MANEIRA POUCO CONVENCIONAL

4.5.1 A MORTE DE BOBBI CAMPBELL

Bobbi Campbell realmente existiu. Foi um dos vinte primeiros pacientes diagnosticados com aids em São Francisco. Sendo profissional de saúde e engajado, veio a público inúmeras vezes com palestras que visavam a alertar, esclarecer e educar. Aparece documentado algumas vezes no documentário *Common threads: stories from the Quilt* (Robert Epstein, Jeffrey Friedman, 1989).

O personagem Bobbi Campbell é tratado de maneira muito peculiar na narrativa de *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993). Numa cena próxima ao começo do filme, o Coreógrafo tem hora marcada com Mary Guinan,

médica do CDC. Chega no saguão de um hotel barato em São Francisco e interpela o recepcionista. Este pergunta-lhe o nome e o Coreógrafo reluta em identificar-se. Bobbi Campbell, ainda não identificado como tal, aguarda no mesmo saguão. Endereça-se ao coreógrafo e diz-lhe que diga o nome, o recepcionista não o conheceria. Acusa, assim, que o reconhece e acrescenta que o acha um gênio. O coreógrafo retribui, acusando também um reconhecimento. Pergunta a Bobbi se ele não é o “garoto do pôster” (*posterboy*), assim apresentando-o à audiência do filme. A Instância Narradora do filme, assim, não só apresenta de fato o personagem (ele já havia sido introduzido numa entrevista televisiva), como imediatamente investe-o da sua qualidade de símbolo. Estando no pôster, passa a ser um signo imagético que representa coisas, como engajamento, luta, resistência ou identidade. A natureza simbólica do personagem de Bobbi Campbell fica bem evidente na sua própria fala: anuncia ao Coreógrafo que ao contrário do que transparece na figura do cartaz, está em realidade amedrontado. Ainda assim, diz que está firmemente disposto a lutar pela sua vida.

Reaparece na narrativa do filme na cena em que representantes do governo, médicos e membros da comunidade *gay* debatem o fechamento das saunas. Nesse debate, a palavra é nominalmente dada a Bobbi Campbell. Ele levanta-se e tomando da palavra fala em nome da comunidade, efetivamente agindo como o porta-voz de direito dessas pessoas. Incorpora sua qualidade de símbolo e levanta a voz num discurso inflamado e de oratória precisa. Começa dizendo que nasceu numa pequena cidade do interior onde cresceu achando que era uma “aberração” (“*freak*”). Decidiu vir a São Francisco, onde encontrou muitos outros como ele, e pôde então estabelecer-se numa sociedade de pares. Tonitruante, termina sua profissão de fé dizendo que prefere morrer como um ser humano a viver como uma aberração. A comunidade o ovaciona ruidosamente, confirmando não só suas palavras, mas também seu direito de usá-las em nome dessa comunidade. Tecnicamente, sua versão do “eu” é confirmada pela platéia (Watzlawick et al., p.69).

Esse discurso é extremamente interessante e merece análise mais cuidadosa. Trata-se, em resumo, de uma apologia ao direito de exercer a

sexualidade livremente, no caso, a homossexualidade. Mas há outra apologia implicitamente colocada, qual seja, a da cidade como utopia homossexual. A cidade do interior onde Bobbi nasceu, ou o campo, não tem complacência para a expressão do seu estilo de vida homossexual. Essa dialética entre o campo e a cidade é notavelmente presente em muitas das obras cinematográficas que representam a infecção pelo HIV/aids (Kylo-Patrick, 2000, p.67).

Duas representações de cidade competem entre si nos filmes (americanos) sobre aids, quais sejam, a cidade como utopia homossexual e como distopia da aids (Kylo-Patrick, 2000, p.67). Utópica, enquanto acatadora da possibilidade de liberdade de expressão homossexual. Distópica, porque a cidade é o lócus da aids, onde a morte e o morrer fazem parte da vida quotidiana (Kylo-Patrick, 2000, p.73). O campo serve como contraponto a essas duas representações da cidade. Em filmes (americanos), o campo é investido de todas as virtudes morais, familiares e idílicas, um bálsamo para as mentes e corpos machucados (Kylo-Patrick, 2000, p.67; McArthur, 1997, p.24). É assim que, em muitos filmes que abordam a aids, os personagens doentes devem fazer sua peregrinação de volta ao campo, que pode ou não aceitá-los no seu seio. De fato, só os aceitará se abandonarem suas pretensões de subverterem a ordem da família patriarcal americana (Kylo-Patrick, 2000, p.77).

Bobbi Campbell alimenta seu discurso com a representação da cidade como utopia, contrastando-a claramente com o campo. Dessa apologia nasce parte da força retórica de seu discurso, que culmina num vaticínio: prefere morrer com dignidade (na utopia da cidade) a viver uma aberração (no campo).

Esse vaticínio é de grandiloquência oratória e o autor implicado do filme vê-se obrigado a não abandonar essa afirmação como mera figura de retórica. Ao contrário, dá-lhe destino e seguimento. Torna trágicas as palavras épicas de Bobbi Campbell. Responde-lhe: seja feita a sua vontade, transformando os dizeres do personagem em profecia que deve se cumprir: *fiat*.

A última seqüência do filme é, à primeira vista, desnecessária para a história que se conta. Se está lá, pelo princípio da parcimônia, deve ser analisada na sua significação. Após a morte inferida de Bill Kraus, Don Francis deixa o

hospital. Pára para olhar cartazes afixados numa parede da rua. Detêm-se, o personagem e a câmara, tempo suficiente para que se perceba que ali estão manchados, rasgados e envelhecidos, os cartazes de Bobbi Campbell. Bobbi Campbell encontra nessa cena sua morte simbolizada. Esvaziados dos símbolos que carregavam estão agora pôsteres e *posterboy*.

A cena onde Don Francis pára para ver cartazes é povoada de elementos que remetem à morte. Aparentemente, há mais mortes comunicadas nessa cena que a de Bobbi Campbell.

4.5.2 RECONCILIAÇÃO E MORTE DA INSTÂNCIA NARRADORA E SUA ANTROPOMORFIZAÇÃO

A Instância Narradora do filme, como se viu, carrega identidade intra-comunitária à comunidade de soropositivos. Pode ser argumentado que a reconciliação da Instância Narradora com a própria morte fica evidente a partir de certo ponto da história que está narrando.

O vaticínio de Bobbi Campbell foi tão poderoso que exigiu que a narrativa respondesse a ele. Entretanto, ele é retórico e capcioso em última instância. Preferir morrer como um ser humano a viver como uma aberração, assim colocado, é uma ilusão de escolha. Viver uma aberração não é uma escolha possível, no contexto da época, na medida em que “viver” não é possível. O vaticínio corretamente colocado deveria ser: “prefiro morrer como um ser humano a morrer uma aberração”. A escolha transita na dialética entre “aberração” e “ser humano”, mas jamais entre “viver” e “morrer”. A escolha “viver uma aberração” é espúria, e se fosse verdadeira e realista, quem sabe não seria a escolhida? O vaticínio deixa claro, para quem se der ao trabalho de olhar, que o “morrer” é inevitável. “Viver” é uma escolha negada a Bobbi Campbell, e por tabela, à Instância Narradora. É hipótese dessa análise que a última seqüência, que representa a morte de Bobbi Campbell, representa também a morte da Instância Narradora.

Na última seqüência há a mobilização de vários canais cinematográficos de

informação. Há a imagem, a música extra-diegética e o texto escrito, todos narrando. Do ponto de vista imagético, Don Francis retoma a marcha após ter parar em frente aos cartazes, vira à direita e desce uma ladeira. O movimento descendente pode ser entendido como metáfora do morrer. Na evolução da seqüência, a tela escurece num *fade-out*. Tanto a música quanto os letreiros continuam sua narrativa, de modo que o canal da imagem encerra-se antes do filme terminar. Esse fechamento algo precoce do canal imagético representaria o fechamento dos olhos, ou a morte da Instância Narradora. Nesse momento, a narrativa explicita-se como tal e o narrador passa a ser patente (*overt narrator*)

A música, como canal de informação e narração, é um elemento filmico extremamente relevante nessa seqüência. O tema musical que permeia todo o filme é recuperado com uma clarineta e violinos tristes até que a tela se enegrece. A música, então, degenera-se numa marcha fúnebre, alternando os ruflares e os silêncios de tambores e sinos. O ritmo marcial e solene da música coagula-se na imagem de letreiros que agora aparecem e desaparecem no ritmo da marcha.

O terceiro canal de informação, os letreiros, aparece antes do *fade out* e persiste após o enegrecimento da tela. Comunicam o desenlace de algumas questões colocadas no filme, como o destino dos protagonistas, da epidemia e dos descasos do governo: “Reagan só falou a palavra aids em público após a morte de 25 000 americanos”.

Do ponto de vista narratológico, esbarram-se em três questões conceituais importantes. A primeira refere-se à antropomorfização da Instância Narradora. Até agora nessa análise, a Instância Narradora foi tratada como um construto da narrativa. Ela não se encontra antropomorfizada nesse filme, que não conta com personagem-narrador. De fato, a visão metziana é explícita ao defender a natureza não-antropomórfica da enunciação fílmica (Vanoye, Goliot-Lété, 2002, p.42-4). É problemático postular que uma Instância não antropomorfizada seja soropositiva, reconcilie-se com a idéia de morrer e de fato morra. Entretanto, se se postula que ela de fato morre (e há argumentos fílmicos para postular essa morte), então o próprio ato de morrer a antropomorfiza. Assim, não se trata de argüir que ela não pode morrer, já que não é antropomórfica, mas sim de entender que, dado

que ela morre, então ela está antropomorfizada por definição.

A segunda questão diz respeito ao relacionamento entre a Instância Narradora e o autor implicado. Durante a análise pregressa, levantou-se a hipótese de que Instância Narradora estivesse se comportando como um narrador não confiável (*unreliable narrator*), professando valores e contando versões de histórias conforme suas lentes identitárias (seus pontos de vista conceituais e de interesse). Em determinados momentos da narrativa, como no tratamento dado à história do Paciente Zero (seção 4.3.2.3), o autor implicado burlava a Instância Narradora estabelecendo comunicações mais diretas com o leitor implicado. Ora, nessa cena final, o autor implicado deixa bem claro qual seu projeto em relação à Instância Narradora: foi-lhe dado, à Instância, narrar algumas histórias, inclusive a de Don Francis, mas sem que se apercebesse, foi também encarregada de narrar sua própria história.

A terceira questão diz respeito ao que ocorre com a narração após a postulada morte da Instância Narradora. Note-se que o autor implicado tem que nomear uma nova instância narradora que assume a narração em caráter extraordinário nos últimos minutos do filme. Usa-se dos canais da música extradiegética e dos letreiros escritos. Note-se que os letreiros aparecem um pouco antes do *fade-out*, como se a Instância Narradora moribunda passasse a função.

Após o escurecimento da tela e o letreiro "*and the band played on*", a imagem volta na forma de um *clip* musical, com a canção "*The last song*" de Elton John. Esse pedaço de narração é completamente díspar da narração anterior, tangenciando o inadequado. Se se levar em conta que os créditos finais parecem após o término desse *clip*, é lícito imaginar que ele pertence ainda ao corpo do filme. Se pertence ao corpo do filme, destoa completamente do narrar prévio. Serve, então, como testemunha de que a Instância Narradora oficial do filme foi de fato substituída por outra, bem menos diferenciada.

4.6 CONCLUSÃO

A abordagem analítica do capítulo 3 interessou-se pela história do protagonista, Don Francis. Esse capítulo propõe uma outra abordagem analítica, baseada na história da Instância Narradora. Para tal análise, foi necessária a mobilização de conceitos narratológicos pertinentes ao campo da narração, o que de *per se*, constitui um exercício interessante.

A Instância Narradora, permeada de identidade ativista, conta nesse filme uma história irada. Forja discursos contra-dominantes que reagem aos discursos dominantes dos governos, médicos, cientistas e instituições de saúde. Faz julgamentos sumários e executa condenações. Distribui denúncias e postula o direito de influenciar decisões. O filme transcorre irado, mas termina, por força da seqüência descrita acima, entristecido, solitário e contrito, como se em lá menor. Parece comunicar que a Instância Narradora, enfim antropomorfizada, entende que todo o ativismo que professa, razão mesma desse filme, consegue fazer diferença entre os termos “ser humano” e “uma aberração”, mas deixa intocada a inexorabilidade do morrer. A Instância Narradora reconcilia-se, assim, com a idéia da própria morte anunciada e de fato consumada.

CAPÍTULO 5 – QUESTÕES QUE PODEM SER ABORDADAS EM ATIVIDADES DE ENSINO/APRENDIZAGEM A PARTIR DO FILME

Se se aceita a hipótese de que a linha narrativa principal desse filme é a história da crise de Don Francis, então pode-se reduzir o filme à seguinte estrutura primária: um médico exhibe uma certa postura ou atitude em relação à prática da Medicina. Essa postura, que lhe desagrada profundamente, é vista por ele mesmo como inadequada. Constela-se a percepção de uma falta. Essa percepção lança-o numa crise, que culmina numa mudança de atitude em relação à questão inicial. Essa mudança é para melhor e corrige a inadequação anteriormente percebida. A falta é sanada.

Se atitudes mudaram, houve aprendizagem – o personagem aprendeu – e esta aprendizagem deu-se em campos diversos da Educação Médica (por exemplo, no Domínio Afetivo ou no Campo Sinoético). Visto sob essa hipótese interpretativa, o filme representa e ilustra, portanto, ocasiões de aprendizagem nesses campos dentro da Medicina. Por ilustrá-las, pode ser instrumento valioso para facilitar o ensino/aprendizagem nesses mesmos campos, na medida em que constitui um ponto de partida para reflexão com os alunos sobre temas específicos, como, por exemplo, vocação médica, relação médico-paciente, identidade médica e visão que a sociedade tem dos médicos.

Se uma falta foi percebida e/ou sanada, houve amadurecimento – o personagem amadureceu. Como a falta dava-se no âmbito profissional, o amadurecimento pode ser entendido tanto como um amadurecimento na vida profissional, como também um amadurecimento mediado pela vida profissional. Ilustrando um médico que cresce, amadurece, transforma-se na e pela prática da profissão, o filme produz também pontos de partida para reflexões com os alunos.

Assim, as reflexões que podem, a partir desse filme, permear as atividades de ensino/aprendizagem dizem respeito tanto às atitudes que mudaram, quanto ao fato de mudarem. Por um lado, enfocam-se os *inputs* (atitudes antes) e produtos (atitudes depois) das mudanças, por outro, o processo da mudança. Algumas

questões básicas concernentes ora às atitudes, ora às suas mudanças, podem ser levantadas como temas para atividades de ensino/aprendizagem. Discutem-se algumas a seguir.

5.1A PERCEPÇÃO PELOS ALUNOS DA EXISTÊNCIA E RELEVÂNCIA DE OBJETIVOS AFETIVOS

As atitudes e os valores, bem como os objetivos que dizem respeito a eles estão sob o arcabouço teórico do Domínio Afetivo, onde se hierarquizam em cinco categorias (recepção, resposta, valoração, organização e caracterização).

Uma reflexão passível de ser feita numa atividade de ensino/aprendizagem considera a existência mesma de objetivos afetivos e a necessidade de sua consecução por parte dos alunos. Apesar de citados corriqueiramente nos programas de disciplinas, os objetivos afetivos são de difícil manejo instrucional: é difícil, se não raro, organizar e empreender atividades de ensino/aprendizagem direcionadas a eles. Além disso, os alunos não costumam ser sistematicamente avaliados para que se detecte se cumpriram ou não os ditos objetivos. Ocorre que podem ser aprovados na disciplina em questão ou mesmo no curso médico sem ter cumprido alguns desses objetivos atitudinais. Professores desavisados e os próprios alunos tendem a sub-valorizar essa classe de objetivos, como se fossem questões secundárias, dessas que “nem caem nas provas”. Aparentemente em alguns currículos de natureza mais tecnicista e cognitivista, prevalecem os objetivos cognitivos e psicomotores. Nesses currículos, discutir uma questão atitudinal concernente à relação médico-paciente pode ser entendida como menos relevante frente a discutir a dose da penicilina ou as habilidades necessárias para passar um catéter venoso central.

Assim, pode-se utilizar como ponto de partida de discussão o exemplo do filme, desse médico que detectou uma falha na sua capacidade de demonstrar determinada atitude, e que posteriormente corrigiu-a, cumprindo um objetivo afetivo. Convidar os alunos a discutirem a relevância de objetivos afetivos é em si um objetivo afetivo: o aluno deverá concordar em participar da discussão

(recepção), efetivamente participar dela (resposta) entendendo seu valor e entusiasmando-se com ela (valoração), de maneira a organizar em si a idéia de que esses aspectos são tão importantes na prática de sua futura profissão (organização) que ele próprio passe a agir como um indivíduo preocupado com essas questões (caracterização).

Um exemplo concreto pode ser proposto. Para iniciar a discussão pode-se sugerir aos alunos que discutam o tom acusatório da pergunta do menino negro: “*why? You doctor. How you don’t know?*” Perguntas auxiliares do tipo: “por que a acusação?”, “será que o médico deveria de fato saber?”, ou “o que ele deveria saber e de que fala o menino?” podem ajudar a clarear o assunto em pauta. Pode-se também sugerir que o aluno compare a gravidade das seguintes situações hipotéticas: se o menino estivesse acusando o médico de não saber fazer um parto normal ou um exame físico (procedimentos de cunho psicomotor), ou de não saber qual exame pedir para detectar se a paciente está anêmica (aspecto cognitivo), haveria alguma diferença no mérito da acusação? Para trazer a discussão mais próxima ao aluno, pode-se sugerir que o aluno considere as mesmas perguntas, agora feitas por uma banca de professores num exame de seleção para a residência médica. Não saber lidar com a paciente agônica, não saber fazer parto e não saber solicitar uma dosagem de hemoglobina seriam todos motivos coerentes e equivalentes para que a referida banca julgue um aluno mais ou menos apto para a residência médica?

5.2A DISPONIBILIDADE PARA A APRENDIZAGEM PELA VIDA TODA (LIFELONG LEARNING)

Uma segunda reflexão passível de constituir uma atividade de ensino/aprendizagem nasce da constatação de que o médico do filme teve que cumprir objetivos atitudinais – portanto “aprender” – após terminada sua graduação. De fato, teve que aprender no dia-a-dia de sua atividade profissional. Essa discussão leva à inexorabilidade do fato de que médicos, bem como outros profissionais, devem estar disponíveis para aprendizagem no resto de suas vidas

profissionais. Essa questão é pertinente a uma Competência específica, qual seja, Motivação para Educação Continuada (*Lifelong Learning*). Reflexões sobre esta Competência podem ser introduzidas aos alunos, perguntando-lhes se não lhes causa estranheza que a crise do médico – deflagrada por uma relação médico-paciente – esteja dando-se fora da graduação. Seria muito tarde, ou seria tarde demais?

Uma consideração ulterior depreende-se da anterior. Se Don Francis aprende fora da graduação, há alguém que o “ensina” ou a quem ele pode recorrer para ajuda? Na ausência da figura do professor, quem poderá assumir a função de um mediador ou facilitador da aprendizagem de um médico? Como se viu acima, a figura do chefe tingem-se de tons de guia, de alguém de hierarquia superior, de um mentor. Pode-se pedir aos alunos que tentem identificar pessoas e fontes a quem procurariam se estivessem formados e tivessem dúvidas relacionadas a atitudes e valores profissionais. Resgata-se, assim, a relevância de esquemas tutorais na formação de médicos, antes e após a graduação, como esquemas legítimos de suporte educacional.

5.30 MÉDICO HUMANIZADO: SER BIOPSISSOCIAL

É notório que haja sempre inúmeras discussões sobre relacionamento médico-paciente nos currículos de Medicina. Entretanto, a maior parte delas foca os aspectos do paciente, quais sejam, enfatizam que o paciente é um ser biopsicossocial, locado num contexto de valores que devem ser compreendidos pelo médico. O jargão diz: “trate do senhor João com úlcera e não da úlcera do senhor João”, ou “trate doentes, não doenças”. Essa concepção, bastante adequada, resume a preocupação que os currículos médicos têm com a relação médico-paciente humanizada, entenda-se, em que o paciente está humanizado, portanto, íntegro e não compartimentalizado. Essa convenção humanizadora do paciente é respeitada por esse filme, que oferece médicos legitimamente preocupados com vários aspectos de seus pacientes.

Entretanto, a força desse filme está em propor um outro objeto de interesse

na relação médico-paciente. Narra essa relação observando a Don Francis, ou seja, a um médico em crise. A narrativa não se desenrola para e pelos pacientes de Don Francis, mas sim em função do próprio médico, sua crise e suas incertezas. Sua contribuição final é humanizar o médico, declarando-o também um ser biopsicossocial, inserido em contextos e portador de uma história de vida, valores e incertezas. Esse movimento do filme é importante, por oferecer aos alunos, o médico como objeto de interesse na relação médico-paciente. Pode servir de mote para um grupo de reflexões com os alunos, no campo da Competência específica chamada Identidade Profissional.

Discutir a humanização do médico prevê ampliar a discussão para várias questões. Humanizar de certa forma opõe-se a divinizar. Como campo de reflexão, há espaço para se discutir alguns traços comumente atribuídos de maneira geral ao médico, como a onipotência, a onisciência e um certo narcisismo. Se essas atribuições são em si tendenciosas ou não pode inclusive ser objeto da discussão. Essa atividade com os alunos pode partir desde o geral (há traços de onipotência nos médicos em geral?) até o particular (há traços de onipotência em mim?). Os exemplos dos personagens de Gallo e do próprio Don Francis devem servir de modelos para boas discussões dentro dessa perspectiva. Don Francis tem sua revelação epifânica sobre a mortalidade/humanidade dos médicos na África central e passa o filme tentando estabelecer como enfrentar a prática médica a partir da condição humana – e não divinizada e onipotente – de modo a fazer algum sentido pessoal da práxis médica na sua vida. Gallo, como opositor do protagonista, serve de receptáculo para um narcisismo e um egocentrismo desmesurados.

5.4 O MÉDICO HUMANIZADO: SER SOCIAL

Como outro campo de reflexão, ainda dentro da perspectiva humanizadora do médico, pode-se, na fronteira entre Identidade Profissional e Competência Contextual, inquirir se os médicos são vistos pelo seu próprio contexto (isto é, a sociedade) também como portadores de traços onipotentes e divinizados. Aqui

pode-se pedir aos alunos que compilem lembranças de médicos reproduzidos em filmes, novelas, comerciais e seriados de televisão, e fazê-los confrontar essas imagens representadas com médicos do seu dia-a-dia, ou mesmo consigo. Talvez surjam nessa atividade palavras como “sacerdócio”, que podem servir de mote para maiores reflexões sobre o que seja o trabalho médico e como a sociedade o vê.

Nesse filme a identidade do médico está em pauta, mas seu papel como ator social, organizador de mudanças, também coloca-se. Don Francis pode ser visto no filme como um profissional idealista e carregado de valores, batendo-se contra a lentidão dos processos públicos e a burocracia. Teoricamente, como profissional e ator social, tem meios para precipitar mudanças. Esse papel social do médico pode ser tema de reflexão numa atividade de ensino/aprendizagem.

No filme, entretanto, Don Francis luta contra moinhos de vento, completamente incapaz de adaptar-se às regras reais da sociedade em que vive. O chefe está sempre tentando corrigir-lhe a curso de ações, contando-lhe como funcionam as regras dessa sociedade, mas Don Francis tem certa dificuldade de fazer concessões a seus ideais. Essa dificuldade de adaptação pode ser tema de uma discussão com alunos que vise ao cumprimento de objetivos educacionais no campo da Competência Adaptativa, qual seja, de que médicos necessitam adaptar-se às contingências sociais em que vivem.

Assim, pode-se com os alunos pesar por um lado a necessidade de profissionais adaptarem-se ao contexto em que vivem, enquanto por outro lado entendem-se capazes – e o são de fato – de produzirem mudanças sociais nesse mesmo contexto.

5.5O BOM PROFISSIONAL

A discussão pode ser ampliada para um outro campo de reflexão, que inquire valorativamente o que são médicos considerados bons. Quais as características que um médico deve ostentar para poder considerar-se bom, quais para ser considerado bom por seus pares e quais, enfim, para ser considerado

bom pela média da sociedade?

Essa discussão com os alunos deverá naturalmente abranger os campos da Competência Contextual e da Identidade Profissional. Ela provavelmente fundar-se-á num eixo histórico que compara bons médicos em momentos históricos diferentes.

Esse filme trata da mudança de Don Francis, mudança essa que se opera em direção à virtude moral, ao desejável, ao positivamente valorizável. O filme carrega, então, um modelo do que seja um médico desejável ou ideal, qual seja, o do médico humanizado.

5.6A *PERSONA* MÉDICA

Um outro campo de reflexão inclui a *persona* médica, entendida como a “máscara de médico” que se constela no aluno e o faz parecer médico frente a si e frente aos outros. Essa *persona* contém inscrições de “certos tipos de comportamentos” exigidos “pelo mundo” e os profissionais se esforçam por corresponder a tais expectativas (Jung, 2000, p.128).

A discussão de quais sejam esses “certos tipos de comportamentos” constitui uma das possíveis atividades de ensino/aprendizagem nesse campo. É na *persona* médica de um indivíduo que estão inscritas as atitudes médicas possíveis frente ao paciente: se a de um médico mais técnico e distanciado, ou a de um médico que se permite sob determinadas situações abraçar a um paciente para consolá-lo, ou a de um médico que cumprimenta seus pacientes com um polido beijo nas faces, ou se lhes estende a mão solene, ou nem mesmo os toca fora da sala de exames, ou constrange-se se os encontra numa festa. O uso de branco sistemático, ou de jaleco, ou mesmo de estetoscópio ao redor do pescoço podem contribuir para a construção de uma *persona* médica algo vicariante. Não é raro que alunos e docentes insistam no uniforme branco em situações delicadas como na prática para o ensino/aprendizagem do exame ginecológico ou do toque retal. Parecerão, assim, mais “médicos”. É justamente dessa aparência que a *persona* trata.

Os alunos podem ser incentivados a refletir sobre suas próprias *personae* e como lidam com o fato de apresentarem-se aos pacientes como alunos, mas no papel de seus médicos. Pode-se discutir se e em que circunstâncias o médico pode chorar junto com seu paciente, ou se pode abraçá-lo como signo de consolo e empatia. Cuidado máximo deve ser tomado com o Campo Ético, já que há coisas que não podem ser feitas, estão limitadas não só pela *persona* mas pelo superego profissional, o que seja, os valores morais no campo das escolhas esclarecidas.

Interpondo-se entre o “eu” e o mundo, a *persona* influencia também nas interações entre a subjetividade do médico e aquela dos seus colegas médicos e dos outros membros da equipe multiprofissional que responde por esses pacientes. Aqui estão as bases das generalizações do tipo “enfermeiras são assim” ou “médicos são dessa outra maneira”. O exemplo típico é no campo do controle das infecções hospitalares, quando se diz dos médicos que são impermeáveis aos treinamentos e de fato “não lavam as mãos”. Essas generalizações podem ter que ser trabalhadas educacionalmente, se se pretende uma integração multidisciplinar efetiva.

Mas essas generalizações às vezes funcionam aglutinadoramente, criando no aluno uma sensação de pertencimento a um grupo. Alguns alunos, cedo no currículo, identificam-se com uma ou outra especialidade: passam a agir, vestir-se e incorporam valores como se já fossem neurocirurgiões ou ginecologistas. Essas identificações precoces no currículo, suas possíveis vantagens e seus prováveis efeitos colaterais podem ser explicitados com a ajuda do instrutor, para discussão. Nesse caso, piadas podem ser usadas. Há inúmeras anedotas que a tradição oral das faculdades conta, muitas inclusive de cunho exagerado e pejorativo. Examinadas, revelam-se piadas sobre a *persona* médica de maneira geral, ou a *persona* médica de determinadas especialidades. Elas podem ser usadas instrucionalmente como anedotas para elucidação e relaxamento, contraponto ou estímulo à discussão.

Assim conta-se que foram caçar patos o patologista, o clínico, o psiquiatra, o cirurgião, o anestesista, o pediatra e o ortopedista. Passou um pato voando. O patologista adiantou-se e disse que atirassem, já que o objeto voador tinha bico,

asas, penas, enfim, toda a morfologia de um pato. O clínico imediatamente protestou, e apontou que poderia tratar-se de um avestruz mutante, um urubu albino, um canário hipertrofiado ou coisa que o valha. O psiquiatra concordou e apontou que deveriam de fato perguntar ao pato se ele se considerava um pato ou não. O pediatra adiantou-se gritando sorridente: “patinho, patinho, senhor patinho? Será que você é mesmo um patinho?” O ortopedista perplexo, que estava carregando todo o material pesado de caça, juntou coragem para perguntar o que era afinal um pato. Nauseado, o anestesiologista estava prestes a suspender a caçada por falta de condições climáticas quando o cirurgião pegou sua arma e começou a atirar desvairadamente em todas as direções. Ao término de sua intervenção, colecionou os cadáveres, separando-os, os patos de um lado, os não-patos de outro, assim resolvendo toda a situação.

Ter uma *persona* médica é desejável e natural. Identificar-se com ela, de maneira que o ego infle e passe a supor que ele é tão somente aquilo, é desmedido. Gallo age dessa maneira e Don Francis denuncia esse funcionamento: “*who besides God qualifies?*” Os alunos podem ser incentivados a falar dessa desmesura de Gallo, identificado com uma *persona* mais divinizada e talvez identificar em si comportamentos semelhantes ou equivalentes. Iniciar a discussão falando de um personagem, construto virtual, deixa os alunos em posição mais protegida e confortável. Conforme a discussão evolua, é natural que alguns alunos passem a falar de suas próprias subjetividades e experiências.

Há também situações profissionais em que a *persona* possa ou deva ser afastada, para que o médico interaja mais favoravelmente em benefício de seu paciente e de si mesmo, guardados os preceitos éticos. Na cena final com Bill Kraus, o médico interage completamente despido de uma *persona* médica: abandona idéias onipotentes e oniscientes ao falar em prantos sobre não poder e não saber. Essas situações podem ser apontadas e discutidas com o aluno.

5.7A VOCAÇÃO MÉDICA

Dentro do Campo Sinoético, colocam-se as questões vocacionais, quais sejam, por que e para que pessoas escolhem ser médicos. As reflexões com os alunos podem começar de maneira protegida, inquirindo as razões pelas quais Don Francis faz Medicina. Naturalmente a cena entre o chefe e Don na cafeteria, de madrugada, será citada, incluindo a pergunta substantiva do primeiro e a resposta do segundo. Em exercícios mais particularizados pode-se retirar a discussão do universo da prática médica e remetê-la ao universo dos alunos de Medicina: por que os alunos escolhem fazer Medicina. Pode-se particularizar mais ainda, se houver ocasião, pedindo que os alunos reflitam sobre suas próprias razões e decisões, ou seja, pedindo a eles que respondam eles mesmos à pergunta feita pelo chefe. É possível que, nesse tipo de atividade, muitas respostas sejam dadas apenas *pro forma*. Localizar a reflexão num campo futuro hipotético pode ajudar que os alunos participem mais legitimamente da discussão: pode-se remeter a questão à escolha de uma especialidade na residência médica. Algumas respostas menos substantivas como “farei oftalmologia porque gosto de olho”, ou “farei dermatologia porque não há plantões” ou “farei radiologia porque não há pacientes” podem ser apontadas como tal, se de fato forem respostas esvaziadas de reflexão.

Pode-se aprofundar a discussão recorrendo ao Domínio Emocional. Discute-se com os alunos por que alguém opta por uma profissão que não só lida com o sofrimento alheio, mas que também faz sofrer ao próprio médico. Pode-se incentivar as narrativas dos próprios alunos, rememorando seus casos e experiências. Pode-se aproveitar para exercitar com os alunos a sua capacidade de nomear emoções, como angústia, sofrimento e desesperança.

Algumas palavras sobre o arquétipo do médico ferido (Groesbeck, 1983) podem ser iluminadoras, desde que suscitem algum tipo de reflexão sobre a práxis médica, suas motivações e suas vicissitudes.

5.8 ÉTICA MÉDICA

Em todas as possibilidades de atividades de ensino/aprendizagem discutidas acima podem – e freqüentemente devem – ser enxertados objetivos educacionais referentes ao Campo da Ética. Assim o instrutor deverá tomar todo o cuidado para que situações relacionadas aos objetivos afetivos não ultrapassem a linha do que possa ser considerado não ético para a profissão e o profissional. Assim, se em determinada discussão sobre vocação ou identidade chega-se à conclusão de que o médico é curioso por natureza e pode ter acesso ao corpo do paciente ou fazer-lhe a pergunta que quiser (e por isso faz Medicina), o crivo ético deve ser mobilizado pelo instrutor, caso não o seja pelos alunos.

5.9 AMADURECIMENTO PESSOAL, INDIVIDUAÇÃO, INTROSPECÇÃO

Como se disse, as reflexões que podem, a partir desse filme, permear as atividades de ensino/aprendizagem dizem respeito tanto às atitudes que mudaram, quanto ao fato de mudarem. Discutiu-se até agora em relação às atitudes em si e os objetivos educacionais pertinentes a elas no Domínio Afetivo, na Competência Contextual, Identidade Profissional etc. Pode-se discutir também em relação aos processos de mudança, e não só a mudança em si.

Esses processos de mudança implicam a noção de aprendizagem, mas também de desenvolvimento ou crescimento pessoais. Don Francis de fato forma-se no filme. Amadurece. Alunos de Medicina precisam amadurecer durante seu processo de ensino/aprendizagem como parte dos objetivos educacionais (Clouser, 1971; Banks, Vastyan, 1973; Engelhardt, 1985). Esses objetivos encontram-se no Campo da Sinoética.

Ao oferecer um exemplo desse processo, o filme serve de ponto de partida para reflexões a esse respeito, as reflexões sendo o cerne das atividades instrucionais. A percepção mesma pelos alunos de que há objetivos no Campo da Sinoética e que a graduação em Medicina deve propiciar que alunos amadureçam e cresçam é em si uma aprendizagem. Passam a trabalhar com a idéia de que precisam tornar-se pessoas melhores para praticar a Medicina, mas que também

a prática da Medicina os torna pessoas melhores.

A partir do filme, pode-se discutir o processo de amadurecimento de Don Francis e as angústias relacionadas a ele. Pode-se trazer o assunto para mais próximo dos alunos, quando se pede a eles que narrem experiências pessoais. Essas atividades esbarram sempre na indisposição ou indisponibilidade dos alunos em participar e responder à atividade. Uma estratégia razoável para chamá-los à discussão é apontar-lhes que sua profissão exige que, ao final de seis anos, eles possam dizer algo sobre o morrer a um senhor de 70 anos a quem acabam de dar (sendo inclusive remunerados para tal) a má-notícia de um câncer de próstata metastatizado. Da altura de seus 20 e poucos anos, deverão ter algo sábio para dizer a esse paciente. Pode-se ainda pedir aos alunos que antecipem a possibilidade de, ao final de seis anos, terem tido mais experiências com a dor, o morrer, o sofrer, o luto e o Deus que seus avós octogenários.

5.10 INTEGRANDO E NOMEANDO SENTIMENTOS

Dentro do Domínio Emocional, pode-se requisitar que os alunos exercitem sua capacidade de nomear sentimentos, reconhecendo-os em outrem e em si mesmos. Em outrem, deverão integrar várias possibilidades de apreender esses sentimentos através da sua fenomenologia: feições, tensões musculares, posturas, tons de voz, uso de palavras e registros da língua falada, hesitações, olhares etc. O cinema é meio bastante adequado para esse exercício, já que desde sempre trabalha com a veiculação de mundos internos através de imagens do mundo perceptível. A linguagem do cinema sempre foi a linguagem dos olhares.

Como exercício, pode-se requisitar que os alunos tentem nomear os sentimentos estampados pelo rosto de Don Francis frente à mulher agonizante. Pode-se começar pedindo que identifiquem a qualidade do sentimento, se positiva ou negativa, e sua quantidade, se pouco ou muito. Pode-se discutir as emoções do protagonista em alguns pontos de inflexão importantes da narrativa, como quando excluído da reunião com Gallo e Montaigner, ou quando interage na

cafeteria com o chefe.

Outros personagens cujos sentimentos podem ser alvo de decodificação por parte dos alunos são Gallo, Mary Guinan, o Coreógrafo interpretado por Richard Gere, Bobbi Campbell e Gaetan Dugas, o paciente zero. Aparecem situações de raiva, desprezo, solidariedade, compaixão, medo entre muitos outros. Pode-se oferecer aos alunos uma cena específica, ou um plano, para que eles decodifiquem o sentimento, ou pode-se pedir que eles sumariem suas impressões sobre determinado personagem ou sobre a interação entre dois deles em específico, como Mary Guinan e o Coreógrafo.

Pode-se ainda trabalhar com os próprios sentimentos dos alunos, pedindo que nomeiem ou descrevam o que são levados a sentir frente a momentos específicos do filme. Seus sentimentos em relação a Gallo e Gaetan Dugas são geralmente fortes e claros, incluindo raiva e reprovação.

5.11 CONCLUSÃO

Atividades de ensino/aprendizagem podem ser planejadas e organizadas com base na projeção e assistência completa do filme, seguida de oportunidades de discussão. Essa discussão carrega em si a possibilidade da abordagem educacional de objetivos humanísticos, conforme exemplificado nesse capítulo. Esses objetivos são pertinentes a diversas áreas do conhecimento, entre as quais citam-se os Domínios Afetivo e Emocional, os Campos Ético e Sinoético, e as Competências Adaptativa, Contextual, de Identidade Profissional e Motivação para Aprendizagem Continuada.

CAPÍTULO 6 – ANÁLISE DE ALGUMAS SEQÜÊNCIAS E CENAS: PROPOSTAS MICRO-ANALÍTICAS

6.1 INTRODUÇÃO

Nesse capítulo pinçam-se algumas seqüências para discussão mais minuciosa. Essas seqüências também foram escolhidas pela sua capacidade de gerar atividades de ensino/aprendizagem pertinentes. Contrariamente às propostas dos capítulos anteriores, cujas atividades instrucionais dependiam da assistência do filme inteiro e de sua análise como um todo, essas atividades servem de ilustração de como o educador pode usar a projeção de seqüências isoladas (ou de uma edição de algumas seqüências) para obter oportunidades instrucionais. Essas atividades podem, então, passar a caber em tempos menores. Passam a poder ser inseridas em cursos, discussões, reuniões gerais e outras oportunidades didáticas, daí sua relevância.

6.2 CONTANDO NOTÍCIAS RUINS

6.2.1 DESCRIÇÃO DAS SEQÜÊNCIAS

Duas seqüências do filme mostram um paralelismo notável. Elas tratam da reação de pacientes e acompanhantes ao receberem notícias ruins. Em ambas as seqüências, um médico conta a um paciente que ele tem aids.

A primeira seqüência emerge do seguinte contexto. O CDC americano, convencido da necessidade de intervir na transmissão do HIV por hemoderivados e ciente das dificuldades políticas, econômicas e burocráticas envolvidas na questão, procura uma estratégia para lidar com os bancos de sangue. Entendem que precisam de uma pessoa socialmente influente que tenha se contaminado dessa maneira e que possa servir de testemunha e incentivo às mudanças requeridas. Selma Dritz, mais uma vez no seu papel de promotora de encontros

significativos, detecta uma pessoa com esse perfil e permite que o CDC, na figura de um médico (Harold Jaffe), entre em contato com a paciente.

A seqüência começa com uma empregada, trazendo uma bandeja com chá para uma sala. Os trajés da empregada, a bandeja e a decoração do cenário já narram que se trata de uma família abastada. O médico está desconfortável, sentado numa cadeira na sala da paciente. Ela encontra-se reclinada no seu sofá, vestida em um *peignoir* escarlate cuja cor contrasta com a brancura pálida de sua face obviamente doentia. Um marido nervoso habita a cena. As tomadas de câmera são clássicas: um primeiro plano geral permite apreender o espaço físico do cômodo e a localização dos personagens nesse espaço. A partir daí, as comunicações entre os personagens são mostrados em campo/contra-campo. Um breve diálogo revela que a paciente havia sido submetida a uma cirurgia cardíaca há algum tempo e vinha estranhamente evoluindo com uma série de complicações. O médico, que havia vindo à procura de apoio, descobre horrorizado que a paciente não sabe de seu diagnóstico de aids e vê-se na posição ética de ter que lhe dar essa má notícia. Retira prontuários, relatórios e cartas de encaminhamento de sua pasta. Lê-os em voz alta, revelando à paciente que, por força de sua cirurgia cardíaca, ela foi receptora de sangue doado por um paciente que veio a falecer de aids. O marido pega o relatório, passa brevemente os olhos sobre ele, dá a volta por trás do sofá, mostra à esposa o papel, ajoelha-se, reclinando-se sobre o colo dela e começa a chorar descontroladamente. A esposa envolve-o com seus braços usando um gestual que se repete padronizadamente nas duas seqüências em discussão: o abraço, a mão direita e a esquerda no dorso do marido, mexendo-se em pequenas palmadinhas de consolo, como quem apazigua uma criança chorosa, a boca entreaberta de onde se adivinha um “sh!”. A câmera interessa-se pelo rosto da paciente, que se mantém notavelmente impassível. A seqüência evolui para seu fim quando finalmente a paciente expressa uma indignação: “eles sabiam que estavam transmitindo aids para as pessoas e continuaram a fazê-lo?” A seqüência termina, mas o filme permite entender que algumas providências podem ter sido tomadas por esta paciente para influenciar na questão do controle de ao menos um banco de sangue

específico.

Na segunda seqüência Bill Kraus recebe a notícia de sua doença. Em planos precedentes, ele está na academia remando, quando percebe uma pequena mancha violácea em sua perna. Bill Kraus examina a lesão com os dedos e numa narrativa assustadoramente isenta de palavras tapa a mancha, constrangido, ao mesmo tempo em que olha furtivamente para os lados, como se a checar se mais alguém percebeu aquilo que lhe havia sido revelado naquele momento. O plano seguinte encontra Bill Kraus no que parece ser o consultório de um médico, esperando o resultado. Conversa ansiosamente com um amigo que o acompanha, discorrendo sobre a “piada cósmica” que se traduz pela possibilidade concreta de ter contraído a doença apesar de ter pregado e exercido uma vida sexual segura e monogâmica. Doutor Marcus Conant entra ao fundo do plano e dá a má notícia de maneira concisa: *“I’m sorry”*. Nesse momento, a posição da câmera é tal que os personagens estão no mesmo eixo, perpendicular à audiência. A reação do paciente e do acompanhante é semelhante à da seqüência descrita em primeiro lugar. O acompanhante descontrola-se, estapeia o paciente e começa a deprecar e vociferar contra o destino: “por que isto acontece só a quem a gente gosta?” O paciente contém o acompanhante com exatamente o mesmo gesto usado pela esposa para apaziguar o marido. A câmera mais uma vez interessa-se pelo rosto do paciente e mais uma vez revela, por alguns instantes, um semblante pouco reativo, impassível, quase céreo. A seqüência desenvolve-se rumo ao seu fim, quando Bill Kraus pode tomar providências e começa a deliberar sobre seu testamento.

Há ainda uma terceira seqüência no filme que pode ser justaposta às duas anteriores, diferindo delas tão somente pela ausência de um personagem médico. Bill Kraus é o anfitrião de uma reunião. Kico, com quem Bill Kraus havia mantido uma relação estável durante boa parte do filme, já havia se separado de Bill. Nesta cena, Kico retorna à casa e no corredor, ao pé da escada, Kico e Bill se olham demoradamente, sem sequer trocar uma palavra. Kico começa a chorar, Bill Kraus acolhe-o nos braços usando do mesmo gestual usado nas outras cenas. O mesmo enquadramento do rosto do paciente se faz, de modo a revelar o mesmo

semblante impassível.

6.2.2 RELEVÂNCIA

O paralelismo entre essas seqüências aparece tanto no assunto que está sendo narrado, como na linguagem fílmica utilizada para narrá-lo. As seqüências constroem-se com a reiteração da mesma linguagem gestual, reproduzida obstinadamente nas três ocasiões. Na primeira seqüência, a posição da câmera e a montagem distribuem os personagens ao longo de um eixo transversal à audiência, enquanto na segunda seqüência o eixo dos personagens é perpendicular a ela. Essas seqüências partilham da mesma fôrma, como um sintagma. Apesar de terem locuções (Chatman, 1978, p.161) diferentes, os diálogos são essencialmente semelhantes. O assunto narrado é tal que pode ser reduzido a um denominador comum: um médico dá a um paciente um diagnóstico de aids, o paciente não exhibe reações claramente identificáveis, seus acompanhantes é que se desesperam. Os pacientes passam a consolar seus acompanhantes, numa clara inversão de papéis. Diz o senso comum que, frente a uma notícia ruim, são os pacientes que devem desesperar-se, enquanto aos acompanhantes, cabe consolá-los. O paralelismo, a repetição e a inversão de papéis são os aspectos essenciais que chamam a atenção para essas seqüências, como intrinsecamente merecedoras de maior investigação hermenêutica.

No contexto da educação médica, o conjunto de seqüências sobressai-se ainda mais em termos de relevância, na medida em que lida com um conteúdo importante: contar notícias ruins. Pode assim servir de base para atividades educacionais cujos objetivos estejam centrados nesse tema. Mais importantemente, o filme não só mostra situações em que se contam notícias ruins, como também o faz através da perspectiva do paciente, não do médico. Como se mostrou no capítulo 4, o filme encerra uma narrativa univocal, mas intra-comunitária a várias comunidades, inclusive à Medicina. Trata-se, assim, de usar, nessas atividades educacionais, narrativas contadas a partir da perspectiva de um

paciente ou pessoa que tem coisas a dizer sobre a relação médico-paciente porque provavelmente vivenciou-a em primeira pessoa. Daí a preciosidade do relato expresso nessas cenas.

6.2.3 POSSIBILIDADES DE INTERPRETAÇÃO E CONSEQÜENTES QUESTÕES QUE PODEM SER ABORDADAS EM ATIVIDADES DE ENSINO/APRENDIZAGEM

O conjunto de seqüências parece sublinhar o fato de que a forma como se dá a notícia ruim não é o fulcro da questão. Na primeira seqüência, o médico relata o diagnóstico de aids de maneira oblíqua: o primeiro médico (primeira pessoa do discurso) lê para a primeira paciente (a segunda pessoa) um relatório em que um segundo médico (terceira pessoa) conta para um terceiro médico (outra terceira pessoa) que um segundo paciente de quem a primeira paciente havia recebido sangue, tinha aids. É um contar (para a paciente) multiplamente mediado: “eu estou comunicando a você que um médico seu escreveu para outro médico seu que um paciente que lhe doou sangue tem aids”. É um contar distanciado, técnico, formal. O médico mostra-se desconfortável e expressa-se escolhendo palavras. Não deixa de dar apoio, apesar de técnico, mantendo contato visual na medida do possível. Faz como manda o manual. Quando essa história é, por sua vez, contada para a audiência, ela é contada também como manda o manual: através de montagem e posicionamento de câmara clássicos (plano geral, campo/contra-campo) de maneira técnica e ultimamente distanciado. A reação da paciente e do acompanhante foi a que se descreveu acima.

Na segunda seqüência, o médico age de maneira bastante diversa. Expressa-se laconicamente, mas mostra seu cuidado, sua empatia e sua afetividade através de um “*I am sorry*”. Não há mediação, exames, relatórios ou outros médicos, apenas um relato direto. A câmara se coloca de maneira a compactar os personagens em uma porção da tela, organizando o pequeno grupo no mesmo eixo do espectador. Ao entrar pelo fundo, o médico parece, de fato, pertencer ao grupo. Note-se que a doença não pôde, nem precisou, ser nominada

diretamente. Paciente e acompanhante reagem da mesma maneira que na primeira seqüência. A terceira seqüência abandona de vez a linguagem verbal, e a comunicação que se dá entre Bill Kraus e Kico opera-se através de olhares eloqüentes o suficiente para que o espectador entenda muitas das coisas que por ali transitam. Mesmo sem palavras, as reações dos personagens repetem-se.

No conjunto de seqüências, a forma como a mesma notícia ruim foi contada não alterou o produto final do contar. O conjunto das seqüências permite a interpretação de que a essência da notícia ruim independeria ou pouco dependeria do linguajar em que ela é comunicada. A natureza da notícia precederia a forma como ela é comunicada. O impacto da notícia seria pouco ou nada modificado pela escolha do linguajar do médico. Isso é o que as seqüências parecem dizer. Se isso corresponde a uma verdade ou em que limites essas afirmações podem ser verdadeiras são perguntas que podem servir de gatilho para a discussão com os alunos. O sentido educacional dessa discussão seria abordar objetivos no campo da Competência Comunicacional. Referenciais teóricos que embasem essa discussão podem ser úteis para dar estrutura a essa atividade de ensino-aprendizagem. Um referencial possível é narratológico e diz respeito à teoria dos “*Speech Acts*” (Chatman, 1978, p.161-2). Outro é comunicacional e refere-se à Teoria Comunicacional (Watzlawick et al., 1967, p.18).

6.2.3.1 A TEORIA DOS “*SPEECH ACTS*”

A teoria dos “*Speech Acts*” não se preocupa com a composição gramatical das sentenças, mas seu papel na comunicação (Chatman, 1978, p.161). Diferencia aspectos “locucionários” (aspectos gramaticais da comunicação), “ilocucionários” (o que a comunicação pretende fazer: advertir, ordenar, desculpar) e “perlocucionários” (o que de fato ela faz, ou seu efeito no ouvinte: persuasão, mudança de comportamento, obediência) (Chatman, 1978, p.161). Em relação às seqüências em discussão, do ponto de vista narratológico, as “locuções” (“*I’m sorry*” e a equivalente a “um paciente que lhe doou sangue tinha aids”) são diferentes, mas a “ilocução” (“comunicação do diagnóstico” ou “contar notícia

ruim”) é a mesma. Contar uma notícia ruim será sempre contar uma notícia ruim, independente da forma como a comunicação seja gramaticalmente organizada.

6.2.3.2 A TEORIA COMUNICACIONAL

A relação médico-paciente, incluindo o contar notícias ruins, é uma forma de comunicação entre duas pessoas, portanto, é passível de ser analisada sob o referencial teórico das teorias da comunicação. O estudo da comunicação humana pode ser dividido nas mesmas três áreas (sintaxe, semântica e pragmática) do estudo da semiótica (Watzlawick et al., 1967, p.18). A sintaxe abrange as questões pertinentes à transmissão da comunicação, quais sejam, sua forma, seus canais, códigos, capacidades, ruídos e redundâncias. A semântica interessa-se pelos significados que transitam pela comunicação. Símbolos podem ser transmitidos com precisão sintática e ainda assim serem desprovidos de sentido para o receptor. Assim toda comunicação compartilhada pressupõe uma convenção semântica pré-estabelecida entre emissor e receptor. Por fim, a pragmática abrange a comunicação em sua função relacional ou comportamental, ou o que se faz com ela e através dela (Watzlawick et al., 1967, p.18-9).

6.2.3.2.1 A SINTAXE DA NOTÍCIA RUIM

Sob essa estrutura teórica, pode-se enunciar que a comunicação da notícia ruim nas três seqüências testou três alternativas sintáticas diferentes enquanto manteve seu aspecto semântico intocado (disse a mesma coisa de três jeitos diferentes) e, mesmo assim, elicitou os mesmos aspectos pragmáticos. Esse pequeno experimento gera a hipótese de que os aspectos pragmáticos e semânticos da notícia ruim precedem seus aspectos sintáticos. Essa hipótese pode servir de base para a atividade de ensino-aprendizagem proposta.

Note-se que uma formulação conceitual dessa natureza e seu uso para argumentações operam no campo dos objetivos cognitivos de alta hierarquia, que requerem o exercício de pensamento bastante abstrato. Pode-se amenizar essa

tarefa ilustrando-a com exemplos retirados das próprias experiências dos alunos, que devem ser convidados a lembrar de ocasiões em que tenham dado, visto dar ou recebido notícias médicas ruins. O instrutor pode ajudá-los a separar os aspectos sintáticos dos semânticos nesses casos ilustrativos. Sugere-se especial atenção a dois tópicos que freqüentemente emergem nesse exercício: o uso médico de eufemismos e o uso de linguagens não verbais.

6.2.3.2.1.1 EUFEMISMOS MÉDICOS

Exemplos notórios de confusão entre os níveis sintático e semântico ocorrem com o uso médico dos eufemismos, que amenizam a sintaxe com o intuito de amenizar a semântica. Médicos às vezes preferem dar a notícia de câncer sem usar esse nome. Substituem-no por “neoplasia”, “tumor” ou até um misterioso “processo mitótico”. A lepra foi eufemizada para hanseníase. O complexo aids-demência (CAD) atende também pelo nome de complexo cognitivo-motor associado à aids. A própria infecção pelo HIV/aids costuma ser atualmente reduzida à sua condição de doença crônica equiparável à diabetes e à hipertensão. Resta ver se a semântica e o impacto pragmático dessas notícias também se amenizam frente ao subterfúgio de linguagem. Para facilitar a discussão, pode-se pedir que os alunos se posicionem frente à afirmação que o uso dos eufemismos serve antes ao contador da notícia ruim (o médico) que ao receptor (o paciente).

6.2.3.2.1.2 LINGUAGENS NÃO VERBAIS

O reconhecimento da existência de linguagens não verbais à disposição do médico é tópico essencial na educação de alunos para a práxis médica. A forma como a notícia ruim foi dada nas três seqüências vem ilustrar um dos axiomas conjecturais da comunicação: a impossibilidade de não comunicar (Watzlawick et al., 1967, p.44). Tudo possui um valor de mensagem: atividade, inatividade, silêncio ou palavras. Calar-se é também comunicar. Assim as comunicações

usam-se de linguagens digitais e analógicas (Watzlawick et al., 1967, p.55). A linguagem digital usa-se da palavra e tem uma sintaxe lógica, complexa e poderosa para transmitir mensagens. A linguagem analógica compreende toda comunicação não verbal, como movimentos corporais, posturas, gestos, expressões, inflexões, silêncios e quaisquer outras manifestações não verbais de que o organismo seja capaz (Watzlawick et al., 1967, p.57). Através dessas seqüências e de sua discussão os alunos podem ser apresentados ao conceito de comunicação analógica através de exemplos de situações em que ela ocorreu. Podem eventualmente usar a discussão como testemunho da necessidade de que médicos possam ser hábeis emissores e receptores de comunicações analógicas na sua práxis diária.

6.2.3.2.2 A SEMÂNTICA DA NOTÍCIA RUIM: MORTE E PERDA

Nesse conjunto de seqüências, pacientes consolam acompanhantes numa inversão de papéis que pede a desconstrução dessa narrativa. Uma forma interessante e produtiva de fazer isso com alunos é começar perguntando a eles não por quê, mas por quem choraria o marido. O filme não dá essa resposta de maneira direta, de forma que os alunos podem exercitar bastante sua imaginação e intuição. Duas das inúmeras possibilidades de resposta vêm à frente. O marido choraria pela esposa. Tratar-se-á desta possibilidade nesse item e no próximo. Ou então o marido choraria por si, já que se vê subitamente em risco: sua parceira sexual é soropositiva. Abordar-se-á essa possibilidade no item 6.2.3.3.

O marido chora pela esposa, que recebeu a má notícia. Talvez chore porque antevê para a esposa – e para si – as possibilidades de sofrimento, decaimento, invalidez, morte, exclusão social e todos os outros horrores que costumam se associar ao morrer dessa morte por calvário. Enfim, talvez chore a perda da esposa. Entretanto, essa afirmação é capciosa e deve ser examinada com mais cuidado. O marido não perdeu a esposa, já que essa ainda não morreu. Perdeu, sim, parece dizer a seqüência. Toda a linguagem fílmica da seqüência remete o espectador a um ambiente de velório. A paciente jaz sobre a cama,

pálida, como se em um jazigo. O enquadramento esforça-se por mostrar o rosto da personagem isento de expressões, embranquecido e céreo, como uma máscara mortuária. O marido reclina-se sobre a esposa e chora sua viuvez súbita. Os mortos não choram, choram os que os circundam no velório.

Dessa maneira, o contar uma notícia ruim deixa de representar apenas uma sentença de sofrimento e morte, mas passa a significar uma morte consumada, a morte ela-mesma, a perda de alguma coisa. Ao tratar de significado, essa possibilidade interpretativa prioriza o aspecto semântico da comunicação. A seqüência parece dizer que, frente a notícias ruins, aspectos do paciente morrem. Sejam planos, projetos, aspirações, convicções, certezas, dúvidas ou posições sociais. Essa paciente pode ter que abandonar a perspectiva de envelhecer ao lado do marido, ou ter filhos, ou conhecer seus netos, ou passar férias na França. Deve reconsiderar a necessidade de comprar novos sapatos. O protagonista, em *Blue* (Derek Jarman, 1993) entra numa loja para comprar sapatos novos apenas para rapidamente sair sem comprar nem um só par: *“these shoes I am wearing will be sufficient to walk me out of this life”*.

Além de resgatar aspectos semânticos (o conteúdo e significado) da notícia ruim, essa interpretação tentativa da seqüência abre aos alunos a possibilidade de um conhecimento profundo, de cunho empático e até epifânico. Retira o contar notícias ruins do cotidiano mecânico do médico que se vê obrigado a fazer isso várias vezes ao dia por força de sua profissão e recoloca-o na história de vida de um paciente único e singular. Remete o aluno a considerar o lado do paciente, num exercício de flexibilidade de perspectiva. E, sobretudo, revela ao aluno a dimensão do impacto que esse tipo de notícias implica para o paciente, enquanto sublinha a natureza de uma notícia ruim como explosiva e potencialmente causadora de estragos.

6.2.3.2.3 A PRAGMÁTICA DA NOTÍCIA RUIM

6.2.3.2.3.1 CONSOLO E DESQUALIFICAÇÃO

Ainda levando-se em conta a hipótese de que o marido choraria pela esposa, pode-se desafiar os alunos com a seguinte proposta: pede-se que reescrevam mentalmente as seqüências de maneira que pacientes chorem e acompanhantes e médicos consolem, assim reinvertendo os papéis originalmente propostos. Pede-se que os alunos ponham uma linha na boca do marido e do médico. Dessa maneira, os alunos encontram-se protegidos, já que podem expressar seus pensamentos e anseios em terceira pessoa, pondo palavras na boca de personagens, com os quais se comprometem tanto quanto queiram. Alguns alunos podem lembrar-se de situações que tenham vivenciado e talvez desejem expressar-se mais corajosamente em primeira pessoa, contando experiências pessoais em que tiveram que consolar pacientes. A dificuldade da tarefa de escrever linhas de consolo logo torna-se evidente. Alguns alunos sugerirão que o médico apenas cale-se, outros recorrerão à possibilidade de linguagens não verbais, sugerindo abraços, toques, expressões. Outros ainda ocuparão suas falas com a própria ansiedade de dizer alguma coisa a qualquer custo. Cometerão frases do quilate de “morrer todos vamos, veja essa cidade como é perigosa, posso ser assaltado amanhã ou envolver-me em um acidente de trânsito”, “atualmente há muitas possibilidades terapêuticas que podem ajudar você, apesar de não serem curativas, terem horrorosos efeitos colaterais e precisarem, na melhor das hipóteses, ser tomadas pelo resto de sua vida”, ou ainda “estarei ao seu lado para o que precisar, sempre lembrando a você que quem está doente é você, não eu”.

Em que pese a idéia de que não há frases certas ou erradas, nem prescrições de como consolar um paciente a quem se deu notícia ruim, esse exercício deixa o instrutor com uma gama variada de tentativas de consolo – verbais ou não – para serem discutidas e contextualizadas. Essa atividade gera oportunidades de ensino-aprendizagem de Medicina em vários campos.

Em termos de objetivos relacionados à Competência Comunicacional, o aluno vê-se frente à impossibilidade de não comunicar (negar consolo é possível, mas negar comunicação em essência não é possível) (Watzlawick et al., p.44) ao mesmo tempo em que lhe é oferecida a possibilidade do usufruto da comunicação

analógica. A leitura analógica do paciente não deixa de ser uma tarefa em última instância hermenêutica, interpretativa, que procura agrupar sinais e sintomas percebidos num sentido contextualizado maior a que se chama diagnóstico. No Campo Ético, questões podem ser levantadas, em termos dos princípios (autonomia e beneficência) que regem quanto deve ser dito ou se algum fato pode ser escondido. Em termos de objetivos do Domínio Afetivo, pode-se discutir a *persona* médica e quais atitudes e valores estariam nela inscritas (pode o médico chorar junto com o paciente, pode ele abraçá-lo, deve ser ético sempre?).

Mais do que as respostas elicitadas (que podem inclusive ser controversas), é a discussão gerada que deve ser considerada o resultado satisfatório dessa atividade educacional. Dessa discussão, o instrutor talvez consiga resgatar princípios mais gerais e mais fáceis de aplicar. Por exemplo, de que médicos podem usar linguagens não verbais e devem saber entendê-las também. Ou que montar uma *persona* médica onde estejam inscritas atitudes que o aluno considera adequadas é um objetivo a ser cumprido. Ou que o respeito aos preceitos éticos é um valor extremamente importante para a Medicina, de forma que se nortear pelos valores éticos geralmente precede nortear-se por quaisquer outros valores.

De qualquer maneira, fica patente que a tarefa de consolar os pacientes da seqüência é tarefa árdua. E aqui é necessário desfazer a proposta de re-escrever as seqüências e arcar com a sua interpretação conforme elas foram organizadas: os pacientes calam-se e os acompanhantes choram. Uma desconstrução razoável dessa inversão de papéis é a seguinte: os médicos e acompanhantes não consolam porque a notícia é de fato inconsolável. A construção das seqüências reitera a dimensão do impacto da notícia ruim e respeita-a na sua natureza trágica e inconsolável. Respeitosamente recusa-se a preencher o discurso médico com arremedos de um consolo que pode não haver. Cala os médicos e seus anseios de preencher o silêncio e livrar-se da angústia. Resgata a possibilidade de silêncio. Garante a ausência de um discurso desqualificador.

Como toda comunicação entre pessoas, a relação médico-paciente é sujeita às vicissitudes das teorias da comunicação. Frente a uma comunicação

que transita de uma pessoa emissora a uma receptora e volta à originalmente emissora, há tão somente três possibilidades comunicacionais: confirmação, rejeição ou desqualificação dessa comunicação (Watzlawick et al., 1967, p.69). Confirmar equivale a dizer: “entendo o que você diz e concordo”, ou ainda “entendo e acato a sua definição do seu eu”. Rejeitar equivale a dizer: “entendo o que você diz e discordo” ou “rejeito a sua definição de eu”. Por mais penoso que possa parecer a rejeição, ela ainda assim implica o conhecimento daquilo que está sendo rejeitado (Watzlawick et al., 1967, p.78). Desqualificar, ao contrário, implica comunicar de um modo que invalide a comunicação própria ou a do outro (Watzlawick et al., 1967, p.69). Abrange, mas não se limita a, declarações contraditórias, incoerências, mudanças bruscas de assunto, frases incompletas, interpretações errôneas, estilo obscuro, maneirismos, tangencializações, interpretações literais de metáforas e interpretações metafóricas de comentários literais, enfim, a arte sutil de nada dizer dizendo alguma coisa (Watzlawick et al., 1967, p.70). Em última instância, implica criar ruídos à verdadeira comunicação. Ocupa o espaço de uma resposta que em realidade não responde. Opera-se de maneira quase sistemática na boca do desavisado que quer sair rapidamente de situações de alguma maneira difíceis, quais sejam, as situações em que alguém se vê obrigado a comunicar-se ao mesmo tempo em que quer evitar o compromisso inerente a todo tipo de comunicação (compromisso esse que define o aspecto pragmático dessa comunicação) (Watzlawick et al., 1967, p.71). Via de regra, confirmar e rejeitar são formas mais saudáveis de comunicação, enquanto a desqualificação gera incertezas.

O discurso médico desqualificador é bastante prevalente. “Todos vamos morrer” pode ser uma desqualificação na medida em que o paciente não está frente a uma dúvida existencial metafísica sobre a fugacidade da experiência humana no cosmo. Aliás, todos morreremos não se qualifica como um consolo para o fato de alguém estar às voltas com a própria morte. O discurso desqualificador médico é hábito tão arraigado que aparece negativamente representado em filmes com personagens médicos. *Sono positivo* (Cristiano Bortone, 1999) mostra um personagem soropositivo telefonando ao seu médico, para ser informado pela

enfermeira que o doutor havia morrido. O paciente espanta-se com a notícia inesperada e reconta a história aos outros personagens. O médico havia morrido quando uma furadeira caída de um andaime de um prédio em construção perfurou-lhe a testa enquanto ele atravessava a rua. A cena progride para outro assunto sem demorar-se na questão, tornando a crítica particularmente sarcástica. Trata-se de um pequeno tapa com luvas de pelica na Medicina, já que carrega o discurso desqualificador padrão do médico que dá notícias ruins: morrer todos podemos, “vá que caia uma furadeira na minha cabeça quando eu estiver atravessando a rua!”

Dar uma notícia ruim ao paciente, parecem dizer as seqüências, equivale a colocar-lhes uma batata quente nas mãos. Há que se respeitar o fato e não dizer que não é batata, tampouco quente. Calando-se, os personagens mostram que entendem, reverenciam, confirmam e respeitam a natureza trágica da notícia ruim, sublinhando seu caráter inconsolável.

Além dos diversos campos mencionados acima, essas seqüências são também um instrumento didático propício para exemplificar princípios e conceitos (portanto trata-se aqui de ensino/aprendizagem de objetivos cognitivos) de determinada teoria comunicacional que pode embasar discussões e aprendizagens sobre a relação médico-paciente. Pode ser oportuno ilustrar esses princípios ou mesmo aplicá-los a experiências que os alunos tenham tido e queiram compartilhar com o grupo. Como exemplos, citam-se dois casos.

Um aluno reportou uma sua experiência quando, numa enfermaria feminina de psiquiatria, foi interpelado por uma paciente com um quadro maníaco, que lhe pediu um beijo. O aluno, pego de surpresa e inseguro de como proceder, nem confirmou (“sim, você pode me dar um beijo aqui, no corredor, na bochecha, que receberei como sinal de sua afeição”), nem rejeitou (“não, você não pode me beijar, já que sou seu médico e você é uma paciente que padece de um distúrbio que altera a forma como você expressa sua sexualidade”). Sorriu, deu-lhe um tapinha nas costas e murmurou alguma coisa enquanto retirava-se estrategicamente. A paciente, em resposta, seguiu-o e deu-lhe o beijo. Esse aluno sentiu-se completamente invadido e teve uma pequena crise, não pelo beijo em si,

mas pela sua inépcia em lidar profissionalmente com a situação.

Outra interna, no início de seu internato, viu-se cuidando de uma paciente soropositiva com quem desenvolveu uma relação afetuosa. Frente à piora das suas condições clínicas, a paciente perguntou à interna, à queima-roupa, se ia morrer. A interna respondeu-lhe, não antes de uma pequena crise, que não sabia se a paciente ia de fato morrer, mas que ela corria esse risco, sim, já que estava piorando e não mais respondia às intervenções que a equipe estava fazendo. Aproveitou para discutir com a paciente a propriedade de ir para a UTI. A paciente respondeu-lhe que iria, sim, e gostaria que toda e qualquer tentativa fosse feita para tentar prolongar-lhe a vida. Pediu ainda que seus pais e o pastor fossem convocados. Fez uma pequena cerimônia e foi, então, para a UTI, onde faleceu. Essa interna, ao recusar a desqualificação, promoveu uma relação médico-paciente exemplar no que tange a preservação e usufruto do princípio ético da autonomia, de maneira que a paciente pôde deliberar e ser respeitada numa ocasião tão importante de sua vida.

6.2.3.2.3.2 COMPLEMENTARIDADE

Essa mesma discussão – a interação comunicacional entre médicos e pacientes nas seqüências – pode ser aprofundada de uma maneira particularmente rica. Qualquer comunicação tem um caráter biaxial, em que um eixo opera como “relato” e o outro, como “ordem” (Watzlawick et al., 1967, p.47). O relato transmite a informação, portanto, garante seu conteúdo. O aspecto “ordem” comunica qual a espécie da mensagem comunicada e como deve ser considerada (Watzlawick et al., 1967, p.48). Diz o que o receptor deve fazer com essa comunicação, ou seja, é uma comunicação sobre uma comunicação, portanto uma metacomunicação (Watzlawick et al., 1967, p.49-50). Implica compromisso e, por conseguinte, define a relação entre os dois comunicantes (Watzlawick et al., 1967, p.47). Alguém que dá um ultimato ou faz uma sugestão comunica, além dos conteúdos, que se acha na posição legítima de dar um ultimato ou fazer uma sugestão.

Um axioma comunicacional garante que todas as permutas comunicacionais ou são simétricas ou complementares (Watzlawick et al., 1967, p.64). Interações simétricas repousam sobre relações baseadas na igualdade, onde os parceiros tendem a refletir os comportamentos uns dos outros, enquanto em interações complementares o comportamento de um parceiro complementa o do outro e baseia-se na maximalização da diferença (Watzlawick et al., 1967, p.63). Uma relação complementar pode ser estabelecida num contexto social ou cultural (mãe/filho, médico/paciente, professor/aluno) ou numa relação idiossincrática de uma determinada díade (Watzlawick et al., 1967, p.63-4).

Contar uma notícia ruim é uma comunicação. É, portanto, passível de ser entendida como um complexo binário conteúdo/comportamento. A notícia ruim em si, ou seja, seu conteúdo, é apenas uma parte da comunicação. A outra parte é a gama de comportamentos que medeia contar esse conteúdo a alguém. Contar a notícia ruim define uma relação entre as pessoas que participam dessa comunicação. É o médico que por definição se vê na posição de contar a notícia ruim ao paciente. Esse arranjo não é permutável. Assim, essa comunicação define uma relação complementar e não simétrica entre os comunicantes. É a diferença entre os papéis (médico/paciente) e não sua igualdade (pessoa/pessoa) que permite em primeiro lugar essa comunicação. Ao dizer “você tem aids”, o médico diz implicitamente que se encontra em posição de dar essa notícia por ser o médico e não o paciente da relação. Essa complementaridade é saudável e condição *sine qua non* para a práxis médica.

Aliás, quanto mais saudável é uma comunicação, mais o seu aspecto relacional (“ordem”) recua para um plano secundário (Watzlawick et al., 1967, p.48), onde é entendido, inclusive, como pertinente e garantidor da comunicação. Em comunicações onde há ou precisa haver constante luta sobre a natureza das relações entre os comunicantes, o aspecto conteúdo (“relato”) fica cada vez menos importante (Watzlawick et al., 1967, p.48).

Pode ocorrer, então, que uma complementaridade rígida e obstinada instale-se no médico ou no aluno, pelas mais variadas razões, inclusive como defesa egóica. Levada ao limite, essa complementaridade rígida garante a ilusão

de que o médico será sempre médico, portanto jamais paciente. Contradiz o caráter mortal e humano do médico, garantindo-lhe espuriamente estar sempre do mesmo lado da linha que separa saúde e doença, deuses e mortais. Contar a notícia ruim não serve mais para contar a notícia ruim em si (aspecto conteúdo), mas para definir uma relação rígida. Desse modo, dar a notícia ruim ao paciente passa não mais a servir os interesses do paciente, mas a servir os interesses do médico. Essa rigidez dos papéis obscurece e inviabiliza a possibilidade de qualquer empatia e de flexibilidade de perspectiva, portanto, trabalha contra objetivos atitudinais no currículo. Atividades de ensino/aprendizagem que trabalhem com a possibilidade de chamar a atenção dos alunos para a própria rigidez onipotente, esteja ela presente ou potencialmente presente, operar-se-iam no Campo Sinoético, que passa a ser abordável com o uso dessas cenas.

6.2.3.3 A NOTÍCIA RUIM: COMUNICAÇÃO E METACOMUNICAÇÃO

Uma das possibilidades interpretativas que se levantou acima dizia respeito à possibilidade de que o marido chorasse por si próprio, como quem subitamente recebeu a notícia indireta de que têm mantido relações sexuais com alguém soropositivo. A seqüência, com sua estruturação narrativa, permite essa interpretação. Nas duas seqüências, a notícia ruim traz clareza aos pacientes ao mesmo tempo em que lança os acompanhantes em uma crise de dúvida. Os pacientes passam a ter consciência de seus diagnósticos e explicações para seus sintomas. Passam, assim, a poder tomar providências. Os acompanhantes vêm-se frente à possibilidade concreta da doença, que chega aos seus círculos mais próximos, e descobrem-se potencialmente expostos a ela e ignorantes de seu *status* sorológico. Podem estar contaminados ou não, e choram inclusive porque não têm essa resposta. Restam-lhes a dúvida e a incerteza.

De fato, os pacientes, ao receberem a notícia ruim, calam-se e não exibem emoções até que a narrativa das seqüências evolua. A esposa poderia até mostrar alívio com o fato de que agora tem explicações sobre a razão de todas as complicações que vem experimentando após sua cirurgia cardíaca. Mais

importante, tanto a esposa quanto Bill Kraus ensaiam providências. Este esboça a idéia de um testamento e suas disposições. Aquela pode indignar-se: “quer dizer que sabiam que estavam dando aids para as pessoas e continuaram a fazê-lo?” Pode dedicar-se a exercer a influência sobre a questão dos bancos de sangue, razão primeira da visita do médico a essa paciente na narrativa do filme.

Uma proposta interessante de discussão nasce das providências tomadas pelos personagens, principalmente se o instrutor e os alunos dedicarem-se menos às providências em si e mais ao fato dos pacientes as terem tomado. Fica assim patente que as notícias ruins têm esse efeito, de requerer providências por parte dos pacientes. A comunicação de uma notícia ruim operar-se-ia em dois níveis, como se comunicasse de fato dois enunciados: um em nível factual (“você tem aids”), e outro, que comunica sobre o primeiro enunciado (“e agora você sabe dessa comunicação”). O segundo enunciado é uma metacomunicação, pois fala sobre uma comunicação (Watzlawick et al., 1967, p.49).

A primeira comunicação (“você tem aids”) exige reações dos personagens, que são negadas nas seqüências. É o segundo nível de comunicação que gera reações dos personagens, que passam a tomar providências, agora que sabem. Havendo consciência, providências passam a ser devidas e, de fato, inevitáveis. Não tomar providências é em si uma providência, qual seja, a de postergar decisões. Pode gerar conseqüências, como a emergência de uma complicação da doença, com a qual o paciente terá de arcar. Vê-se, então, que é impossível para o paciente não tomar decisões frente à comunicação de uma notícia ruim. Assim, nessa situação, é possível que o paciente esteja às voltas não com o conteúdo da notícia (“você tem aids”) e/ou suas conseqüências (como morte e sofrimento), mas esteja prioritariamente ansioso quanto às providências que deve agora tomar. Talvez tenha que ter uma crise sobre como contar para os pais que usa drogas, ou como ter que dizer para o cônjuge que tem uma vida extra-conjugal, ou como portar-se socialmente agora que um diagnóstico põe a público sua sexualidade e a forma como a tem exercido. Mais uma vez, esse tipo de discussão incentiva e permite ao aluno apreciar a relação médico-paciente pelo ponto de vista do paciente, fazendo-o exercitar a flexibilidade de perspectiva e a empatia.

6.2.3.4 A NOTÍCIA RUIM E O ALÍVIO: UM PARADOXO

A cena da esposa particularmente ilustra o alívio aparentemente paradoxal que alguns pacientes parecem sentir ao receberem más novas. Nesse contexto, essa construção “alívio paradoxal” merece atenção.

Colocada à luz da teoria comunicacional, a frase “eu tenho aids e estou aliviado” pode ser vista como uma definição paradoxal ou antinomia semântica. Esse tipo de paradoxo brota de incoerências ocultas na estrutura de níveis de pensamento e de linguagem (Watzlawick et al., 1967, p.170). A frase acima carrega, em verdade, dois níveis de comunicação. O primeiro conta um fato: “eu tenho aids”. O segundo nível comunica algo a respeito desta comunicação (é assim uma metacomunicação): “receber essa comunicação me deixa aliviado”. Ou ainda “estou aliviado por ter recebido uma notícia que esclarece muitas coisas, apesar de ser uma notícia essencialmente desfavorável”.

O “paradoxal” do alívio aponta para a relação médico-paciente vista tão somente de uma perspectiva, a do cuidador. Esse alívio é percebido como paradoxal somente quando se usa a perspectiva de quem conta a má notícia, que espera do paciente uma reação desfavorável e obtém outra inesperada. Se a experiência for vista pelo ângulo do paciente, o alívio pode até ser compreendido como coerente àquele indivíduo. Assim, discutir esse “paradoxal” com os alunos tende a fazer com que o aluno exercite a sua capacidade de eventualmente abandonar a perspectiva do médico e apreciar cognitiva ou empaticamente, a perspectiva do paciente: a doença, a experiência de adoecer e sua significação vistas pelos olhos de quem vive esse processo. Essa atividade de ensino/aprendizagem pode trabalhar, assim, com flexibilidade de perspectiva como objetivo desejável na práxis médica.

6.2.3.5 A NOTÍCIA RUIM POTENCIAL E O BENEFÍCIO DA DÚVIDA

As seqüências ficam particularmente interessantes, também, se se sugere que os alunos passem a olhar não para os personagens dos pacientes, mas para os acompanhantes. As seqüências parecem dizer que são eles os detentores das maiores crises, já que a eles é dado chorar. Talvez chorem porque desconhecem o próprio *status* sorológico e encontram-se em uma situação em que têm que decidir por continuar a ignorá-lo ou passar a conhecê-lo. Foi-lhes imposto escolher se viverão com o benefício da dúvida ou com a concretude de um dado de realidade. O benefício da dúvida é postergar a inexorabilidade de tomar providências e decisões. Se alguém não se sabe soropositivo, é precipitado decidir tratar-se, matar-se ou reformular a própria vida afetiva.

Esse tipo de crise é rotineiro na práxis médica. Ocorre quando o médico introduz a necessidade de que certo exame, potencialmente carregador de más novas, seja colhido. Colhê-lo implica ter um resultado, resultado esse que independentemente de ser positivo ou negativo dissolverá os benefícios da dúvida. Entretanto, a “dúvida” e seus benefícios operam diferentemente para médicos e pacientes. A dúvida do médico diz respeito ao caso, sua condução, seus diagnósticos e sua terapêutica. É, assim, profissionalmente desejável que as dúvidas médicas sejam dissipadas na medida do possível. Trata-se de uma necessidade de cunho técnico e biomédico. A “dúvida” do paciente não é de caráter biomédico somente, mas singular e idiossincrática. Pode ser, inclusive, um mecanismo de defesa, cuja dissolução pode ser indesejável, se os pacientes não se encontram equipados para tomar decisões onde elas vão-se impor. Assim, dissolver a dúvida não significa a mesma coisa para médicos e pacientes. Essa assimetria de significados e seus efeitos precisam ser levados em conta na relação médico-paciente.

O marido, personagem da seqüência, por exemplo, se entrasse num consultório médico com sua história, ganharia imediatamente a única prescrição biomédica coerente: ter sua própria sorologia colhida. A dimensão biomédica desse ato requer pouca discussão, já que só há esse jeito de saber e quanto mais cedo se souber, nos dias atuais, maiores chances de controle existem. Entretanto, a dificuldade dessa situação entre médico e paciente não se assenta sobre o eixo

biomédico, mas sobre a singularidade do fenômeno humano que é o paciente: colher o exame e esperar seus resultados implicam crise, medo, anseio e uma gama de outras possibilidades. À guisa de exercício, os alunos podem ser convidados a dizer em voz alta o que imaginam esteja passando pela cabeça do personagem ao decidir colher o exame. Pode-se, inclusive, encorajá-los a falar na primeira pessoa, como se estivessem lendo as linhas de texto do personagem.

Novamente essa proposta de discussão centrada nos personagens e suas possíveis reações ajuda a estabelecer no aluno empatia, conhecimento e flexibilidade de perspectiva, ao mesmo tempo em que o coloca numa posição confortável de falar sobre outra pessoa. Pode-se ir um passo além, se convier à atividade educacional, e personalizar a discussão pedindo que os alunos falem em primeira pessoa sobre terem sua sorologia contra o HIV colhida. Pode-se perguntar quantos conhecem seu *status* sorológico, cuidando-se para que este não precise ser revelado. Provavelmente o resultado do inquérito será menor que 100%, ou seja, alguns alunos desconhecem seu *status* sorológico. Pode-se lançar a seguinte proposta de discussão ao grupo, jamais aos alunos individualizados: se alunos de Medicina sabem que quanto mais cedo um paciente souber que sua sorologia é positiva, maiores serão as chances de intervenção terapêutica bem sucedida, que tipo de fenômeno faz com que menos de 100% desses mesmos alunos procurem saber seu *status* sorológico? Que vantagens haveria em ignorar esse *status* é pergunta mais promissora do que discutir com os alunos que vantagens há em sabê-lo, ou que desvantagens há em ignorá-lo. Essas duas últimas perguntas têm respostas mais óbvias e mais fáceis de serem dadas pelo aluno sem muita reflexão ou introspecção. A primeira, ao contrário, pode ser capaz de elicitar conhecimentos no Campo Sinoético. Em resumo, as duas últimas perguntas aceitam respostas no campo biomédico, com o qual o aluno está familiarizado, enquanto a última exige uma resposta singular, particular, pouco técnica e nada científica.

Um exemplo ilustrativo foi dado por uma aluna do quinto ano, que após uma atividade de ensino/aprendizagem partilhou, a portas fechadas, o fato de estar “infectada pelo HIV”. Entretanto, nunca havia colhido a sorologia. À pergunta:

como ela sabia, então, que estava contaminada, respondia que simplesmente sabia. Colheu sua sorologia seis meses após esse evento, quando pôde, enfim, arcar com decisões sobre saber-se soropositiva ou soronegativa. Sua recusa inicial em colher o exame garantia-lhe o benefício da dúvida num terreno bastante diferente da infecção pelo HIV. Por fim, entendeu que, se fosse soropositiva, abandonaria a faculdade e estudaria o que realmente queria, confrontando o pai. Se fosse soronegativa, provavelmente continuaria fazendo a faculdade de que não gostava, sem coragem que estava de confrontar seu pai.

6.2.3.6 A NOTÍCIA BOA POTENCIAL E O BENEFÍCIO DA DÚVIDA

Outra questão que se pode levantar com os alunos, esta menos óbvia, mas não menos importante, é que dar notícias boas também prevê dois subsistemas, um mais factual (“você é soronegativo”) e outro metacomunicacional (“e agora você sabe disso”). Da mesma maneira, dar essa notícia ao paciente lança-o na mesma necessidade impreterível de tomar providências e decisões, dissolvendo nele os benefícios de ignorá-la. Aborda-se a questão quando se pede aos alunos que arrolem decisões que o marido, personagem da cena, deverá tomar, quando receber sua sorologia negativa. Uma das mais prementes será a decisão de como ficará a sua vida sexual com sua esposa. Esse paciente que não carrega mais o benefício da dúvida deverá posicionar-se quando a exercer a sua sexualidade. A questão de pares discordantes pode ser abordada, para agora ser discutida pelos alunos com uma nova perspectiva não exclusivamente biomédica: estatísticas, riscos padrão, diagnósticos psiquiátricos e julgamentos velados frutos de pouco reflexão podem ser substituídos por outros valores humanos, como fidelidade, solidariedade, compromisso, afeto, amor e solidão.

Um aluno narrou uma experiência ilustrativa com a soronegatividade. Seu preservativo estourou durante uma relação heterossexual convencional. Passou dois a três meses de terror e pânico, enquanto esperava a oportunidade adequada de fazer o exame. Frente ao resultado final negativo, experimentou um certo alívio que foi imediatamente substituído por uma angústia tremenda que requisitou mais

atenção médica do que a que lhe tinha antecedido. Não sabia como levaria sua vida sexual a partir dali. Abstinência não lhe parecia uma opção e qualquer possibilidade de atividade sexual remetia-lhe ao horror que havia sentido nos dois meses de espera. Tinha a impressão de que não agüentaria passar pela experiência novamente. Relações protegidas não se afiguravam a ele como opção, já que foi justamente numa dessas em que o preservativo se rompeu. Ocorreu-lhe que a soronegatividade, ao contrário da soropositividade, não é *status* necessariamente permanente. Para ser mantido, necessita de atenção e cuidados preventivos permanentes e constantes.

Discorrer sobre o impacto da soronegatividade nas pessoas parece estranhamente inadequado, mas a literatura tem-se ocupado desse tema, principalmente no que tange a saúde psicológica de pacientes de estilo de vida homossexual, que passam a experimentar sensações de não pertencimento, culpa (“*survivor guilt*”) e perda múltipla (Odets, 1995). Ocupa-se ainda de entender melhor o que ocorre entre pares sorodiscordantes. Por fim, o reconhecimento dos efeitos de conhecer-se soronegativo é central tanto em saúde pública quanto no aconselhamento individual de pacientes que, não inadvertidamente, expõem-se ao risco da infecção.

6.3 MÉDICOS, GOVERNO E COMUNIDADE DEBATEM: FECHAR OU NÃO AS SAUNAS

6.3.1 DESCRIÇÃO DA SEQÜÊNCIA

Uma das seqüências mais impressionantes do filme trata de uma discussão pública sobre fechar as saunas de São Francisco. De um lado da mesa, Don Francis, Bill Kraus e Selma Dritz somam-se aos representantes governamentais da área de saúde e defendem a proposição favorável ao fechamento das saunas. Do outro lado, representantes da comunidade homossexual congregam-se como platéia participante e defendem o não fechamento.

A seqüência começa com uma ruidosa reunião, na casa de Bill Kraus.

Várias pessoas falam ao mesmo tempo sobre o potencial fechamento das saunas de São Francisco. Entre elas, o secretário de saúde, Mervyn Silverman (David Dukes), que deixa bem claro que não cometerá “suicídio político”, fechando-as à revelia do segmento homossexual (e eleitor) da sociedade. Anuncia-se uma assembléia para a resolução do assunto. A seqüência em discussão sucede-se. Um burburinho de pessoas espera o início da tal assembléia. Todos aguardam ansiosos a chegada do secretário de saúde, que está atrasado. O dono da sauna, Eddie Papano, chama Don Francis de lado e dispara um argumento certo e sarcástico contra o fechamento das saunas: “eu ganho quando eles entram, vocês [médicos] ganham quando eles saem”. O debate inicia-se. O político chega.

Don Francis, como médico, falando em seu nome, não em nome do CDC, apresenta dados e interpretações colocadas de maneira a apoiar argumentos em favor de fechar as saunas. A comunidade homossexual reage ruidosamente, com protestos e vaias que deixam clara a rejeição dessas interpretações. Levanta-se Bobbi Campbell, que, como porta voz, toma a palavra oferecida pelo secretário e faz um discurso emocionado. Nasceu numa pequena cidade do interior, onde era considerado uma “aberração” (*freak*) em razão de sua orientação sexual. Decidiu vir a São Francisco, onde para sua surpresa, encontrou muitos outros como ele. Passou a viver aí e construir sua vida em comunidade, gozando do direito adquirido de viver com dignidade. Termina seu discurso inflamado com a frase: “prefiro morrer como um ser humano, a viver como uma aberração”. É aplaudido e ovacionado, sendo assim confirmado como porta voz dessa comunidade.

A discussão segue acalorada e termina abrupta e prematuramente quando o secretário propõe uma votação sobre o assunto em questão: fechar ou não as saunas. Todos são chamados a votar levantando as mãos. Os favoráveis são poucos, os contrários festejam a vitória. A seqüência termina com um Bill Kraus perplexo, perguntando-se qual a lógica do que ali se passara: “eu não entendo”. Selma Dritz encontra-se na posição de responder-lhe que “eles estão apenas amedrontados”.

6.3.2 RELEVÂNCIA

A cena trata de uma interação entre dois grupos de pessoas que simbolizam as instâncias governamentais de Saúde (médicos e políticos) e a comunidade, num debate que teoricamente deveria visar a informar e deliberar sobre uma medida de Saúde Pública. Nesse aspecto, representa uma das possibilidades do trabalho médico, qual seja, aquele que interessa ao campo da Medicina Preventiva e suas dimensões operacionais. Passa, então, a ter relevância para o ensino de alunos de Medicina pelo seu próprio assunto.

Dois aspectos emprestam especial importância a essa seqüência, no contexto do ensino/aprendizagem de Medicina. Primeiro, a seqüência ilustra um cenário de tomada de decisões em saúde pública que é influenciado por muitas dimensões – desde as culturais até as políticas – e não unicamente as dimensões biomédicas do conhecimento científico. Ilustra como exercer a Medicina pode ser um ato, inclusive, político (Krakauer, 1992).

Em segundo lugar, a seqüência trata da interação entre dois grupos de pessoas, ou seja, de um fenômeno comunicacional. Essa comunicação estabelece-se entre governo e comunidade, representados respectivamente por médicos e pacientes. Pode, de maneira reducionista, ser entendida como uma relação médico-paciente. De qualquer maneira que se entenda essa comunicação, seu efeito final foi frustrante e inadequado. Nenhum dos lados convenceu ou persuadiu o outro. De fato, nenhum consenso verdadeiro foi atingido e a decisão final repousou numa patética votação. O trabalho médico de promover saúde no âmbito público ou comunitário ficou profundamente comprometido pelo proceder narrado na seqüência. Tentar entender algumas razões pelas quais isso aconteceu pode ser relevante para o aluno.

6.3.3 POSSIBILIDADES DE INTERPRETAÇÃO E CONSEQÜENTES QUESTÕES QUE PODEM SER ABORDADAS EM ATIVIDADES DE ENSINO/APRENDIZAGEM

6.3.3.1 DIMENSÃO POLÍTICA DA PRÁXIS MÉDICA

O debate não pode começar enquanto o secretário de saúde não chega. Ele está explicitamente atrasado e sabe-se de uma cena anterior que ele está pisando em ovos em relação à questão das saunas. Nessa cena anterior, em uma reunião na casa de Bill Kraus, alguns membros da comunidade homossexual advogam a propriedade de fechar as saunas de São Francisco e tentam obter o apoio do secretário, cuja presença mesma nessa reunião domiciliar garante a este personagem uma posição intracomunitária a essa causa. Ele manifesta, entretanto, seu mal estar em relação a essa questão. Fechar compulsoriamente as saunas implicaria repercussões políticas, na medida em que desagradaria a população homossexual. Isso o colocaria sob risco político – um “suicídio político” – numa cidade em que a comunidade homossexual é organizada e votante.

Assim, na seqüência, a questão de fechar as saunas transita explicitamente por duas dimensões importantes, quais sejam, a biomédica (onde fechá-las é medida de Saúde Pública que visa a conter a epidemia) e a política (onde fechá-las tem implicações no contexto da organização social). A dimensão biomédica entende as saunas como *loci* de disseminação do HIV (daí sua determinação em fechá-las), mas ignora qualquer outro aspecto social, cultural ou político que as saunas possam ter nessa comunidade ou organização social. Vê a questão, portanto, de maneira reduzida e simplista. É papel da personagem do secretário resgatar as dimensões não biomédicas da questão. Explicitamente diz que a questão biomédica (fechar os *loci* de disseminação do HIV) tem conseqüências políticas (desagradar o eleitorado) e, por conseguinte, não é só uma questão biomédica. Não pode ser resolvida como tal, a menos que se veja inserida no contexto maior.

De fato, após a votação sobre fechar ou não as saunas, a seqüência do debate termina esvaziada, com um Bill Kraus perplexo perguntando-se qual a lógica do que ali acontecera. Na dimensão biomédica, uma medida potencialmente controladora da epidemia foi abandonada. A lógica cartesiana da decisão biomédica foi completamente atropelada pela contextualização política da questão.

Assim, a narrativa dessa seqüência pode ser muito útil para estudantes de Medicina, já que resgata a necessidade de contextualização de ações de saúde, seja no nível público, seja no nível individual. Uma atividade de ensino/aprendizagem baseada nessa seqüência operaria em referência a Competência Contextual. Pode operar também como objetivo afetivo, no que tange valoração e organização de valores. Alunos de Medicina, por força de sua formação em currículos tecnicistas e cognitivistas, podem negligenciar ou mesmo desprezar as vertentes sócio-políticas da práxis médica. Podem sentir-se estranhamente desvinculados de qualquer ação política, como se médicos não fossem atores sociais. A práxis médica é uma atividade inerentemente política (Krakauer, 1992). Se o sofrimento de muitos tem causas políticas ou sociais, a decisão de praticar a Medicina é em si uma decisão política, e médicos não têm a escolha de envolverem-se ou não com dimensões políticas (Krakauer, 1992).

6.3.3.2 ESCALAÇÃO SIMÉTRICA: PATOLOGIA COMUNICACIONAL

O secretário entende que a questão biomédica (fechar os *loci* de disseminação do HIV) tem conseqüências políticas (desagradar o eleitorado). Entende, também, que não fechar os *loci* de disseminação do HIV (questão biomédica) tem, da mesma maneira, conseqüências políticas (o potencial não controle da epidemia, de que pode ser acusado *a posteriori*). Vê-se assim, numa posição anunciadamente complexa. Deve tomar uma decisão, qualquer que seja essa decisão. Ou toma a medida de Saúde Pública ou não a toma. Não há a possibilidade de ignorar a questão, dado que ignorá-la implica necessariamente o não fechamento das saunas, portanto, uma decisão. O secretário vê-se frente ao fato inexorável de ter que se posicionar, arcando com as responsabilidades de fazê-lo. Confronta-se com a impossibilidade de não se comunicar (Watzlawick et al., p.44). Frente a essa dificuldade política de assumir responsabilidade por seu posicionamento, opta por induzir e nutrir uma forma patológica de comunicação entre as partes envolvidas, fato que merece especial atenção.

Após considerável atraso, o secretário chega à seqüência em que se

confrontam governantes, médicos e a comunidade homossexual. Com esse atraso denuncia várias intenções. Primeiramente, que não pode estar ausente e fugir à necessidade de posicionar-se. Sua ausência seria já um posicionamento. Pode, no máximo, atrasar-se, assim comunicando seu intuito de atrapalhar ou sabotar o que vai acontecer a seguir. Segundo, assegura que se encontra na posição de gerenciar a reunião e reclama para si o papel de ator chave, que pode imprimir ao debate o ritmo e a metodologia que lhe convierem. Estabelece assim uma relação comunicacional claramente complementar entre si e os outros (Watzlawick et al., 1967, p.63). Gerencia a reunião conforme sua agenda e os outros a seguem.

A proposta do debate é contrapor médicos e governo de um lado, e a comunidade homossexual e pacientes, do outro. Por força de contar com atores com papéis sociais diferentes e complementares (médicos/pacientes; governo/comunidade), espera-se uma empreitada comunicacional também complementar. O secretário, de posse de seu papel de conduzir a reunião, redefine claramente as regras da comunicação, colocando médicos e pacientes em posturas simétricas. Dá voz a uns, depois a outros. A simetria fica mais evidente na solução final do conflito. Não há decisões impostas ou vetos que definam complementaridade, quando um lado pode mais que o outro. Há, isso sim, uma votação proposta pelo secretário. Essa votação é tão simétrica que cada pessoa tem um voto válido. O voto não é segmentado por facções ou grupos com interesse na questão. É simetricamente igualitário.

A comunidade homossexual não tem um voto de classe, mas tantos votos quantos membros da comunidade queiram votar. Como matematicamente há mais membros da comunidade presentes do que médicos, fica claro a princípio que se uma votação for instalada nestes moldes, a comunidade ganhará. Ganhará por mera formalidade matemática, não pelo mérito da argumentação desenvolvida. Assim, ao formatar a discussão dessa maneira, o secretário garante que o conteúdo da discussão não exerça importância na sua resolução final. Fica também, isento de posicionar-se diretamente sobre o assunto em debate. Burla a responsabilidade de decisão, já que algo “maior” que ele – uma assembléia – decidiu por ele, tomando para si a responsabilidade final dessa decisão. Acaba

sem o ônus de ter decidido. Ganha, ainda, o benefício de ter sido democrático e atento à comunidade, assegurando seu presente e seu futuro político. Resolveu a dimensão política da questão “fechar as saunas”, sem realmente abordar e discutir a questão biomédica “conter a disseminação do HIV”.

Essa simetria comunicacional imposta artificialmente pelo secretário precisa ser mais bem examinada. Apesar de ter sido levada a cabo como subterfúgio para que o secretário resolvesse seu impasse comunicacional (com o sacrifício do conteúdo e da dimensão biomédica da questão), a simetria em si não é responsável pelo caráter patológico da comunicação ocorrida. Uma comunicação simétrica poderia ter ocorrido de maneira saudável nessa seqüência. Um lado e outro lançariam mão de argumentos que poderiam transitar entre as duas partes de maneira adequada, sob a forma de confirmações e rejeições. Essas teceriam a trama da comunicação operante, que culminaria em um compromisso onde ambos os lados concordariam numa solução comum que respeitasse as demandas de ambas as partes. Poderiam, então, responder à pergunta: como resolver a crise biomédica tendo em vista o contexto sócio-político no qual ela está inserida?

Não foi o que ocorreu na seqüência. A comunicação degenerou-se de tal maneira que não houve propriamente rejeições ou confirmações, convencimentos, persuasões ou compromissos. Perdidos nas dimensões biomédicas e político-sociais e sem mesmo perceber que estavam perdidos em dimensões diferentes, os participantes seguiram com uma discussão sem ter um assunto em comum. A comunidade homossexual, no discurso de Bobbi Campbell, seu porta-voz, explicitamente nomeou do que falava: liberdade de expressão sexual, homossexual no caso em questão. O governo/médicos falavam de outro assunto, qual seja, aids e seu controle. O assunto da discussão não era, portanto, compartilhado pelos discutidores. Estes tinham a falsa impressão de que falavam da mesma coisa, porque usavam o temo “fechar as saunas” como mediador de significado. Mas o significante “fechar as saunas” significava “controlar a doença” para uns e “tolher liberdade sexual” para outros. Incapazes de decodificar o mesmo significado do mesmo significante e não se apercebendo disso, os participantes estão fadados a não se comunicar adequadamente.

Assim, ocorre como se uns falassem grego, os outros, alemão e ambos achassem que falam sueco. Os participantes dessa relação artificialmente simetrizada vêem-se obrigados a uma patologia comunicacional chamada de escalação simétrica (Watzlawick et al., 1967, p.69). A competitividade instala-se e na ausência da possibilidade de convencer ou persuadir o outro lado, ganhará o embate quem falar mais alto, rir por último ou fizer valer a cara mais feia. O próprio assunto ou conteúdo da comunicação passará a ser irrelevante, bastando a essa disputa comunicacional que se resolva no grito.

Dois aspectos importantes nessa seqüência confluem para que a narrativa só possa evoluir patologicamente, ou seja, em escalação simétrica. Um deles é a confusão não percebida entre um significante e diversos significado. Esse assunto será aprofundado abaixo. O outro aspecto diz respeito à incapacidade metacomunicacional entre os participantes.

A única saída possível para reatar uma comunicação em que participantes falam de assuntos diferentes sem darem-se conta disso é apontar-lhes esse fato. Isso equivale a comunicar sobre a comunicação, ou seja, metacomunicar (Watzlawick et al., 1967, p.50). Os participantes desse debate não conseguiram metacomunicar e, assim, propor uma convenção semântica adequada para o significante “fechar as saunas”. Em efeito, não puderam defender-se da situação imposta pelo secretário, já que este estabeleceu de princípio como regra do jogo que sua postura era não simétrica e diretora. Não ocorreu a nenhum dos participantes da discussão não aceitar o procedimento de votação do secretário. Para questionar esse procedimento, antes deveriam questionar a direção da mesa.

Os médicos não conseguiram levar a cabo sua tarefa biomédica também por não conhecerem comunicação humana. Bastava que um deles se levantasse e metacomunicasse, apontando a disparidade entre os assuntos discutidos. Nenhum deles soube reconhecer a patologia comunicacional, nem tampouco corrigi-la. Assim, fica claro na seqüência que os médicos não conhecem comunicação. O político, ao contrário, parece conhecer tão bem questões comunicacionais que induziu a patologia para safar-se de “cometer suicídio

político”. Pela seqüência, não é exagerado dizer que o político conhece seus instrumentos de trabalho melhor que o médico.

Do ponto de vista educacional, essa seqüência ilustra didaticamente uma comunicação entre médicos e pacientes, no âmbito da Saúde Pública. Essa comunicação foi grosseiramente ineficiente, em parte pela incapacidade dos médicos (e dos outros participantes) de perceberem a escalação simétrica e metacomunicarem-se a respeito dela. Uma atividade de ensino/aprendizagem que gravite ao redor dessa seqüência abordará objetivos na Competência Comunicacional. Essa atividade pode ser trazida para o dia a dia através do relato dos alunos ou do instrutor. Um aluno certa vez ficou impressionado com uma cena a que assistira, onde um residente e um paciente berravam nos corredores, em plena escalação simétrica, um dizendo ao outro por que ele não ia tomar anfotericina, não, enquanto o outro assegurava que ele ia tomar anfotericina, sim. O assunto discutido não era obviamente a anfotericina, até porque esse assunto estava resolvido: o paciente tinha uma neurocriptococose e deveria tomar o remédio ou arcar com a gravidade letal da doença. Discutia-se, provavelmente, quem prescrevia e como prescrevia, quem se submetia e a que preço, ou qualquer outra coisa dessa dimensão. Outro aluno descreveu uma entrevista médica em que, a uma paciente cuja mãe e irmã sofreram de câncer de mama, foi indicada uma mastectomia profilática. Na percepção deste aluno, o médico falava de câncer (com conceitos de risco-benefício, qualidade de vida e sobrevivência) enquanto a paciente falava de mama (de esquema corporal, maternidade, sexualidade e feminilidade). Ambos irritaram-se profundamente sem chegar a nenhum lugar. Após o término da consulta o médico disse ao aluno que se tratava de uma paciente difícil.

6.3.3.3 SIGNIFICAÇÃO E SIGNIFICADO DA DOENÇA: SINONÍMIA E METONÍMIA

A escalação simétrica da seqüência descrita só pôde ocorrer porque havia uma situação de comunicação simétrica onde ambas as partes comunicantes

falavam de assuntos diferentes, sem darem-se conta disto e sem poderem metacomunicar-se sobre esse fato. É especialmente importante examinar as razões possíveis pelas quais os assuntos, apesar de diversos, não foram percebidos como diferentes. A locução significativa “fechar as saunas” foi usada com significados diferentes pelas duas partes. Para o governo, tinha que ver com “controle de doença”. Para a comunidade homossexual, significava “tolher a liberdade sexual”. Assim, “sauna” passa a significar “doença” para uns e “expressão sexual”, ou “sexualidade” ou ainda “homossexualidade” para outros. Os médicos pegam a frase “queremos fechar as saunas” (querendo dizer “queremos controlar a doença”) e a jogam para o outro lado do debate. A comunidade homossexual recebe a mesma frase (“queremos fechar as saunas”) e a decodifica como “querem tolher nossa sexualidade”. Querem responder: “você não tolherão minha sexualidade”, mas expressam-se da seguinte maneira: “você não devem fechar as saunas”. A frase volta para o lado dos médicos, que a decodificam como “não querem que controlemos a doença”. Ao retirarem da frase um dos significados e colocarem o outro, os comunicantes agem espuriamente como se os termos permutados pudessem de fato ser permutados sem prejuízo para o sentido da frase. Agem, assim, como se os termos fossem sinônimos. Na seqüência, os termos “aids” e “homossexualidade” são tratados como termos substituíveis entre si, ou seja, sinônimos. Intelectualmente, sabe-se que sinônimos eles não são. Carregam, quando muito (e essa afirmação é criticável), uma relação metonímica, da parte pelo todo ou da causa pelo efeito. Entretanto, nas operações da comunicação e da linguagem, mesmo não sendo sinônimos, passam a funcionar como se fossem. Monta-se a equação “aids = homossexualidade”.

Assim, parte da confusão comunicacional que se instalou na seqüência derivou da facilidade com que a equação “aids = homossexualidade” foi assumida como premissa válida. Apontar a existência dessas falsas equações para o aluno é tarefa extremamente importante, bem como salientar as conseqüências de assumi-las como premissas para a práxis médica. Pode-se sugerir que os alunos tragam outras equações e os contextos em que elas estavam implícitas. A mídia

geralmente garante textos em que equações dessa natureza são prevalentes. “aids = promiscuidade”, “aids = pecado”, “aids = sexualidade”, “aids = infidelidade”, “aids = castigo” seriam exemplos.

De fato, é um bom momento para abordar com os alunos a idéia de que doenças e epidemias podem e costumam ser construídas culturalmente. Através das histórias que se contam a respeito da doença, estabelecem-se “verdades” duradouras e inabaláveis. A epidemia de aids foi construída pelos discursos dominantes como uma doença de homossexuais, desde sua tenra história, com a cumplicidade de médicos e cientistas (Treichler, 2000). Assim, a equação “aids = homossexualidade” encontra uma base histórica bem mais cultural do que epidemiológica, mas não menos potente nem persuasiva.

É também importante ao aluno expor-se à idéia de que a aids e as doenças de maneira geral são experiências da humanidade, e como tal, não carregam apenas significados biomédicos. Ao contrário, carregam múltiplos significados em vertentes sociológicas, psicológicas, antropológicas, teológicas, históricas, estéticas e onde mais se procurem esses significados. Assim, a doença e o adoecer são símbolos carregados de significação, que pode ser acessível nos mais variados planos hermenêuticos. A capacidade metafórica da doença é assunto já consolidado (Treichler, 2000, p.25). A forma como ela é experimentada, construída e concebida também é diversa, ora como libertação, ora como punição (Laplantine, 1991).

Uma atividade de ensino/aprendizagem baseada nessa seqüência permite assim uma longa jornada dentro das intersecções entre Medicina e as Humanidades de maneira geral, podendo servir de base para a consecução de objetivos nos mais variados campos, incluindo os Domínios Cognitivo, Afetivo e o Campo Sinóptico. Entretanto, a base educacional dessa atividade nasce sempre do Campo Simbólico, que trata das linguagens e dos símbolos e significações.

Para tornar as atividades mais palatáveis e menos teorizadas, pode-se pedir que os alunos exerçam um olhar mais crítico na sua prática e na prática de seus circundantes, à procura de equações subentendidas. Uma aluna relatou sua experiência de contar a um paciente que ele era soropositivo, para ouvir uma

resposta triste e consternada do tipo “mas eu não sou homossexual”. Ela reiterou a ele que não se tratava de um “diagnóstico” de homossexualidade, mas de um diagnóstico de infecção pelo HIV. A resposta foi que tanto fazia, já que todos achariam ainda assim que ele era homossexual. A equação “aids = homossexualidade” era uma premissa para esse paciente. Outro aluno lembrou-se de uma piada que se contava entre alunos, a portas fechadas, na ausência de pacientes. Para diagnosticar a infecção pelo HIV sem ter que pedir o exame de sangue, bastava pedir ao paciente que cruzasse as pernas, olhasse as unhas ou olhasse a sola do sapato. Conforme a forma como ele fazia o que lhe era pedido, o “diagnóstico” de soropositividade era dado. Em que pese essa narrativa ser explicitamente uma piada, e entendida como tal, ela também parte de premissas, como a equação “aids = homossexualidade” e que homossexuais são estereotipados e risíveis. Outro aluno lembrou-se de um determinado paciente, grande no meio artístico e publicamente seguidor de um estilo de vida homossexual, que teve sua sorologia negativa para HIV reiteradamente repetida. Seus médicos não entendiam como ele, sendo homossexual, não era soropositivo e ainda assim estava doente.

6.3.3.4 O MÉDICO VISTO PELA SOCIEDADE

Um aspecto menor da seqüência sob escrutínio pode gerar uma boa atividade de ensino/aprendizagem. No início da seqüência, o dono da sauna (Eddie Papasano) vem a um canto ter uma pequena conversa com os médicos da mesa. Lança a seguinte frase, tentando defender-se da possibilidade de que fechem seu negócio: “eu lucro quando eles entram, vocês [médicos] lucram quando eles saem”.

Esse comentário é de grande importância. Posto dessa forma cínica, estabelece um paralelismo entre um negócio comercial (a sauna) e a prática da Medicina. Reduz o exercício da Medicina a um comércio que pressupõe lucro, mesmo às custas de sofrimento. Revoga mesmo a idéia de que haja princípios éticos na prática de uma ou de outra profissão. Argumenta que promover a

doença é mais interessante aos médicos, no sentido de manter-lhes o negócio saudável e os cofres cheios, do que promover a saúde. Equipara médicos a mercenários gananciosos.

Que seja esse o pensamento do dono da sauna, é bastante irrelevante. Que esse pensamento esteja colocado num filme repleto de discursos contra-dominantes, não chega a ser surpreendente. O que garante relevância a essa pequena frase é que não se trata de uma representação de algum médico em específico, mas de todos os médicos, ou da profissão médica. É uma afirmação sobre a profissão médica. Como tal, merece ser analisada.

Pode-se entender que essa representação da profissão médica está veiculada num filme, produto de uma cultura e de uma sociedade, e que, portanto, reflete o que essa sociedade ou parte dela pensa a respeito desse assunto. Entenda-se que a veracidade da afirmação é irrelevante. O que passa a ser importante é que essa afirmação, verdadeira ou falsa, é verossímil. É bem possível que a sociedade de maneira geral, ou uma parcela dela, a que pertence a Instância Narradora do filme, tenham realmente essa opinião a respeito da profissão médica. Que médicos sejam mercenários gananciosos é uma afirmação que não parece a princípio inverossímil para a sociedade de maneira geral, de modo que pode aparecer cínica e explícita nessa seqüência. Se assim se passa, médicos e alunos de Medicina precisam discutir se e por que sua profissão é percebida socialmente dessa maneira.

Por outro lado, pode-se argumentar que o filme, ao veicular esta representação da profissão médica, contribui ele mesmo para criar uma versão da realidade sobre a práxis médica que pode facilmente convencer alguns membros dessa sociedade. Essa afirmação põe-se a serviço da construção cultural do que seja a profissão médica: um bando de malfeitores gananciosos cuidando de seus negócios, às custas do sofrimento alheio. Se assim ocorre, médicos e alunos de Medicina precisam opor-se a essa construção de realidade, apresentando outras versões do que seja a Medicina.

De qualquer uma das duas maneiras, a forma como médicos e a Medicina são representados nos produtos da cultura (filmes, literatura e até *cartoons*) são

de interesse dos médicos enquanto categoria profissional. Contam como a profissão é percebida pelo contexto social no qual está inserida (Hook, 1996). Visões negativas da Medicina delatam a insatisfação da sociedade não só com políticas tecnológicas, econômicas e administrativas, mas também com a falta de dimensões humanas na Medicina (Hook, 1996). A imagem pública padrão de médicos costuma refletir profissionais distanciados de seus pacientes e da comunidade onde praticam, mas perto de equipamentos que são agora essenciais para a sua práxis (Troncon et al., 1998). Um *cartoon* paradigmático reproduz a comunicação de um médico para o seu paciente: “*if you want layman’s terms, go to a layman*” (se você quiser termos leigos, vá a um leigo) (Hook, 1996).

Assim, a abordagem dessa seqüência permite atividades de ensino/aprendizagem que operam na Competência Contextual. Esse tipo de discussão aponta para o aluno que há percepções sociais da profissão que ele escolheu seguir e que essas representações são de sua conta e podem ser influenciadas por diversos atores sociais, inclusive os próprios médicos. Médicos e alunos de medicina devem examinar o papel social de sua profissão e a forma como ele é construído nesse contexto (Morse et al., 1992; Barnard, 1994). Uma profissão não examinada é “oca, rasa e, de fato, perigosa” (Engelhardt, 1985).

6.4 CONCLUSÃO

Esse capítulo pretendeu exemplificar usos de algumas seqüências específicas, pinçadas no filme pela sua pertinência ao ensino/aprendizagem de aspectos humanísticos na Medicina. Essa ilustração favorece a hipótese de que seja possível e desejável a utilização do filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993), mesmo sem que haja a necessidade de assistir a ele por inteiro, recorrendo-se apenas a algumas de suas seqüências para as atividades instrucionais pretendidas.

CAPÍTULO 7 – CONCLUSÕES

Essa tese postula a possibilidade do uso do filme *And the band played on* (Roger Spottiswoode, 1993) em atividades de ensino/aprendizagem de Medicina, integrando assim as Artes Cinemáticas (enquanto Humanidade Médica) à Educação Médica.

Para referendar essa hipótese, geraram-se possibilidades interpretativas para o filme em questão, detectaram-se aspectos de relevância médica cujo ensino/aprendizagem poderia ser deflagrado, facilitado ou mediado pela discussão do filme como atividade instrucional, descreveram-se e compilaram-se esses aspectos em termos de objetivos educacionais humanísticos alocados a uma das diversas taxonomias de objetivos educacionais nas Humanidades Médicas e proveram-se exemplos concretos de situações e oportunidades de ensino/aprendizagem que poderiam ser deflagradas pelo uso da atividade instrucional em questão.

Conclui-se:

1. A linha narrativa do filme pode ser entendida como uma linha romanesca em que no protagonista se detecta, ao início, uma falta, que deverá ser corrigida no decorrer da narrativa através de uma crise;
2. A falta sentida pelo protagonista diz respeito a sua vocação profissional, e a crise deflagrada por essa questão dá-se nesse mesmo registro profissional/vocacional;
3. A crise do médico é simbolizada imagetivamente pelos processos alquímicos de *calcinatio* e *solutio*, conforme discutidos pela psicologia junguiana;
4. Os principais personagens do filme carregam projeções de aspectos arquetípicos da crise do protagonista: Selma Dritz (a projeção da *anima*), Gallo (a sombra) e o chefe (o Velho Sábio);

5. Há uma Instância Narradora que pode ser detectada na narrativa fílmica. Frequentemente comporta-se como narrador oculto (*covert narrator*), mas em momentos específicos do filme torna-se bastante patente (*overt narrator*), chamando atenção sobre si;
6. Como narrador patente, emite comentários (interpretações, julgamentos e generalizações), realizados com base em valores específicos.
7. Esses valores constituem lentes bem específicas (pontos de vista conceituais), que podem, inclusive, ser enunciadas conforme se deixam entrever no próprio filme;
8. As identidades e ideologias que a Instância Narradora carrega podem ser resgatadas na história narrada e sua narração: identidade jornalística, anti-governista e ativista, ao mesmo tempo em que é intra-comunitária à comunidade homossexual e à comunidade de saúde;
9. A Instância Narradora carrega um ponto de vista de interesse, qual seja, de veicular uma versão da história vantajosa para determinado grupo social com o qual se identifica;
10. Constitui-se assim em narrador não confiável (*unreliable narrator*);
11. A versão narrada dessa história é contra-dominante, reagindo aos discursos ou versões dominantes dos mesmos eventos;
12. Enquanto carregadora do ponto de vista de paciente, a Instância Narradora reconcilia-se com a própria idéia do morrer e de fato morrer;
13. Ao morrer, antropomorfiza-se;
14. O filme pode ser usado instrucionalmente de duas maneiras. A primeira prevê a assistência completa do filme pelos alunos e uma discussão posterior. A segunda prevê o uso de seqüências (vinhetas) isoladas e posterior discussão;
15. Essas discussões carregam em si a possibilidade da abordagem educacional de objetivos humanísticos;

16. Esses objetivos são pertinentes a diversas áreas do conhecimento, entre as quais citam-se os Domínio Afetivo e Emocional, os Campos Ético e Sinoético, e as Competências Adaptativa, Contextual, de Identidade Profissional e Motivação para Aprendizagem Continuada;
17. Esses objetivos abordam áreas de conteúdo relevantes, como a relação médico-paciente, a vocação médica, o contar notícias ruins, a *persona* médica, o arquétipo do médico ferido, a comunicação humana e a identidade profissional médica, entre outras.

ANEXO

FICHA TÉCNICA DO FILME

Fonte: *The internet movie database* [online]. Available from: <http://www.imdb.com>

And the band played on. Roger Spottiswoode (dir.). EUA: HBO, 1993. 1 filme (141 min), son.,col. [Título em português: E a vida continua]. Leg. português.

Exibido pela primeira vez em 11 de setembro de 1993 na HBO (Baker, 1994)

Baseado no livro de Randy Shilts

Shilts R. *And the band played on: politics, people, and the aids epidemics*. New York: Saint Martin's Press; 1987.

Roteiro de televisão (<i>teleplay</i>).....	Arnold Schulman
Música original.....	Carter Burwell
Cinematografia	Paul Elliott
Edição de filme.....	Lois Freeman-Fox
Direção de arte.....	Lee Mayman
Decoração de cenários.....	Diana Allen Williams
Vestuário.....	Patti Callicott

ELENCO (personagens mais relevantes)

Betsy Reisz	Anjelica Huston
Bill Kraus	Sir Ian McKellen
Bobbi Campbell	Donal Logue
Christian Clemenson.....	Dale Lawrence
O Coreógrafo.....	Richard Gere
Don Francis.....	Matthew Modine
Eddie Papasano.....	Phil Collins
Françoise Barre.....	Nathalie Baye
Gaetan Dugas.....	Jeffrey Nordling
Harold Jaffe.....	Charles Martin Smith
O Irmão.....	Steve Martin
Jim Curran	Saul Rubinek
Johnstone, Mr.....	David Clennon
Johnstone, Mrs.	Swoosie Kurtz
Kico Govantes.....	B.D. Wong
Luc Montagnier.....	Patrick Bauchau
Marc Conant	Richard Jenkins
Mary Guinan.....	Glenne Headly
Max Essex	Peter McRobbie
Mervyn Silverman.....	David Dukes
Michael Gottliebe.....	Richard Fancy
Mika Popovic	Alex Courtney
Robert Gallo.....	Alan Alda
Selma Dritz	Lily Tomlin
Sudanês (menino).....	Ike Ikediashi
Sudanês (estudante).....	Erasor Kemie
Sudanesa (mulher).....	Niki Gilbert
William Darrow.....	Richard Masur

REFERÊNCIAS

BIBLIOGRAFIA CITADA

Acuña L. Realidad, fenómeno y misterio de las humanidades médicas. *Quiron*. 1985;16(1):11-2.

Alexander M. The doctor: a seminal video for cinemeducation. *Fam Med*. 2002;34(2):92-4.

Alexander M, Hall M, Pettice Y. Cinemeducation: an innovative approach to teaching psychosocial medical care. *Fam Med*. 1994;26(7):430-3.

Alexander M, Waxmann D. Teaching family systems through the movies. *Fam Syst Health*. 2000;18(4):455-66.

Almagro BR. Medical libraries, medicine and the humanities. *Ariz Med*. 1984;41(9):619-20.

Almeida MJ. *Imagens e sons: a nova cultura oral*. São Paulo: Editora Corte; 2001.

Altisent R. Filosofía para médicos. *Med Clin (Barc)*. 1994;102(9):335-6.

Arnold L, Meiselas L, Orgel G, Pemberton, LB. Cross-disciplinary perspectives on a liberal education for physicians. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc*. 1984;47(1):24-8.

Auden WH. Musée des beaux arts. In: Reynolds R, Stone J, editors. *On doctoring: stories, poems, essays*. New York: Simon & Schuster; 1991. p.128.

Aumont J, Marie M. *Dicionário teórico e crítico de cinema*. Campinas: Papirus Editora; 2003.

Baker R. *The art of aids: from stigma to conscience*. New York: The Continuum Publishing Company; 1994.

Banks SA. The newcomers: humanities and social sciences in medical education. *Tex Rep Biol Med*. 1974;32(1):19-30.

Banks SA, Vastyan EA. Humanistic studies in medical education. *J Med Educ*. 1973;48(3):248-57.

Bardes LC, Gillers D, Herman AE. Learning to look: developing clinical observational skills at an art museum. *Med Educ*. 2001;35:1157-61.

Barnard D. Making a place for the humanities in residency education. *Acad Med*. 1994;69(8):628-30.

Baron RJ. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. *Ann Intern Med*. 1985;103(4):606-11.

Bartol GM. Using the Humanities in nursing education. *Nurse Educ*. 1986;11(1):21-3.

Bates DG. Humanism in undergraduate medical school. *CMAJ*. 1971;105(3):258-61.

Bean WB. Die Allgemeinbildung (Humanities) ist das Nervensystem der Medizin [A educação geral (humanidades) é o sistema nervoso da medicina]. *Internist (Berl)*. 1975;16(7):328-30.

Beckingham CR. Science, the humanities, nursing research and nursing. *Int Nurs Rev.* 1982;29(2):41-5.

Belloni ML. *O que é mídia educação.* São Paulo: Editora Autores Associados; 2001.

Bellour R. *The analysis of film.* Bloomington: Indiana University Press; 2000.

Bench RJ. Health science, natural science and clinical knowledge. *J Med Philos.* 1989;14(2):147-64.

Bergman GE, Sorenson, JH, Gabrielson, IW. An adjunct humanities faculty in medical school. *J Med Educ.* 1982;57(5):413-5.

Berry CE, Drummond EJ. The place of the humanities in nursing education. *Nurs Outlook.* 1970;18(9):30-1.

Bertman S. Ars Moriendi: illuminations on the good death from the arts and humanities. *Hosp J.* 1998;13(1):5-28.

Bertman SL, Marks SC. Humanities in medical education. *Med Educ.* 1985;19(5):374-81.

Bessinger CD. Doctoring: the philosophic milieu. *South Med J.* 1988; 81(12):1558-62.

Bessinger CD. Reflections on "soul" and medical art. *J S C Med Assoc.* 1993;89(12):572-5.

Biggerstaff DE, Schnitz GW, Wingrove MS. Enhanced communication skills for medical students through drawing. *J Biocommun.* 1984;11(1):2-4.

Blasco PG. Literature and movies for medical students. *Fam Med*. 2001;33(6):426-8.

Blasco PG. *Medicina de família e cinema: recursos humanísticos na educação médica*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.

Blizek WL, Finkler D. Teaching human values in Medicine. *J Med Educ*. 1977;52(10):858-9.

Bloom BS. *Taxonomy of educational objectives: handbook I - cognitive domain*. New York: McKay; 1956.

Bloom BS, Hastings JT, Madaus GF. *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. Chicago: McGraw-Hill, Inc.; 1971.

Bordwell D. *Narration in the fiction film*. Madison: University of Wisconsin Press; 1985.

Bresnahan JF, Hunter KM. Ethics education at Northwestern University Medical School. *Acad Med*. 1989; 64(12):740-3.

Brieger GH. Do the humanities make for humane physicians? [editorial]. *Pharos Alpha Omega Alpha Med Soc*. 1994;57(3):42.

Brittain RD. Humanity in medicine [letter]. *N Engl J Med*. 1970;283(24):1345.

Brody H. Philosophy of medicine and other humanities: towards a wholistic view. *Theor Med*. 1985;6(3):243-55.

Brooks P. *The melodramatic imagination: Balzac, Henry James, melodrama and the mode of excess*. New Haven: Yale University Press; 1995.

Bruderle ER. The arts and humanities: a creative approach to developing nurse leaders. *Holistic Nurs Pract*. 1994;9(1):68-74.

Bruderle ER, Valiga TM. Integrating the arts and humanities into nursing education. *NLN Publ*. 1994;June(14):117-44.

Burch N. *Práxis do cinema*. São Paulo: Editora Perspectiva; 1992.

Burns CR. Comparative ethics of the medical profession outside the United States. *Tex Rep Biol Med*. 1974;32(1):181-7.

Calman KC, Downye RS, Duthie M. Literature and medicine: a short course for medical students. *Med Educ*. 1988;22:265-9.

Cândido A. A personagem do romance. In: Cândido A, Rosenfeld A, Almeida Prado D, Gomes PES. *A personagem de ficção*. São Paulo: Editora Perspectiva; 2002. p.51-80.

Caplan RM. A new University of Iowa Medical Humanities program. *J Iowa Med Soc*. 1983;73(4):127-9.

Caplan RM. Liberal arts and the preparation for medicine. *Iowa Med*. 1985;July:314-5.

Caplan RM, Widiss A. Medicine, law and humanities [letter]. *Acad Med*. 1991;66(9):531.

Charlton BG. Holistic medicine or the humane doctor? *Br J Gen Pract.* 1993;43(376):475-7.

Chatman S. *Story and discourse: narrative structure in fiction and film.* Ithaca: Cornell University Press; 1978.

Clark GA, Day MD, Greer WD. Discipline-Based Art Education: becoming students of art. In: Smith RA, editor. *Discipline-based art education: origins, meaning, and development.* Chicago: University of Illinois Press; 1989. p.129-93.

Clouser KD. Humanities and the medical school: a sketched rationale and description. *Br J Med Educ.* 1971;5(3):226-31.

Clouser KD. Medicine, humanities and integrating perspectives. *J Med Educ.* 1977;52(11):930-2.

Clouser KD. Humanities in Medical Education: some contributions. *J Med Philos.* 1990;15(3):289-301.

Cohen JJ. The humanities and medical education. Foreword. *Acad Med.* 1995;70(9):755-6.

Cohn JH. Liberal arts in pre-medical education. *J Med Assoc State Ala.* 1982;51(11):41-2.

Creed B. Film and psychoanalysis. In: Hill J, Gibson PC, editors. *The Oxford guide to film studies.* Oxford: Oxford University Press; 1998. p.77-90.

Crellin JK, Briones AF. Movies in Medical Education [letter]. *Acad Med.* 1995;70(9):745.

Crimp D, Rolston A. *AIDS Demographics*. Seattle: Bay Press; 1990.

Darbyshire P. Understanding the life of illness: learning through the art of Frida Kahlo. *ANS Adv Nurs Sci*. 1994;17(1):51-9.

Davey LM. Harvey Cushing and the Humanities in Medicine. *J Hist Med Allied Sci*. 1969;24(2):119-24.

Davies IK. *Objectives in curriculum design*. London: McGraw-Hill Book Co.; 1976.

Davis SK. Nursing and the humanities: health assessment in the art gallery. *J Nurs Educ*. 1992;31(2):93-4.

Davost PH. Des sciences humaines dans la formation du médecin. *Bull Acad Natl Med*. 1969;153(19):349-53.

De Villiers JC. Poetry and the neurosurgeons. *Acta Neurochir (Wien)*. 1993;124(2):166-7.

Dichi I. O médico no cinema: uma nova abordagem na discussão de ética e psicologia médica. *Rev Bras Educ Med*. 1994;18(1):40-1.

Dobbs SM. *Learning in and through art: a guide to discipline-based art education*. Los Angeles: The Getty Education Institute for the Arts; 1998.

Donaldson SK. Let us not abandon the humanities. *Nurs Outlook*. 1983;31(1):40-3.

Downie RS. Humane medicine and literature. *N Z Med J*. 1998;111(1058):1-2.

Dunea G. A plea for a continuing liberal education in medicine. *Chic Med Sch Q*. 1966;26(3):160-1.

Edinger EF. *Anatomia da psique: o simbolismo alquímico na psicoterapia*. São Paulo: Cultrix; 1995.

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129-36.

Engelhardt HT. Humanism and the profession(al). *J Dent Educ*. 1985;49(4):202-6.

Evans M. Pictures of the patient: medicine, science and humanities. *Occas Pap R Coll Gen Pract*. 1998;Apr(76):1-16.

Fields S. *Quatro roteiros: uma análise de quatro inovadores clássicos contemporâneos*. Rio de Janeiro: Objetiva; 1997.

Fox DM. Who we are: the political origins of the medical humanities. *Theor Med*. 1985;6(3):327-41.

Freeman JW. The Trojan War, humanities and the medical student. *S D J Med*. 1992;45(4):97-8.

Garcia AMGS, Silveira MFA. Um caminho de liberdade: a experiência da disciplina de semiologia e semiotécnica. *Rev Bras Enfermagem*. 1998;52(2):231-44.

Gardiner J. *Who's a pretty boy then?: one hundred and fifty years of gay life in pictures*. London: Butler & Tanner Ltd; 1998.

Glick S. Humanistic medicine in a modern age. *N Engl J Med*. 1981;304(17):1036-8.

Gogel EL, Terry JS. Medicine as interpretation: the uses of literary metaphors and methods. *J Med Philos*. 1987;12(3):205-17.

Goic A, Florenzano-Urzúa R, Velasco C. Análisis de la formación humanística y psicosocial en el pre-grado de la carrera de medicina. *Rev Med Chil*. 1985;113(5):453-62.

Gott T. Where the streets have new aims: the poster in the age of AIDS. In: Gott T, editor. *Don't leave me this way: art in the age of AIDS*. Canberra: National Gallery of Australia; 1994. p.187-211.

Groesbeck CJ. A imagem arquetípica do médico ferido. *Junguiana: Rev Soc Bras Psic Analítica (São Paulo)*. 1983;1:72-96.

Hardison OB. Problems of value in Medicine and the Humanities, or will the real doctor please stand up? *Perspect Biol Med*. 1977;20(3):439-49.

Harrell GT. Humanities in medical education: a career experience. *Perspect Biol Med*. 1985;28(3):382-401.

Harrow AJ. *A taxonomy of the psychomotor domain*. New York: McKay; 1972.

Hawkins AH. Literature, medical ethics and "epiphanic knowledge". *J Clin Ethics*. 1994;5(4):283-90.

Hernández OM, Espinoza JG, Garcia-Manzo NT. Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomía [editorial]. *Rev Med IMSS*. 1995;33(1):1-8.

Higgins SS, Lantz JM. Nursing education: an innovative approach to using film and creative writing to teach developmental concepts to pediatric nursing students. *J Pediatr Nurs*. 1997;12(6):364-6.

Hill J. Film and postmodernism. In: Hill J, Gibson PC, editors. *The Oxford guide to film studies*. Oxford: Oxford University Press; 1998. p.96-195.

Hogg PL. Medical education now includes humanities. *Pa Med*. 1989;92(2):36-40.

Hook EW. The Jeremiah Metzger Lecture. Humanities in medicine: treatment of a deficiency disorder. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 1996;108:203-21.

Hoshiko B. Nursing diagnosis at the art museum. *Nurs Outlook*. 1985;33(1):32-6.

Hunter K. What we do: the humanities and the interpretation of medicine. *Theor Med*. 1987;8(3):367-78.

Hylar S, Moore J. Teaching psychiatry? Let Hollywood help! Suicide in the cinema. *Acad Psychiatry*. 1996;20(4):212-9.

Infante MS. A rationale for general education in nursing curricula. *J Nurs Educ*. 1975;14(3):27-38.

Irrizary-Castro A. La receptividad hacia la integración de las artes liberales en el currículo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 1993;12(1):63-71.

Iversen OH. Medicine in the focal spot of the natural sciences, technology and humanity. *Perspect Biol Med*. 1989;32(3):315-21.

Jarman D. *Blue*. Woodstock: The Overlook Press; 1994.

Jones C. *Living proof: courage in the face of AIDS*. Nova York: Abbeville Press; 1994.

Jung CG. *Psicologia e alquimia*. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

Jung CG. *Os arquétipos e o inconsciente coletivo*. Petrópolis: Vozes; 2000.

Jung CG. *O eu e o inconsciente*. 17a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

Kahn L.: Humanities now? *Mo Med* 85(12):783-784, 1988.

Katz SL. The Humanities in the medical curriculum. *Ann N Y Acad Sci*. 1965;128(2):617-22.

Kaufman A. A ação de transformar: teatro pedagógico. *J Bras Psiquiatr*. 1993;42(8):421-3.

Kempner HL. Remarks on the announcement of the Harris L. Kempner professorship of humanities at the University of Texas Medical Branch. *Tex Rep Biol Med*. 1974;32(1):31-3.

King LS. The humanization of medicine [editorial]. *JAMA*. 1975;231(7):738-9.

Kopelman LM. Development of the medical humanities program at East Carolina University. *Acad Med*. 1989;64(12):730-4.

Kopelman LM. The medical humanities program at East Carolina University. *N C Med J*. 1993;54(8):409-13.

Kopelman LM. Bioethics and humanities: what makes us one field? *J Med Philos*. 1998;23(4):356-68.

Krakauer E. On medicine and politics. *Yale J Biol Med*. 1992;65(3):243-9.

Kramer L. *The normal heart*. New York: Penguin Books; 1985.

Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. *Taxonomy of educational objectives: handbook II: affective domain*. New York: McKay; 1964.

Kylo-Patrick RH. *The AIDS movie: representing a pandemic in film and television*. New York: The Haworth Press, Inc.; 2000.

Laborde RP. Medical humanities in Louisiana medical education. *J La State Med Soc*. 1984;136(5):47-8.

Lafferty PM. Balancing the curriculum: promoting aesthetic knowledge in nursing. *Nurse Educ Today*. 1997;17(4):281-6.

Laplantine F. *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

Leake CD. Humanistic studies in U. S. medical education. *J Med Educ*. 1973;48(9):878-9.

Leung S. AIDS and its representations. In: Cahan S, Kocur Z, editors. *Contemporary Art and Multicultural Education*. New York: The New Museum of Contemporary Art; 1996. p.281-306.

Levine ME. On the humanities in nursing. *Can J Nurs Res*. 1995;27(2):19-23.

Linn LS, Cope DW, Robbins A. Sociodemographic and premedical school factors related to postgraduate physicians' humanistic performance. *West J Med*. 1987;147(1):99-103.

Loden KC. Clinical experience at the museum of art. *Nurse Educ*. 1989;14(3):25-6.

Loftus LS, Whitehead F, Arnold WN. A humanities and medicine program for faculty. *Acad Med*. 1991;66(12):730.

Mainetti JA. Justificación de las humanidades médicas. *Quiron*. 1982;13(2):49-54.

Mainetti JA. Parerga y Paralipómena de humanidades médicas. *Quiron*. 1985;16(1):5-10.

Mainetti JA. Medicina posmoderna y renacimiento del humanismo: humanidades médicas, filosofía de la medicina y bioética. *Bol Acad Nac Med B Aires*. 1992;70(1):31-41.

Malacrida R, Wullschleger R, Rapin CH. De la bioéthique aux "medical humanities" par l'éthique clinique. *Rev Med Suisse Romande*. 1998;118(12):1019-21.

Mann J, Tarantola DJM, Netter TW. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, IMS UERJ; 1993.

Marshall PA, O'Keefe JP. Medical students' first-person narratives of a patient's story of AIDS. *Soc Sci Med*. 1995;40(1):67-76.

McElhinney TK. Placing the humanities perspective in the health profession curriculum. *J Allied Health*. 1983;12(3):221-28.

McNeur RW. Fellowship in the medical humanities: a report. *Tex Rep Biol Med*. 1974;32(1):35-42.

Middleton JA, Sen P, Middleton JR. Teaching humanistic behaviour: humanities study in the internal medicine residency. *N J Med*. 1993;90(10):763-6.

Mohr WK. Integrating aesthetics into nursing: literature as a suggested modality. *Arch Psychiatr Nurs*. 1995;9(6):365-72.

Monette P. *Love alone: eighteen elegies for Rog*. New York: Saint Martin's Press; 1988.

Moore AR. Medical humanities – a new medical adventure. *N Engl J Med*. 1976;295(26):1479-80.

Moore AR. Medical humanities: an aid to ethical discussions. *J Med Ethics*. 1977;3(1):26-32.

Moran JM. Usos do cinema e vídeo na escola. *Comum & Educ (ECA/USP)*. 1995;2:27-35.

Morani AD. Art in medical education: especially plastic surgery. *Aesthetic Plast Surg*. 1992;16(3):213-18.

Moreno JD, Spiegel AD. Television physicians. *N Y State J Med*. 1992;92(9):376-7.

Moretto RA, Mansur OFC, Araújo J. Humanismo e tecnicismo na formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 1998;22(1):19-25.

Morse W, Bottoms MS, Wastlick LA. Liberal and professional undergraduate nursing education: maintaining the connections. *J Prof Nurs*. 1992;8(5):282-8.

Mosley P. Role of the humanities in the education of health professionals. *Med Teach*. 1989;11(1):99-101.

Napolitano M. *Como usar o cinema na sala de aula*. São Paulo: Contexto; 2003.

Neidle EA. Dentistry – Ethics – The humanities: a three-unit bridge. *J Dent Educ.* 1980;44(12):693-6.

Nelson BW. Liberal arts and humanities in medicine [editorial]. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc.* 1981;44(4):36.

Nixon N, Nixon B. *People with AIDS.* Boston: David R Godine; 1991.

Nodal CRA. Cinedebate terapéutico III. *Rev Hosp Psiquiatr La Habana.* 1989;30(4):595-610.

Noll JG, Luft L, Chaves CL, Guerchfeld M. Mesa-redonda: inter-relação da psiquiatria com letras e artes. *Rev Psiquiatr R Gd Sul.* 1989;11(3):192-202.

Odets W. *In the shadow of the epidemic: being HIV-negative in the age of aids.* Durham: Duke University Press;1995.

Oglov L. The case for a liberal education. *CMAJ.* 1977;116(12):1406-8.

Parkin CJ. Humanities for the health professional. *AD Nurse.* 1987;2(6):30-1.

Parks ME. *The art teacher's desktop reference.* New Jersey: Prentice Hall; 1994.

Pásztor E. Parallels between three-dimensional thinking in neurosurgery and the development of perspective in art. *Acta Neurochir (Wien).* 1993;124(2):176-8.

Pechansky C, Furtado J, Amom S. Mesa Redonda: inter-relação da psiquiatria com letras e artes. *Rev Psiquiatr R Gd Sul.* 1989;11(3):185-91.

Peden AR, Staten RR. The use of the humanities in psychiatric nursing education. *J Nurs Educ.* 1994;33(1):41-2.

Pellegrino ED. The Humanities in medical education: entering the post-evangelical era. *Theor Med*. 1984;5(3):253-66.

Peloquin SM. Art: an occupation with promise for developing empathy. *Am J Occup Ther*. 1996;50(8):655-61.

Pessotti I. A formação humanística do médico. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1996;29(4):440-8.

Phenix PH. *Education and the common good: a moral philosophy of the curriculum*. New York: Harper and Brothers; 1961.

Phenix PH. *Realms of meaning*. New York: McGraw-Hill Book Co.; 1964.

Pierce ER. The liberal arts connection. *Am J Occup Ther*. 1984;38(4):237-44.

Portugal-Alvarez J. La enseñanza del humanismo médico. *An Med Interna*. 1991;8(11):569-70.

Povar GJ, Keith KJ. The teaching of liberal arts in internal medicine residency training. *J Med Educ*. 1984;59(9):714-21.

Pulsford D. The introduction of liberal studies into a project 2000 nurse education course. *Nurse Educ Today*. 1995;15(2):149-54.

Puthucheary SD. A curriculum in medical ethics and medical humanities. *Med J Malaysia*. 1980;35(1):86-95.

Rancich AM. La enseñanza de las humanidades médicas. *Quiron*. 1985;16(1):6-68.

Ratanakul P. The role of humanities in medical education. *J Med Assoc Thai*. 1977;60(7):326-9.

Reed C. Postmodernism and the art of identity. In: Stangos N, editor. *Concepts of Modern Art*. London: Thames and Hudson; 1994. p.271-93.

Reynolds RC, Carson RA. The place of humanities in medical education [editorial]. *J Med Educ*. 1976;51(2):142-3.

Risatti H. Art criticism in discipline-based art education. In: Smith RA, editor. *Discipline-based art education: origins, meaning and development*. Chicago: University of Illinois Press; 1989. p.217-25.

Risse GB. The role of medical history in the education of the 'humanist' physician: a reevaluation. *J Med Educ*. 1975; 50(5):458-65.

Saunders JB. Spoken language and small groups: a student experience in graduate nursing education. *J Adv Nurs*. 1982;7:529-44.

Schoenly L. Teaching in the affective domain. *J Contin Educ Nurs*. 1994;25(5):209-12.

Self DJ. The pedagogy of two different approaches to humanistic medical education: cognitive vs affective. *Theor Med*. 1988;9(2):227-36.

Self DJ. The educational philosophies behind the medical humanities programs in the United States: an empirical assessment of three different approaches to humanistic medical education. *Theor Med*. 1993;14(3):221-9.

Sharpe G. Seminars on Medicine and society [letter]. *N Engl J Med*. 1975;292(13):705.

Shelton W. The role of humanities in medical education. *J Ark Med Soc.* 1982;79(4):125-9.

Shilts R. *And the band played on: politics, people, and the aids epidemics.* New York: Saint Martin's Press; 1987.

Shumacher HB. Leo Eloesser and the humanities in medicine. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc.* 1984;47(2):27-33.

Siegel M, Siegel C. The use of literature in professional nursing education. *Nurs Forum.* 1977;16(2):156-64.

Smith RA. The changing image of art education: theoretical antecedents of discipline-based art education. In: Smith RA, editor *Discipline-based art education: origins, meaning and development.* Chicago: University of Illinois Press; 1989. p.3-34.

Sokolowsky T. America: where angels don't fear to tread. In: Gott T, editor. *Don't leave me this way: art in the age of AIDS.* Canberra: National Gallery of Australia; 1994. p.63-90.

Sole MJ. Medicine and the two cultures: science and humanism in medicine. *Clin Invest Med.* 1987;10(1):39-45.

Squires BP. The humanities in the general professional education of the physician: can Canadian schools meet the challenge? *CMAJ.* 1985;132(9):1000-1.

Stead EA. Happy, communicative and understanding doctors -- the roles of humanities and biosciences. *N C Med J.* 1986;47(12):561-2.

Sweeney B. The place of the humanities in the education of a doctor. *Br J Gen Pract.* 1998;48(427):998-1102.

Tapajós R. Os objetivos na educação médica. In: Marcondes E, Gonçalves EL, editores. *Educação médica.* São Paulo: Sarvier; 1998. p.69-94.

Tapajós R. A introdução das artes nos currículos médicos. *Interface Comun Saúde Educ.* 2002;6(10):27-36.

Tapajós R. HIV/AIDS in the visual arts: applying discipline-based art education (DBAE) to medical humanities. *Med Educ.* 2003;37:563-70.

Taylor RN. Medical humanities and clinical practice. *J S C Med Assoc.* 1995;91(12):500-2.

Teixeira IAC, Lopes JSM. *A escola vai ao cinema.* Belo Horizonte: Autêntica; 2003.

Teraoka M, Hess, L. Monitoring our times. In: Ulak JT, editor. *Paintings by Masami Teraoka.* New York: Weatherhill Sackler; 1996. p.50-5.

Treichler PA. *How to have theory in an epidemic.* Durham: Duke University Press; 1999.

Troncon LEA, Cianflone ARL, Martin CCS, Alessi NP, Bava MCGC, Meneghelli UG. Conteúdos humanísticos na formação geral do médico. In: Marcondes E, Gonçalves EL, editores. *Educação médica.* São Paulo: Sarvier; 1998. p.99-114.

Tyler RW. *Basic principles of curriculum and instruction.* Chicago: The University of Chicago Press; 1969.

Udvarhelyi GB. The Hopkins experiment. *Acta Neurochir (Wien)*. 1993;124(2):161-5.

Vande-Zande DA. The liberal arts and professional nursing: making the connections. *J Nurs Educ*. 1995;34(2):93-4.

Vanoye F, Goliot-Lété A. *Ensaio sobre a análise filmica*. Campinas: Papirus Editora; 2002.

Vogel S. The importance of visual arts in the life of a neurosurgeon. *Acta Neurochir (Wien)*. 1993;124(2):168-71.

Von Franz ML. The process of individuation. In: Jung CG, editor. *Man and his symbols*. London: Picador; 1978. p.159-254.

Wald SS. David B. Kriser Foundation establishes university professorship in humanities. *N Y State Dent J*. 1978;44(7):293-5.

Warren KS. The Humanities in medical education. *Ann Intern Med*. 1984;101(5):697-701.

Watney S. Photography and AIDS. In: Squiers C, editor. *The critical image*. San Francisco: Bay Press; 1990. p.187.

Watney S. Seeing AIDS: the work of Brian Weil. In: Weil B, editor. *Every 17 seconds: a global perspective on the AIDS crisis*. New York: Aperture; 1992. p.5-11.

Watzlawick P, Beavin JH, Jackson D. *Pragmática da comunicação humana*. São Paulo: Cultrix; 1967.

Wilson HS. A case for humanities in professional nursing education. *Nurs Forum*. 1974;13(4):406-17.

Wright SM, Kern DE, Kolodner K, Howard DM, Brancati FL. Attributes of excellent attending physician role models. *N Engl J Med*. 1998;339(27):1986-93.

Zaner RM. The unanchored leaf: humanities and the discipline of care. *Tex Rep Biol Med*. 1974;32(1):1-18.

Zita-Grover J. Visible lesions: images of the PWA in America. In: Miller J, editor. *Fluid exchanges: artists and critics in the AIDS crisis*. Toronto: University of Toronto Press; 1992. p.23-51.

Zita-Grover J. OI: opportunistic identification, open identification, in PWA portraiture. In: Gott T, editor. *Don't leave me this way: art in the age of AIDS*. Canberra: National Gallery of Australia; 1994. p.213-30.

FILMOGRAFIA CITADA

Absolutely positive. Peter Adair (dir.). EUA, 1991. 1 filme (87 min), son., col.

And the band played on (TV). Roger Spottiswoode (dir.). EUA: HBO, 1993. 1 filme (141 min), son., col. [Título em português: E a vida continua]. Leg. português.

Andre's mother (TV). Deborah Reinisch (dir.). EUA: HBO, 1990. 1 filme (60 min), son., col.

Blue. Derek Jarman (dir.). United Kingdom, 1993. 1 filme (79 min), son., col.

Common threads: stories from the Quilt. Robert Epstein, Jeffrey Friedman (dir.). EUA: Top Tape, 1989. 1 filme (80 min), son., col. [Título em português: C.A.M.I.N.H.O.S cruzados]. Leg. português.

Philadelphia. Jonathan Demme (dir.). EUA, 1993. 1 filme (125 min), son., col. [Título em português: Filadélfia]. Leg. português.

Poltergeist. Tobe Hooper (dir.). EUA, 1982. 1 filme (114 min), son., col. Leg. português.

Sono positivo. Cristiano Bortone (dir.). Italia, 1999. 1 filme (96 min), son., col.

The doctor. Randa Haines (dir.). EUA, 1991. 1 filme (122 min), son., col. [Título em português: Um golpe do destino]. Leg. português.

Zero patience. John Greyson (dir.). Canadá: Cinevista, 1993. 1 filme (95 min), son., col.