

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE

AMÉRICO DE ARAUJO PASTOR JUNIOR

PRODUÇÃO E RECEPÇÃO AUDIOVISUAL NA EDUCAÇÃO MÉDICA:
um estudo sobre a produção de sentidos e usos de filmes na Psicologia Médica

RIO DE JANEIRO
2016

Américo de Araujo Pastor Junior

**PRODUÇÃO E RECEPÇÃO AUDIOVISUAL NA EDUCAÇÃO MÉDICA:
um estudo sobre a produção de sentidos e usos de filmes na Psicologia Médica**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências e Saúde do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro para a obtenção do título de Doutor em Educação em Ciências e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho

Rio de Janeiro
2016

CIP - Catalogação na Publicação

P293p Pastor Junior, Américo de Araujo
PRODUÇÃO E RECEPÇÃO AUDIOVISUAL NA EDUCAÇÃO
MÉDICA: um estudo holístico sobre as apropriações e
produções de sentidos a partir de filmes na
Psicologia Médica / Américo de Araujo Pastor
Junior. -- Rio de Janeiro, 2016.
320 f.

Orientador: Luiz Augusto Coimbra de Rezende
Filho.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para
a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em
Ciências e Saúde, 2016.

1. Cinema e Educação. 2. Vídeo educativo. 3.
Estudo de recepção. 4. Tecnologias Educacionais.
5. Educação Médica. I. Coimbra de Rezende Filho,
Luiz Augusto, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Américo de Araujo Pastor Junior

PRODUÇÃO E RECEPÇÃO AUDIOVISUAL NA EDUCAÇÃO MÉDICA: um estudo sobre a produção de sentidos e usos de filmes na Psicologia Médica

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Educação em Ciências e Saúde.

Aprovado em 9 de setembro de 2016.

Prof(a). Dr(a). Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho – UFRJ

Prof(a). Dr(a). Adriana Mabel Fresquet – UFRJ

Prof(a). Dr(a). Rosália Maria Duarte – PUC-Rio

Prof(a). Dr(a). Cláudia Mara de Melo Tavares – UFF

Prof(a). Dr(a). Taís Rabetti Giannella – UFRJ

Para
Eduardo Galeano
(3/09/1940 - 13/04/2015)
Poeta e inspiração para (vi)ver o mundo.

AGRADECIMENTOS

À minha família que em sua diversidade me ofereceu oportunidades de aprendizados que me fizeram chegar até aqui, em especial aos meus pais que me ensinaram a resistir e também a seguir em frente sem perder as oportunidades de rir da vida e com a vida, à minha avó que me dá constantes lições de fé na vida e no homem, ao meu avô que me ensinou em pequenas lições a confrontar os meus medos, ao meu avô Beto que sapateiro me ensinou a me colocar nos sapatos dos outros com muita humildade, a minha irmã Juliana que coloca todos esses ensinamentos em prática com mais eficiência do que eu, aos meus primos que me ensinam a não levar a vida tão a sério, a minha irmã Malu que de sua admiração me mostra que posso ser mais do que penso, à minha (fada) madrinha (Soninha) por sua inabalável fé em mim, e ao meu sobrinho Miguel que me ajuda a remar com sua vitalidade e alegria.

À Luciana, minha parceira no amor e em todas as batalhas nesses últimos quase nove anos, que superou cada obstáculo dessa formação comigo e por isso é possível dizer que neste trabalho também tem muito esforço dela, bem como da família que ela me deu de presente (Gracinha e Nori) que igualmente me deram suporte nessa jornada.

Ao Luiz Rezende, meu orientador, que me ajudou a conseguir o melhor de mim em desafios mais amplos que o doutorado, sempre com bom-humor e espaços também para a diversão.

Ao Wagner e Marvin por serem coautores de minha formação, juntos nós quatro fizemos muito mais do que eu poderia imaginar quando comecei o curso de mestrado.

A todos os integrantes do GERAES e do LVE por tantas tardes de estudo, aprendizado e risos, especialmente à Iolanda e ao Ronaldo por sempre me ajudarem com os trabalhos burocráticos.

Às professoras membras das bancas de qualificação e de defesa, Adriana Fresquet, Taís Giannella, Cristina Vermelho, Cláudia Mara Tavares e Rosália Duarte por iluminarem este trabalho com os seus saberes.

Às professoras do NUTES, Isabel e Miriam, e colegas da turma de doutorado 2012, Maria Augusta, Diana e Amanda, por tantas oportunidades de aprendizado e produção nesses últimos quatro anos.

Aos professores e estudantes da Psicologia Médica por me oferecerem tantos aprendizados, experiências e realidades.

Aos amigos da vida e de pizza que encontrei no MPB-Vestibular (Thico, Dido, Nanda, Fábio, Gui e Bianco), para os quais muitas vezes me remeti nas palavras que escrevi nesta tese, ao amigo que encontrei no tatame (Cássio) e me ensinou esperar o momento certo para agir nas dificuldades, e aos eternos amigos de todas as pizzas e sonhos Alexandre e Dri.

Aos recentes amigos que fiz na Psicologia, entre tantos colegas e professores, pelos inúmeros encontros comigo mesmo e com outros eus, que agora vocês todos são/somos nós.

Aos Mestres Maurício Barroso, Sônia Damico, Elisameli Vilhena, Maracy Alves e Lara Sayão por serem mestres e, como tal, iluminarem meus caminhos e fazerem da educação um projeto de transformação, do qual sou fruto e agora também responsável.

O nosso grande medo não é o de que sejamos incapazes. O nosso maior medo é que sejamos poderosos além da medida; é a nossa luz, não a nossa escuridão, que mais nos amedronta. Perguntamo-nos: Quem sou eu para ser brilhante, atraente, talentoso e incrível? Na verdade, quem és tu para não seres tudo isso?... Sentir-se pequeno não ajuda o mundo. Não há nada de brilhante em encolher-se para que as outras pessoas não se sintam inseguras à tua volta. E à medida que deixamos a nossa própria luz brilhar, inconscientemente, damos às outras pessoas permissão para fazer o mesmo.

Marianne Williamson (1992) citado por Nelson Mandela em discurso de posse da presidência da África do Sul em 1994.

A televisão/2

A televisão mostra o que acontece? Em nossos países, a televisão mostra o que ela quer que aconteça; e nada acontece se a televisão não mostrar.

A televisão, essa última luz que te salva da solidão e da noite, é a realidade. Porque a vida é um espetáculo: para os que se comportam bem, o sistema promete uma boa poltrona.

A televisão/3

A tevê dispara imagens que reproduzem o sistema e as vozes que lhe fazem eco; e não há canto do mundo que ela não alcance. O planeta inteiro é um vasto subúrbio de Dallas. Nós comemos emoções importadas como se fossem salsichas em lata, enquanto os jovens filhos da televisão, treinados para contemplar a vida em vez de fazê-la, sacodem os ombros.

Na América Latina, a liberdade de expressão consiste no direito ao resmungo em algum rádio ou em jornais de escassa circulação. Os livros não precisam ser proibidos pela polícia: os preços já os proíbem.

Eduardo Galeano (2002)

PASTOR JUNIOR, Américo de Araujo. *Produção e recepção audiovisual na educação médica: um estudo sobre a produção de sentidos e usos de filmes na Psicologia Médica*. Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Educação em Ciências e Saúde) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

A Psicologia Médica é uma disciplina da educação médica que pretende formar os estudantes para desenvolverem atendimentos médicos humanizados e empáticos. Para isso, essa disciplina recorrentemente faz uso de vídeos e filmes sob a expectativa de que estes possibilitem transportar aspectos dessa realidade da prática médica para a sala de aula e oferecer a oportunidade de os estudantes vivenciarem e refletirem sobre essa realidade ainda não experimentaram completamente. Entretanto, baseado em Worth (1978) entendemos que de modo geral as apropriações de filmes e vídeo na educação têm sido sustentadas por pressupostos que raramente são discutidos e estudados empiricamente, além de raramente considerarem os espectadores como produtores ativos de sentidos. Hall (2003) aponta que a comunicação é um processo multilinear e complexo de negociação de sentidos entre produtores e receptores, em que não há necessária identidade entre os significados produzido por estes. Diante disso, este estudo pretendeu compreender as dinâmicas de negociação e produção de sentidos que ocorrem quando os filmes são apropriados nas aulas de Psicologia Médica. Para isso foram acompanhados dois semestres da disciplina em uma universidade pública do Rio de Janeiro, analisados os dois filmes comerciais recorrentemente lá utilizados, seus modos de usos durante as aulas, a discussão subsequente à exibição destes filmes e aplicados questionários a estudantes que assistiram os filmes em questão. Os resultados mostram que o contexto da disciplina foi um importante mediador na medida em que as leituras desses filmes tenderam a se relacionar com os tópicos da disciplina, mesmo que estes filmes não tivessem sido produzidos com esse objetivo. Apesar das tentativas dos professores em controlar a produção de sentido durante a mediação da discussão após a exibição, os estudantes tenderam a ser ativos e autônomos na produção de sentidos em relação ao filme. Os estudantes consideraram o universo fílmico como bastante crível e, a partir disso, se posicionaram com certa autonomia em relação aos discursos defendidos pelos filmes. Também foram influentes nas leituras produzidas tópicos que os estudantes esperavam melhor aprender nas aulas desta disciplina. Os estudantes aproveitaram a oportunidade de discussão do filme para voltar a alguns pontos das aulas que ainda lhes ofereciam dúvidas. Este estudo mostrou como o uso de um filme em sala de aula é uma tarefa complexa e influenciada por questões contextuais da disciplina, do curso e do cotidiano dos estudantes/espectadores.

PASTOR JUNIOR, Américo de Araujo. *Audiovisual Production and reception in medical education: a research on meaning-making and movies uses in Medical Psychology subject*. Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctoral in Science and Health Education) – Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

The Medical Psychology is a discipline of medical education that aims to train students to develop humanized and empathetic medical care. For this, this discipline recurrently uses videos and movies on the expectation to bring some aspects of the reality of medical practice to the classroom and provide the opportunity for students to experience and reflect about this situation that they did not fully experienced. However, based on Worth (1978), it is considered that the appropriations of movies in education have been supported by assumptions that are rarely discussed and empirically studied, besides rarely consider the audience as active producers of meaning. Hall (2003) points out that communication is a multilinear and complex process of negotiation of meanings between producers and receivers in which there is no necessary identity between the meanings produced by producer and receivers. Thus, this study aimed to understand the dynamics of meaning negotiation and production that occur when the films are used in Medical Psychology classes. To this it was observed two semesters of this discipline at a public university of Rio de Janeiro, analyzed two movies recurrently used in this classes, the discussion done after of the move screening to students and applied questionnaires to them. The results show that the context the discipline was an important mediator in the meanings produced by the students. The meanings tended to be related to the topics the discipline, although these films have not been produced for this purpose. Despite the attempts of teachers to control the production of meaning during the discussion after the screening, students tended to be active and relatively independent in the meaning-making about the movies. Students considered the filmic universe as quite believable and positioned themselves with a certain autonomy in relation to the discourse advocated by the movies. The discipline topics that students expected better learning were also influential in the meaning produced readings. Students took the discussion of the film to return to some points of the lessons that still gave them doubts. This study showed how the use of a movie in class is complex and influenced by contextual issues of the discipline, course and everyday life of students/spectators.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|-----------|---|-----|
| Figura 1 | Diagrama ilustrativo de procedimentos metodológicos | 50 |
| Figura 2 | Capa do DVD “ <i>Um Golpe do Destino</i> ” distribuído na Austrália. | 90 |
| Figura 3 | Capa do DVD “ <i>Um Golpe do Destino</i> ” distribuído nos EUA. | 91 |
| Figura 4 | Cartaz de divulgação do filme “ <i>Um Golpe do Destino</i> ”. | 92 |
| Figura 5 | Capa do DVD “ <i>Um Golpe do Destino</i> ” distribuído no Brasil. | 93 |
| Figura 6 | Cartaz de divulgação do filme “ <i>Um Golpe do Destino</i> ” no Brasil. | 94 |
| Figura 7 | Capa do VHS “ <i>Um Golpe do Destino</i> ” distribuído no Brasil. | 95 |
| Figura 8 | Fotografia da encenação da primeira versão de Wit | 135 |
| Figura 9 | Fotografia da cena 1 na encenação da segunda versão de Wit | 136 |
| Figura 10 | Captura de tela da cena 1 do filme Wit | 137 |
| Figura 11 | Fotografia da cena 7 na encenação da segunda versão de Wit | 138 |
| Figura 12 | Capa do DVD Wit lançado nos EUA | 142 |
| Figura 13 | Capa do DVD Wit lançado na Espanha | 142 |
| Figura 14 | Capa do DVD Wit lançado no Brasil | 143 |
| Figura 15 | Cartazes de divulgação da peça teatral Wit nas versões de 1998, versão 2000 e 2012, respectivamente | 145 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|-----------|---|-----|
| Quadro 1 | Aulas e temas no primeiro semestre | 40 |
| Quadro 2 | Quadro Geral de Procedimentos Metodológicos | 51 |
| Quadro 3 | Periódicos selecionados para revisão de literatura. | 53 |
| Quadro 4 | Título, ano de publicação, autoria, tipo de estudo e periódico dos artigos. | 53 |
| Quadro 5 | Proposta inicial do programa de aulas de PsiMed 2014/1 e 2014/2 | 66 |
| Quadro 6 | Aulas lecionadas na PsiMed 2014/1 e 2014/2 | 67 |
| Quadro 7 | Quadro com os vídeos utilizados nas aulas e seminários em 2014/1 | 73 |
| Quadro 8 | Quadro com os vídeos utilizados nas aulas e seminários em 2014/2 | 76 |
| Quadro 9 | Respostas à pergunta 1 | 117 |
| Quadro 10 | Respostas à pergunta 2 | 118 |
| Quadro 11 | Respostas à pergunta 3 | 119 |
| Quadro 12 | Respostas à pergunta 4 | 120 |
| Quadro 13 | Respostas à pergunta 5 | 121 |
| Quadro 14 | Respostas à pergunta 6 | 122 |
| Quadro 15 | Respostas à pergunta 8 | 122 |
| Quadro 16 | Respostas à pergunta 7 | 123 |
| Quadro 17 | Respostas à pergunta 9 | 124 |
| Quadro 18 | Respostas à pergunta 10 | 125 |
| Quadro 19 | Respostas à pergunta 11 | 126 |
| Quadro 20 | Títulos de lançamento do filme | 141 |
| Quadro 21 | Respostas à pergunta 1 | 164 |
| Quadro 22 | Respostas à pergunta 2 | 165 |

| | | |
|-----------|-------------------------|-----|
| Quadro 23 | Respostas à pergunta 3 | 167 |
| Quadro 24 | Respostas à pergunta 4 | 168 |
| Quadro 25 | Respostas à pergunta 5 | 168 |
| Quadro 26 | Respostas à pergunta 6 | 170 |
| Quadro 27 | Respostas à pergunta 8 | 171 |
| Quadro 28 | Respostas à pergunta 10 | 171 |
| Quadro 29 | Respostas à pergunta 11 | 172 |
| Quadro 30 | Respostas à pergunta 7 | 173 |
| Quadro 31 | Respostas à pergunta 9 | 174 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|--------|---|
| PsiMed | Psicologia Médica |
| LVE | Laboratório de vídeo educativo |
| NUTES | Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde |
| DVDs | Digital Versatile Disc (disco digital versátil) |
| RMP | Relação Médico Paciente |
| FM | Faculdade de Medicina |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| RBEM | Revista Brasileira de Educação Médica |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| APRESENTAÇÃO..... | 16 |
| 1 INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 1.1 PROBLEMATIZAÇÃO | 18 |
| 1.2 OBJETO | 26 |
| 1.3 OBJETIVOS..... | 29 |
| 1.3.1 Objetivo geral..... | 29 |
| 1.3.2 Objetivos específicos | 30 |
| 1.4 JUSTIFICATIVA | 30 |
| 1.5 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO | 31 |
| 1.6 MÉTODO..... | 40 |
| 1.6.1 Contexto da pesquisa | 40 |
| 1.6.2 Materiais..... | 41 |
| 1.6.3 Sujeito da pesquisa | 42 |
| 1.6.4 Procedimentos metodológicos..... | 42 |
| 2 FILMES E VÍDEOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA..... | 52 |
| 2.1 REVISTA MEDICAL EDUCATION | 55 |
| 2.2 EDUCACIÓN MÉDICA SUPERIOR..... | 56 |
| 2.3 BMC MEDICAL EDUCATION..... | 57 |
| 2.4 REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA..... | 60 |
| 2.5 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO..... | 62 |
| 3 ANÁLISE DO CONTEXTO | 65 |

| | |
|---|------------|
| 4 ESTUDO DA PRODUÇÃO E RECEPÇÃO DO FILME <i>UM GOLPE DO DESTINO</i>..... | 82 |
| 4.1 ESTUDO DA PRODUÇÃO | 82 |
| 4.1.1 Análise Fílmica e da Narrativa | 82 |
| 4.1.2 Modo de Endereçamento e Significado Preferencial..... | 89 |
| 4.2 ESTUDO DA RECEPÇÃO | 100 |
| 4.2.1 Observação das reações dos espectadores durante a exibição do filme | 100 |
| 4.2.2 Análise da discussão em grupo..... | 102 |
| 4.2.3 Análise dos questionários..... | 115 |
| 5 ESTUDO DA PRODUÇÃO E RECEPÇÃO DO FILME <i>WIT</i> | 128 |
| 5.1 ESTUDO DA PRODUÇÃO | 128 |
| 5.1.1 Análise Fílmica e da narrativa | 129 |
| 5.1.2 Modo de Endereçamento e Significado Preferencial..... | 146 |
| 5.2 ESTUDO DA RECEPÇÃO | 148 |
| 5.2.1 Observação das reações dos espectadores durante a exibição do filme | 148 |
| 5.2.2 Análise da discussão em grupo..... | 149 |
| 5.2.3 Análise dos questionários..... | 164 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 176 |
| REFERÊNCIAS..... | 192 |
| APÊNDICES | 196 |
| ANEXOS..... | 308 |

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa tem origem em algumas questões construídas durante o curso de mestrado. Estas questões são norteadas por meus interesses e práticas que coadunaram com os interesses das pesquisas desenvolvidas no Laboratório de Vídeo Educativos (LVE) do Núcleo de Tecnologia Educacional para Ciências e Saúde. Meus interesses, de modo geral, voltavam-se para a compreensão de como filmes poderiam ser utilizados como recursos para provocar mudanças de atitudes e tomada de consciência no contexto das lutas por mudanças sociais.

O objetivo de compreender os usos de filmes e vídeos utilizados em processos de ensino-aprendizagem é relevante pois, como apresentaremos na problematização da presente pesquisa, os vídeos em geral têm seus usos educativos sustentados por pressupostos que raramente foram objetos de pesquisas empíricas. Diversos autores afirmam que os vídeos educam por utilizarem "canais da emoção", por trazerem o cotidiano para a sala de aula, por serem mídias com as quais os estudantes já possuem certa intimidade, por fazerem uso de imagens e imagens valem mais que palavras, entre outros argumentos. Estes argumentos, em sua maior parte, pouco foram validados por pesquisas empíricas, mas continuam a circular sustentando novos estudos, conformando outras práticas. Para a justa validação desses argumentos e compreensão de outros fatores intervenientes na prática de uso de vídeo na educação, de acordo com nossa perspectiva, seria preciso olhar toda a complexidade envolvida nesse uso e considerar tanto os produtores de tais filmes/vídeos, espectadores, práticas cotidianas e o contexto sociocultural no qual estes sujeitos produzem e compartilham sentidos. Portanto, ao nos questionarmos sobre os usos dos vídeos na educação, consideramos como parte desses usos as perspectivas de produtores dos vídeos, de professores que escolhem e usam os vídeos e espectadores/estudantes que produzem sentidos destes vídeos de modo relativamente autônomo, ou seja, em negociação com as intenções de produtores e professores, esses três, mobilizando e compartilhando referenciais culturais e de conhecimento.

Estes questionamentos podem trazer grande contribuição à formação médica. Isso pois, compreendendo as recentes modificações que vêm sendo discutidas, negociadas e implementadas na formação médica em direção à maior humanização do atendimento, e reconhecendo o uso recorrente de vídeos na abordagem de alguns temas e em disciplinas que se voltam a este fim, como a Psicologia Médica (PsiMed), estudar os usos de filmes e vídeos para tais objetivos e segundo nossa perspectiva, possibilita trazer alguma iluminação à compreensão sobre os modos como tais vídeos são selecionados, para que são selecionados, sob quais objetivos e expectativas, além de permitir compreender os modos como os usos feitos

por professores podem modificar a mensagem inicial intencionada pelos produtores e como os espectadores podem resistir/aderir a estas intenções, ou simplesmente fazer suas leituras baseados em outros referenciais. Entre outros aspectos, essa complexificação da compreensão dos processos comunicativos produzidos na sala de aula, e como são atravessadas por outros tantos, nos permite repensar como estes são constituídos e constituintes dos processos de ensino aprendizagem.

Diante disso, optamos por desenhar uma pesquisa que envolvesse os diversos aspectos que fazem parte de produção de sentido de um filme: práticas cotidianas (de produção e de recepção de sentidos), contexto sociocultural e texto. Para isso, situamos nossa pesquisa dentro dos estudos culturais, e selecionamos métodos qualitativos que partissem principalmente da verbalização da experiência de produtores e receptores a respeito de suas práticas de produção de sentidos. Assim, esta pesquisa utiliza análises fílmicas, grupos de discussão, análise de planos de aula, aplicação de questionários e observação das aulas em que os vídeos são inseridos e utilizados por professores.

Sucintamente, ao considerar as intenções de produtores, professores e espectadores, o objetivo dessa pesquisa é descrever e analisar os usos de filmes na PsiMed. A PsiMed é a disciplina do currículo médico que mais se dedica às questões de humanização da prática médica e também a disciplina que mais constantemente faz uso de filmes em seus programas.

INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

Nos últimos 40 anos a Educação Médica no Brasil passou por mudanças em seus objetivos, organização, conteúdos e estratégias pedagógicas. Um dos principais motivos dessas mudanças foram as críticas à ênfase nos saberes biomédicos em detrimento dos que tomam o homem em sua complexidade biopsicossocial.

De acordo com Lampert (2001), no Brasil, uma primeira mudança se deu em 1968, quando se abandonou um modelo de formação médica de inspiração francesa e adota-se um modelo americano de formação. Para Lampert (2004), neste novo modelo, agora modelo tradicional, a prática pedagógica tem sua estrutura curricular fracionada em ciclo básico e profissionalizante e disciplinas fragmentadas. O seu processo de ensino-aprendizagem é centrado no professor, com aulas expositivas e demonstrativas, com ênfase na memorização de conteúdos, raciocínio clínico e habilidades selecionadas. Estas aulas geralmente são dirigidas para um grande grupo de alunos. O eixo prático da formação é centrado demasiadamente no universo hospitalar. A capacitação docente privilegia apenas as competências técnico-científicas. Segundo a mesma autora, o aluno tem seu lugar como observador e executa algumas atividades selecionadas, restritas ao âmbito das especialidades, o que por sua vez resulta em uma visão fragmentada do paciente, que é visto destacado de seu contexto ambiental/social.

Santos & Westphal (1999) e Pagliosa & Da Ros (2008) destacam que essa formação médica tem ênfase biomédica, privilegia as abordagens positivistas da ciência e valoriza centralmente o estudo de fenômenos observáveis, mensuráveis e reproduzíveis. Isso resulta na difusão de uma prática médica desumanizada, pois prioriza abordagens mecanicistas, tecnologicizadas, extremamente biologicizadas, descontextualizadas, e não tomando o ser humano em sua complexidade, que extrapola os aspectos meramente biológicos da existência humana. As críticas a esse modelo foram intensificadas na década de 1960 e perduram atualmente. Isso pois, apesar de estar epistemologicamente superado, este modelo ainda exerce influência determinante e predominante nos currículos de grande parte das escolas médicas brasileiras (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Como resposta a essa formação pouco problematizada da prática médica, a partir de 1960, surgem em diferentes setores voltados às políticas e práticas de saúde mobilizações com um objetivo comum de uma reorientação das práticas médicas. Duas respostas que ganharam destaque no Brasil foram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e a criação de disciplinas

que se voltassem a estas questões. De modo geral, Para Santos e Westphal (1999), essas respostas reivindicavam uma prática médica mais humanizada e centrada nas necessidades da população, focando no grupo social ao qual o indivíduo pertence e não apenas no indivíduo, passando de uma ênfase curativista à preventivista.

Segundo Perim (2010), as diretrizes apontam um novo caminho para a formação do médico, prevendo a integração de conteúdos e o desenvolvimento de competências e habilidades, valendo-se de metodologias ativas de ensino, integração entre ensino e serviços de saúde e, aproximar o futuro médico da realidade social. Mas vale ressaltar que, acima de tudo, preconiza a formação de profissionais com autonomia e discernimento para atuar na garantia da integralidade da atenção, além da qualidade e da humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. Assim, passa-se de uma dimensão individual para uma dimensão coletiva; de currículos rígidos, compostos por disciplinas cada vez mais fragmentadas, com priorização de atividades teóricas, para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais, os quais exigem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de múltiplos cenários de ensino.

A criação de disciplinas também mereceu a atenção, sobre tudo a criação da disciplina PsiMed. Algumas destas disciplinas são criadas antes mesmo das DCN, e persistiram presentes na formação médica mesmo após as DCN. Isto por que, como já havíamos destacado de Almeida *et al.* (2007), o currículo tradicional ainda exerce influência determinante nos cursos médicos brasileiros, estas disciplinas acabam tendo por finalidade servir de ponte, integrar esses saberes fragmentados do currículo médico. Contudo, estas disciplinas ainda representam um voz contra-hegemônica no currículo médico.

A disciplina PsiMed compõe o currículo do curso de medicina e tem papel importante por se dedicar à dimensão psicológica das relações médico-paciente (RMP), além de se voltar para a integração do ensino com a prática (CAPRARA & FRANCO, 1999; MUNIZ & CHAZAN, 2010). Essa disciplina se constitui como espaço de aprendizado e reflexão a respeito da relação entre o médico e seus pacientes, e busca uma formação que abarque, de forma integrada, conhecimentos nas áreas biomédicas e psicossociais, por meio de uma abordagem crítica e de orientações éticas e humanísticas (AGARAKI & SPINK, 2009; CORTOPASSI *et al.*, 2006). É papel preponderante da PsiMed atuar na formação de fundamentos, valores e saberes que sejam pautados pela compreensão integrada das dimensões biopsicossociais presentes nas RMP, atravessando toda a formação médica de forma integrada à prática (CORDEIRO *et al.*, 2010; LUCCHESI *et al.*, 2009; SILVA *et al.*, 2009; MARCO *et al.*, 2009;

MUNIZ & EISENSTEIN, 2009; QUINTANA *et al.*, 2008; CORTOPASSI *et al.*, 2006). Assim, a PsiMed compõe o currículo da formação médica, e busca provocar a tomada de consciência para o campo dinâmico e complexo das relações inerentes à prática médica, à compreensão das dimensões subjetivas e históricas da vida do paciente.

De acordo com nossa pesquisa anterior (PASTOR JUNIOR *et al.*, 2012), na constituição histórica dessa disciplina, uma das estratégias pedagógicas que foi adotada com certa frequência foi a exibição de filmes e vídeos educativos aos estudantes de PsiMed. Tal prática pode ser notada, principalmente, no curso de medicina da universidade em que produzimos os dados da presente pesquisa. Foram utilizados filmes comerciais e vídeos educativos produzidos pela própria universidade, com o objetivo de complementar a abordagem dos seguintes temas: a PsiMed no ensino e na assistência; o parecer médico psicológico e a relação paciente-equipe de saúde; a RMP e seus modelos no marco cultural; reações psicológicas à doença e à internação; introdução ao exame psíquico, síndromes psiquiátricas no hospital geral; a doença e seu significado na cultura; assistência à criança: visão integrada; o atendimento a pacientes em unidades de emergência, coronariana e CTI; assistência em casos de doença crônica; assistência à Terceira idade; assistência em caso de doença cirúrgica; atendimento a pacientes com queixas difusas; morte e assistência em casos de doença terminal; difíceis decisões: situações limites na prática médica.

Em análise apresentada em um de nossos trabalhos anteriores (PASTOR JUNIOR, 2012), pudemos observar que estes filmes e vídeos utilizados tendiam a dramatizar situações cotidianas da prática médica tendo em vista provocar discussão entre os grupos de espectadores e a reflexão sobre a prática médica. O uso de dramatizações estava frequentemente ligado ao objetivo de problematizar a prática médica.

Essa estratégia pedagógica, ao propor tal discussão, relacionava-se diretamente com o objetivo de reorientação da formação médica e, historicamente, passou por algumas mudanças. Em Pastor Junior (2012), pudemos perceber que, a partir de 1975, ocorreu uma constante substituição dos vídeos educativos por filmes advindos da indústria cinematográfica. Estes filmes são na maioria dramas, o que indica uma intenção de privilegiar a experienciação de conflitos, em lugar do “dirigismo” do vídeo educativo mais tradicional. Aparentemente, com a exibição dos filmes, pretendia-se provocar uma identificação dos espectadores com os personagens da narrativa, permitindo assim que estes espectadores pudessem vivenciar outras “realidades” e experiências no universo ficcional. Nesse sentido, os vídeos deixam de serem utilizados como meio de “transporte” de conteúdos didaticamente organizados, para servirem de suporte para vivências de outras experiências.

Disso é possível supor que, apesar da disciplina PsiMed surgir da necessidade de humanizar e problematizar a formação médica, a produção e o uso dos vídeos parece que nem sempre foram suficientemente problematizados, nem foram considerados os espectadores como ativos em sua produção de sentidos. Em muitos casos a expectativa era de que os vídeos atuassem como estímulos capazes de provocar a discussão de temas pré-selecionados, identificação e que os estudantes/espectadores passassem passivamente a refletir e discutir. Assim, parece que se na temática da disciplina buscava-se inserir o homem em sua complexidade, nas estratégias, metodologias e recursos utilizados, como vídeos, o homem aparentemente nem sempre era considerado nessa complexidade, reduzindo-se muitas vezes a mero organismo que produziria respostas a dados estímulos, que habitualmente se esperava que esses vídeos fossem. Contudo é importante frisar que isto que apontamos aqui trata-se de uma suposição que deverá ser melhor compreendida com o estudo que estamos propondo.

Esse tipo de concepção, que conforma diversos modos de usos desproblematizados dos vídeos em contextos educativos que foram acima indicados, já vem sendo questionado há bastante tempo. Em trabalho publicado em 1974, Sol Worth (1981) já destacava que os usos educativos de filmes são frequentemente coloridos pelos entendimentos destes como arte, propaganda, comunicação e sobre seus supostos efeitos à sociedade. Estes tipos de entendimentos e usos se convertem em crenças que são tomadas como pressupostos de muitos estudos feitos até a data de publicação de seus últimos trabalhos, e que podemos facilmente encontrar em publicações bastante atuais. Segundo Worth (1974), a maior parte dos estudos sobre os usos educacionais dos vídeos não se voltaram para a verificação desses pressupostos, não tiveram estes pressupostos como objeto de estudo e, por isso mesmo, esses pressupostos não podem sustentar estudos subsequentes. Segundo o autor, os dois principais tipos de pressupostos mais recorrentes seriam: a ideia de *linguagem universal* conferida aos filmes/vídeos e a suposta *primazia psicológica e social* que as imagens teriam sobre as palavras por serem compreendidas como uma forma de pensamento visual.

O primeiro pressuposto refere-se à ideia de universalidade e potencial inexplorado dos vídeos como recurso educativo, e concebe os vídeos como “linguagem universal e dotada um potencial ainda inexplorado para fazer aquilo que as palavras falham em fazer, comunicando forma multimodal, multissensorial, e para todas as idades e através de diferentes culturas. Acreditar que pessoas de todas as idades e culturas gostam e entendem os vídeos, é uma das faces dessa pressuposição rodeada de inconsistências. Já o segundo pressuposto, caracterizado pela primazia psicológica e social dos vídeos, supondo que os vídeos sejam uma forma de "pensamento visual", acreditam que estes são superiores às palavras. É possível perceber esta

noção circulando pela sociedade, sob a forma do já notório enunciado "uma imagem vale mais que mil palavras". Um desdobramento desta crença é o entendimento de que os vídeos são uma linguagem das novas gerações, que se tornará primária social e culturalmente, evidentemente motivada pela suposta primazia psicológica.

É possível citar alguns trabalhos sobre os usos de vídeos em contextos educativos que se sustentam nesses tipos de pressupostos questionados por Worth (1974). Estes trabalhos defendem as supostas potencialidades mesmo sem haver sustentação empírica para tal. Para Ferrés (1996) os vídeos podem despertar a atenção e a curiosidade, reforçar o interesse e a motivação de alunos; segundo Arroio e Giordan (2004, 2005 e 2006), vídeos possibilitam transporte de fatos cotidianos para o momento do processo educativo, podem servir para introduzir um novo assunto, despertar a curiosidade e motivação para novos temas, promovem a aquisição de experiências de diversos tipos: conhecimentos, emoções, atitudes, sensações; Outros autores destacam o recurso audiovisual como um “canal privilegiado para garantir o acesso aos níveis cognitivo, afetivo e da ação e aos códigos de comunicação de modo geral” (BOOG, GALLIAN, RONCOLETTA e MORETO, 2003). Mais especificamente, na Educação Médica, é possível citar: Blasco *et al.* (2005) que o uso do cinema suscita a reflexão sobre valores e atitudes como forma de sensibilização para ensinamentos posteriores; Wong *et al.* (2009) e Ketis e Kersnik (2011) que relatam experiências de uso de vídeos (trechos de filmes e séries de TV) para ensinar habilidades comunicativas e empatia para estudantes de medicina.

Estas críticas feitas por Sol Worth, em 1974, ainda hoje parecem bastante atuais e recorrentes em diversos argumentos que defendem/justificam/propõem os usos de vídeo na educação. Para o autor, a maior parte dos estudos sobre os usos educacionais dos vídeos não se voltaram para a verificação desses pressupostos, não tiveram estes pressupostos como objeto de estudo e, portanto, não podem sustentar estudos sobre os usos educativos de vídeos.

Longe de esvaziar o interesse no melhor desenvolvimento do conhecimento sobre as relações entre os recursos audiovisuais e a educação, a crítica de Sol Worth nos permite dar novos contornos às pesquisas, reorientá-las, e mais importante, reforçar a importância de também se voltarem as pesquisas para estas questões destacadas por ele. Segundo Worth,

A verdade não é que o visual é psicologicamente, culturalmente, e sensorialmente a principal via de experimentação e conhecimento do mundo, mas sim que o modo visual de comunicação, juntamente com outros modos, permite-nos entender, controlar, ordenar e, assim, articular o mundo e nossas experiências.

Com a ajuda do trabalho de Valério Fuenzalida (2005) é possível tornar um pouco mais complexo o entendimento da relação entre audiovisual e educação. Referindo-se mais diretamente à TV, e extrapolando o contexto educativo exclusivamente da instituição escolar,

o autor afirma que a TV é uma agência de socialização diferenciada da escola, com uma linguagem diferente, acerca de temas diferentes, e ocorre de maneira diferente à socialização analítica ordenadora da linguagem presente na escola. Abordando mais especificamente a audiência televisiva de programas mais variados, Fuenzalida, em suas considerações, confere maior poder aos espectadores, que a partir de seu universo sociocultural e de suas expectativas existenciais constituem ou não um propósito educativo para o ato de assistir um programa de TV. O autor trabalha com a ideia de *expectativa educativa* como um modo intencional de espectadores receberem conteúdos audiovisuais na espera de aprender algo com aquilo que assistem. Deste modo, a partir de sua situação cultural, os espectadores reelaboram suas expectativas acerca da educação, para orientá-las a questões mais alusivas às necessidades existenciais de sua vida cotidiana.

Em direção similar, Jaques Rancière (2007) destaca a emancipação intelectual dos espectadores. O próprio termo “espectador” é criticado pelo autor por fazer subentender uma passividade dos receptores, e subjazer uma falta de consciência. Para o autor este entendimento de espectador passivo estaria fundado numa concepção platônica em que o ato de olhar apenas acessaria a aparência das coisas, e não a essência/realidade. Deste modo, olhar não seria uma atividade cognoscível, seria o oposto de conhecer, e por assim dizer, de agir. O autor reforça que, na verdade, espectadores são interpretadores ativos que se apropriam da história para si mesmos, fazendo a partir dessa, sua própria história. Tanto para Rancière, como para Fuenzalida, a espectralidade é uma ação intencional de sujeitos, a partir da qual são construídos sentidos, ou como Sol Worth destaca, a partir da qual as realidades são reorganizadas/reconstruídas pelos sujeitos espectadores.

De modo mais amplo, Stuart Hall (2003) também destaca o papel ativo de espectadores na recepção. A partir da crítica ao modelo da comunicação tradicional, unilinear/unidirecional, behaviorista (estímulos e respostas), com foco na transmissão perfeita dos conteúdos e intenções dos emissores, Hall propõe pensar a comunicação como uma circulação de sentidos/significados em que não há a necessária identidade entre os sentidos produzidos/emitidos e os recebidos. Ou seja, produtores/emissores e receptores/espectadores, imersos nessa circularidade, estão em constante negociação de sentidos atribuídos aos conteúdos em circulação. Para o autor, os produtores frequentemente se preocupam com a possibilidade de a audiência “falhar” em captar o sentido por eles pretendido. Hall chama de *leitura preferencial* essa tentativa de controle que os produtores tentam exercer na significação, uma espécie de orientação “*leia-me desta forma*”. Entretanto, para Hall a *leitura preferencial* nunca é bem-sucedida: é apenas uma tentativa de hegemonizar a leitura da audiência.

Juntamente aos graus de clausura (tentativas) impostos pelos produtores dos textos audiovisuais, também há uma forma de direcionamento do texto para quem deve ler ou de que ponto de vista deve receber o texto. Morley (1996) nomeia este esforço de *Destinação*, e o define como uma maneira de buscar abordar o público de uma determinada maneira, como forma de estabelecer uma relação específica com a audiência. De forma similar, Ellsworth (2001) trabalha com o conceito de *Modo de endereçamento*. Entretanto a autora vai adiante, por entender que, no esforço por uma "melhor" comunicação, não só há um ajuste no texto por parte dos produtores, como também há um ajuste dos receptores em seus posicionamentos para ler o texto audiovisual de uma determinada maneira mais ou menos "estimulada" pelo texto.

Segundo Morley (1996) essa produção de sentidos é feita de acordo com os referenciais de conhecimentos dos sujeitos envolvidos nessa dinâmica comunicativa, quer sejam produtores, quer sejam receptores. Este autor destaca a importância de também se considerar os diferentes contextos culturais componentes do evento comunicativo.

Kim Schrøder (2000; 2007) desenvolve um modelo que torna mais complexo o modelo proposto por Hall, trabalhando com diferentes dimensões subjetivas e "objetivas" de leitura e implicação das leituras. Assim, Schrøder (2000) propõe um *Modelo Multidimensional* de análise da recepção, constituído de acordo com um quadro teórico que considera os processos complexos por meio dos quais as audiências se engajam, compreendem, criticam e respondem a uma determinada mensagem de mídia. Este modelo é constituído por seis dimensões de recepção, das quais quatro são de leitura e duas de implicação. O grupo das dimensões de leitura (motivação, compreensão, discriminação, posição) diz respeito às experiências subjetivas em que o significado é produzido em um contexto mais específico, situacional. As dimensões de implicação (avaliação e implementação) dizem respeito a como estes sentidos produzidos a partir da leitura são usados como recursos para uma ação política em um contexto sócio, político e ideológico de significação social.

Ao considerar a recepção como elemento fundamental do processo comunicativo, não só os pressupostos que sustentam e orientam a produção e uso de vídeos para fins educativos são postos em dúvida, como o entendimento do papel ativo dos espectadores permite olhar de modo mais complexo para as relações entre educação e vídeos. Assim, para se aproximar de um melhor entendimento das possibilidades educativas do uso dos vídeos, é preciso partir de uma crítica/validação dos argumentos que sustentam seus usos, considerar que, além dos produtores, os espectadores são agências produtoras de sentidos e finalidades/usos para as obras audiovisuais, que estes sujeitos são dotados de complexidade subjetiva, e influenciados por diferentes contextos culturais, nesse processo comunicativo que é essencialmente circular.

Sol Worth (1974) indica um possível caminho para nos permitir aproximar dessa compreensão ao pontuar que

Apesar de podermos ensinar por meio de filmes, temos que começar a entender como a estrutura do filme em si e os modos visuais em geral, estruturam nossos modos de organizar nossas experiências (WORTH, 1974).

Uma forma de estudar estas "maneiras de organizar experiências" seria estudar as formas da circularidade entre a produção e a recepção de vídeos utilizados em contexto de ensino-aprendizagem. Caracterizar as intenções e influências de produtores, professores e de receptores/estudantes na produção de sentidos/significados atribuídos a vídeos educativos se configura como um primeiro importante passo a ser dado. Tal propósito pode ser realizado com qualquer obra audiovisual. De que forma é possível dizer que os vídeos utilizados na PsiMed educam?

É diante disso que se configura nosso problema de pesquisa. Se a dinâmica de emissão e recepção de mensagens é um processo de negociação de sentidos, nos interessa saber como os vídeos, em sua exibição no contexto da disciplina PsiMed, são lidos (se da maneira como foram idealizados ou não, por exemplo) e, assim, poder melhor compreender o papel dos vídeos educativos no contexto dessa disciplina. Escrito de outra forma, nosso problema de pesquisa é: nos usos de vídeos na disciplina PsiMed, que relações há entre os sentidos produzidos/privilegiados por professores e os sentidos produzidos por estudantes?

No presente trabalho, a proposta é estudar as relações entre a produção e a recepção dos vídeos utilizados na disciplina PsiMed e a mediação empreendida por professores na escolha e uso dos vídeos. Esperamos caracterizar a negociação de sentidos envolvendo a produção, mediação e recepção de vídeos utilizados enquanto recurso didático. Para isso pretende-se analisar as obras, estudar as relações que a PsiMed estabelece com as demais disciplinas do currículo médico (em sua perspectiva contra-hegemônica ao currículo médico), observar o cotidiano da disciplina PsiMed e realizar entrevistas em profundidade com os sujeitos envolvidos. Espera-se que este estudo possa contribuir para a construção de um conhecimento mais complexo sobre os usos de vídeos para fins educativos, fazer emergir uma melhor compreensão de seus usos na formação médica, permitindo assim melhor fundamentar a produção e usos de filmes e vídeos na formação médica.

1.2 OBJETO

De acordo com Schrøder *et al.* (2003) uma pesquisa de recepção só é possível se estiver sustentada por uma teoria social, e segundo ele a perspectiva sociocultural parece ser a mais adequada para tal. É justamente essa perspectiva teórica que irá dar forma ao nosso objeto de pesquisa por entender que os sentidos são socialmente produzidos.

Segundo Lemke (2001), para a teoria sociocultural a interação interpessoal é apenas a menor escala da interação social. Esta teoria propõe que essa dimensão das interações micro apenas são possíveis pois crescemos e vivemos no interior de instituições ou organizações sociais mais amplas como, por exemplo, escolas, corporações, religiões, cidades e estados. A vida no interior dessas instituições e das comunidades associadas a estas nos dá ferramentas para dar sentido e construir a realidade que nos rodeia: linguagem, convenções imagéticas, sistema de crenças, sistema de valores, discursos especializados e práticas. Estas ferramentas (nossos recursos semióticos e nossos modos socialmente significativos de usá-los) constituem a cultura de uma comunidade.

Lemke (2001) também aponta que, nessa perspectiva, o modo como aprendemos, como falamos, grafamos, caminhamos e dançamos, no que acreditamos e o que valorizamos é ao mesmo tempo único para nós e para cada ocasião, mas também é, geralmente, típico de pessoas que levavam uma vida como a nossa: as pessoas do nosso tempo e lugar, de nosso gênero, classe, raça, idade, a educação habitual e religião, que possuem as mesmas misturas de heranças culturais e de todas as culturas de todas as comunidades pequenas e grandes em que temos vivido. Contudo, para cada similaridade também há a implicação de uma diferença, pois toda comunidade é heterogênea e nem todos indivíduos aprendem e desempenham todos os papéis numa instituição. Culturas se articulam em diversas subcomunidades, pois elas nunca são uniformes ou universalmente compartilhadas em sua totalidade entre todos ou mesmo a maioria dos membros, mas eles constituem uma organização de heterogeneidade. Nossos modos individuais de viver e produzir sentidos são diferentes de acordo não só com as comunidades que vivemos, mas também em relação aos papéis que escolhemos ou para os quais fomos designados, - como nos apresentamos e como fomos vistos e tratados pelos outros.

Segundo Lemke, a produção de sentidos é algo que se dá socialmente na e a partir das relações sociais que estabelecemos. O autor vê a produção de sentidos/significados como interdependente às dinâmicas sociais que produzimos e nas quais estamos inseridos. Para Lemke, os significados/sentidos que produzimos, seja em palavras ou por obras, são profundamente políticos, no sentido em que moldam e são moldadas por nossas relações

sociais, tanto como indivíduos e como membros de grupos sociais. Essas relações sociais de produção de sentidos nos unem em comunidades, culturas e subculturas e, nesse sentido, os significados que produzimos definem não só a nós mesmos, mas também definem nossas comunidades, os grupos dos quais participamos, em que momento histórico vivemos, bem como definem as relações entre as comunidades, culturas e subculturas. Para o autor, estamos todos constantemente lendo, ouvindo, escrevendo, pronunciando textos em determinados contextos, que também são formados por outros textos e outros discursos em circulação. Ou seja, nosso contato com estes textos e discursos ocorre também em relação a um universo variado de outros textos e discursos. Discursos, que por sua vez, podem ser mais característicos de comunidades e subcomunidades do que dos indivíduos. Eles se constituem para nós como recurso para a produção de sentido/significados, tão importante quanto a gramática e o léxico da nossa língua.

Para o autor, cada comunidade e subcomunidade tem o seu próprio sistema de intertextualidade: o seu próprio conjunto de textos importantes e valorizados, seus próprios tipos de discursos preferidos, e em particular os seus próprios hábitos de decidir quais textos devem ser lidos no contexto de outros, "por que" e "como" estes textos devem assim ser lidos. Lemke chama de intertextualidade a essa relação entre diferentes textos no contexto de uma comunidade. Assim, ao citar outros textos, estamos contribuindo para o sistema de intertextualidade que nos une em uma subcomunidade. Essas citações são ações sociais e políticas nessa subcomunidade.

Nesse mesmo sentido, mas com outros termos, Schrøder *et al.* (2003) afirmam que os usos que fazemos das mídias estão ancorados no contexto do cotidiano em que vivemos nossas vidas como um membro de uma parcial sobreposição de grandes e pequenos grupos, em níveis globais, regionais e locais. O modo como os indivíduos usam produzem sentido dos produtos midiáticos são influenciados por suas identidades e seus repertórios comunicativos que são construídos e socializados como resultado de sua adesão/pertencimento a esses grupos ao longo de sua existência. Estas identidades culturais e repertórios comunicativos são desenvolvidos dentro de uma interseção de instituições socializadoras (família, escola, clubes, associações e outros grupos de pares). Desse modo, é possível compreender a produção de sentidos com sendo determinada pelas identidades culturais e repertórios comunicativos compartilhados.

Schrøder *et al.* (2003) acrescentam que os usos e sentidos que produzimos das mídias são frequentemente e altamente influenciadas por nossas rotinas em nosso cotidiano. O consumo midiático sempre se dá em relação há alguma situação, contexto, consumo anterior, experiência prévia ou expectativa que habita nosso cotidiano. Produtores e consumidores de

mídia trazem semelhantemente consigo seus repertórios comunicativos multifacetados, enraizados em suas histórias de vida pessoal e nas histórias coletivas dos grupos sociais e culturais aos quais pertencem. Eles trazem esses repertórios para suportar tarefas comunicativas específicas.

O entendimento das dinâmicas da produção social de sentidos é de grande importância para o desenvolvimento deste projeto de pesquisa. Compreender como grupos/comunidades específicas, no interior de uma cultura e subcultura compartilham recursos semióticos, sob "pretensões" de hegemoziar a produção de sentidos de um grupo, se empenham conjuntamente para dar sentido à realidade que lhes é comum são questões que me permitem melhor pensar o contexto e o objeto da pesquisa.

Partindo dos apontamentos sobre a produção de sentidos na perspectiva sociocultural, somados à sustentação introduzida na problematização deste projeto de pesquisa, algumas questões podem ser enunciadas para melhor a pensar: Como é construído um papel educativo para o vídeo na PsiMed? Em seu uso, como os vídeos se relacionam com os outros recursos didáticos e conteúdos da PsiMed? Que tipo de vídeos usam? Por que utilizam esse tipo de vídeos? Que adaptações os professores fazem para utilizar tais vídeos? Os alunos veem nos vídeos o mesmo conteúdo/ideias/valores que os professores ao adaptarem os materiais que usam para a disciplina? Como as leituras produzidas por estes alunos/espectadores se relacionam com os conteúdos/ideias/valores preconizados na PsiMed? Que referencias de conhecimento são mobilizados por espectadores para a produção de sentido de vídeos no interior da disciplina PsiMed? Como estas leituras são postas em prática ou exercem influências sobre a prática médica? Quais são os discursos dominantes, no currículo médico, na formação médica e na prática médica? Quais seriam as relações entre os discursos médicos dominantes e o universo discursivo do vídeo? De que modo esses discursos dominantes conseguem conformar os sentidos produzidos pelos espectadores? Em que medida os espectadores conseguem resistir e atualizar estas pretensões de hegemonia? Como se dão as interações significativas no interior da atividade médica?

Essas questões podem ser selecionadas de acordo com nosso interesse mais imediato e agrupadas em quatro questões mais amplas:

- Considerando a necessidade de melhor estudar o uso de vídeos em contextos educacionais, como a dinâmica de produção e recepção audiovisual influi, interfere, controla, guia e/ou promove o uso de vídeos nesses contextos?

- Que leituras são produzidas por estudantes a partir dos vídeos ao considerarmos as intenções e objetivos de produtores e educadores?
- Que recursos, referenciais culturais e de conhecimento são privilegiados pela disciplina PsiMed e em que medida estes são mobilizados e compartilhados por estudantes/espectadores para a produção de sentidos ao assistirem os filmes?
- Em que medida as modificações, manipulações e modos de uso que os professores fazem dos vídeos nas disciplinas podem privilegiar sentidos ou abordagens mais específicas de um público?

Pensando a pesquisa nesses termos, o objeto desta pesquisa não pode ser apenas descrito como os sentidos produzidos por um determinado grupo a partir da leitura de um determinado vídeo. Objeto desta pesquisa, portanto, envolve os sentidos produzidos a partir da audiência de um vídeo e os recursos semióticos, referenciais de conhecimento e culturais presentes no contexto da disciplina e que são mobilizados pelos espectadores para a produção social de sentidos a partir das leituras dos vídeos. Reconhecemos que na produção de sentido atuam recursos e referenciais de esferas mais amplas à formação médica, mas optamos por circunscrever nosso olhar à disciplina como modo de favorecer um desenho de pesquisa mais consistente. Portanto, de modo objetivo, o objeto desta pesquisa é a produção de sentidos por professores e estudantes de PsiMed a partir do uso de filmes/vídeos no interior desta disciplina.

1.3 OBJETIVOS

Descrever e analisar as intenções, expectativas e práticas que envolvem e circunscrevem os usos de vídeos e filmes na disciplina PsiMed por meio do estudo dos modos de produção de sentidos por professores e estudantes a partir de filmes regularmente exibidos nessa disciplina, buscando assim uma compreensão holística desses usos ao analisar conjuntamente a obra fílmica, as práticas cotidianas de professores e estudantes e o contexto sociocultural conformado pela formação médica.

1.3.1 Objetivo geral

Descrever e analisar as intenções, expectativas e práticas que envolvem e circunscrevem os usos de vídeos e filmes na disciplina PsiMed por meio do estudo dos modos de produção de sentidos por professores e estudantes a partir de filmes regularmente exibidos nessa disciplina,

buscando assim uma compreensão holística desses usos ao analisar conjuntamente a obra fílmica, as práticas cotidianas de professores e estudantes e o contexto sociocultural conformado pela formação médica.

1.3.2 Objetivos específicos

- 1) Identificar os sentidos privilegiados nos filmes escolhidos por meio da caracterização do *significado preferencial*;
- 2) Identificar os modos como os filmes abordam os espectadores por meio da caracterização do *modo de endereçamento*;
- 3) Analisar e descrever que modificações nos modos de abordagem dos filmes e nos significados privilegiados nos filmes podem ser empreendidas por professores ao os utilizar;
- 4) Caracterizar os aspectos objetivos e subjetivos das leituras produzidas pelos espectadores por meio da descrição das dimensões de *motivação, compreensão, discriminação, posição* do modelo multidimensional de análise de recepção.
- 5) Caracterizar os papéis esperados e desempenhados pelos filmes na disciplina PsiMed, e em relação ao currículo médico.

1.4 JUSTIFICATIVA

Estudos apontam as vantagens dos usos de recursos audiovisuais educativos, mostram suas possibilidades, ressaltam seu poder educativo, e afirmam ainda haver um grande potencial dos vídeos a serem aplicados à educação (WORTH, 1979). Entretanto, boa parte dos estudos que se voltam à produção e aos usos de vídeos para finalidades educacionais é sustentada por pressupostos que dificilmente são postos a prova como objetos de estudo. Ainda, mesmo que professores e autores decidam pelo uso ou pela produção de um vídeo de uma determinada forma, estes objetivos somente serão alcançados mediante a aceitação dos alunos na leitura dos filmes. Os estudos holísticos de recepção têm a oferecer a aproximação de uma compreensão complexa do processo comunicativo, em que se consideram os papéis dos autores, meios, espectadores e contextos na constituição dos sentidos dos vídeos, de forma a colocar em novas bases os pressupostos inicialmente admitidos.

A disciplina PsiMed se configura como uma imprescindível estratégia de formação de profissionais que desenvolvam uma RMP mais humana, e compõe a formação médica na universidade pesquisada desde 1958, de forma pioneira no país. Segundo Pastor Junior *et al* (2012), ao longo de sua história mais recente, entre outras estratégias de ensino, a disciplina fez uso variado de vídeos em seu contexto de ensino-aprendizagem. A partir do levantamento e análise dos programas da disciplina (até 2010), feitos pelo autor, foi possível constatar que foram exibidos 12 títulos diferentes, em 134 oportunidades. Estes vídeos foram usados como estratégia pedagógica de experiencição de questões relativas a diversos assuntos, tais como: RMP, limites do atendimento médico, dimensão psicossocial da assistência, o médico frente à morte, papel da PsiMed no hospital geral, adoecimento, entre outros. Diante do uso recorrente, da importância conferida por professores a esse "método" de ensino, e do considerável propósito da disciplina para a formação médica, destaca-se a relevância de melhor compreender o papel desses vídeos na formação médica.

Assim, para produzir conhecimento que fundamente tanto novas produções de vídeos educativos, como novos usos para vídeos educativos e filmes no contexto educacional, é importante buscar se aproximar da compreensão sobre como os alunos/espectadores produzem sentido na leitura de vídeos educativos, como se motivam a assisti-los, como se posicionam diante deles e como são abordados por eles. Compreender esta produção social e circulação de sentidos e conhecimentos contribuirá para o melhor entendimento das dinâmicas comunicativas que envolvem os usos de vídeos em salas de aula. Mais especificamente, compreender como estas dinâmicas ocorrem na formação médica.

Ainda é possível apontar, de modo mais amplo, em Schrøder *et al.* (2003), que um estudo de recepção deve em último caso contribuir para compreender os papéis da mídia e dos espectadores num quadro sociocultural mais amplo. Este tipo de estudo deve fornecer um crescimento do conhecimento sobre como as mídias podem contribuir para processos sociais vitais como a construção social de identidades, construção de relações sociais, fortalecem a habilidade de participação política de cidadãos nos processos decisórios, difusão de uma cultura ou ideologia, entre outros.

1.5 QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO

Esta pesquisa está sustentada em uma perspectiva cultural (e suas derivações: multiculturalismo e interculturalismo) e na compreensão da educação e da comunicação, enquanto ação social, como sendo processos imbricados. De acordo com Lakatos (1985), a

comunicação e educação consistem em tipos de interação social. De acordo com a autora, a interação social consiste na ação social mutuamente orientada (entre indivíduos ou grupos), entendendo o conceito de Ação social em Weber (*apud* LAKTOS, 1985) como a conduta humana, pública ou não, a que o agente atribui significado subjetivo. Assim, a comunicação e educação podem ser entendidas de modo mais amplo, como condutas humanas dotadas de significados subjetivos e mutuamente orientadas entre indivíduos e/ou grupos num meio social.

Este entendimento de ação social em Weber é bem próximo ao que Hall (1997) atribui a cultura. Segundo o autor, cultura é o conjunto de sistemas ou códigos de significados que dão sentidos às nossas ações e que nos permitem interpretar significativamente as ações alheias. Nesse sentido, toda ação social é uma prática de significação. Portanto, sob essa perspectiva cultural, é sensato compreendermos educação e comunicação como processos imbricados.

Segundo Moreira (2001), a escola pode ser considerada como um espaço público em que, em meio a práticas, relações sociais e embates, se produzem significados e identidades. Para Hall (1997), nossa identidade se dá culturalmente, a partir do diálogo entre os conceitos e definições que são representados para nós nas ações e estruturas sociais (como normas, instituições e atividades).

Ao pensar a relação entre comunicação e educação, e tratando mais especificamente das relações destas com os usos de audiovisuais, Martin-Barbero (2000) aponta que a TV e o cinema não tem sido pensados/utilizados como um meio de se fazer/criar cultura, mas apenas um meio para transmitir, difundir e divulgar informações. Esse uso não leva em consideração que atualmente por esses meios se efetuam algumas das mais profundas transformações na sensibilidade e na identidade das pessoas.

O autor afirma que estes modos de uso desses meios estão atrelados ao fato destes meios serem incorporados à educação sob um modelo comunicativo predominante que é vertical, autoritário, linear, sequencial e que dá centralidade ao professor e à cultura escrita, desvalorizando a cultura visual e a cultura oral. Para o autor, enquanto permanecer a verticalidade na relação docente e a sequencialidade no modelo pedagógico, não haverá tecnologia capaz de tirar a escola do descompasso em que vive com relação à sociedade. Nesse sentido que o autor julga indispensável partir dos problemas de comunicação antes de falar sobre os meios.

Martin-Barbero aponta que, na educação, a dinâmica da comunicação toma forma com o reconhecimento de estamos imersos num ambiente educacional difuso e descentrado. Este, é um ambiente de informação e de conhecimentos múltiplos, não centrado em relação ao sistema educativo, e que estão dispersos e fragmentados, não se limitando a circular dentro das

instituições as quais anteriormente estavam circunscritos. Desse modo, as instituições educacionais deixam de serem os únicos lugares de legitimação do saber, pois existe uma multiplicidade de saberes que circulam por outros canais, difusos e descentralizados, fora destas instituições, configurando-se como um dos desafios mais fortes que o mundo da comunicação apresenta ao sistema educacional.

Mediante a estas questões das relações entre educação e comunicação, é preciso demarcar que a presente pesquisa é sustentada principalmente pelos aportes teóricos dos Estudos Culturais, sobretudo da Escola de Birmingham. Segundo Schrøder *et al.* (2003), os Estudos Culturais superam algumas limitações nos estudos de audiência de seus predecessores: Estudo dos Efeitos (estudos das retóricas dos textos de mídia como conformadora das leituras) e dos "usos e gratificações" (estudo das motivações individuais e recompensas que norteiam certa ordem de leituras). Ambos tipos de pesquisa são essencialmente comportamentalistas, com foco no indivíduo descolado do ambiente social. A primeira considerando que as mídias são estímulos poderosos o suficiente para provocar respostas, e a segunda ao considerar que alguns usos/leituras poderiam oferecer alguma recompensa aos indivíduos e que por isso tenderiam a ser repetidos.

De acordo com Schrøder *et al.* (2003), os estudos culturais vêm acrescentar aos estudos de audiência a dimensão social na qual os sujeitos em interação constituem conjuntamente às significações de sua experiência social cotidiana. Para o autor, os estudos culturais no contexto dos estudos de audiência podem ser separados em dois momentos principais. O primeiro momento seria relacionado aos estudos da Escola de Frankfurt, marcado por uma rígida perspectiva política, estruturalista, em que a "indústria cultural" funcionaria sob uma lógica de manutenção ideológica de um sistema (capitalismo) por meio da manipulação das massas empobrecidas economicamente e culturalmente. Sob esta perspectiva, alicerçada principalmente pelo marxismo, os estudos de audiência consistiam na análise linguística/semiótica/literária dos textos/mídias e simplesmente deduziam o impacto dessas mensagens na audiência.

O segundo momento estaria relacionado às produções da Escola de Birmingham, que se equilibra entre uma perspectiva estruturalista (herdada da escola de Frankfurt) e uma perspectiva culturalista, de acordo com a qual os sujeitos possuem recursos socioculturais que os permitem criar seus próprios sentidos para as suas próprias experiências, desafiando assim à estrutura social determinante/hegemônica. De acordo com a perspectiva da Escola de Birmingham, as disputas culturais podem ser desiguais entre as classes/grupos dominantes e oprimidas, mas as respostas aos discursos, textos e mídias não podem ser previstas

(SCHRØDER *et al.* 2003). Nesse sentido, os estudos de audiência produzidos nessa perspectiva, envolveriam necessariamente o estudo dos textos como uma tentativa de prescrição de leituras (conformadas por diferentes intenções e influências socioculturais), e estudo das leituras efetivamente feitas pelos receptores desses textos, imersos em suas práticas cotidianas de produção de sentido.

Entre os principais fundadores da Escola de Birmigham, estão os nomes de Richard Hoggart e Stuart Hall. Hall publica em 1973 o trabalho *Encoding and decoding in television discourse* (publicado no Brasil em 2003). Neste trabalho seminal, Hall (2003) critica a concepção de comunicação (o modelo tradicional de comunicação), de viés positivista e behaviorista, por tratar a comunicação como um processo unilinear e unidirecional, com foco na transmissão da mensagem. A concepção da mensagem como um estímulo suficientemente capaz de provocar e prescrever respostas específicas aos espectadores não é suficiente para dar conta da complexidade envolvida nos processos de leitura. A partir dessa crítica Hall desenvolve o *Modelo Codificação/Decodificação* com o qual propõe pensar a comunicação como um processo de circularidade, em que emissores e receptores produzem sentidos ativamente, influenciados diretamente por seu alinhamento ideológico. Como desdobramento dessa proposta, Hall desenvolve o *Modelo Codificação/Decodificação*, como uma tentativa de pensar o processo comunicativo como um circuito não fechado de produção, circulação, distribuição/consumo e reprodução de sentidos/significados. De acordo com esse modelo, uma *prática social* é codificada em *discurso significativo*, *circula*, é consumida e decodificada em *prática social* novamente. Esta última se trata do efeito da dinâmica da comunicação e retroalimenta a prática social do momento de *produção* da mensagem.

Para Hall, ao codificar uma prática social em discurso significativo, os produtores e receptores o fazem segundo seus referenciais de conhecimento e suas intenções e objetivos com a comunicação, buscando ao máximo prescrever que significados serão produzidos pelos receptores. O autor chama de *significado preferencial* essa tentativa de controle que os produtores das mensagens tentam exercer na significação das mensagens pelos receptores, uma espécie de orientação “*leia-me desta forma*”. Entretanto, para Hall (2003) o *significado preferencial* nunca é totalmente bem-sucedido: é apenas uma tentativa de hegemonizar a leitura da audiência. A codificação pode até “pre-ferir”, mas não pode prescrever ou garantir uma determinada decodificação. Assim, diante da polissemia inerente aos textos audiovisuais, o significado preferido pela codificação, o *significado preferencial*, delimita um universo de significação possível de decodificação, podendo os receptores produzir leituras próximas à

leitura preferencial, leituras de oposição (completamente opostas à leitura preferencial), ou leituras negociadas (as que ocorrem mais frequentemente).

Morley (1996) coloca em prática o modelo desenvolvido por Hall e aponta algumas limitações de inferências a que se pode chegar com este modelo. O autor pôde constatar que havia aproximações entre as leituras individuais realizadas por integrantes de uma mesma subcultura, e não com orientações ideológicas de uma esfera social mais ampla. Diante disso, Morley ressalta a importância de dispor de um *mapa cultural* da audiência a que se dirige uma dada mensagem, para poder compreender os significados potenciais desta mensagem. Esse *mapa cultural* da audiência deve permitir visualizar os diversos repertórios culturais e os distintos recursos simbólicos de que dispõem os diferentes grupos da audiência estudada.

Morley (1996) também aponta outra forma de busca de controle das leituras de espectadores, que consiste em modos de direcionamento do texto a um grupo de espectadores mais ou menos definido. O autor chama a este esforço de *Destinação*, e o define como uma maneira de buscar abordar o público de uma determinada maneira, como forma de estabelecer uma relação específica com a audiência. De forma similar, Ellsworth (2001) trabalha com o conceito de *Modo de endereçamento*. Entretanto, a autora vai adiante por entender que, no esforço por uma "melhor" comunicação, não só há um ajuste no texto por parte dos produtores, como também há um ajuste dos receptores em seus posicionamentos para ler o texto audiovisual de uma determinada maneira mais ou menos "estimulada" pelo texto. Schrøder (2000) questiona a ênfase dada por Hall às questões ideológicas e critica a consequente unidimensionalidade deste modelo. Em resposta, Schrøder (2000 e 2007) desenvolve um modelo que torna mais complexo o modelo proposto por Hall, trabalhando com diferentes dimensões subjetivas e "objetivas" de leituras e implicações das leituras, o *Modelo Multidimensional* de análise da recepção. Este modelo é constituído por seis dimensões analíticas de recepção, das quais quatro são de leitura e duas de implicação. O grupo das dimensões de leitura (motivação, compreensão, discriminação, posição) diz respeito às experiências subjetivas em que o significado é produzido em um contexto mais específico, situacional. Já as dimensões de implicação (avaliação e implementação) dizem respeito a como estes sentidos produzidos a partir da leitura são usados como recursos para uma ação política em um contexto sócio, político e ideológico de significação social.

A dimensão *motivação* trata da relação de relevância estabelecida pelo universo pessoal do leitor e o universo apresentado pelo texto, e compreende um *continuum* de posições de leitura que vão de recusa total até forte motivação para ler determinado texto audiovisual. A dimensão *compreensão* diz respeito à forma como os espectadores entendem o material audiovisual, sob

influência dos contextos micro e macrosociais, e suas posições de leitura vão da divergência (polissemia total) à convergência (monossemia total). Já a dimensão de *discriminação* refere-se a como os espectadores podem adotar uma posição mais ou menos esteticamente crítica frente ao texto fílmico (*imersão*), e como e quanto uma leitura está caracterizada pelo nível de consciência do espectador sobre o caráter de construção e de artifício do produto audiovisual (*distanciamento*). Esta dimensão compreende dois eixos paralelos em *continuum*. Um vai da não imersão a imersão total, o outro do não distanciamento ao distanciamento total. A dimensão *posição* refere-se ao nível ideológico (subjetivo) do espectador, e está relacionada à atitude ideológica pessoal/subjetiva de *aceitação*, *negociação* ou *rejeição* do texto por parte do espectador. A dimensão *avaliação* diz respeito à relação, feita pelo pesquisador/analista, entre as leituras e um determinado contexto político-ideológico mais amplo e "objetivamente" identificado nas práticas sociais coletivas, ocorrendo em um *continuum* que vai de *hegemônica*, passando pela *negociada*, até *contra-hegemônica* (de oposição). Por fim, a dimensão *implementação* trata sobre como as leituras produzidas a partir de um determinado texto são levadas para a ação social e se vertem em recurso para uma ação política no cotidiano.

Schrøder (2007) apresenta um estudo de recepção conduzido por ele, em que o *Modelo Multidimensional* é colocado em prática. É interessante notar que neste estudo, diferentemente do sustentado anteriormente (Schrøder, 2000), o autor propõe um estudo de recepção holístico, que consiste em estudar conjuntamente os significados e atividades como o produzido em processo comunicativo entre emissores e receptores e, além disso, a estrutura sociocultural mais ampla que circunscreve esse processo (DEACON, 2003). Schrøder *et al.* (2003), essa abordagem é imprescindível se compreendemos as audiências como dialeticamente constituídas, ou seja, são compreendidos enquanto agentes autônomos em suas práticas cotidianas e ao mesmo tempo são seres sociais que tem suas práticas relativamente conformadas por forças sociais, estas constituídas por ações coletivas de outras gerações através da história. Essa abordagem surge exatamente da conjugação das perspectivas da Escola de Frankfurt e da escola de Birmingham, ou seja, interpretativismo das estruturas sociais e empirismo.

Assim o autor aponta que, de acordo com essa perspectiva holística, o âmbito da pesquisa em educação envolve três níveis¹ dialeticamente relacionados: produto da comunicação, práticas discursivas e processo sociocultural. Sucintamente, o primeiro nível refere-se à mensagem, texto, gênero e mídia produzida. O segundo nível diz respeito às práticas discursivas, as produções de sentido entre produtores e receptores no contexto de suas práticas

¹ *Dimensões* na versão original em inglês, mas para este estudo optamos trabalhar com o termo *nível* já que no modelo multidimensional já trabalhamos com termo *dimensões de leitura*.

cotidianas em constante diálogo com as forças sociais que "buscam" conformar suas práticas. Já o terceiro nível consiste no universo de forças sociais que são condições e recursos para a produção de sentidos e práticas, assim como limites do que é imaginável, pensável e factível num dado contexto sociocultural.

Segundo Schrøder (2007), essa abordagem holística é principalmente inspirada na *Análise de Crítica do Discurso* (FAIRCLOUGH, 1995 *apud* SCHRØDER, 2007). Para o autor, a *Análise de Crítica do Discurso* fornece uma sustentação teórica adequada de produção social de significado, na qual, segundo ele, as investigações de discursos de mídia devem se embasar. Pois, segundo Schrøder (2007), os produtores e receptores de mensagens de mídia carregam consigo repertórios comunicativos multifacetados que são enraizados em suas histórias pessoais e nas histórias coletivas dos grupos sociais e culturais aos quais pertencem. Diante disso, o autor afirma que um analista deve estudar três dimensões sociais do discurso e suas inter-relações: o texto, as práticas produtivas/receptivas que envolvem o texto e o ambiente sociocultural que envolve, por sua vez, as práticas produtivo-receptivas e o texto. Segundo Fairclough (1995 *apud* SCHRØDER, 2007),

I see discourse practice as mediating between [. . .] text and sociocultural practice, in the sense that the link between the sociocultural and the textual is an indirect one, made by way of discourse practice: properties of sociocultural practice shape texts, but by way of shaping the nature of the discourse practice, i.e. the ways in which texts are produced and consumed, which is realized in the features of texts (FAIRCLOUGH, 1995 *apud* SCHRØDER, 2007)².

Schrøder (2007) afirma que os estudos de recepção têm se orientado para uma exploração empírica da polissemia, das práticas semióticas cotidianas e dos descortinamentos das relações de poder entre o conteúdo hegemônico das mensagens de mídia e as resistências das audiências. Segundo o autor, essa abordagem holística dos estudos de recepção deve proporcionar uma visão equilibrada das relações interdiscursivas de poder.

Hall (2003), Morley (1996) e Schrøder (2000 e 2007) complexificam a teoria que explica os eventos comunicativos por considerarem, entre outros fatores, tanto as relações de poder entre emissores e receptores, como a relativa autonomia cotidiana desses sujeitos em suas relações de produção e consumo de significado na comunicação de massa. Estes autores, diante da compreensão da natureza polissêmica da mensagem, dos distintos alinhamentos ideológicos, referenciais culturais e repertórios comunicativos de emissores e receptores, advogam pela não

² Eu vejo a prática discursiva como mediadora entre textos e práticas socioculturais, no sentido em que a conexão entre o sociocultural e o textual é indireta e feita por modos de discurso: propriedades da prática sociocultural moldam o texto, mas pelo modo como moldam a natureza das práticas discursivas, isto é, o modo como cada texto é produzido e consumido, como é realizado nas características dos textos (tradução nossa).

necessária identidade entre os sentidos das mensagens emitidas e as mensagens recebidas. Para esses autores, nem todos os espectadores experienciam as mensagens da forma que foram intencionadas por seus autores. Na verdade, os receptores de mensagens de mídia verbais e visuais frequentemente fazem uma leitura, em certo grau, diferente da esperada pelos autores das mensagens.

Essa perspectiva possibilita um modelo de comunicação que, ao se voltar aos usos de mídias em contextos educativos, contribui para extrapolar às centralidades conferidas a currículos, programas, conteúdos, professores, produtores e textos nos processos de ensino-aprendizagem por conferir papel ativo aos espectadores dessas peças midiáticas. Além disso, possibilita a complexificação da compreensão das relações e modos de produção de sentido no interior das instituições de educação, exatamente por não considerar que estes discursos circulantes são limitados a esta instituição. Assim compreende a escola em suas relações complexas com o universo social e aos espectadores estudantes envolvidos nessa complexidade tanto dentro como fora das instituições de ensino. De fato, a sociedade, de modo mais amplo, é entendida como instituição educadora, na qual outras tantas estão inseridas.

Na presente pesquisa partimos da compreensão da educação e da comunicação como processos imbricados, e enquanto formas de interação social. Desse modo, entendemos que os sujeitos ao produzirem/utilizarem um texto audiovisual o fazem imersos em seu contexto de práticas cotidianas (micro), num universo sociocultural (macro) e segundo o objetivo de comunicar algo a alguém. Neste texto produzido geralmente já está delimitada uma configuração que indica "a quem" esta mensagem é destinada e uma sugestão de "como" este texto deve ser lido. Mas, a despeito dessas indicações, estes espectadores não são passivos às intenções conformadoras das mensagens e mobilizam seus recursos culturais para produzirem suas próprias leituras. Assim, consideremos à especificidade da linguagem audiovisual e as intenções e expectativas que permeiam seus usos educativos, sendo imprescindível considerar o evento comunicativo/educativo em sua integral complexidade. Para tanto, a pesquisa que propomos com o presente projeto se alicerçará principalmente nos conceitos de *significado preferencial*, *leitura preferencial*, *mapa cultural*, *endereçamento* e nas seis dimensões de leitura do modelo multidimensional. Optamos por não estudar as dimensões de implicação por acreditar que o recorte temporal dessa pesquisa no contexto do programa de doutoramento não seja tempo suficiente para a devida caracterização destas dimensões.

Baseando-nos na distinção e a demarcação feita por Schrøder (2000) a partir de Hall (2000) e Morley (1996), trabalharemos com os conceitos de *significado preferencial* e *leitura preferencial*. Por *significado preferencial* entendemos os significados que os produtores

buscaram privilegiar na mensagem, na tentativa de controlar em alguma medida as leituras dos espectadores. Entendemos por *leitura preferencial* a leitura predominantemente feita pela audiência em estudo. Para pesquisar o *significado preferencial* o estudo foca o polo da codificação, mais especificamente no texto. Desse modo o significado preferencial consistirá numa formulação do pesquisador/analista a partir de dados produzidos a partir da análise da obra e da análise de documentos relacionados a produção. Para pesquisar a *leitura preferencial*, o estudo centra-se necessariamente no polo da decodificação, nas leituras efetivamente feitas. Portanto, para a determinação da leitura preferencial deveremos nos centrar na análise das leituras produzidas pelos espectadores. Ao se aceitar que os produtores possam estruturar os textos a fim de poder preferir um significado a outro, é preciso que também se considere que também preferem um espectador, ou grupo de espectadores, a outro. Pensar na tentativa de fixação de um significado leva quase que diretamente a se pensar em quem receberá a mensagem, e assim buscar antecipar suas reações para que este espectador se aproxime o máximo possível da leitura esperada. Morley (1996) nomeia de *destinação* a busca por abordar um público e estabelecer com ele um tipo de relação. Ellsworth (2001) trabalha com conceito *modo de endereçamento*, que além de envolver a perspectiva de Morley, também considera que os espectadores possuem papel mais ativo em relação às tentativas de clausura de significados e seleção de grupos de espectadores, empreendidas pelos produtores nos textos midiáticos. Ellsworth (2001), diante da constatação de que os produtores quase sempre “erram o alvo” de seu *endereçamento*, entende que o espectador pode fazer ajustes que o permitam "assumir um papel" e assistir ao filme de um ponto de vista que não necessariamente é o seu, do qual ele poderá produzir sentidos a partir da leitura do filme.

Para o estudo do polo receptor/decodificador, trabalhamos com o entendimento da comunicação como um processo de circulação de significados, como apontam Hall (2000) e Morley (1996) (produção/reprodução de significados e marcos culturais de significação), no âmbito da abordagem do *Modelo Multidimensional* de Schrøder (2000). Acreditamos que Schrøder (2000, 2003 e 2007) elabora um pouco mais as determinações cotidianas inscritas numa estrutura sociocultural (ideológica), apontadas em Hall/Morley, e permite uma visão holística e complexa do processo comunicativo.

Procederemos com a pesquisa sob o entendimento da comunicação audiovisual como um circuito de produção e reprodução de significados e sentidos, marcada por relações de poder que buscam privilegiar leituras, ainda que não as determine, e que, logicamente, está inserida na realidade sociocultural multifacetada e complexa. Para tanto propomos um estudo holístico

que considere os diferentes processos complexos por meio dos quais emissores e receptores produzem sentidos em constante diálogo entre sua autonomia e das forças sociais.

1.6 MÉTODO

1.6.1 Contexto da pesquisa

O contexto desta pesquisa é a disciplina PsiMed, de uma faculdade pública de medicina do Rio de Janeiro. Esta disciplina compõe o sexto semestre do currículo de medicina e os alunos estão dispostos em quatro turmas de 25 alunos. Cada uma dessas turmas é conduzida por um professor.

De acordo com o programa da disciplina para 2014, as aulas de PsiMed envolvem contato com pacientes, aulas expositivas, realização de seminários, trabalhos em grupo, avaliações escritas e exibição de filmes seguidas por discussão. Os principais temas e atividades previstas no programa das disciplinas estão listadas no quadro a seguir.

| TEMAS DAS AULAS DA DISCIPLINA EM 2014/1 | |
|---|--|
| Aula 1 | Psicologia Médica – Introdução e apresentação do curso |
| Aula 2 | A Psicologia Médica na formação do estudante de medicina |
| Aula 3 | Relação médico-paciente: seus modelos no marco sociocultural |
| Aula 4 | Assistência em casos de doença aguda. O atendimento a pacientes em unidades de emergência, coronariana e CTI |
| Aula 5 | Assistência em casos de doença crônica |
| Aula 6 | Adesão a condutas preventivas e terapêuticas <i>solicitação de uma anamnese clínica ampliada de um de seus pacientes</i> |
| Aula 7 | Assistência ao paciente cirúrgico |
| Aula 8 | Assistência à criança <i>Apresentação dos trabalhos de grupo</i> |
| Aula 9 | Assistência na idade adulta e na terceira idade <i>Apresentação dos trabalhos de grupo</i> |
| Aula 10 | Somatização. Atendimento a pacientes com queixas difusas <i>Entrega da anamnese clínica ampliada de um de seus pacientes</i> |
| Aula 11 | Assistência na atenção primária - A estratégia da saúde da família |
| Aula 12 | <i>Apresentação da anamnese clínica ampliada de um de seus pacientes</i> |
| Aula 13 | Comunicação de más notícias |
| Aula 14 | Pacientes ou relações assistenciais difíceis |
| Aula 15 | Morte e assistência em casos de doença terminal |

| | |
|----------------|--|
| Aula 16 | Filme com roteiro de discussão UMA LIÇÃO DE VIDA - <i>WIT</i> ou <i>UM GOLPE DO DESTINO</i> |
| Aula 17 | Prova Psicologia Médica |

Quadro 1 - Aulas e temas no primeiro semestre

Estes temas ressaltam o importante papel da PsiMed na formação médica. Ela se dedica diretamente a formar para a compreensão dos aspectos psicológicos dos pacientes intervenientes no atendimento médico, às situações que podem ter implicações nesses aspectos. Outro aspecto é que a disciplina prevê a abordagem desses temas sempre pautados pela busca de integração do ensino com a prática. Isto facilita o desenvolvimento de conhecimentos *biomédicos* e psicossociais, sob uma abordagem crítica, ética e humanística das RMP, questões estas que raramente são abordadas em outras disciplinas.

Nessa organização da disciplina, o filme aparece compondo a última aula. Assim, possivelmente todos os temas já teriam sido abordados e os estudantes mobilizariam esses conhecimentos para proceder com suas leituras mediadas pelo filme. Isto justifica acompanhar as aulas para compreender como os temas destas são mobilizados para a produção de sentido dos filmes.

1.6.2 Materiais

Os principais materiais pesquisados foram os vídeos constantes no programa da disciplina, texto circulantes na mídia sobre estes vídeos, os conteúdos das disciplinas, o programa da disciplina, o currículo no qual esta disciplina está inserida, relatórios de observação, materiais gerados a partir da transcrição de grupos de discussão e entrevistas, além das produções de professores e alunos no contexto dessa disciplina. Os dois vídeos selecionados para o estudo foram: *Uma lição de vida - Wit* (2001) e *Um Golpe do Destino* (1991).

*Uma lição de vida - Wit*³ (2001) conta a história de uma professora universitária que leciona poesia inglesa e recebe a notícia de que tem um câncer de ovário em estágio avançado. Por esse motivo ela recebe um tratamento médico radical repleto de efeitos colaterais, como única chance. Durante o tratamento ela reflete sobre suas reações à doença, o tratamento e fatos marcantes da sua vida. Vivencia um atendimento burocrático de seu médico, que só se importa com o resultado sem levar em conta os efeitos que causam no paciente, o que acarreta uma relação médico-paciente fria e pouco humanizada.

³ <https://www.youtube.com/watch?v=sc-yx0HowuA&list=WL159C471368D0FACB>

Um Golpe do Destino (The Doctor⁴) conta uma história centrada na vida de um renomado cirurgião que se relaciona com certa indiferença com seus pacientes. Sua vida pessoal segue a mesma lógica no relacionamento com seus familiares. Este personagem começa a rever suas atitudes quando recebe um diagnóstico de câncer. Ao ser tratada com frieza pelos médicos que conduziam seu tratamento, repensa suas práticas enquanto médico.

Estes dois filmes geralmente se alternam nos programas da disciplina. No caso desta pesquisa o primeiro filme foi exibido no segundo semestre e o segundo filme no primeiro semestre.

1.6.3 Sujeito da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram os professores e duas turmas de estudantes da disciplina PsiMed.

Foram cerca de 25 estudantes por turma, totalizando 50 estudantes. De acordo com os dados coletados nesta pesquisa, estes estudantes têm em média 22 anos, predomina o sexo feminino e estão no 6 semestre do curso de medicina. Em geral, tendem a assistir mais a filmes do gênero aventura comédia e romances, e tem uma boa expectativa em relação ao vídeo enquanto recurso didático em sua formação em medicina.

1.6.4 Procedimentos metodológicos

Mediante a compreensão dos processos de produção de significados e de sentidos envolvidos nas dinâmicas de comunicação de massa como necessariamente complexos e multideterminados, optamos por um desenho metodológico que busque dar conta destes processos nos três níveis constituintes da abordagem holística (produto da comunicação, práticas discursivas e processo sociocultural), de acordo com Schrøder *et al.* (2003). No nível das práticas discursivas, estudaremos conjuntamente os processos de recepção e produção, pois, de acordo com Schrøder (2007), produtores e receptores de mensagens de mídia carregam consigo repertórios comunicativos multifacetados e compartilhados, enraizados em suas histórias pessoais e nas histórias coletivas dos grupos sociais e culturais aos quais pertencem.

Schrøder *et al.* (2003) afirmam que esse tipo de pesquisa holística, imersa numa sociedade contemporânea caracterizada como comunicativamente hipercomplexa, e por abarcar

⁴ <http://www.youtube.com/watch?v=Sa6NiLktEFY>

os três níveis indicados, demanda um pluralismo metodológico que, por contar com uma variedade de métodos, torna possível compreender a natureza multifacetada da recepção midiática e as conformações do universo sociocultural que a envolve. Este pluralismo metodológico pode contribuir para a compreensão, em nossa produção de dados, da complexa de circularidade que caracteriza a comunicação, assim como o teorizara Hall (2003). Diante disso, os procedimentos metodológicos envolvidos na produção e análise de dados desta pesquisa são: análise fílmica, aplicação de questionários, observação, observação das exposições dos vídeos das discussões subsequentes, entrevistas em profundidade, análise documental, análise do conteúdo, análise de programas da disciplina e análise do currículo médico. Para tanto, optamos por estruturar esse conjunto de procedimentos de acordo com os três níveis que se relacionam dialeticamente e que, por isso, poderão ocorrer e serem estudados simultaneamente: estudo do produto, estudo das práticas discursivas (subdividido em estudo da produção e estudo da recepção) e estudo do contexto. Para melhor operacionalizar este estudo, optamos por incluir o primeiro nível dentro do estudo da produção (parte do segundo nível).

Adequada a essa perspectiva holística, a presente pesquisa se organiza em três partes que ocorrerão simultaneamente e conjuntamente possibilitarão a compreensão da produção de sentidos a partir da audiência de um audiovisual, e mais especificamente, como essa produção de sentidos apresenta especificidades quando produzida no interior da formação em medicina e na disciplina PsiMed. A seguir trataremos destas três partes mais detidamente.

Estudo do Contexto

No estudo do contexto, ao compreender a formação médica, o currículo médico e, mais a especificamente, a disciplina PsiMed como um contexto social de produção de significados, buscamos caracterizar esse contexto a fim de identificar que significa são privilegiados para serem construídos pelas dinâmicas e interações pedagógicas no interior dessa disciplina, que sentidos "prescritos" no currículo médico e nos planos de aula, e que mediações essas orientações podem ter na produção de leituras de peças audiovisuais no interior da disciplina em questão. Essa caracterização também foi complementada por uma observação participante das aulas, tendo em vista compreender como os vídeos são utilizados, em que momento são inseridos, quais os objetivos de seu uso, que leituras são produzidas a partir dele, como essas leituras se relacionam com os outros significados produzidos no interior da disciplina e que práticas são produzidas a partir dessas leituras.

Para a produção de dados nesta etapa, além observação das aulas, buscamos analisar os programas da disciplina. Esta etapa tem por objetivo contextualizar os significados produzidos no contexto macro em relação ao contexto microsocial da sala de aula. Essa perspectiva nos permitiu produzir conclusões a respeito da dimensão *avaliação* (por meio do cruzamento dos dados produzidos nesta etapa com os dados do estudo da recepção), e refinar as conclusões sobre a dimensão *posição* do modelo multidimensional (SCHRØDER, 2000). Isso, pois segundo o autor, a dimensão avaliação consiste numa caracterização da dimensão posição no contexto social mais amplo em que essas leituras são produzidas.

As aulas também foram observadas com o objetivo de identificar se alguns significados e sentidos produzidos nos diversos momentos de ensino-aprendizagem da disciplina foram mobilizados para a produção sentidos dos vídeos assistidos. Desse modo, além da observação das interações no decorrer das aulas, buscamos também olhar para alguns produtos dos alunos as tarefas solicitadas pelos professores e a audiência de outros vídeos. As observações das aulas serão objetos de relatórios diários produzidos pelo pesquisador.

Voltamos também a nossa atenção às atividades em grupo, de formato livre, propostas por professores em negociação com os alunos. Nossa expectativa era de que essa oportunidade de os alunos participarem na escolha de temas e formatos que lhes parecessem mais interessantes facilitasse a emergência de narrativas mais genuínas sobre as experiências vivenciadas por eles no contexto da disciplina. Por isso, acreditamos que essa liberdade na escolha do modo de apresentação e do recorte temático, faria emergir experiências que os outros procedimentos talvez não conseguissem. Destas atividades buscamos olhar para as relações que podem ser estabelecidas com as leituras produzidas a partir das leituras dos vídeos. Que temas foram abordados? Qual o posicionamento em relação aos temas? Que recursos foram mobilizados para isso? Essas perguntas são alguns exemplos de abordagens que podemos dar a estas atividades sob o pretexto de melhor compreender a produção de sentidos no contexto da disciplina.

Estudo da Produção

O estudo da produção tem por finalidade caracterizar o conjunto de expectativas e intenções que deram forma aos vídeos escolhidos para este estudo. Assim, buscamos caracterizar e inferir algumas intenções de orientação de sentido a ser produzido, ou seja, buscamos compreender de que modo os produtores e a obra constroem um lugar para o espectador, oferecem-lhe um papel e tentam prescrever um espectro de leituras a serem feitas

pelo espectador. Para isso, voltamo-nos principalmente a estudar as intenções dos produtores, o contexto de produção do vídeo em questão e a analisar a obra audiovisual.

Compreendemos, em Martin (1990), que o cinema é uma linguagem fundada, como toda arte, sobre uma escolha e uma ordenação e é resultado da percepção subjetiva do diretor. A imagem construída em função daquilo que o diretor pretende exprimir, sensorial e intelectualmente, e neste último ponto pode se fazer veículo da ética e da ideologia. Segundo o autor, a imagem fílmica é dinamizada pela visão artística do diretor, tendo em vista a mensagem que o autor espera comunicar. Machado (1997) define a linguagem do cinema como um sistema de expressão pelo qual é possível forjar um discurso sobre o real (ou o irreal), um tipo de construção narrativa baseada na linearização do significante icônico, na hierarquização dos recortes de câmera e no papel modelador das regras de continuidade (montagem). Martin (1990) afirma que a linguagem do cinema é formada pelo "papel criador da câmera" (recortes espaciais, ângulos, posição e movimentos), pelos cuidados com som, cor, iluminação, cenário e indumentária, e ainda pelas operações de edição (nas relações espaço-temporais que se pode criar entre estas imagens gravadas, montagem). Assim, com a escolha de um determinado enquadramento, um certo ângulo de filmagem, uma trilha sonora e uma determinada ordem de aparecimento das imagens, pode-se buscar que sejam construídos alguns significados e não outros.

Assim, nesta parte dos procedimentos metodológicos foi feita análise da linguagem fílmica dos vídeos selecionados, bem como a análise dos contextos de produção. Esperamos com estes procedimentos identificar as intenções dos produtores do vídeo e caracterizar o uso da linguagem fílmica na construção de um *significado preferencial* e de um *modo de endereçamento*. Para isso utilizamos a Análise Fílmica Francesa e Semiótica Social.

Para Vanoye e Goliot-Lété (1994), uma análise fílmica não pode centrar-se apenas no texto audiovisual. Ela deverá também ser feita a serviço de um projeto, levar em conta o contexto no qual a obra foi produzida e buscar identificar as influências destes na composição do texto. Analisar um filme é desconstruí-lo em suas partes, em seguida reconstruí-lo e buscar a compreensão do todo da obra a partir da síntese das partes.

Um desejo de compreender melhor, que requer uma desconstrução artificial ("quebrar o brinquedo") para observar os diversos mecanismos ("ver como funciona") com a esperança, talvez ilusória, de uma reconstrução interpretativa mais bem fundamentada (JOLY, 2001).

Segundo Vanoye e Goliot-Lété (1994) analisar um filme é também situá-lo num contexto, numa história. E, se consideramos o cinema como arte, é situar o filme numa história

das formas fílmicas. Assim, torna-se imprescindível buscar caracterizar o contexto de produção do vídeo. Neste sentido, em nossa análise, é importante não somente olhar para o texto, mas também olhar para as suas condições de produção e para o contexto de produção.

O todo do filme reconstituído, somado a informações levantadas sobre as condições de produção, o contexto e o *paratexto*⁵, dão subsídios para melhor estimar um *Significado Preferencial*. Para o estudo de alguns filmes a documentação pode não estar disponível ou ser de difícil acessibilidade, por isso será de grande relevância o estudo dos paratextos, ou seja, estudo da literatura circulante sobre o filme estudado. Foi utilizada a *análise documental* de textos produzidos pelos autores e pela equipe de produção do vídeo, de modo a colaborar na caracterização do contexto de produção. Estes documentos que tratam da temática do vídeo e de suas condições de produção podem ser relatórios de produção, sinopses, artigos publicados e roteiros, entre outros.

Para análise dos documentos levantados recorreremos à técnica de *Análise de Conteúdo Temática* como apresentado por Bardin (2008). Para a autora, esta técnica consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico pretendido.

Desse modo, no estudo da produção fizemos a análise fílmica dos vídeos *Um Golpe do Destino* (1991) e *Uma lição de vida - Wit* (2001) e as complementamos com revisões de publicações sobre os filmes e dos documentos de produção disponíveis e acessíveis.

Estudo da Recepção

No estudo da recepção, buscamos centralmente nos dedicar a caracterizar os modos como os espectadores produzem sentido a partir do produto audiovisual assistido no contexto social macro e micro. Para estudar a recepção caracterizamos as expectativas e experiências anteriores dos espectadores e, principalmente, observação das exibições dos vídeos e análise das discussões em seguida dos grupos e entrevistas (ambas serão gravadas e transcritas).

Apesar de não fazer parte dos objetivos desta pesquisa, mediante a inviabilidade de estudar no tempo proposto para esse projeto, buscamos estar atentos a alguns eventuais sinais de práticas de implementação das leituras feitas. Isso pois, em Schrøder (2000), acreditamos que invariavelmente essas leituras e implicações tendem a surgir conjuntamente e nem sempre são de fácil distinção. O estudo das implementações pode contribuir para caracterizar em que

⁵ Segundo Odin (2005), informações exteriores à obra que indicam como a obra deve ser lida, tais como cartazes de divulgação, apresentação introdutória, textos e entrevistas com os autores etc.

medida os sentidos continuam a ser produzidos, modificados, atualizados, influenciam outras produções de sentido e como são postos em prática no cotidiano da disciplina.

Contudo, é importante ressaltar que essa divisão diz respeito apenas ao modo como optamos por organizar esta pesquisa, pois como apresentado no referencial teórico desse projeto, esses momentos de produção/recepção e as leituras/implementação ocorrem num contínuo complexo e multilinear de difícil distinção. A seguir abordaremos cada um desses momentos de maneira um pouco mais detalhada.

Desse modo, essa etapa consistiu, em parte, na aplicação de questionários, na observação da exibição dos filmes e na observação da discussão após a exibição dos filmes. O uso destas estratégias foi inspirado em Schrøder *et al.* (2003), segundo o qual a utilização de um pluralismo metodológico permite superar as limitações da utilização de apenas um instrumento interpretativo no tratamento dos dados levantados com a pesquisa qualitativa de recepção. Com essa combinação de modos de produção de dados, buscamos caracterizar as leituras produzidas tanto a partir da interação/negociação de sentidos por um grupo específico e regido por uma série de normas explícitas e implícitas, bem como melhor compreender como os indivíduos produzem suas leituras a partir de suas experiências mais individualizadas, supostamente sofrendo menores influências diretas dos grupos nos quais usualmente estão inseridos.

Para Schrøder *et al.* (2003), a abordagem qualitativa nos estudos de recepção consiste na busca pela verbalização de suas experiências pelos espectadores. Neste sentido, os procedimentos selecionados se configuraram como um meio de acesso às elaborações discursivas das experiências destes espectadores com os vídeos em questão. Entretanto, não se trata de instrumentos que possibilitariam uma escavação da experiência mais pura do espectador, trata-se de um catalisador para ativar uma paleta de repertórios discursivos relacionados com os sentidos produzidos a partir da experiência com o vídeo exibido, coletivamente elaborada na discussão e posta em prática no cotidiano formativo desses sujeitos.

Diante disso, baseados em Schrøder *et al.* (2007), a análise das transcrições das discussões e entrevistas considerou o caráter multidimensional dos processos de produção de sentido dos espectadores (Schrøder, 2000), observou as motivações dos espectadores na construção de suas leituras, sua compreensão, e consciência dos usos/manipulações dos recursos estéticos, suas atitudes relacionadas aos discursos defendidos/apresentados nos vídeos.

Ao observarmos as exposições e discussão conseguinte, além de gravar o áudio para analisar o conteúdo dessa discussão, buscamos nos atentar a possíveis ações e reações (como

comentários em voz alta, risos, recusa em ver o vídeo, etc.), que possam identificar atitudes de aprovação ou desaprovação/resistência.

A análise das interações nas discussões após a exibição do filme teve a finalidade de possibilitar a identificação dos sentidos produzidos pelos alunos quando interagindo com seus pares. Os momentos da exibição do vídeo e da ocorrência do grupo de discussão foram gravados e as falas serão transcritas para posterior análise.

Inicialmente, pretendíamos realizar entrevista em profundidade sobre sua experiência como espectador do vídeo assistido, com quatro estudantes. A expectativa era de que com esse procedimento fosse dada maior liberdade para que os espectadores pudessem também verbalizar conexões das leituras produzidas com suas vidas profissional e pessoal. Contudo, na prática de produção de dados isto não foi possível. As datas após a exibição dos filmes estavam repletas de provas agendadas, o que impossibilitou o encontro com os sujeitos. Como alternativa fizemos uso da aplicação de questionários que continham questões formuladas a partir de pontos que não haviam ficado tão claros na discussão empreendida após à exibição. Na última aula do semestre, solicitamos que os alunos que houvessem participado da discussão após o filme preenchessem o questionário.

Outro ponto importante considerado é o papel dos professores como mediadores dos filmes. Esta atividade mediadora também foi considerada e analisada por meio da combinação da análise fílmica com a observação da exibição e entrevista com esses professores. Essa observação buscará notar que modificação os professores efetuam na narrativa original e em que medida os comentários e questões que os professores levantam, de alguma forma, sublinham e privilegiam significados nos filmes.

Para a análise dos dados dos questionários, do grupo de discussão, e das entrevistas, foi utilizada a *Análise de Conteúdo* (BARDIN, 2008) em suas variações: *Temática*, *Sequencial* e de *Enunciado*. Para a autora a *análise de conteúdo* é uma estratégia para se ir além das aparências dos eventos comunicativos, uma atitude de vigilância crítica diante da ilusão de transparência dos fatos sociais. É a manipulação de mensagem (conteúdos e expressão desse conteúdo) para evidenciar indicadores que permitam inferir sobre uma realidade outra que não a da mensagem. Ou seja, é uma busca de outras realidades por meio da mensagem. Não se trata de um instrumento, mas de um leque de apetrechos que devem ser configurados de acordo com os objetivos da análise. Segundo a autora,

A análise de conteúdo tenta compreender os jogadores e/ou o ambiente do jogo em um momento determinado. Contrariamente à linguística, que apenas se ocupa das formas e suas distribuições, a *análise de conteúdo* toma em consideração as significações (conteúdo), eventualmente sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas (índices formais e análise de coocorrência).

De acordo com Bardin (2008), é possível se dedicar à interpretação da subjetividade em jogo na interpretação dos dados sem abrir mão do poder de generalização. Assim, para a presente pesquisa, propomos identificar os temas, caracterizar quantitativa e qualitativamente suas ocorrências, analisá-los em relação ao enunciado que os comporta e, por fim, caracterizar o modo como se estruturam estes enunciados na dinâmica de interação (da discussão) como um todo. Este último ponto tem em vista compreender como a interação entre os diferentes sujeitos constrói, de alguma forma, um sentido para aquele evento.

Com estes procedimentos adotados para o estudo das leituras, buscamos produzir dados para principalmente caracterizar as dimensões de leitura do modelo multidimensional. Acreditamos que analisar a exibição e discussão do vídeo no contexto das aulas nos possibilitou principalmente caracterizar as leituras das dimensões *compreensão*, *discriminação* e *posição*. Os questionários e entrevistas, associados aos grupos de discussão, nos permitirá concluir sobre a dimensão de *motivação*.

A seguir esquematizamos os procedimentos metodológicos e apresentamos o quadro geral de procedimentos.

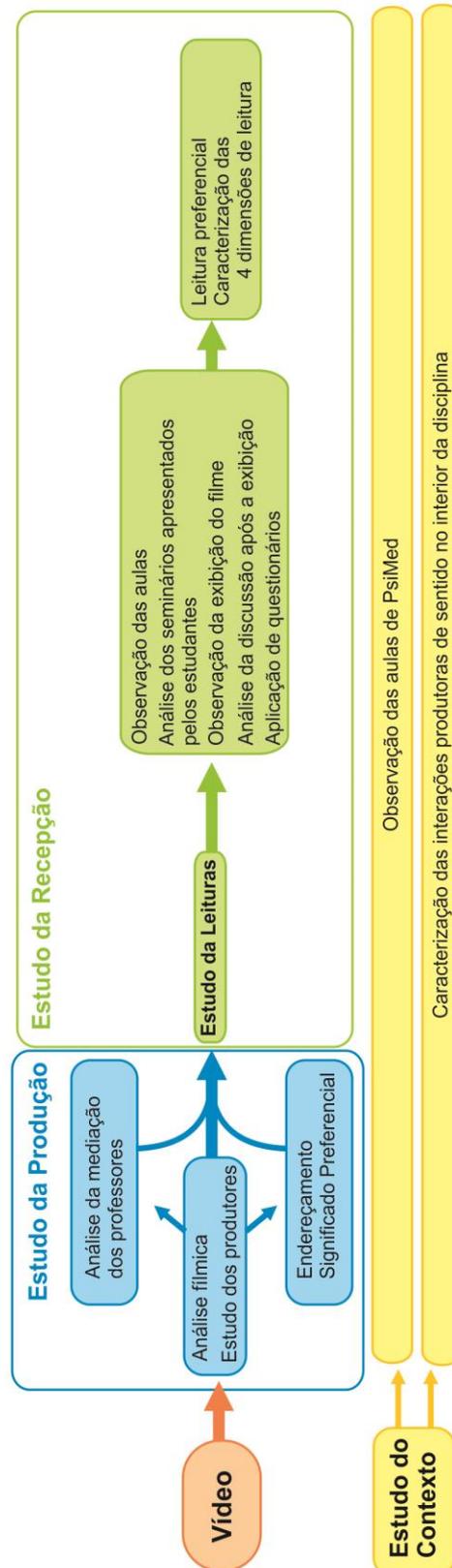


Figura 1 – Diagrama ilustrativo de procedimentos metodológicos

| Etapa | Produção de dados | Análise de dados | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------|
| | Análise dos planos de aula | Análise de conteúdo temática | | |
| | Observação das aulas | Análise dos relatórios de observação | | |
| | Análise da mediação dos professores | Observação da exibição | | |
| ESTUDO DA PRODUÇÃO | <i>Uma lição de vida - Wit</i> | Análise fílmica | Análise fílmica francesa | |
| | | Análise da produção (análise de documentos) | Análise de conteúdo temática das entrevistas e documentos encontrados | |
| | <i>Um Golpe do Destino</i> | Análise fílmica | Análise fílmica francesa | |
| | | Análise da produção (análise de documentos) | Análise de conteúdo temática das entrevistas e documentos encontrados | |
| ESTUDO DA RECEPÇÃO | | Observação da exibição | Observação | |
| | <i>Uma lição de vida - Wit</i> | Análise da discussão | Análise de conteúdo temática, de enunciação e sequencial. | |
| | | Análise da mediação dos professores | Observação da exibição | |
| | | Aplicação de questionários | Análise de conteúdo temática | |
| | <i>Um Golpe do Destino</i> | | Observação da exibição | Observação |
| | | Análise da discussão | Análise de conteúdo temática, de enunciação e sequencial. | |
| Análise da mediação dos professores | | Observação da exibição | | |
| Aplicação de questionários | | Análise de conteúdo temática | | |

Quadro 2 - Quadro Geral de Procedimentos Metodológicos

FILMES E VÍDEOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Mediante a tarefa de estudar os usos de vídeos e filmes na Educação Médica, voltamos em um primeiro momento a realizar uma revisão a respeito deste tópico. Dessa forma, com este capítulo pretendemos fazer uma breve contextualização sobre como os vídeos são abordados nos trabalhos científicos de periódicos voltados à Educação Médica.

Uma pesquisa bibliográfica pode ser feita com a delimitação por artigos em periódicos, trabalhos em anais de eventos, dissertações e teses etc. Para os objetivos desta pesquisa, delimitou-se como universo de investigação apenas periódicos que estivessem na base de dados do WebQualis⁶ na área de medicina, ensino ou educação, nos estratos A1, A2, B1 e B2 em uma dessas áreas. Sob esse critério, foram selecionados quatro periódicos: (1) Medical Education; (2) Educación Médica Superior; (3) Revista Brasileira de Educação Médica; (4) BMC Medical Education. O *corpus* da pesquisa foi definido pela busca de trabalhos publicados nos últimos dez anos, e, como esse levantamento foi realizado em 2014, o período corresponde de 2004 a 2013.

As buscas foram realizadas por meio das palavras-chave *vídeo*, *filme* e *cinema*, quando necessário traduzidas no idioma nativo da revista. Na revista Medical Education, o sistema de busca retornou trabalhos que contavam com coleta de dados por meio de gravação em vídeo, e, buscando o refinamento da busca, se acrescentou o termo *educational* ao termo *video*. A revista cubana Educación Médica Superior não contava com sistema de busca por palavras-chave, e, por esse motivo, foi preciso realizar a busca a partir da leitura dos títulos e resumos dos trabalhos. Esse procedimento também foi adotado, em um segundo momento, nas demais revistas.

A revista Medical Education retornou uma quantidade expressiva de artigos (em torno de mil), e eliminamos todos em que o audiovisual fosse o objeto da pesquisa e/ou não fosse usado como recurso educativo. Também excluímos trabalhos que estivessem apenas publicados em forma de resumo e que não estivessem disponíveis para a leitura a partir do Portal de Periódicos da CAPES⁷. Dessa forma, a busca nessa revista resultou em quatro artigos, que foi reduzida a três após a leitura completa dos mesmos. A busca na revista BMC Medical Education retornou 80 artigos, dos quais apenas sete atendiam aos critérios de exclusão e inclusão, utilizados para todos os periódicos. Na Revista Brasileira de Educação Médica, dos sete

⁶ Disponível em: <<http://qualis.capes.gov.br/>>.

⁷ Mesmo conectados via Portal de Periódicos da CAPES, muitos trabalhos dependiam de pagamento para leitura.

resultados iniciais, apenas um foi excluído. A busca no periódico *Educación Médica Superior* apresentou, inicialmente, seis trabalhos, dos quais três foram excluídos.

No Quadro 1 apresentamos os quatro periódicos, que doravante serão referenciados por meio de seus códigos, os termos de busca e o número de artigos retornados.

| PERIÓDICO | CÓDIGO | PAÍS | QUALIS | TERMOS DE BUSCA | ARTIGOS |
|--|--------|-------------|---|--|---------|
| Medical Education | ME | Reino Unido | A1 Ensino A2 Medicina | educational video; film; movie; movies; cinema | 3 |
| Educación Médica Superior | EMS | Cuba | A1 Ensino | — | 3 |
| BMC Medical Education | BMC | Reino Unido | B2 Ensino B4 Educação B2 Medicina | video; film; movie; movies; cinema | 7 |
| Revista Brasileira de Educação Médica | RBEM | Brasil | A2 Ensino B3 Educação B4 Medicina | vídeo; filme; cinema | 5 |
| TOTAL DE ARTIGOS | | | | | 18 |

Quadro 3 – Periódicos selecionados para revisão de literatura.

Nos 18 artigos que constituem o *corpus* dessa pesquisa (Quadro 2), buscamos atentar às seguintes questões: (1) Consistem em que tipo de estudo? (2) Que concepções trazem sobre vídeos e filmes e seus usos na educação? (3) Como o vídeo é pesquisado? (4) O uso/estudo se relaciona a que disciplina da medicina?

| ARTIGO | TÍTULO | ANO | ESTUDO | PERIÓDICO |
|--------|--|------|----------|-----------|
| A | Comparison of text and video cases in a postgraduate problem-based learning format | 2005 | empírico | ME |
| B | How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education | 2007 | empírico | |
| C | Video-based cases disrupt deep critical thinking in problem-based learning | 2012 | empírico | |
| D | El video como medio de enseñanza: Universidad Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela | 2007 | teórico | EMS |
| E | Utilización de videos didácticos como innovación en la enseñanza de la toxicología | 2009 | empírico | |

| | | | | |
|---|--|------|----------|------|
| F | Modelo comunicacional para las videoclases en las ciencias básicas biomédicas | 2011 | empírico | |
| G | Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency | 2009 | empírico | |
| H | Developing counseling skills through pre-recorded videos and role play: a pre- and post-intervention study in a Pakistani medical school | 2010 | empírico | |
| I | Using movies to teach professionalism to medical students | 2011 | empírico | |
| J | Australian medical students' perceptions of professionalism and ethics in medical television programs | 2011 | empírico | BMC |
| K | Nervous system examination on YouTube | 2012 | teórico | |
| L | Towards a conceptual framework demonstrating the effectiveness of audiovisual patient descriptions (patient video cases): a review of the current literature | 2012 | teórico | |
| M | Cinema in the training of psychiatry residents: focus on helping relationships | 2013 | teórico | |
| N | Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação humanística | 2005 | teórico | |
| O | O cinema e a educação bioética no curso de graduação em Medicina | 2011 | teórico | |
| P | O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia | 2011 | teórico | RBEM |
| Q | Videoaula ou teleconsultoria no aprendizado em otorrinolaringologia do médico de família | 2012 | empírico | |
| R | Recepção audiovisual na educação médica: leituras de um vídeo educativo de psicologia médica por estudantes de medicina | 2012 | empírico | |

Quadro 4 - Título, ano de publicação, autoria, tipo de estudo e periódico dos artigos.

É interessante notar que dos 18 artigos, 14 foram produzidos nos últimos cinco anos, dos quais 11 nos últimos três anos, evidenciando a relevância da presente revisão, já que parece haver uma tendência no aumento da produção acadêmica sobre essa temática a despeito dos

artigos não disponíveis para a leitura gratuita via Portal de Periódicos da CAPES (um dos limites desta pesquisa), no caso do periódico ME.

1.7 REVISTA MEDICAL EDUCATION

Os artigos A de autoria de Balsley *et al.* (2005), B de autoria de De Leng *et al.* (2007) e C de autoria de Roy e McMahon (2012) apresentam fundamentação e discussão de dados empíricos e todos consistem em investigação sobre o uso de casos médicos em vídeos e textos para o treinamento do raciocínio clínico dos estudantes nos períodos pré-clínica, ou seja, antes da parte preponderantemente prática da formação médica. Esses estudos foram feitos em aulas orientadas pela “aprendizagem baseada em problemas” (PBL – *Problem Based Learning*).

O artigo A cita B, chegando a se assemelharem, uma vez que compartilham objetivos – comparar a efetividade do uso de casos clínicos dispostos em textos ou em vídeos como recursos pedagógicos para o “treinamento” do raciocínio clínico – e grande parte dos referenciais teóricos e procedimentos metodológicos. Os dados são produzidos a partir de observação das exposições e das discussões em grupo subsequentes à exibição dos vídeos. Os resultados indicam que os estudantes analisam e discutem por mais tempo quando se faz uso de vídeos. Segundo Balsley *et al.* (2005), por apresentarem visualmente os sintomas, os vídeos estimularam processos cognitivos, o que aumentou a capacidade de uso da memória para análise dos casos clínicos. Já para De Leng *et al.* (2007), os vídeos proporcionaram representações mais realísticas, ilustrações mais autênticas e compreensíveis. Para os autores desses artigos os vídeos foram mais motivadores e desafiadores e de mais fácil memorização para os estudantes, ao afirmarem que os vídeos podem fornecer uma imagem mais holística dos problemas dos pacientes, transmitir emoções, linguagem corporal e outras não-verbais, mais direta e vividamente ao fazer uso de uma linguagem mais familiar à geração X (DE LENG *et al.*, 2007).

No artigo C, vídeo-casos foram estudados em relação à percepção de aspectos psicossociais de pacientes. Nesse trabalho parte-se de fundamentação semelhante a dos anteriores, contudo chega-se a resultados distintos. Segundo os autores, os vídeos provocaram maior satisfação nos estudantes, mas estiveram associados a uma sensível redução do pensamento crítico sobre os temas abordados, talvez devido a maior complexidade provocada pela combinação de áudio e vídeo, além da maior carga psicossocial e emocional, inibindo a capacidade de formular hipóteses. Com isso, Roy e McMahon (2012) acreditam que o excesso de informação talvez tenha distraído mais os estudantes, questionando, assim, os resultados encontrados em A e B, e ponderam que respostas emotivas e engajamento dos estudantes não

foram mensurados, sugerindo que outros estudos se voltem a tal caracterização. Terminam afirmando que o uso de vídeos não é uma panaceia na educação, e que esse uso deve ser feito com muitas precauções.

Nesses três trabalhos, os vídeos eram recursos de observação dos pacientes para produção de um raciocínio clínico. Todos partiram do pressuposto de que o vídeo teria um poder de comunicação superior ao texto por supostamente transmitir mais informações e detalhes dos pacientes, sendo que nos dois primeiros se concluiu que esse maior poder aprimorou a cognição dos estudantes, e no terceiro foi um obstáculo ao exercício do raciocínio clínico.

1.8 EDUCACIÓN MÉDICA SUPERIOR

No periódico EMS encontramos um estudo teórico e dois empíricos. No artigo D, Valdivia, Mansolo e Medina (2007) partem de uma revisão de literatura e apresentam propostas para a utilização de vídeos na formação médica cubana. Os dois estudos empíricos se voltam ao ensino de toxicologia no contexto da formação em medicina da família. Nesse artigo, o vídeo é entendido como um recurso que possibilita a apropriação de conteúdos de maneira reflexiva e consciente, e seria, portanto, bastante apropriado para a utilização na formação de médicos comunitários. Segundo seus autores, o vídeo seria um meio de divulgação massiva, direcionado a um público homogêneo, combina elementos de outros meios e favorecem o desenvolvimento de processos de ensino-aprendizagem e a percepção de eventos, característica essa que também homogeneizaria os estudantes espectadores por apagar suas diferenças. A construção dessa homogeneização, para os autores, estaria de acordo com os pressupostos norteadores da medicina comunitária, e o papel do professor seria o de mediador, buscando romper com a passividade dos estudantes.

No artigo E, de autoria de Tremarias e Velásquez (2009), é avaliada a utilidade de vídeos como estratégia de ensino de toxicologia no curso de medicina. Para isso, foram exibidos três vídeos sobre a ação das drogas no cérebro humano e aplicados questionários tipo pré e pós-teste. Os autores afirmam que os vídeos facilitam a aquisição de conteúdos científicos pelos estudantes, estimulam a atenção e participação e são mais eficientes do que aulas expositivas, porém produzem aprendizagem menos complexa. Nota-se que a conceituação do vídeo é desencontrada dos resultados, uma vez que os autores baseiam-se na ideia de que o vídeo motiva, estimula atenção e participação, mas o desenho metodológico permitiu apenas avaliar

o quanto os estudantes aprenderam, se a aprendizagem foi melhor ou pior, algo relativamente comum em pesquisas que têm o uso de vídeos como objeto de pesquisa.

Em F, Cavero (2011) analisou a utilização de videoaulas, os papéis dos participantes (professor do vídeo, professor da classe e estudantes) e suas interações. O autor caracteriza videoaula como aulas e/ou palestras gravadas em vídeo que são exibidas e discutidas. Para isso haveria o professor da videoaula e o professor da classe que mediará a discussão após a exibição do vídeo. Segundo o autor, essa ideia está de acordo com a formação de médicos em larga escala ao romper a barreira tempo/espaço com a transmissão da aula gravada de um professor. Ele afirma também que a mediação da discussão após a exibição do vídeo tem papel fundamental, pois seria esse o “verdadeiro” momento em que se produziram reflexões: o vídeo, transporte dos conteúdos, deveria ser contextualizado, ter sua relevância sublinhada pelo mediador que buscaria construir as conexões entre o vídeo e os estudantes. Chama atenção a ideia do vídeo como aula pronta, teletransportável, e que seria a discussão após a exibição a principal parte do evento educativo no qual o vídeo se insere.

Esses artigos evidenciam um superdimensionamento das potencialidades do vídeo quanto aos pressupostos que sustentam seus estudos, mesmo que suas conclusões não se aproximem da discussão sobre tais afirmações.

1.9 BMC MEDICAL EDUCATION

Quatro dos sete trabalhos publicados na BMC são estudos empíricos, e a maior parte se volta à compreensão da contribuição do uso de audiovisuais na formação médica para a comunicação entre médico e paciente. Nos artigos G de autoria de Wong *et al.* (2009), H de autoria de Ahsen *et al.* (2010) e I de autoria de Klemenc-Ketis e Kersnik (2011), essa compreensão é pautada por atitudes e valores humanistas, tal como a empatia. Os autores de G e H pesquisaram especificamente como o uso de filmes e vídeos pode contribuir para a melhora da comunicação médico-paciente de, respectivamente, residentes e graduandos do 4º ano. Wong *et al.* (2009) aplicaram um questionário antes e após a realização de uma apresentação sobre um modelo de comunicação médico-paciente, seguido pela exibição de cenas das séries de TV *House* e *Grey's Anatomy*. O questionário, no entanto, não avaliava o que foi aprendido a partir da atividade, mas o que e como os estudantes julgavam ter aprendido. Os resultados indicaram que os estudantes acreditaram ter aprendido melhor por conta da contribuição das cenas ao exemplificarem ações desejadas na comunicação médico paciente. Os autores baseiam-se na ideia de que audiovisuais são ferramentas efetivas que melhoram o ensino

justamente por oferecerem uma melhor descrição (mais dinâmica e humanizada) de situações clínicas e, em decorrência disso, atuariam também motivando e engajando os estudantes em vivências emocionais na exibição.

Sustentação bastante similar encontra-se em H, em que Ahsen *et al.* (2010) consideram ainda que os vídeos poderiam atuar especificamente no treinamento de habilidades de comunicação. Nesse estudo, encenações de atendimento médico foram acompanhadas por exibição de vídeos (produzidos no contexto de realização da pesquisa) que se voltavam a apresentar elementos essenciais da comunicação médico-paciente, como: formas de iniciar uma consulta, uso de perguntas abertas e fechadas em uma consulta, clarificações, facilitações e acesso às concepções dos pacientes. Questionários pré e pós-teste evidenciaram, segundo os autores, considerável melhora no entendimento dos estudantes sobre os elementos essenciais de comunicação. Contudo, essa melhora não se repetiu na prática real com os pacientes, uma vez que não resultaram em efetiva mudança no período de realização do estudo com os estudantes.

No artigo I, Klemenc-Ketis e Kersnik (2011) tiveram como objetivo avaliar a relevância e utilidade do uso de filmes para ensinar profissionalismo e medir o impacto desse uso nas atitudes de estudantes do 4º ano de Medicina. O conceito de profissionalismo, segundo os autores, diz respeito à coleção de atitudes, valores, comportamento e relações que atuam como fundamentos do contrato dos profissionais de saúde com a sociedade, aspectos que geralmente apenas figuram no currículo oculto. Nesse estudo, os filmes foram compreendidos sob uma suposta possibilidade de controle de cenário da prática médica, ao apresentar o contexto de vida mais amplo dos pacientes e facilitar a educação sobre aspectos psicossociais no cuidado à saúde. É interessante notar que os resultados do estudo reforçam a contribuição do filme comercial de longa-metragem exibido (*Uma lição de vida*, 2001) para o reconhecimento de questões como comunicação, empatia, interesses pessoais intervenientes na prática médica, cuidados paliativos e as fases da morte de um paciente terminal. Segundo os autores, tal filme também teria disparado uma reflexão a respeito da própria existência dos estudantes, fazendo-os repensar sobre a vida e a morte. Apesar de objetivar o ensino do conceito de profissionalismo, as questões abordadas em I com o uso do filme são bastante próximas das abordadas nos artigos G e H, voltados à comunicação médico-paciente. Esses três trabalhos também se aproximam em sua fundamentação teórica sobre a relação entre audiovisual e educação e nos tipos de estudos realizados.

Os autores do artigo J, Weaver e Wilson (2011), também compartilham dessa sustentação teórica no desenho do estudo, e, além disso, destacam que os programas médicos

de TV (filmes e séries) oferecem aos estudantes representações sobre a carreira escolhida e que poderiam ser utilizados como recursos na futura prática médica desempenhada. O foco desse estudo foi caracterizar as percepções dos estudantes a respeito de profissionalismo e ética mediante a audiência das séries de TV *House*, *Scrubs* e *Grey's Anatomy*. Os autores identificaram bons e maus exemplos de condutas médicas nas séries e, apesar de considerarem que a discussão desses programas contribuiria para o desenvolvimento da percepção crítica por parte dos estudantes, afirmaram não estarem seguros sobre isso.

Em K, Azer *et al.* (2012) trazem o resultado de uma busca por vídeos no *YouTube* que abordem o sistema nervoso e esses são caracterizados segundo conteúdos, técnicas audiovisuais e características pedagógicas. O trabalho parte de uma compreensão de que os vídeos seriam recursos pedagógicos centrados nos alunos, valorizando sua autonomia. Como resultados, pouco mais da metade dos vídeos poderiam ser utilizados para propósitos educativos, e os autores ponderaram que eles ofereciam a vantagem de explicar conceitos difíceis ao trazerem simulações, diagramas, animações, analogias e pacientes simulados. Ao final, indicaram que o aprendizado poderia ser melhorado se os vídeos fossem mais bem planejados, explorassem corretamente os conceitos, devendo ser apresentados de forma clara e adequada.

No artigo L, Roland, Coats e Matheson (2012) apresentam quase uma meta-análise de trabalhos que estudam o uso de videocasos na formação em Medicina. Porém, esse trabalho não pode ser considerado exatamente como uma meta-análise, pois pretende mais especificamente avaliar a validade interna dos estudos que se voltaram a pesquisar o uso de videocasos, que, segundo um entendimento encontrado na literatura, produziriam aprimoramento do processamento cognitivo, afirmações rechaçadas pelos autores desse artigo. Assim, os autores desse artigo questionaram a validade dos resultados encontrados em nos artigos A e B (que fazem parte do *corpus* da presente revisão).

No estudo apresentado em M, desenvolvido em uma cadeira de psiquiatria, Gramaglia *et al.* (2013) apresentam uma sustentação teórica marcada pela perspectiva analítica psicológica de Jung (segundo a qual, resumidamente, as imagens poderiam evocar emoções e ativar complexos inconscientes). Seus autores reconhecem que os filmes têm potencial para atuar na formação de empatia e habilidade relacionais, além de provocar debates sobre tópicos que não são usualmente abordados na formação médica. O estudo se volta a analisar quatro filmes que oferecem a oportunidade de reflexão sobre o significado de estar envolvido em uma relação de cuidado. Os autores apresentam análises dos filmes com possibilidades de discussão, e chegam a conclusões próximas das ideias que fundamentaram seu estudo.

Os trabalhos do periódico BMC mostraram uma tendência a compreenderem os audiovisuais como forma de “reprodução” de uma realidade da prática médica que ainda não seria “experenciada” com frequência pelos estudantes (a maior parte dos estudos se deu no 4º ano de Medicina ou no princípio do período de residência médica). Essa apresentação do ambiente da prática médica pelos filmes ocorreria de maneira ampliada e também envolveria o contexto mais amplo da vida do paciente e dos médicos, o que facilitaria a percepção da dimensão psicossocial. De maneira geral, os artigos se dedicaram à comunicação médico-paciente, RMP, condutas éticas e atitudes profissionais adequadas. As disciplinas foram, em geral, as de clínica médica ou correlatas, o que expressa uma coerência entre os usos propostos para os audiovisuais e as finalidades das disciplinas, já que eles apresentam situações que ilustrariam a prática médica real.

1.10 REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA

Dos cinco artigos da RBEM, três são discussões teóricas com proposições sobre as potencialidades de filmes e suas possibilidades de uso na formação médica. Encontram-se nessa categoria os artigos N de Blasco *et al.* (2005), O de Cezar, Gomes e Siqueira-Batista (2011) e P de Dantas, Martins e Militão (2011), e esses dois últimos utilizam largamente na fundamentação trabalhos anteriores produzidos por um dos autores do artigo N. Nesses três trabalhos, os filmes são considerados obras de arte que teriam a vantagem de suscitar emoções. Enquanto em N emoção é considerada “porta de entrada” para uma formação mais humana dos profissionais de medicina, para os autores de O e P emoções geradas a partir dos filmes despertariam reflexões que atuariam na formação em Bioética. Em N não há relação entre o uso de filmes e uma disciplina específica, relatando-se superficialmente algumas experiências em disciplinas eletivas voltadas à formação artística no curso de Medicina. Nesse trabalho há referências de trabalhos anteriores de um dos autores que investigaram o uso de filmes na disciplina Medicina de Família.

Nesses três trabalhos encontra-se a ideia de que os filmes seriam meios de sensibilizar, pois inicialmente não passariam pela dimensão da razão, produzindo reflexões que suscitariam valores e atitudes adequadas nos estudantes. Segundo os autores, essa característica dos filmes possibilitaria a vivência de experiências que nem todos os estudantes podem dispor em sua formação. O audiovisual, como legítimo recurso para a formação de atitudes humanizadas em Medicina, provocaria emoções que deveriam ser objeto de reflexão dos alunos após a exibição. Nos três trabalhos afirma-se que as reflexões a partir de grupos de discussão oportunizariam o

estabelecimento de identificações dos estudantes com os personagens apresentados nos filmes e questionamentos sobre o universo fílmico que levariam a uma discussão da própria realidade na qual estes estudantes estão localizados.

Discutir o filme levaria, em um segundo momento, a discutir seu cotidiano de práticas (CEZAR, GOMES e SIQUEIRA-BATISTA, 2011). Os filmes teriam a capacidade de mobilizar o cotidiano do estudante e os trazer para a sala de aula (DANTAS, MARTINS e MILITÃO, 2011). Seria justamente nesse ponto que os filmes também seriam importantes recursos de contextualização dos conhecimentos desenvolvidos nas disciplinas que se voltem à humanização das práticas médicas. Blasco *et al.* (2005) caracterizam os espectadores, estudantes de medicina, como pertencentes a uma geração que desenvolve um consumo alienado de imagens, a sociedade do espetáculo, que consistiria no fato da imagem sobrepor o pensamento, ou seja, o que é meramente “estético” seria consumido sem a devida reflexão crítica. De antemão já podemos destacar que essa afirmação é um tanto problemática, pois parece supor que as imagens não são também produzidas e investidas de pensamento.

Os três estudos recomendam discussão após a exibição dos filmes, um momento de elaboração das sensações/sentimentos suscitados pelos filmes, de reflexão e de interpretação, que seria o momento de fato de produção de saberes. Há também recomendações de filmes comerciais para discussão em aula de temas como eutanásia, bioética, ética médica, relação médico-paciente, entre outros. Apesar de aparentemente serem bastante potentes, as afirmações contidas nesses três artigos não trazem qualquer sustentação empírica, consistindo em discussões teóricas que mobilizam outros trabalhos sem também indicar nesses qualquer base empírica para suas afirmações.

Finalmente, os artigos Q de autoria de Oliveira e Gonçalves (2012) e R de autoria de Pastor Junior, Rezende e Bastos (2012) são estudos empíricos. O primeiro é um estudo comparativo entre o uso de video-aulas e teleconsultorias (consultorias via fóruns de discussão em plataformas de educação a distância). Este estudo consistiu na aplicação de questionários a dois grupos de estudantes de Otorrinolaringologia para avaliar seu aprendizado sobre a parte clínica. Os resultados indicaram que a turma que estudou por video-aulas adquiriu com maior eficiência as teorias. Entretanto, nenhum dos dois métodos apresentou mudança significativa na prática clínica dos estudantes. De posse desses resultados, os autores fizeram uma consideração a respeito de video-aulas, relacionando-as com resultados de outros trabalhos ao afirmarem que tal recurso agregou conhecimento teórico, mas não modificou a prática. Nesse trabalho, o vídeo é compreendido como tecnologia de transmissão/armazenamento de conteúdo

e seu uso educativo buscaria exatamente superar obstáculos impostos pelo tempo e espaço no processo de ensino-aprendizagem.

R é um trabalho de nosso grupo de pesquisa como produção da dissertação de mestrado de um dos autores, e, por isso, compartilha boa parte dos referenciais teórico-metodológicos com a presente revisão de literatura. Trata-se de um estudo holístico com a análise de um vídeo educativo que trata da temática da humanização da prática médica (sobretudo as pertinentes à RMP), entrevistas com seus produtores e análise dos sentidos produzidos por estudantes ao assistirem ao vídeo na disciplina Psicologia Médica, almejando caracterizar a negociação que ocorre entre as intenções dos produtores do vídeo e as leituras dos espectadores. O artigo se apoia nos estudos culturais ao compreender os filmes e vídeos como carregados de artifícios para tentar prever/prescrever os sentidos produzidos pelos espectadores, contudo, conforme indicaram os resultados, os espectadores dispõem de relativa autonomia e nem sempre seguem tais prescrições uma vez que são ativos nessa produção de sentidos e não meros receptores passivos dos conteúdos presentes nos vídeos.

Com isso, é possível afirmar que a maior parte dos trabalhos da RBEM que se dedica a estudar o uso de vídeos e filmes na Educação Médica realiza seus estudos no contexto de disciplinas que se voltam à humanização da prática médica, sobretudo as disciplinas de bioética. Eles tendem a compreender os filmes como obras de arte que, a partir da fruição estética, utilizariam de “canais da emoção” como atalhos à atividade reflexiva a respeito dos temas abordados pelos filmes, ideia defendida principalmente pelos autores dos artigos N, O e P. Por outro lado, os autores dos artigos Q e R se aproximam mais de uma compreensão dos filmes e vídeos como mediadores socioculturais, buscando caracterizar e avaliar seus usos em sala de aula.

1.11 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO

A presente revisão identificou algumas tendências. Os trabalhos que se referiam a uso de filmes, em geral, os tomavam como um recurso que seria capaz de possibilitar o surgimento de emoções ou reflexões que facilitariam o aprendizado dos conceitos nas obras apresentadas. Estes usos se deram de maneira majoritariamente contextualizados, em que os filmes se voltavam a formar para habilidades relacionais, atitudes, comunicação médico-paciente e condutas éticas nas disciplinas de clínica médica, preparatórias para estágios e residências médicas, ou disciplinas voltadas ao profissionalismo médico. Quando não, os trabalhos se referiam ao uso de vídeos, em geral de video-casos ou de imagens de sintomas para que os

alunos de alguma forma exercitassem o raciocínio diagnóstico. Nesses casos, os vídeos teriam o papel de reproduzir fragmentos da realidade como alternativa à possibilidade de visualização direta desses sintomas. Os vídeos também foram estudados como possibilidade do estudante observar como se desenvolve uma situação real de comunicação médico-paciente.

Tanto vídeos como filmes tenderam a ter sua utilidade justificada pelas contribuições que trariam às aulas pela linguagem que seria mais próxima à geração dos estudantes, por permitirem a formação em localidades mais distantes e por possibilitarem a percepção de aspectos não tão facilmente percebidos na realidade da prática médica.

As conclusões desses últimos três parágrafos dizem respeito, principalmente, aos trabalhos originados de pesquisas empíricas. Contudo, como pudemos notar, não raramente a produção científica da área conta com trabalhos teóricos que são na maioria de revisão, de avaliação de obras audiovisuais e de propostas de atividades. Estes tipos de produção são importantes para o avanço do saber na área, contudo o que se pôde notar que é que estes trabalhos consistiam em sua maior parte de uma coleção de proposições que não haviam sido objetos de pesquisas empíricas. Mesmo os trabalhos de revisão não buscaram identificar qual era a sustentação teórica das potentes afirmações feitas por muitos deles. A maior parte dos trabalhos teóricos parecia consistir de uma reflexão baseada em outras produções que buscavam justificar o uso de filmes e vídeos na Educação Médica. Esse tipo de trabalho foi relativamente comum na produção da revista nacional selecionada.

Dentre os trabalhos teóricos, chama atenção o trabalho de Rolland et al. (2012), que identifica inconsistências na validade interna de estudos empíricos sobre o uso de vídeo-casos na Educação Médica. Esse trabalho contribui para pensar que também os trabalhos empíricos precisam ser mais bem desenvolvidos. Alguns trabalhos tratavam de estudos comparativos entre algum método e do uso de vídeos. As conclusões desse tipo de estudo não são tão fortes para afirmar algo específico sobre a natureza do uso dos vídeos na educação, e sim para afirmar que um recurso foi mais eficiente ou eficaz que outro no processo formativo. Outros estudos consistiram da aplicação de questionários pré e pós-exibição de um vídeo ou filme, considerando apenas o que ocorria de imediato após a exibição do audiovisual. Considerando que boa parte dos trabalhos se voltava para a formação de habilidades, atitudes, valores e competências de raciocínio clínico, é de se supor que nem um questionário seja o instrumento mais adequado para tal avaliação, quanto mais aplicado apenas logo após a exibição.

Portanto, os potenciais e vantagens conferidos pelos estudos aos vídeos necessitam ser mais bem estudados tanto teoricamente, quanto empiricamente. A alternativa que oferecemos com as pesquisas que realizamos, os estudos holísticos de recepção audiovisual se preocupam

em atender as demandas teórico-metodológicas apontadas por considerar tanto as obras audiovisuais (filmes e vídeos), o cotidiano de formação no qual eles se inserem, bem como, e principalmente, as leituras e saberes produzidos por estudantes a partir do uso de audiovisuais na Educação Médica.

ANÁLISE DO CONTEXTO

A presente fase da análise pretende caracterizar o contexto no qual ocorre o uso dos vídeos utilizados, no que se refere aos interesses e objetivos desta pesquisa. Para isso, buscamos compreender que recursos semióticos circulam nesse contexto, quais são reforçados e que recursos didáticos são utilizados. Desse modo, acompanhamos 29 das 30 aulas da disciplina PsiMed realizadas no ano de 2014, tomando nota dos principais temas abordados, recursos utilizados e principais indagações dos estudantes. Para isso, além de observar as aulas, estabelecemos conversas recorrentes com estudantes, professores e monitores, nos intervalos das aulas ou após o fim das mesmas.

A PsiMed está localizada no 6º semestre (M6) do curso de medicina. O curso conta com cerca de 100 estudantes por semestre. Os estudantes são divididos em duas turmas, com 50 alunos, que participam das aulas em dias diferentes. Cada aula dessas é organizada de modo a acontecer inicialmente uma aula expositiva para 50 alunos e, em seguida, a turma é dividida em dois grupos de 25 estudantes que, em salas separadas, desenvolvem a discussão sobre os principais temas abordados nas aulas expositivas. Essa discussão é conduzida pelo professor responsável por cada uma das turmas de 25 estudantes. Esse professor responsável pela condução das discussões também é responsável por todo o processo avaliativo e acompanhamento dos estudantes na enfermaria, quando preciso.

A partir da metade do semestre, o momento de discussão é utilizado para apresentação de seminários em grupos de estudantes. Estes seminários fazem parte das atividades de avaliação da PsiMed, junto às provas e trabalhos individuais de produção de “anamneses ampliadas”. Os seminários são apresentações orais feitas em grupos (em torno de 5 estudantes por grupo) sobre temas estudados na disciplina ou questões/temas da prática médica aos quais a PsiMed pode apresentar uma contribuição. Os temas desses seminários foram escolhidos pelos estudantes, que consultaram previamente os professores sobre a pertinência do tema à disciplina. Já as anamneses consistem da realização, junto a pacientes que os estudantes acompanham, de uma anamnese que envolva não apenas aspectos físicos, mas também a dimensão psicológica, pessoal e social.

A disciplina conta com oito professores, dos quais quatro são responsáveis diretos por uma das quatro turmas, nos momentos de discussão. Os outros quatro participam ministrando uma ou duas aulas, assim como também o fazem os professores já encarregados das discussões. Além disso, a disciplina conta também com professores convidados que ministram cerca de um terço das aulas.

A proposta inicial do curso contava com 18 encontros, dos quais 16 aulas seguidas de discussão em grupo, e dois para aplicação de provas. No segundo semestre o planejamento previa 19 encontros, dos quais 17 seriam aulas. Nos quadros a seguir, estão listados os temas das aulas propostas para cada um dos semestres:

| Aula | Tema - 2014/1 | Temas – 2014/2 |
|-------------|--|--|
| 1 | Psicologia Médica – Introdução e apresentação do curso e avaliação | Psicologia Médica – Introdução e apresentação do curso e avaliação |
| 2 | A Psicologia Médica na formação do estudante de medicina | Relação Médico-Paciente: Seus modelos no marco sociocultural |
| 3 | Relação Médico-Paciente: Seus modelos no marco sociocultural | A Psicologia Médica na formação do estudante de medicina |
| 4 | Assistência em casos de doença aguda. O atendimento a pacientes em unidades de emergência, coronariana e CTI | Adesão a condutas preventivas e terapêuticas |
| 5 | Assistência em casos de doença crônica | Assistência em casos de doença crônica |
| 6 | Adesão a condutas preventivas e terapêuticas | Assistência em casos de doença aguda. O atendimento a pacientes em unidades de emergência, coronariana e CTI |
| 7 | Assistência ao paciente cirúrgico | Assistência ao paciente cirúrgico |
| 8 | Assistência à criança | Assistência à criança |
| 9 | Assistência na idade adulta e na terceira idade | Assistência na idade adulta e na terceira idade |
| 10 | Somatização. Atendimento a pacientes com queixas difusas | Introdução a Psicanálise |
| 11 | Assistência na atenção primária - A estratégia da saúde da família | Somatização - Atendimento a pacientes com queixas difusas |
| 12 | Apresentação da anamnese clínica ampliada de um de seus pacientes | Pacientes ou relações assistenciais difíceis |
| 13 | Comunicação de más notícias | Assistência na dependência química |
| 14 | Pacientes ou relações assistenciais difíceis | Comunicação de más notícias |
| 15 | Morte e assistência em casos de doença terminal | Bioética e cuidados no fim da vida aplicados a prática clínica |
| 16 | Filme com roteiro de discussão <i>Um Golpe do Destino</i> | Filme com roteiro de discussão <i>WIT</i> |
| 17 | | Morte e assistência em casos de doença terminal |

Quadro 5 - Proposta inicial do programa de aulas de PsiMed 2014/1 e 2014/2

Como é possível notar nos quadros anteriores, há um dia exclusivo no planejamento de cada semestre para a exibição de um filme. Até o dia do fechamento do programa do primeiro semestre, não havia sido escolhido o filme que seria exibido. Ao longo do primeiro semestre, foi escolhido o filme *Um Golpe do Destino*, para este semestre, e *Uma lição de vida (Wit)* para a turma do segundo semestre. Excluindo-se os momentos de aplicação de provas, as exibições dos filmes são as únicas oportunidades em que as diferentes turmas dividem o mesmo espaço/atividade na disciplina.

No primeiro semestre, das 16 aulas propostas, efetivamente 15 ocorreram. Já no segundo semestre eram previstas 17 aulas das quais 15 ocorreram. Alguns temas de aulas foram substituídos, outros foram apenas excluídos e algumas datas foram modificadas implicando na mudança da ordem do programa. Nos quadros abaixo constam as configurações finais da disciplina em ambos semestres.

| Aula | Tema - 2014/1 | Temas – 2014/2 |
|------|--|---|
| 1 | Psicologia Médica – Introdução e apresentação do curso e avaliação | Psicologia Médica – Introdução e apresentação do curso e avaliação |
| 2 | Relação Médico-Paciente (RMP): seus modelos no marco sociocultural | Relação Médico-Paciente: Seus modelos no marco sociocultural |
| 3 | Adesão a condutas preventivas e terapêuticas | A Psicologia Médica na formação do estudante de medicina |
| 4 | Aspectos psicossociais de pacientes crônicos | Adesão a condutas preventivas e terapêuticas |
| 5 | Pacientes com afecções graves e /ou agudas: aspectos psicossociais | Aspectos psicossociais de pacientes crônicos (Assistência em casos de doença crônica) |
| 6 | A Psicologia Médica na formação do estudante de medicina | Aspectos psicossociais em quadros agudos (Assistência em casos de doença aguda. O atendimento a pacientes em unidades de emergência, coronariana e CTI) |
| 7 | Assistência em casos de doença crônica | Assistência à criança |
| 8 | Pacientes difíceis ou encontros difíceis? | Assistência na idade adulta e na terceira idade |
| 9 | Assistência a crianças: Você trouxe as canetinhas? | Introdução à Psicanálise |
| 10 | Somatização: Atendimento a pacientes com queixas difusas | Somatização (Somatização e atendimento a pacientes com queixas difusas) |
| 11 | Assistência na idade adulta e na terceira idade | Comunicação de más notícias |
| 12 | Comunicação de más notícias | Assistência na dependência química |

| | | |
|----|--|--|
| 13 | Bioética e direito | Bioética e cuidados no fim da vida aplicados a prática clínica |
| 14 | Exibição e discussão do filme <i>Um Golpe do Destino</i> | Exibição e discussão do filme <i>Wit</i> |
| 15 | Morte e assistência em casos de doença terminal | Morte e assistência em casos de doença terminal |

Quadro 6 - Aulas lecionadas na PsiMed 2014/1 e 2014/2

No primeiro semestre, foi retirada do programa apenas a aula em que seria apresentado um exemplo de anamnese ampliada, e foi inserida em seu lugar a aula (13) de “Bioética e Direito” na prática médica. A aula 15, sobre morte e assistência de pacientes terminais, passou a ocorrer após o encontro em que o filme foi exibido. Ambas mudanças foram mantidas no segundo semestre. Além disso, no segundo semestre, as aulas “Estratégia de saúde da família” e “Pacientes difíceis ou encontros difíceis” não são dadas e as aulas “Introdução à Psicanálise” e “Assistência em caso de dependência química⁸” são acrescentadas. Outros temas sofreram ligeiras mudanças no título ou foram desmembrados. Tais mudanças de ordem e de temas parecem ter ocorrido principalmente por limitações nas agendas dos professores, e não necessariamente por alguma questão relacionada propriamente à organização e sequenciamento das aulas.

De modo geral, ao comparar os últimos quadros, é possível notar que foi pouca a mudança de um semestre a outro. Chama a atenção a inclusão da aula 9 do segundo semestre, “Introdução à Psicanálise”, que, como veremos, não teve uma relação clara nem suficientemente próxima ao discurso central da disciplina e a seus propósitos.

Sobre a ocorrência das aulas, notou-se que os estudantes, de modo geral, estavam bastante cansados e dispersos. Estes estudantes dificilmente tomavam nota das aulas expositivas. Na turma do primeiro semestre, frequentemente se podia observar alguns estudantes jogando em seus dispositivos móveis (tabletes e celulares) e navegando nas redes sociais, enquanto as aulas expositivas eram apresentadas. Em conversa informal com um grupo de oito estudantes foi possível saber que na sexta-feira pela manhã eles assistiam aulas de Farmacologia, disciplina mais “difícil” e com as aulas mais “pesadas” do semestre. A mesma queixa ocorreu no segundo semestre, porém de modo menos intenso. O tempo escasso entre estas aulas possibilitou frequentemente ver alguns estudantes almoçando em sala durante o início das aulas de PsiMed, algo que aparentemente não causou estranheza aos professores. Em

⁸ Essa aula não foi acompanhada.

conversas comigo, ao fim de uma das aulas, os estudantes fizeram questão de frisar que acham relevante a disciplina e o estudo das questões que ela traz, mas que eles chegavam muito cansados após a disciplina de Farmacologia. Essa dificuldade relatada pelos alunos também foi relatada pelos monitores da disciplina. Eles afirmaram ter passado pela mesma dificuldade de dedicação à disciplina quando eram alunos dela.

Nos apêndices 1 e 2 deste trabalho, apresentamos na íntegra os quadros de análise das aulas observadas, nos quais constam, resumidamente, os principais temas abordados em cada aula do primeiro e segundo semestre, os principais recursos utilizados, as principais questões levantadas pelos estudantes e a discussão ocorrida após as aulas expositivas.

A RMP foi o tema mais presente nas aulas do primeiro semestre e aparece associado a uma série de questões como: necessidade de estabelecimento de relações empáticas, a importância do estabelecimento de boa comunicação para o desenvolvimento de uma RMP satisfatória, o conhecimento das determinantes históricas e culturais intervenientes nas RMP, a inclusão da dimensão subjetiva do paciente na prática da RMP, a escuta como imprescindível à RMP, o sistema de saúde como obstáculo a uma boa RMP, a importância de uma conduta ética e, por fim, a dimensão familiar como também interveniente nessa relação.

Nas aulas do primeiro semestre, alguns temas surgiram em pelo menos duas aulas, como a importância de condutas éticas (aulas 5 e 13), o sistema de saúde como obstáculo ao estabelecimento de uma boa RMP (aula 3 e 8) e os modelos de tomada de decisão na prática médica (aulas 1 e 2). Temas voltados especificamente a dimensões psicológicas envolvidas na RMP, mas que não incluíssem dimensões socioculturais, abordaram empatia e confiança (aulas 1, 6, 11 e 12) e a dimensão subjetiva dos pacientes intervenientes na RMP (aulas 1, 2, 3, 9, 11 e 12), mas não caracterizaram essa dimensão. Apenas foi destacado que seria preciso se valer da escuta para dar vazão a tais subjetividades.

Nas aulas 1, 2, 5, 6, 7, 9, 11, 12 e 15, tais dimensões subjetivas foram relacionadas à dimensão cultural, familiar e à história da pessoa. Nessas aulas, a subjetividade era algo que era determinado social e culturalmente nas relações que os pacientes desenvolveram, e que estes pacientes traziam para a RMP não só o seu *background* sociocultural, assim como sua história, sua experiência de vida. Nesse sentido, seria importante para o médico saber observar e ouvir para melhor considerar tais aspectos em sua prática.

Contudo, a comunicação foi o principal tema relacionado à RMP nas aulas de PsiMed. Apenas as aulas 5, 10 e 13 não abordaram esse tema. Desde uma abordagem introdutória, a aula passou por temas como: reconhecimento da comunicação como um possível obstáculo à boa RMP, suas determinantes socioculturais, sua importância como um recurso na atuação em

“relações difíceis”, algo muito importante no atendimento às crianças e idosos, e imprescindível de ser bem trabalhada para “dar” más notícias. Este tema foi objeto de mais explicações e exemplos em sala de aula. Frequentemente um professor narrava um caso de atendimento com foco nessa comunicação. A boa comunicação é de fato defendida como a mais importante ferramenta na RMP, seja pela escuta, seja pelo cuidado na fala, na transmissão.

No segundo semestre, a maior parte dos conteúdos das aulas se repete no segundo semestre, mas cinco aulas apresentaram diferenças marcantes. A primeira (Aula 1) estava menos carregada de teoria e mais próxima da realidade dos estudantes, daquilo que lhes era relevante. As explicações foram mais objetivas e lúdicas. A aula também apresentou um resumo introdutório das aulas 4 a 8 sobre situações específicas de assistência, citando exemplos e recomendações. A segunda aula do segundo semestre foi lecionada com o mesmo slide, mas por outro professor. Assim a aula ficou mais dialogada, menos carregada de conteúdo, com linguagem mais simples, e alguns trechos, que eram expostos como afirmações, foram transformados em questões que buscavam provocar reflexão ou problematizar aquilo que era apresentado. Ou seja, o conteúdo perde o status de fato e passa a ser formulado como questões que demandaram atividade reflexiva dos estudantes, o que contribuiu para que a aula se tornasse um pouco mais dialogada.

Aula de introdução à psicanálise (Aula 9), tema novo no programa, pareceu estar descontextualizado em relação aos demais. A aula, de caráter introdutório, apresenta um histórico de Sigmund Freud e algumas de suas contribuições, apresenta alguns conceitos por ele desenvolvido, mas não é feita qualquer relação desses conceitos com a prática médica, a RMP ou a PsiMed. Assim, a estrutura conceitual desenvolvida por Sigmund Freud é apresentada sem ter sua relevância para a prática médica destacada pelo professor. Por exemplo, apesar de apresentar a segunda tópica de estrutura do psíquica⁹, não discorre sobre isso, nem aponta como isso contribui para pensar melhor o paciente e melhor desenvolver a RMP. Outro ponto apresentado, as fases do desenvolvimento psíquico segundo a psicanálise, também não é contextualizado em relação ao atendimento médico e incorre no mesmo limite do ponto anterior.

A aula sobre comunicação de más notícias (Aula 11 no segundo semestre e Aula 12 no primeiro semestre) deixou de ser uma aula expositiva e passou a ser uma aula toda baseada em problemas/“dilemas”, em que o professor pediu que dois alunos encenassem (role-play) uma situação de atendimento específica que ao fim demandava uma decisão por parte do médico

⁹ *Id, ego e super-ego.*

(um dos papéis encenados) sobre modo de comunicar uma má notícia. Os alunos tomavam suas decisões nas diferentes situações propostas e o professor comentava cada uma dessas escolhas apresentando outras decisões e escolhas possíveis, bem como as possíveis consequências, e destacou quais eram as decisões mais recomendadas nestas situações. Os alunos demonstraram maior interesse nesse tema quando assumiram papéis mais ativos nessas aulas.

A aula sobre a morte passou de uma aula repleta de exemplos em relatos de casos e cenas de filmes e vídeos, a uma aula mais dialogada e pautada por questões mais reflexivas. Tais questões eram dirigidas aos alunos e, em seguida, as respostas dadas eram comentadas pelo professor que construía outras questões. Assim, foi valorizada uma dimensão existencial da vida desses estudantes, mas pouco se discutiu sobre a implicação dessas reflexões e questões na prática médica. Os alunos pensaram em maior parte as suas próprias existências e finitude, e não a dos pacientes.

Além desses pontos destacados em relação aos temas das aulas, outra diferença notada foi a menor utilização de vídeos nas aulas e a maior recorrência de dramatizações e dinâmicas de role-play, sobretudo nas aulas do segundo semestre. Essas dramatizações, em certa medida, tiveram ótima receptividade e foram implementadas, no primeiro semestre, por um professor em um dos momentos de discussão após as aulas expositivas, chegando a ser utilizado na Aula 11 do segundo semestre. Nela os estudantes foram convidados a encenar como se estivessem atendendo, enquanto o professor interpretava um paciente. Quando surgiram dúvidas dos alunos sobre como proceder, a dinâmica era parada e o professor lhes prestava mais esclarecimentos. Essa ludicidade parece ter oportunizado aos estudantes um momento para o livre ensaio da prática médica, que foi acompanhado de perto por um professor. Mais a diante retornaremos a estes pontos.

Em ambos semestres, um tema que não recebeu o devido destaque nas aulas apresentadas foi a dimensão da saúde do médico. É de se esperar que a RMP envolva o médico, contudo o médico parece estar numa posição de poder diferenciada que lhe confere a decisão de como e quando atender bem ou não a um paciente. Desse modo, o médico parece não ser objeto de cuidados na RMP, o que pode ser um tanto questionável, já que, segundo Agaraki e Spink (2009), a disciplina PsiMed é o espaço de aprendizado e reflexão a respeito da relação entre o médico e seus pacientes, além de ser um lugar para se lidar e cuidar das diversas experiências suscitadas nos alunos durante o curso de graduação. Esse aspecto, a saúde dos médicos, aparece recorrentemente nas dúvidas dos estudantes e nos temas de seus seminários. Por exemplo, entre outras oportunidades, nas Aulas 1 e 5 (1º sem), os estudantes relataram seus sofrimentos na RMP, como o envolvimento os fragilizou nessa relação. Na Aula 7 (1º sem),

eles retomam a discussão desenvolvida na Aula 1 e, além de expressar o sofrimento decorrente do envolvimento, destacam como a formação médica lhes afasta de outros contextos de vivência (família, amigos e colegas), e os pressiona na obtenção de resultados. Alguns chegam a confessar haver buscado ajuda em psicoterapias ou feito uso de fármacos. Com menor intensidade, o mesmo pôde ser notado em relação à turma do segundo semestre, contudo isso é melhor observado em relação à escolha dos temas de seus seminários, os quais abordaremos mais a diante.

Outro ponto que é recorrentemente demandado por ambas turmas de estudantes em suas perguntas é “como fazer?”. Como fazer para lidar com pacientes? Como fazer para comunicar uma má notícia? Como agir com pacientes somatizantes? Como lidar com pacientes terminais? Como agir no caso de doação de órgãos? Como agir com pacientes “Munchausen”? O que fazer quando o paciente já chega ao consultório munido de diversas informações e possíveis diagnósticos, encontrados na internet (*Dr. Google*)? Essas perguntas perpassaram as aulas de todos os dois semestres. Num programa predominantemente teórico, com aulas expositivas e baseadas na transferência de conteúdo, as perguntas dos estudantes parecem demandar uma dimensão mais prática. Os professores, de certa forma, buscaram dar conta dessa demanda lhes respondendo com exemplos de suas práticas, com casos que eles vivenciaram em sua prática médica, mas isso parece não ser o suficiente, uma vez que as perguntas não cessam e retornaram na parte final do curso na forma de seminários. No segundo semestre, as aulas que contaram mais intensamente com dramatizações e uma maior ocorrência de aulas dialogadas, pareciam responder em parte a essas demandas ou melhor oportunizar o surgimento e repostas a essas questões.

Além da característica de consistir em uma tentativa de resposta às questões levantadas por eles mesmos durante as aulas, os seminários apresentados pelos estudantes tiveram os seus temas escolhidos pelos mesmos e por isso, em certa medida, também refletem um interesse dos estudantes sobre temas que estejam ligados a situações limites na prática médica. Nos apêndices 3 e 4, constam os quadros que trazem uma síntese dos seminários apresentados pelos estudantes e recursos utilizados nos dois semestres observados. Temas como Comunicação de más notícias, como a morte, prestação de cuidados paliativos, tomada de decisão nos casos de transplantes e, principalmente, o tema do segundo seminário, limites da medicina, refletem algumas preocupações desses estudantes e tentativas de respostas. No caso dos seminários 1 e 5 (1º sem.) e 2 (2º sem.), há mesmo uma retomada de um tema que foi objeto das aulas 12 e 8 (1º sem.), comunicação de más notícias e pacientes difíceis, respectivamente, e aula 12 (2º

sem.), Ética e bioética. Contudo, há que se destacar que no caso do seminário 1 do primeiro semestre, a aula 12 não havia ainda sido ministrada.

Outro aspecto que merece destaque é a utilização do espaço dos seminários para abordar temas que não foram contemplados nas aulas. É possível notar isso nos seminários sobre transplantes de órgãos, seminário 4 (1º sem.), os seminários sobre humanização do parto (3 do 2º sem.) e sobre disforia de gênero (4 do 2º sem.). Nesse sentido, o seminário parece ter funcionado como um espaço em que os estudantes aproximaram a PsiMed de assuntos que lhes despertam interesse.

As aulas e seminários na PsiMed, além das dramatizações, exposições acompanhadas por projeção de slides e discussão de casos, contaram com exibição de vídeos. Nos quadros a seguir estão listados todos os vídeos utilizados tanto nas aulas pelos professores, como nos seminários pelos alunos.

| Nº | Título | Descrição | Link | Utilizado por |
|----|-------------------------|---|---|---------------|
| 1 | Sem nome para fazer rir | Animação com fotografias de ações do grupo de estudantes junto à ala pediátrica do Hospital Universitário. | https://www.dropbox.com/s/dnnbgsxpytfoy6f/Video%20Infancia.wmv?dl=0 | Professores |
| 2 | Preguiça no M6 | Vídeo feito por veteranos de medicina quando cursaram a disciplina PsiMed e que apresenta a história de um estudante cansado de estudar, mas que está às vésperas de uma avaliação. O estudante desiste de estudar. Tempos depois, aqueles temas não estudados lhe fazem falta na prática médica. | http://youtu.be/qThYmH3GdtE | |
| 3 | Medcursos Mutantes | Vídeo feito por veteranos de medicina quando cursaram a disciplina PsiMed. Faz uma sátira aos estudantes que se prepararem mais para as provas de residência do que para a prática médica. | http://youtu.be/ltA-3uuD63I | |
| 4 | Dr. Nascimento | Vídeo feito por veteranos de medicina quando cursaram a disciplina PsiMed. Esse vídeo satiriza uma situação de uma RMP difícil em que supostamente o médico agisse como o personagem Capitão Nascimento do filme Tropa de Elite. | http://youtu.be/QBTUAM8NIOU | |
| 5 | Friends (trecho) | Trecho que mostra o parto e os primeiros dias de vida de um dos protagonistas da série americana Friends. | https://www.youtube.com/watch?v=p4f11d7NSU4 | |

| | | | |
|----|----------------------------------|--|--|
| | | | e https://www.youtube.com/watch?v=hwh8tPfpkD8 |
| 6 | A folha que cai ao céu (trecho) | Entrevista com o produtor do documentário <i>A folha que cai ao céu</i> e um pequeno trecho de sua obra, que fala sobre o fim da vida de idosos em asilos e de seu afastamento da família. | http://youtu.be/S09zpRXm1U8 |
| 7 | Exemplos de reações de pacientes | Edição com vários trechos de vídeos em que são exemplificadas as reações dos 5 estágios do Luto de KÜBLER-ROSS. | http://youtu.be/W718m3jM1zU |
| 8 | Blade Runner (dois trechos) | São apresentados dois trechos do filme Blade Runner. No primeiro o Androide salva a vida do caçador e faz um discurso sobre sua existência antes de morrer. O segundo trecho é a cena final em que, enquanto o herói volta para casa junto à sua amada, uma voz-over traz uma reflexão sobre o tempo e a finitude. | https://www.youtube.com/watch?v=ZVD28yXOZtE https://www.dropbox.com/s/pk4xzexj6lncbn/Blade%20Runner%20-%20TEARS%20IN%20RAIN%20%5BHi-Res%20Video%5D.avi?dl=0 |
| 9 | Girafa na areia movediça | Animação em que uma girafa afundando na areia movediça passa pelos 5 estágios do Luto de KÜBLER-ROSS. | http://youtu.be/1PFQWRv7hGo |
| 10 | <i>Wit</i> (2 trechos) | São exibidos dois trechos do longa-metragem <i>WIT</i> . No primeiro, a protagonista recebe uma má notícia e, no segundo trecho, ela vivencia a morte. | https://www.youtube.com/watch?v=sc-yx0HowuA https://www.youtube.com/watch?v=eucAdWW-4HM |
| 11 | <i>Um Golpe do Destino</i> | Filme exibido completo e discutido após a aula. Este vídeo será analisado mais detidamente no próximo capítulo. | https://www.dropbox.com/s/s9urn0nfajvsxur/um%20golpe%20do%20destino%20filme%20dubla |

| | | | | |
|----|---|---|---|------------|
| | | | do%20completo .avi?dl=0 | |
| 12 | Always now – Sam Harris | Animação de imagens com a fala de Sam Harris em uma palestra sobre a existência, morte e o tempo presente. | http://youtu.be/T3JzcCviNDk | Estudantes |
| 13 | Ursinho Elo | Vídeo divulgação de iniciativa de um hospital paulista em que são distribuídos ursos de pelúcia com um dispositivo eletrônico interno que possibilita o recebimento de mensagens de voz de amigos e familiares por crianças hospitalizadas. | https://www.youtube.com/watch?v=cEZ4Ob1RLo8 | |
| 14 | Patch Adams (trecho) | Apresentado o trecho do longa-metragem em que o protagonista começa a fazer palhaçadas para as crianças internadas em um hospital. | http://youtu.be/5ozbHwdi2bo | |
| 15 | O médico | Vídeo produzido pelo Conselho Federal de Medicina que ilustra a poesia de Rubem Alves sobre o quadro do Médico de e sua vivência na RMP. | http://youtu.be/gRfx0OknUKk | |
| 16 | Depoimento de um estudante da turma | Vídeo em que é apresentado um depoimento de um dos estudantes da turma sobre o impacto da formação médica em sua vida pessoal. | <i>Vídeo não encontrado</i> | |
| 17 | O que são cuidados paliativos? | Vídeo produzido pelo Instituto Oncoguia em que uma oncologista faz uma explanação sobre cuidados paliativos | http://youtu.be/Fa4ctd1uxNc | |
| 18 | Uma história que mostra o sentido dos cuidados paliativos | Vídeo produzido pelo Instituto Oncoguia, em que a médica conta um caso de um paciente, que ajuda a ilustrar a ideia de cuidados paliativos. | http://youtu.be/Ohs8Ljxh_Is | |
| 19 | Crianças falando do papel do médico | Vídeo apresenta algumas crianças com suas ideias e fantasias dizendo qual é o papel do médico. | <i>Vídeo não encontrado</i> | |
| 20 | Esperar para quê? Doe mais vida | Vídeo integrante da campanha em prol da doação de órgãos, do governo do estado do Rio de Janeiro – PET (Programa Estadual de Transplante). | http://youtu.be/5HUJyM0EzYw | |
| 21 | Campanha para doação de órgãos | Vídeo integrante da campanha em prol da doação de órgãos do ministério da saúde, em que pacientes, médicos, entre outros, cantam a canção Carinhoso, de Braguinha. | http://youtu.be/FkzyEkT7Qhc | |

| | | | | |
|----|---------------------------------|---|---|--|
| 22 | Diagnóstico de morte encefálica | Vídeo feito por estudantes do Colégio estadual Professor Fernando Azevedo em que é encenado um exame para atestar a morte encefálica de um paciente. | http://youtu.be/3RDciAP-K9Y | |
| 23 | Asma – <i>House</i> (trecho) | Trecho de um episódio do seriado americano <i>HOUSE</i> , em que uma paciente se queixa da não eficácia do medicamento receitado e descobre que não o sabia utilizar adequadamente. | http://youtu.be/21TL94NEzvg | |
| 24 | Paciente difícil | Entrevista filmada, feita pelos próprios alunos, com uma paciente difícil que eles acompanham na enfermaria. | <i>Vídeo não encontrado</i> | |

Quadro 7 - Quadro com os vídeos utilizados nas aulas e seminários em 2014/1

| Nº | Título | Descrição | Link | Utilizado por |
|----|-----------------------------------|--|--|---------------|
| 1 | Sem nome para fazer rir | Animação com fotografias de ações do grupo de estudantes junto à ala pediátrica do Hospital Universitário. | https://www.dropbox.com/s/dnnbgsxpytfoy6f/Video%20Infancia.wmv?dl=0 | Professores |
| 2 | Friends (trecho) | Trecho que mostra o parto e os primeiros dias de vida de um dos protagonistas da série americana Friends. | https://www.youtube.com/watch?v=p4fl1d7NSU4 https://www.youtube.com/watch?v=hwh8tPfpkD8 | |
| 3 | <i>Wit</i> – Uma lição de vida | Filme exibido completo e discutido após a aula. Este vídeo será analisado mais detidamente no próximo capítulo. | https://www.youtube.com/watch?v=VaevAq82uOg | |
| 4 | A saúde do estudante de medicina. | Vídeo autoral, animação de imagens, com fotos do cotidiano dos estudantes de medicina em que são exibidas imagens simbolizando os estudos, festas, sono, cansaço, angústias, emoções, comprimidos, suicídio, depressão, solidão - algumas dessas imagens são dos próprios integrantes. | <i>Vídeo não disponível</i> | Estudantes |
| 5 | Tempo Perdido | Vídeo com apresentação da banda Legião Urbana tocando a música “Tempo Perdido”, que vem logo após a conclusão do seminário em que os estudantes lamentam não ter tempo para se cuidar, para refletir sobre as | https://www.youtube.com/watch?v=2hr7Uqu6G80 | |

| | | | |
|----|---|---|---|
| | | demandas e pressões da formação em medicina. | |
| 6 | Uma prova de amor (trecho) | Trecho do filme Uma prova de amor sobre terminalidade e sobre a decisão de continuar tentando a cura ou garantir os cuidados paliativos para um fim mais confortável. | https://www.youtube.com/watch?v=JgFlzI0k_Dk ¹⁰ |
| 7 | Birth in Brazil (trecho) | Trecho do documentário Birth in Brazil, em que são apresentados relatos das violências sofridas pelas mulheres durante o parto normal. | https://www.youtube.com/watch?v=yNR1wJx9MNM |
| 8 | Parto do Lucas | Um vídeo documental em que é apresentado um parto humanizado, feito em casa, com doulas, e consiste de uma promoção desse tipo de parto. | https://www.youtube.com/watch?v=m3vETwDO_9g ¹¹ |
| 9 | As marcas da violência obstétrica | Teaser feito com base no filme Violência Obstétrica de um evento organizado por estudantes de uma universidade pernambucana para divulgar um evento. | https://www.youtube.com/watch?v=vCW5EIZ8ftY |
| 10 | Violência obstétrica: a voz das brasileiras | Vídeodocumentário popular produzido a partir de depoimentos reais de mulheres que sofreram violências em seus partos. | https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M ¹² |
| 11 | Transparent | Trecho do primeiro capítulo da série Transparent em que um professor e pai de família assume sua condição de transgênero. | https://www.youtube.com/watch?v=yawvtaFwfZs ¹³ |

Quadro 8 - Quadro com os vídeos utilizados nas aulas e seminários em 2014/2

Nas comparações que faremos a seguir, excluimos os filmes *Um Golpe do Destino* e *Uma lição de vida (Wit)*, aos quais nos dedicamos em partes específicas do presente trabalho.

No primeiro semestre, os professores utilizaram 10 vídeos em três aulas: Assistência a crianças (vídeos de 1 a 5), Assistência na idade adulta e na terceira idade (vídeo 6), Morte e assistência em casos de doença terminal (vídeos de 7 a 10). No segundo semestre, utilizaram apenas dois vídeos em uma única aula. Os dois vídeos utilizados no segundo semestre foram utilizados no primeiro semestre, na mesma aula sobre atendimento a crianças. Em ambos vídeos são apresentadas situações de assistência a crianças. Já os estudantes de ambos semestres utilizaram vídeos em todos os seminários por eles apresentados. No primeiro semestre, os

¹⁰ O vídeo apresentado não contava com as cartelas presente no vídeo exibido no link.

¹¹ O vídeo apresentado não contava com a parte inicial introdutória do telejornal.

¹² Do filme completo foi apenas apresentado o trecho inicial em que recortes de matérias de TV reforçam o discurso médico.

¹³ O link mostra o trailer da série e não o vídeo exibido no seminário, pois este não está disponível.

estudantes utilizaram 13 vídeos e no segundo semestre, 11 vídeos. Vale lembrar que no segundo semestre ocorreu um seminário a menos. Assim, é possível dizer que não variou significativamente a quantidade de vídeos utilizada por estudantes no primeiro e segundo semestre e que os estudantes fizeram usos mais frequentes de vídeos que seus professores.

Outro aspecto relevante é a tendência de os professores utilizarem vídeos que se aproximassem de uma suposta linguagem mais voltada a jovens (vídeos 1, 2, 3, 4, 5 e 9 do primeiro semestre e vídeos 1 e 2 do segundo semestre), repleta de trechos de humor, seriados de TV que já figuram entre os mais assistidos pelos jovens, paródias e sátiras, que em geral eram produções de outros estudantes (de períodos passados ou vídeos de estudantes de outras universidades encontrados na internet). Por outro lado, estudantes buscaram vídeos que fossem voltados a um público mais adulto. Nota-se principalmente pela escolha de vídeos mais voltados à apresentação de informação e campanhas de saúde (em favor da doação de órgãos e em prol do parto humanizado, por exemplo). Contudo, as escolhas dos estudantes parecem ter priorizado um público mais diversificado que o dos vídeos escolhidos pelos professores. Assim, os professores parecem haver endereçado os vídeos de suas aulas aos estudantes, jovens que esperam por diversão e oportunidades de rir, enquanto os estudantes endereçam o seminário ao professor avaliador e aos seus colegas que assistem ao seminário sob uma postura avaliativa ou como recurso para a produção de aprendizado, no caso dos colegas.

Com relação à conexão entre os vídeos e os temas das aulas ou seminários, é possível dizer que os professores tenderam a utilizar vídeos como meio de ilustrar um determinado assunto (vídeos 1, 5, 6, 7, 9 e 10 do 1º semestre e o vídeo 1 do segundo semestre). Assim, podemos relacionar esse objetivo de ilustrar alguns assuntos e a redução no número de vídeos utilizados por professores no segundo semestre com a maior ocorrência de dinâmicas de dramatização, exatamente por entender que tais dinâmicas cumpriram o papel de ilustrar tais situações de atendimento que os vídeos apresentavam. Já os estudantes trouxeram os vídeos como meio de sensibilizar ou problematizar alguns tópicos de sua apresentação (vídeos 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20 e 21 do primeiro semestre e os vídeos 4, 6, 7, 8, 9, 10 e 11 do segundo semestre). Esses vídeos utilizados pelos estudantes tinham um forte apelo emocional e frequentemente eram portadores de questões relevantes para a temática dos seminários, e que disparavam discussões após sua exibição. Entretanto, os estudantes também trouxeram vídeos que ilustravam suas proposições, como os vídeos 17, 18, 22, 23 e 24 do primeiro semestre e 4, 7, 8, 9, 10 e 11 do segundo semestre.

Nos vídeos utilizados pelos professores, os médicos protagonizaram apenas os vídeos que possuíam um caráter mais de humor, de sátira (vídeos 3 e 4 do primeiro semestre). A

perspectiva mais privilegiada nos vídeos trazidos pelos professores foi a do paciente (vídeos 5, 7, 9 e 10 do primeiro semestre e 1 e 2 no segundo semestre) ou da família do paciente (vídeo 6 do primeiro semestre). Esses usos refletem de alguma forma o foco nos pacientes, que as aulas tiveram. Nas escolhas dos vídeos, os estudantes trazem para o foco da discussão o médico, é dele a perspectiva mais valorizada. E isso se relaciona com a demanda por incluir o médico e seus limites na discussão das RMP. Se não é um médico que aparece falando no vídeo (vídeos 14, 16, 17, 18, 22 e 23 do primeiro semestre), é sobre ele que se fala no vídeo (15 e 19 do primeiro semestre e 7 e 10 do segundo semestre). Os estudantes também apresentaram alguns vídeos em que a perspectiva do paciente é valorizada, seja por se referir a ele ou se dirigir a ele (12, 13, 20 e 21 do primeiro semestre e 6 a 11 do segundo semestre).

Os professores utilizaram com frequência trechos por eles extraídos de obras fílmicas (vídeos 5, 8 e 10), o que revela já uma ação de recorte do significado esperado para o uso da obra. Nos exemplos citados, foram destacadas reflexões existenciais nos filmes escolhidos. Além disso, nesse ponto, podemos encontrar concordância nas suposições de quem eram esses espectadores/estudantes. Alguns professores efetivamente editaram os vídeos e retiraram apenas um trecho de duração até cinco minutos, mesmo tempo dos vídeos completos utilizados pelos estudantes. Essa duração, durante um bom tempo, foi o tempo máximo de um vídeo do youtube. Portanto, é possível pensar que ambos supuseram que o espectador não disporia de atenção para assistir ao vídeo por muito tempo.

Como espectadores, os estudantes em alguns momentos foram bem críticos, se posicionando claramente contra o argumento defendido no vídeo, no caso do vídeo 6 do primeiro semestre, *A folha que cai ao céu*. Parece que, com o uso do vídeo, os estudantes se sentiram mais empoderados, inclusive para contestar a defesa que o professor fez em prol do argumento apresentado no vídeo, postura que não se via comumente em outros momentos das aulas. Em outros momentos, eles pareceram de fato “entrar” na história apresentada nos vídeos e efetivamente chorar como forma de externar a emoção que sentiram. Esses momentos de choro ocorreram com o vídeo 1 (1º sem.), quando apareceram as crianças com câncer, e com os vídeos 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21 e 24 do primeiro semestre e 4, 6, 8 e 9 do segundo. Com isso podemos notar que apenas um dos 14 vídeos utilizados pelos professores chegou a lhes emocionar ao ponto de lhes trazer lágrimas, enquanto onze dos 24 vídeos apresentados por estudantes conseguiram essa façanha. Se for considerado apenas o primeiro semestre, oito dos 13 vídeos conseguiram emocionar os estudantes desse modo.

De modo geral, podemos entender que, na PsiMed, os filmes são utilizados pelos docentes como um meio de valorizar as habilidades comunicativas e reconhecimento dos

diversos determinantes socioculturais como principais meios de produção de uma boa RMP. As aulas de PsiMed se voltam à defesa de suas perspectivas por meio da exposição de conceitos, exemplificação de casos vivenciados por professores e utilização de vídeos que cumprem o mesmo papel dos exemplos contados, ou seja, ilustrar o aporte teórico apresentado. Por outro lado, parece que os alunos cobram uma melhor indicação da aplicabilidade prática das teorias apresentadas e demandam reflexões específicas dos aspectos ligados à prática médica, como por exemplo, as frequentes questões e referências à saúde do médico e aos limites da prática médica. Os estudantes demandam também pensar a saúde mental do médico nessas relações. A escolha de vídeos por estudante parece tentar cumprir essa função.

Outro ponto que merece ser frisado é que os estudantes, ao escolherem os vídeos para os seminários, parecem ter conseguido melhor interpelar sua audiência. Seja pela escolha da linguagem do vídeo, ou pelo conteúdo nele apresentado (evidentemente ligada à escolha do tema do seminário), há sinais de que eles conseguiram provocar mais discussões e mesmo emocionar mais os espectadores, seus colegas. O médico ter mais foco, estar mais presente nas histórias dos vídeos apresentados pelos alunos, talvez seja um dos fatores dessa maior tendência notada na seleção de vídeos dos alunos. O modo como foram utilizados estes vídeos também pode dar algum indício dessas diferentes reações. Quando os vídeos não foram utilizados apenas para ilustrar ou apresentar um assunto, quando foram utilizados para trazer uma discussão ou sensibilizar para algum tema que seria apresentado, há indícios de que os vídeos produziram impacto maior nas emoções dos estudantes que, movidos por isso, se empenharam mais em refletir e discutir sobre estes temas.

Caracterizando o modo de endereçamento, podemos dizer que os filmes apropriados por professores e o modo como eles são utilizados parecem “pensar” os estudantes como futuros médicos, nem sempre interessados (linguagem, humor e duração dos vídeos), que ainda carecem de vivências e ilustrações de aspectos da prática médica que ainda não lhe são familiares e, portanto, querem que estes adquiram tais experiências por meio de reflexões e vivências decorrentes da experiência de se colocarem no lugar dos pacientes (protagonistas mais frequentes). Contudo, esses estudantes se reconhecem como mais experientes e, em muitos momentos, resistiram e questionaram muitos aspectos dos conteúdos apresentados pelos filmes e da mediação empreendida pelos professores. O que também pode ser notado no modo como esses estudantes se apropriaram de vídeo em seus seminários.

Já os estudantes, em sua apropriação de filmes, pensam os professores na posição de avaliadores e estudantes, como eles próprios, ou seja, compartilham a necessidade de compreender como aplicar na prática médica as teorias expostas pelos professores, além da

forte carga emocional atrelada a essa prática médica por eles pretendida. Nas apropriações, explicitam que esperam que os espectadores sejam os médicos apresentados (protagonista mais frequente), médicos que estabelecem uma RMP bastante humana e próxima aos pacientes, por isso a necessidade de abordar as emoções implicadas nesse atendimento. Os alunos espectadores assumiram esse papel proposto pelos alunos mediadores, enquanto os professores mantiveram-se na postura de avaliadores. Nas apropriações explicitam que esperam que os espectadores sejam os médicos apresentados (protagonista mais frequente), médicos que estabelecem uma RMP bastante humana e próximas aos pacientes, por isso a necessidade abordar as emoções implicadas nesse atendimento. Os alunos espectadores assumiram esse papel proposto pelos alunos mediadores, enquanto os professores mantiveram-se na postura de avaliadores.

ESTUDO DA PRODUÇÃO E RECEPÇÃO DO FILME *UM GOLPE DO DESTINO*

1.12 ESTUDO DA PRODUÇÃO

Neste capítulo tratamos de analisar o filme “*Um Golpe do Destino* (The Doctor)”. Essa obra de 1991 é dirigida por Randa Haines. Sua história é baseada no livro, de 1988, “Taste Of My Own Medicine: When the Doctor Is the Patient” de Edward Rosenbaum. William Hurt estrela esse filme que teve boa repercussão, boa recepção da crítica norte-americana, foi objeto de muitas resenhas, críticas, produções acadêmicas e é frequentemente utilizado em cursos de medicina.

A análise do filme se voltou à compreensão de sua construção argumentativa, sequenciamento de ideias, representações e personagens. Essa análise foi enriquecida com algumas informações provenientes de entrevista do autor do livro e da diretora do filme. Por fim, a análise também busca observar que representações de RMP e identidades médicas são apresentadas no filme. Com a análise estruturada desse modo, buscamos dar forma ao significado preferencial e ao modo de endereçamento construídos na obra audiovisual estudada. Sobretudo, com o foco nas RMP apresentadas no filme, buscamos relacionar a obra com os objetivos da disciplina na qual a obra é exibida, a qual é objeto da presente pesquisa.

Para a análise da construção argumentativa, de suas unidades significativas e da organização e sequenciamento dessas partes, baseamo-nos principalmente na Análise Fílmica Francesa. A partir dessa primeira análise, damos atenção a como os personagens são representados, apresentados e desenvolvidos ao longo da trama. Em seguida, identificamos que RMP são apresentadas ao logo da narrativa e como estas se relacionam com a lógica geral do filme.

1.12.1 Análise Fílmica e da Narrativa

Para organizar a análise fílmica e da narrativa, foi construído o quadro disposto no apêndice 5 a seguir em que foram relacionadas as cenas, seus conteúdos e uma pré-análise destas partes. Nesse quadro é possível observar uma análise mais detalhada do filme.

A história apresentada no filme conta com sete personagens principais: Jack McKee (*William Hurt*), June (*Elizabeth Perkins*), a esposa Anne McKee (*Christine Lahti*), o filho Nicky McKee (*Charlie Korsmo*), Eli Bloomfield (*Adam Arkin*), Murray Kaplan (*Mandy Patinkin*) e Lislely Abbot (*Wendy Crewson*). Jack protagoniza essa história e é mais bem compreendido em

relação aos demais personagens. Alguns personagens parecem emprestar características ao protagonista, outros fazem algo semelhante por meio do contraste. Por esse motivo, apresentaremos o protagonista por último.

Murray Kaplan é um médico cirurgião da mesma especialidade de Jack. Não fica muito claro no filme que tipo de cirurgião eles especificamente são. Contudo, isso não parece ser relevante para o modo como a história está apresentada. A importância de Murray para a narrativa é sua identidade inicial com o personagem Jack e sua divergência no fim. Esse personagem ajuda a demarcar a mudança pelas quais Jack passa ao longo do drama. Assim, as características que Murray vai revelando durante o desenrolar da história são, possivelmente, características também possuídas por Jack anteriormente à transformação pela qual ele passa. De modo geral, Murray parece ser competente tecnicamente, frio e distante em sua prática médica, tem alguns desvios morais e fiel amigo de Jack. A amizade dos dois personagens dá a impressão de ser grande. Há uma grande cumplicidade entre os dois no início do filme e uma total separação no fim. Isso também pode ser observado em como, já na primeira cena, os dois são apresentados conjuntamente e, no decorrer das transformações de Jack, Murray é cada vez menos presente na história.

Lisley Abbot é uma bela médica otorrino que aparece na história quando Jack busca um médico para examiná-lo. Essa personagem parece cumprir papel semelhante ao de Murray. Ela representa o médico que Jack é em sua prática. Ela desenvolve a mesma RMP que Jack. Isso pode ser notado se comparadas as cenas 5¹⁴ e 10, por exemplo. Ou seja, Lisley é uma médica reconhecida por sua competência técnica, bastante requisitada, fria e insensível no seu trato com os pacientes, chegando a ser grosseira em alguns momentos. Na cena 10, ela pouco toca e olha para Jack, sequer retribui o cumprimento de mãos que Jack lhe oferece. Ela utiliza muitas ferramentas, as manuseia com certa truculência, deixando Jack bastante desconfortável. Em suas aparições ela não se dispõe a ouvir o paciente Jack, mesmo sabendo que ele também é médico, ou seja, ela não dá importância à história do paciente. A importância dela na construção da narrativa é oferecer a Jack a experiência de ser paciente de “si mesmo”. Essa função não poderia ser desenvolvida por Murray, já que este tem uma relação afetuosa com Jack.

Bloomfield também é um médico otorrino. Ele é apresentado inicialmente como um médico chato e maluco, que conversa com pacientes inconscientes, que é alvo dos comentários sarcásticos de Jack e Murray, e por eles evitado. Bloomfield é escritor de artigos e tem algum reconhecimento acadêmico, detém a menor taxa de mortalidade do hospital, é bastante solícito

¹⁴ Assim como o apresentado no quadro disposto no apêndice 5 desta tese.

e atencioso em suas relações. Sua importância para a história está em, inicialmente, contribuir, pelo contraste, para a caracterização de Jack e Murray, e no fim, para servir de modelo para a nova prática médica de Jack. Assim, a conduta médica de Jack estaria mais próxima de Murray e Abbot no início do filme e mais próxima de Bloomfield na etapa final. Bloomfield também é o médico que realiza a cirurgia de Jack. Bloomfield é o médico no qual Jack se transforma. Para isso, basta comparar as cenas 47 e 52, nas quais Bloomfield opera Jack com todo cuidado e carinho (cena 47) e Jack opera uma paciente com esse mesmo cuidado e carinho (cena 52). O contraste inicial pode ser averiguado nas cenas 1 e 2. Assim seria possível dizer que a transformação de Jack poderia ser notada em sua inicial proximidade com Murray e distanciamento de Bloomfield, e ao final, um distanciamento com Murray e proximidade com Bloomfield.

Anne é esposa de Jack. Anne é uma bela mulher, mãe e esposa dedicada que parece viver em função da casa, do filho e do marido. Anne tem uma relação complicada com Jack. Anne é fiel e sempre disposta a prestar apoio a Jack, ainda que ele não se interesse. Ela se sente abandonada por Jack. Ela concentra toda a responsabilidade da casa (da reforma) e da educação de seu filho, Nicky. A personagem Anne tem um papel fundamental na história ao mostrar que o distanciamento e frieza de Jack não é exclusividade de sua prática médica. Jack é distante de Nicky e de Anne. Logo na primeira cena em que Anne e o filho aparecem (cena 6), Jack esquece da reunião de pais na escola do filho e do aniversário de namoro/casamento do casal. Nessa cena, fica claro que Jack prioriza o trabalho à família. Em três das quatro cenas em que Nicky aparece, Jack o saúda de longe, mesmo estando os dois no mesmo ambiente (por exemplo, a cena 11).

Essa observação sobre a personagem Anne coincide com a fala de Rosenbaum e Haines em sua entrevista a Hasenecz (1991). Nela, eles destacam que, além de Haines conseguir captar e reproduzir em imagens sentimentos e detalhes dessas vivências médicas do autor do livro, ela acrescentou pontos como a dimensão da vida familiar de Jack, dimensão que não era valorizada no livro e recebeu maior visibilidade no filme. Segundo a diretora, uma pessoa tão distante como Jack não conseguiria ser íntimo de ninguém. Nesse sentido, Anne e Nick têm a função de destacar que o distanciamento de Jack não se dá apenas em relação à sua prática médica.

June é uma personagem que aparece no meio da história e que provoca a mudança de Jack. Ela leva Jack a fazer algumas reflexões que irão culminar com a mudança de atitudes do protagonista. June é uma jovem que tem um tumor maligno na cabeça, terminal. Sua doença provavelmente não seria terminal se houvesse sido diagnosticada a tempo pelos médicos, que a trataram com negligência. Essa personagem é sensível, afetuosa e carismática. Ela sempre usa

chapéu e/ou lenço para esconder as marcas do tratamento ao qual ela se submete. Ela conhece Jack na sala de espera para a radioterapia. Inicialmente, June critica Jack pelo modo como ele trata as secretárias e os demais pacientes da sala. Quando Jack recebe a notícia da não eficácia do tratamento que ele vinha recebendo, ela lhe dá suporte e estímulo para continuar lutando, se tratando. June, ao contar da terminalidade de sua doença, leva Jack a refletir profundamente sobre a vida e sobre a morte, e o ensina a viver no presente como uma forma de tornar a vida mais leve em momentos tão difíceis como os dois passavam. June é também quem enuncia, na última cena, qual era o problema que Jack precisava superar (que ele superou), a necessidade de se manter distante das pessoas. Assim, June foi a grande conselheira e professora de Jack. Ela transforma o médico em “pessoa”.

Os personagens de pacientes de Jack apresentam em seu conjunto a peculiaridade de refletir também as mudanças de Jack. O primeiro apresentado é um objeto sobre a mesa de cirurgia, é objeto das piadas por conta de sua tentativa frustrada de suicídio. Mesmo depois, quando acordado durante uma visita de Jack, ele é apenas um objeto de estudo para Jack e seus alunos. Com esse personagem de breve aparição, é possível notar que Jack não se interessa por sua história ou pela dimensão psicológica de seus sofrimentos. A segunda paciente de Jack é a senhora em uma consulta pós-operatória. Ela recebe toda a frieza e distanciamento de Jack. Jack a olha, a manuseia sem solicitar, faz piadas com sua condição e ironiza, com certa grosseria, suas preocupações. Arturo é último paciente de Jack. Ele é mexicano e reflete sobre sua chance de sobreviver depender da morte de outra pessoa. Ele passa por um transplante de coração, já na etapa final do filme. Jack o acolhe, escuta suas questões, reconhece aceita sua história (cultura) e sua família. Além das ações de Jack, é importante notar que esses três personagens são apresentados no filme com mais detalhes, com maior profundidade, conforme Jack mais se transforma, melhor realiza uma RMP.

Jack é o protagonista do filme. Ele é um bem-sucedido médico cirurgião que passa por profundas transformações ao se tornar paciente. Apesar de ser bem-humorado, Jack é distante e frio em suas relações pessoais, familiares, e nas relações que ele desenvolve com os pacientes. Como já dito na apresentação dos outros personagens, Jack é um pai ausente, um marido distante, médico frio e distante e em alguns momentos é arrogante. Jack faz uso do humor e das piadas como uma forma velada de agressividade, socialmente aceita, quase sempre como meio de manter a todos distantes. Diagnosticado com câncer, ele precisa experimentar o outro lado da RMP. É na vivência desse outro lado, que Jack vai aprender como ser um médico melhor.

Praticamente todo o filme se desenvolve com a presença da Jack. Isso não ocorre apenas em duas cenas, 40 e 48, em ele não desenvolve ação, mas é objeto das ações desenvolvidas.

Jack parece ser o investimento principal dos criadores do filme, no sentido de construir uma identificação com o espectador. Essa construção é bastante complexa pois ela segue a mudança de Jack, que inicialmente é um personagem antipático e não existe identificação. Essa identificação passa a crescer a medida em que ele muda. Contudo, essa identificação parece ser construída apenas pelas representações e ações do personagem. A linguagem audiovisual empregada não valoriza essa identificação. Os ângulos e enquadramentos dificilmente tomam a perspectiva de Jack, ou de qualquer outro personagem. Quanto a esses aspectos, podemos crer que o espectador está sempre na posição de “observador” da cena, dificilmente se “vê” nela. Esse observador da cena está (quase) sempre na presença de Jack, que está sempre exposto à avaliação constante dos espectadores. Essa característica talvez reforce a construção da imagem, associada a Jack, de pessoa distanciada nas relações pessoais. É o protagonista sempre presente, embora sempre distante.

Não há muito mais o que se considerar sobre estes aspectos estéticos do filme. Ele faz usos bastante comuns e clichês desses recursos, como as telenovelas e os blockbusters mais comuns. Por outro lado, também não são empregados cenas e close-up em momentos mais “emotivos” do filme. Esses momentos em geral são sublinhados por trilhas sonoras compatíveis com o objetivo de emocionar. Assim, pode-se notar que os recursos fílmicos são empregados de modo tão “clichê” no sentido favorecer uma identificação com o protagonista.

Essa mesma lógica ocorre na caracterização dos cenários. Esses são principalmente três, o hospital, casa de Jack e a estrada. Há ainda uma série de trechos curtos em ambientes externos da cidade que não oferecem grande contribuição à história.

No hospital (salas de cirurgia, consultórios, salas de espera, corredores, elevadores, estacionamento, salas para a realização de exames de imagem e terraço) se passam as cenas em que Jack atua como médico ou é paciente. Todos os aspectos relacionados a essa experiência de Jack ocorrem nesse moderno e grande hospital, que só é exibido de seu interior (exceto o terraço), não identificando completamente a fachada. Assim parece que esse hospital na verdade é uma representação genérica de hospital, o que nos possibilita pensar que essa história poderia ocorrer em qualquer hospital. Contudo, no trajeto para casa e a casa de Jack situam bem que se trata de uma cidade norte-americana.

A casa de Jack fica em um lugar alto e cercado por natureza (árvores altas). É uma bonita, ampla, acolhedora e moderna casa de madeira, um lugar de paz e parece estar distante do centro comercial da cidade. Parece também que não há vizinhança. Isso contribui para a ideia de isolamento ou distância que Jack desenvolve com sua família. A família está sempre longe de Jack, apesar de sempre ser um lugar acolhedor. É curioso notar que o filho, personagem

de duas falas, apenas aparece na casa. A distância da casa é a distância da família. Jack aparece poucas vezes em casa, mas quando se reconcilia com Anne, se reconcilia com a casa.

Outro cenário importante é a estrada no deserto, pela qual Jack viajava para levar June a um show e na qual eles param para desenvolver um momento profundo de reflexão, que marca seguramente a mudança de atitudes de Jack em suas relações. Nada além de rochas, areia e uma estrada, esse é o cenário da mudança. Aliás, é um cenário bastante comum no cinema quando o assunto é mudança, tanto no início, no meio ou no fim de filme. É nesse ponto em que Jack começa a viver o presente e se permite dançar. É interessante notar que esse cenário, novo no filme, não guarda qualquer relação com o trabalho ou com a família de Jack. Isso pode nos levar a pensar que é um momento de mudança de Jack, e não apenas nos papéis que ele desempenha contexto profissional ou familiar. Segundo a diretora do filme, esse cenário tem o papel simbólico de oferecer um novo horizonte à existência de Jack. Esse mesmo papel é desempenhado pelo terraço do hospital.

Os demais cenários apresentados, como já dito, não acrescentam significado à história ou compõem cenas relevantes para a narrativa. Seu papel é quase sempre indicar o movimento de Jack entre casa e trabalho.

A respeito da organização da narrativa, o primeiro aspecto que é possível observar é que o filme apresenta uma estrutura bastante linear, sempre no tempo presente e as ações são cronologicamente ordenadas e bastante centradas em seu protagonista (ele desenvolve ações em 53 cenas das 55 que compõem o filme). A linearidade da narrativa apresenta a transformação pessoal e profissional pela qual Jack passa. O filme é iniciado com a apresentação de Jack como um médico de prática caracterizada por boa técnica e RMP ruim e distanciada, esse médico também tem uma vida pessoal problemática e distanciada de sua família. Em seguida, esse médico recebe um diagnóstico de câncer, inicia o tratamento, vivencia o que é ser paciente de médicos como ele, estabelece vínculos com pacientes que sofrem com os atendimentos ruins de médicos como ele, repensa sua prática sua vida e prática profissional no sofrimento da doença. Ele se cura e muda de atitude na vida pessoal e profissional, não mais é uma pessoa distante e passa a ser um médico de atenção mais humanizada aos seus pacientes. Essa é uma estrutura bastante comum em obras do gênero drama, ou seja, é apresentado o(s) personagem(s), lhe é apresentado um problema/dilema, o personagem passa por um crescimento pessoal e supera o problema. Assim a história poderia dizer respeito a um crescimento pessoal do protagonista na superação de um problema, contorno que a diretora afirma buscar valorizar no filme com as adaptações que fez em relação à história original apresentada no livro.

Especificamente nesta obra, é possível também pensar seu desenvolvimento em três trechos principais. O primeiro e o último são separados pelo momento de transformação pela qual Jack passa, entre a cena 24 e a 33, em que após Jack ser confrontado por uma paciente de câncer terminal e se tornar amigo dela, em que Jack repensa sua vida. Assim, antes da cena 24, a história apresenta predominantemente aos aspectos negativos das atitudes de Jack. Após a cena 33, iniciado o processo de mudança, as imagens irão gradativamente mostrando as melhoras de atitude de Jack. Isso também pode ser notado se observados os personagens que estão mais próximos de Jack nesses três trechos destacados. Na primeira parte, Murray e outros médicos de conduta questionável estão mais presentes e são aliados de Jack. Na segunda parte, Jack tem contato mais intenso com June num trecho de maior aprendizado, reflexão e autoconhecimento do protagonista. No último trecho, o novo Jack apresenta suas novas atitudes tanto na prática médica, quanto na vida familiar.

Outro ponto interessante de se observar quanto à sequência do filme é a construção do médico/paciente. Inicialmente é apresentado apenas o protagonista como médico. Depois ele é apresentado por um longo trecho como paciente. Conforme a história vai ocorrendo para a construção do “novo Jack”, vai havendo uma intercalação entre cenas de Jack como paciente e como médico. Essa organização fortalece a impressão de que Jack gera aprendizados de sua posição como paciente e, em seguida, aplica na sua posição de médico. Estas posições irão convergindo ao longo do filme. De modo menos intenso, esse mesmo recurso é utilizado para apresentar a evolução de Jack em sua família.

Se observarmos apenas as cenas em que Jack ocupa papel de Paciente, é possível notar que Jack inicialmente é resistente ao médico (velho médico), recusa o encaminhamento, depois se submete à autoridade de Lislely Abbot, e é totalmente passivo nessa RMP. Em seguida, passa a questionar a RMP desenvolvida por Abbot, a rejeita, e decide se submeter a Bloomfield. Jack não ganha poder de decisão em relação aos procedimentos, o paciente não passa a escolher pelo médico. Jack escolhe pela qualidade da relação que espera desenvolver, que atenção gostaria de receber do médico. Escuta e empatia estão entre as características do médico que Jack escolhe para lhe tratar na parte final da história, tais características não fazem parte do perfil de Lislely Abbot. São estas mesmas características que Jack buscará desenvolver enquanto médico nas suas RMP.

Então, não se trata necessariamente de um médico que compartilha decisões com o paciente, mas de um médico que está próximo do paciente, do médico que sabe o que é ser paciente. Neste ponto é importante notar que o filme apresenta basicamente dois perfis de médico, o médico que desenvolve uma RMP problemática (cenas 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14,

17, 19, 29, 37 e 41) e aquele que desenvolve uma RMP humanizada (2, 25, 28, 42, 47, 51 e 52). O primeiro perfil pode ser notado nos personagens de Murray, Abbot e Jack (no início do filme). Eles são talentosos, objetivos, estão sempre bastante atarefados, atrasados, desenvolvem RMP distantes, desvalorizando a história do paciente, sua cultura e aspectos subjetivos. Essa RMP é bastante visível nas cenas 5 e 10. Já o outro perfil, caracterizado por uma RMP humanizada e integral, pode ser notado nos personagens Bloomfield e Jack (na parte final). Este tipo de RMP pode ser observado principalmente nas cenas 51 e 52. E como já dito, trata-se de um movimento do protagonista de um perfil em direção ao outro, junto à apresentação fílmica das situações que as envolve, que dá sentido à valoração dessas identidades.

As cenas 8 e 53 podem ser comparadas nesse sentido. Na cena 8, Jack ensina aos seus alunos que o médico deve evitar envolvimento com o paciente, que ser um bom médico é saber tomar boas decisões em pouco tempo e que para isso é preciso desapego para melhor julgar, nas palavras de Jack: “Entrar, cortar/consertar e cair fora”. Já na cena 53, Jack defende que é preciso “sentir na pele” o que sente o paciente, saber o que é ser paciente, para saber melhor tratar dele. Ou seja, é preciso estabelecer um vínculo empático para um melhor atendimento.

1.12.2 Modo de Endereçamento e Significado Preferencial

Com base nessa análise, podemos notar que o filme tende a ter um endereçamento bastante amplo, o que é uma característica de filmes comerciais voltados ao entretenimento. A história ocorre quase inteiramente dentro do hospital. Além disso, são apenas representados pacientes, estudantes e profissionais de saúde, além da esposa de Jack. Poderíamos, então, pensar que há um recorte neste endereçamento que apontaria basicamente para profissionais e pacientes que transitam num hospital, o que é bastante amplo. Isso, pois, no mundo atual, todos são pacientes. Esse entendimento ainda não é suficiente para a determinação de um modo de endereçamento.

Se observarmos os cartazes de promoção do filme a capas de DVD, confirmaremos essa ideia de endereçamento amplo.

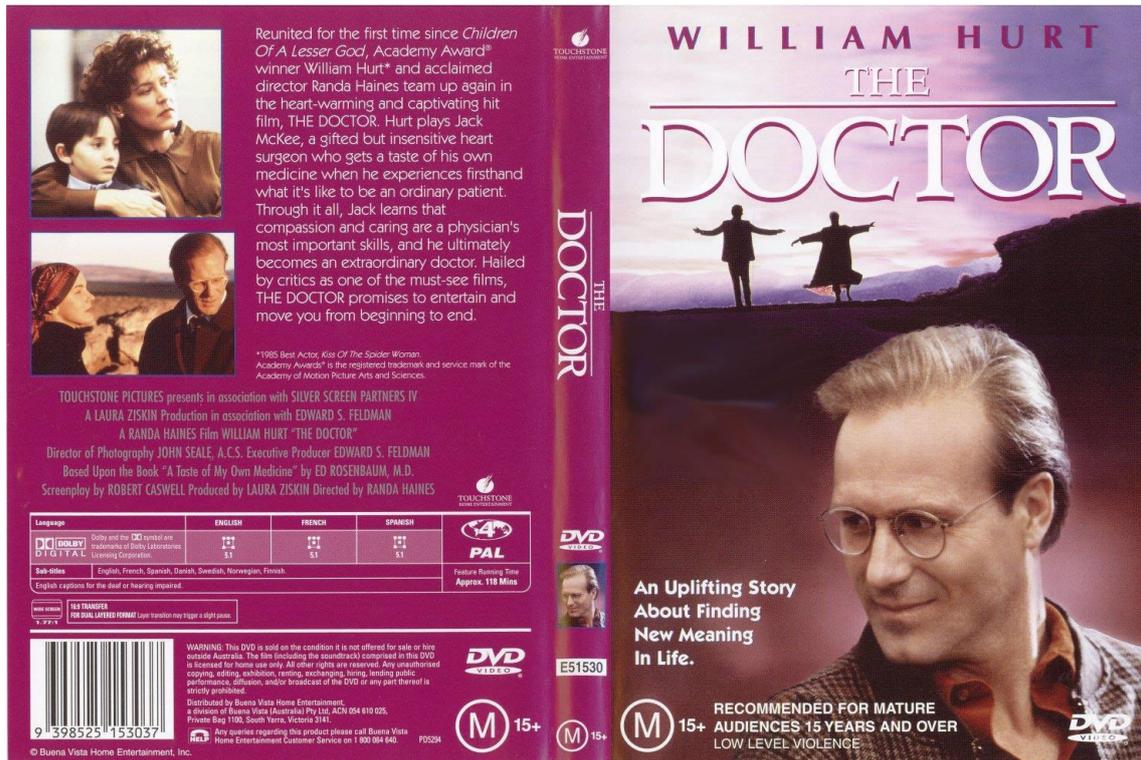


Figura 2 - Capa do DVD “Um Golpe do Destino” distribuído na Austrália

Na capa do DVD distribuído na Austrália, Jack não aparece vestido de médico, nem num ambiente médico. Ele aparece sorrindo num primeiro plano e, no segundo, ele aparece numa bela paisagem “dançando” com uma mulher (June). Além de trazer destaque ao nome da estrela do filme e ao título do filme, traz a inscrição “*uma edificante história sobre descobrir um novo sentido na vida*”. Nesta capa é mais valorizada a dimensão do drama da vida pessoal de Jack que os aspectos ligados à sua carreira na medicina. Se não fosse o título, essa capa poderia servir a qualquer romance ou drama. Na capa também é possível notar a recomendação de faixa etária. O filme é recomendado para maiores de 15 anos.

Já na contracapa, é apresentada uma imagem de Anne com seu filho e outra de Jack junto a June no deserto. Na sinopse são apresentados os currículos da diretora e de William Hurt. Não recebe destaque a informação de que o filme se baseia num livro. Na sinopse fica demarcado que o filme pretende “entreter/divertir” do início ao fim.

O protagonista é apresentado pela sinopse da seguinte maneira:

Hurt interpreta Jack McKee, um talentoso, mas insensível cirurgião cardiologista que experimenta de seu próprio remédio, ser como um paciente comum. Por meio disso, Jack aprende que compaixão e carinho são as mais importantes habilidades de um médico.

Podemos notar que na sinopse já é dada uma valorização maior à dimensão da prática médica nessa experiência existencial do personagem.

Nessa segunda versão de capa, distribuída nos EUA é mantida a maior parte das características da anterior, e modificada apenas a frase de apresentação na capa, que passa a ser: “*Ele era um médico que achava que sabia tudo, até se tornar um paciente*”. A imagem de Hurt em primeiro plano ganha maior importância, fica maior. Também são inseridos alguns comentários de críticos de cinema indicando uma boa avaliação do filme.

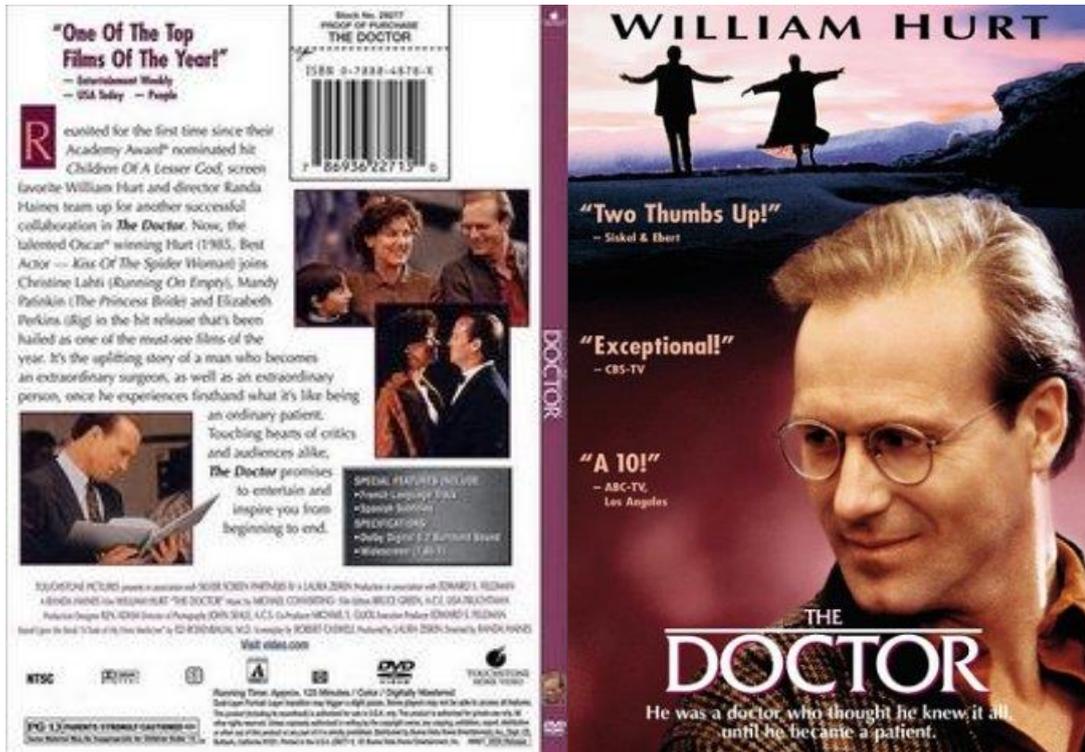


Figura 3: Capa do DVD “Um Golpe do Destino” distribuído nos EUA

O texto da contracapa se mantém o mesmo. As fotografias são modificadas. June já não mais aparece. Jack aparece de terno e gravata, lendo um prontuário, e em imagens junto à família e a esposa. Mais uma vez a dimensão da medicina é enfraquecida. Nessa capa é mais valorizada a dimensão do romance de Jack e Anne.

Por outro lado, no cartaz promocional, Jack aparece de branco, vestido como um médico. Também é mostrada uma imagem que parece, à primeira vista, a mão de um médico tocando a mão de um paciente. Contudo, se observada atentamente, notar-se-á que a pulseira identificadora de paciente está no mesmo braço que está vestido pelo jaleco branco. Na pulseira é possível ler “Dr. Jack McKee”. Ou seja, o médico é o paciente. Vejamos na imagem a seguir:

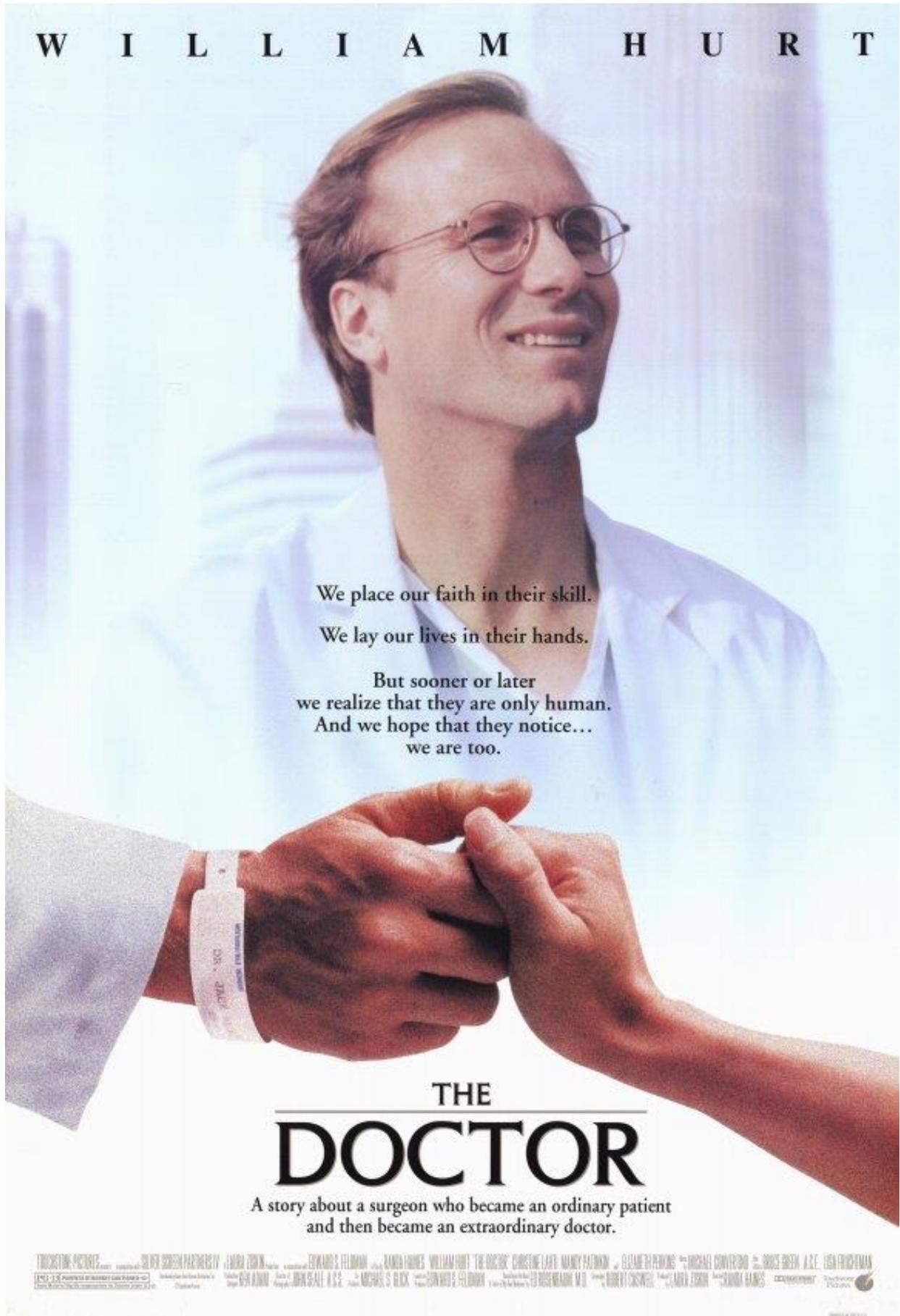


Figura 4: Cartaz de divulgação do filme “Um Golpe do Destino”

No cartaz são apresentadas as frases:

Nós colocamos nossa fé nas suas habilidades. Nós colocamos nossa vida em suas mãos. Mas cedo ou tarde nós compreendemos que eles são apenas humanos. E esperamos que eles percebam... que nós também somos.

Com base nesse trecho do cartaz é possível notar que o enunciador dessa frase é um paciente. Esse paciente reconhece que os médicos são seres humanos e que eles, os pacientes, também desejam ser percebidos como humanos. Seguindo essa lógica, logo abaixo do título do filme, vem o texto: *Uma história sobre um cirurgião que se torna um paciente ordinário e, então, se torna um extraordinário médico.* Assim a ideia é de que ambos, médicos e pacientes, devam se tornar pessoas. Os médicos que se tornam pacientes, se tornam extraordinários por atenderem a pacientes ordinários como pessoas.

Encontramos também a capa do DVD lançado no Brasil, o cartaz de divulgação brasileira do filme e uma fotocópia das capas da cópia em VHS distribuída no Brasil.



Figura 5: Capa do DVD “Um Golpe do Destino” distribuído no Brasil

TOUCHSTONE PICTURES
Apresenta

"UM GOLPE DO DESTINO"
(The Doctor)

ELENCO

| | |
|--------------------|-------------------|
| Jack..... | WILLIAM HURT |
| Ariane..... | CHRISTINE LAHTI |
| June..... | ELIZABETH PERKINS |
| Murray..... | MANDY PATINKIN |
| Ela..... | ADAM ARKIN |
| Nicky..... | CHARLIE KORSMO |
| Leslie Abbott..... | WENDY CREWSON |
| Al Cade..... | BILL MACY |
| Ralph..... | J. E. FREEMAN |
| Sr. Maris..... | WILLIAM MARQUEZ |

FICHA TÉCNICA

| | |
|----------------------------|-----------------------|
| Diretor..... | RANDA HAINES |
| Produtor..... | LAURA ZISKIN |
| Roteiro..... | ROBERT CASWELL |
| Diretor de Fotografia..... | JOHN SEALE, A.C.S. |
| Desenho de Produção..... | KEN ADAM |
| Música..... | MICHAEL CONVERTINO |

Baseado no livro "A Taste of My Own Medicine" de Ed Rosenbaum



SINOPSE

Mais dia, menos dia, todo médico acaba se tornando um paciente, e numa irônica inversão de perspectiva profissional Jack Mackee vê-se de repente em luta contra uma doença que o transforma num paciente comum em seu próprio hospital. Pela primeira vez, é obrigado a sentir o que todo paciente sente, e entrega-se orgânicamente a um estabelecimento médico falível, com toda a sua inflexível burocracia, os exames humilhantes, a maquinaria opressora e as salas de espera superlotadas.

Uma prática cirúrgica bem-sucedida e próspera rendeu ao Dr. Mackee uma vida muito confortável, completa até na bela família e numa casa luxuosa e todos os ricos acessórios inerentes à prosperidade.

A única coisa que lhe faltava era verdadeira compaixão pelos pacientes nos seus cuidados.

A medida que a diferença entre simplesmente tratar de um paciente e interessar-se por ele vai ficando mais clara para Jack, ele conhece uma jovem chamada June, cuja força e espírito incomuns passam a ser o catalizador para a sua recuperação e a compreensão de que um médico deve primeiro entender o coração para poder operá-lo.

DO DIRETOR DE "OS FILHOS DO SILÊNCIO"

A história de um cirurgião que virou um paciente comum e depois se tornou um homem extraordinário



WILLIAM HURT

UM GOLPE DO DESTINO

DO DIRETOR DE "OS FILHOS DO SILÊNCIO"

A história de um cirurgião que virou um paciente comum e depois se tornou um homem extraordinário



WILLIAM HURT

UM GOLPE DO DESTINO

DISTRIBUIÇÃO WARNER BROS.

Figura 7: Capa do VHS "Um Golpe do Destino" distribuído no Brasil

Tanto no cartaz nacional, como na capa do VHS, são repetidas imagens já presentes na versão americana e australiana, além de apresentar uma versão traduzida do texto em que se

antecipa que o filme é a respeito de um médico que vira paciente e modifica sua conduta. Contudo, não há imagem alguma de médico nem de hospital nessas imagens. A dimensão do romance é bem mais valorizada. Também na versão brasileira o trabalho anterior da diretora do filme é destacado tanto no cartaz como na capa do VHS.

A principal diferença pode ser notada na contra-capas: além da ficha técnica, está uma imagem de Jack e Anne próximos e se olhando e uma sinopse. A imagem parece haver sido retirada da cena 44, em que Anne vai ao hospital para conversar com Jack. A expressão dos dois na imagem revela um conflito. A sinopse não permite fácil leitura por conta da qualidade da imagem. Por esse motivo a transcrevemos a seguir:

Mais dia, menos dia, todo médico acaba se tornando um paciente, e numa irônica inversão de perspectiva profissional Jack Mackee vê-se de repente em luta contra uma doença que o transforma em paciente comum em seu próprio hospital. Pela primeira vez, é obrigado a sentir o que todo paciente sente, e entrega-se a um estabelecimento médico falível, com toda a sua infundável burocracia, exames humilhantes, a maquinaria opressora e as salas de espera superlotadas.

Uma prática cirúrgica bem-sucedida e próspera rendeu ao Dr Mackee uma vida muito confortável, completa até na bela família e numa casa luxuosa e todos os seus ricos acessórios inerentes à propriedade.

A única coisa que lhe faltava era verdadeira compaixão pelos pacientes aos seus cuidados.

A medida que a diferença entre simplesmente tratar um paciente e interessar-se por ele vai ficando mais clara pra Jack, ele conhece uma jovem chamada June, cuja força e espírito incomum passam a ser o catalizador para a sua recuperação e a compreensão de que um médico deve primeiro entender o coração para depois operá-lo.

Na sinopse brasileira é dado destaque a aspectos do filme que supostamente aproximariam a história apresentada da realidade brasileira. Salas de espera superlotadas, por exemplo, não são apresentados no filme, mas dizem respeito à realidade do serviço público de saúde brasileiro à época de lançamento do filme, década de 90. A sinopse parece buscar abordar o brasileiro como paciente e provocar uma identificação do público com o Jack paciente, pois talvez a faceta de médico fosse algo muito distante da realidade nacional a época da veiculação do filme.

Podemos notar nessas cinco peças que há certa variação nos endereçamentos do filme. Os materiais de divulgação do filme imprimem adaptações que parecem buscar ajustar o filme a uma ideia de público-alvo em cada país. Nas capas de DVD são mais valorizadas a dimensão dos relacionamentos pessoais de Jack. Já no cartaz, ganha importância o drama de pacientes e médicos expressos na jornada de mudança de papéis de Jack McKee. Nas capas de DVD o endereçamento seria mais amplo e direcionado a um público consumidor de romances e dramas,

que se observado pelas imagens valorizadas na contracapa, seriam a mulher, mãe e esposa. Nessas imagens, Jack não aparece vestido como médico. Já no cartaz, o foco está na medicina e nas RMP, a enunciação das frases toma a posição dos pacientes. Pelo cartaz, o filme é voltado aos pacientes.

O endereçamento feito às espectadoras mais comuns do gênero drama parece se dar também pela identificação com a personagem Anne. Nesse caso, o filme seria endereçado a mulheres, mães e donas de casa, que se sentem abandonadas e desvalorizadas por seus maridos. Este é tipo de endereçamento relativamente comum nesse gênero fílmico. Esse endereçamento, existente apenas no filme e não no livro, parece ser uma estratégia do mercado cinematográfico para garantir uma boa bilheteria ou boa venda de cópias do filme fazê-lo ser reconhecido como similar a outros filmes antes assistidos por esse público que tem prazer em consumir esse tipo de filme.

Observando-se, no filme, os principais personagens da narrativa, poder-se-ia considerar que o endereçamento é para médicos, pacientes, e familiares de ambos. Contudo, considerando as características da linguagem audiovisual na construção da narrativa, poderíamos afirmar que o filme é endereçado a plateias maduras e adultas. Qualquer plateia adulta, sobretudo aquelas que habitualmente assistem a filmes do gênero drama. Por outro lado, é possível supor que um espectador médico, estudante de medicina ou paciente que tenha passado por situações similares às mostradas no filme, produza uma relação diferente com o filme.

Na história apresentada é valorizada a identificação com Jack após ele se tornar paciente e estimulado um distanciamento enquanto Jack é apenas médico, como no início do filme. Com isso é possível pensar que o filme valorize mais um endereçamento a pacientes de médicos como o que Jack é no início da narrativa. Desse distanciamento crítico do protagonista, o espectador poderia experimentar de uma maior identificação com o protagonista quando ele vira paciente de um médico como ele, ou nas palavras do autor do livro, quando o médico prova do próprio remédio. Quanto mais Jack experimenta o lugar de paciente, maior parece ser a probabilidade dos espectadores se identificarem com o protagonista e aderirem mais facilmente à perspectiva defendida no filme. Assim, o filme apresenta uma visão mais favorável aos pacientes, a qual a maior parte dos espectadores se aproxima, e, em seguida, a representação do protagonista se aproxima dessa perspectiva o que facilitaria a adesão dos espectadores ao significado preferencial do filme.

Por outro lado, poderíamos dizer que o modo de endereçamento (Quem este filme pensa que você é? Quem este filme quer que você seja?) espera que estes espectadores sejam os médicos e pacientes representados na etapa final do filme, Jack, June e Bloomfield, personagens

que desenvolvem relações mais humanas. Ou seja, espera que os espectadores assumam uma posição crítica em relação aos personagens mais frequentes na etapa inicial, se aproximando mais dos personagens mais determinantes na etapa final.

Desse modo, é possível dizer que o filme conta com dois endereçamentos principais, um proveniente da história original relatada por Rosenbaum em seu livro, outro produzido com as modificações empreendidas pela diretora do filme ao aumentar o papel de Anne na história. Assim o filme teria um endereçamento central a pacientes e médicos e outro voltado a mulheres no papel de esposas e donas de casa.

O significado preferencial está fortemente ligado a esse endereçamento. As capas acima reforçam e formalizam o significado preferencial do filme. Funcionam como uma condução do espectador que as leia segundo um significado pretendido pelos produtores, como uma pré-elucidação sobre o ponto de vista que o filme constrói.

No filme, o significado preferencial pode ser principalmente notado nas cenas 41, 54 e 55. Na cena 41, Jack vai dizer para a Lislely Abbot que não será mais seu paciente. Para isso, Jack utiliza das seguintes palavras:

Jack: *Tem um paciente a menos, estou fora.*

Abbot: *Sei como se sente.*

Jack: *É esse o problema, não tem a menor ideia de como me sinto.*

Abbot: *Deixemos esta conversa para outra hora.*

Jack: *Devia mudar o seu estilo, doutora. Hoje, eu estou doente... amanhã ou daqui a 30 anos, você estará doente. Todo médico, em algum momento, se torna paciente, aí será tão afetada como estou sendo agora.*

Abbot: *Você está sendo muito ofensivo.*

Jack: *Se tivesse um paciente como eu, quando era igual a você...*

Além de deixar claro que Abbot é a médica que ele era, Jack afirma que todo médico é (ou será) um paciente e que é preciso mudar sua conduta para que não seja o tipo de médico que não deseja para si, quando for paciente. Já na cena 54, Jack expressa essa ideia ao propor uma atividade aos seus alunos.

Jack: *Doutores, vocês passaram um bocado de tempo aprendendo os nomes em latim de possíveis doenças de seus pacientes. Agora é hora de aprender algo mais simples sobre eles. Todos os pacientes têm um nome. Eles se sentem assustados, constrangidos e vulneráveis, sentem-se doentes. E, mais importante, querem se curar. Por isso, colocam suas vidas em nossas mãos.*

Jack: *Podia tentar lhes explicar isso até cansar. Mas não significaria nada. Como nunca significou para mim. Nas próximas 72 horas cada um de vocês será alocado para uma doença. Dormirão em camas de hospital, comerão comida de hospital. Farão todos os exames necessários. Exames que um dia pedirão.*

Jack: *Vocês não são mais médicos, são pacientes de um hospital. Boa sorte.*

Então, além de reconhecer que todo médico é um paciente e que deve ter uma conduta médica proporcional a que gostaria de receber, Jack afirma que a melhor forma de aprender isso é estando na posição de paciente. Por fim, na cena 55, Jack lê a carta de June que expressão contribui para fechar esse significado preferencial. Nessa carta, June lhe conta a seguinte história:

June: Havia um fazendeiro que possuía muitas terras. Ele afastava os pássaros e animais das plantações com armadilhas e cercas. Ele obtivera muito sucesso, mas era muito solitário. Assim, um dia, ele ficou no meio das suas terras para dar boas-vindas aos animais. Ficou ali o dia inteiro com os braços esticados, chamando-os. Mas nenhum animal veio. Nem uma única criatura apareceu. Estavam aterrorizados com o novo espantalho do fazendeiro.

June: Querido Jack, apenas abaixe os braços e todos nós chegaremos até você.

Ou seja, além de reconhecer que todo médico é um paciente e deve experimentar da posição de paciente para ser um melhor médico, um médico mais humano, é preciso buscar ser mais próximo das pessoas. É preciso se desarmar, “abaixar os braços de espantalho”, se despir da armadura que protege o médico, para desenvolver relações menos distantes, relações mais íntimas, mais humanas. Pois, o médico, quando estiver no papel de paciente, vai precisar ter pessoas por perto.

Com a dimensão familiar acrescida pela diretora do filme, poderia se dizer também que os médicos deveriam estabelecer relações mais íntimas, menos distantes, também em sua família, mais especificamente de suas esposas. Os médicos homens deveriam estar mais próximos de suas famílias.

Diante do apresentado, o significado preferencial poderia ser enunciado da seguinte maneira: “*Todo médico é um paciente, se ele for um médico que se afasta das pessoas, dos pacientes, quando ele for um paciente, estará sozinho, pois não saberá se aproximar das pessoas, nem de sua família*”. Isso pode ser completado com as ideias defendidas no filme de que para se aproximar de um paciente é preciso considerar a sua história, sua cultura, sua família, suas peculiaridades e as suas subjetividades implicadas na relação médico-paciente.

No filme, para a construção da história e de seu significado preferencial são apresentados diversos temas que compõem as aulas de PsiMed tais como: valorização da história e cultura do paciente; comunicação de más notícias; atenção à família; ética na prática médica; a relação do médico com a morte; relação médico-paciente integral e humanizada. Então, além da busca pelas relações entre significado preferencial e leituras produzidas por estudantes, caberia questionar se os temas estudados na disciplina são identificados pelos estudantes ao assistirem o filme no contexto da disciplina. Outra questão é saber que posições

irão prevalecer nas leituras feitas por estudantes de medicina. Haverá uma maior identidade com que perfil de médico? Quais personagens são criticados? Considerando a dimensão empática da RMP defendida no filme, haverá alguma identificação dos espectadores estudantes de medicina com os personagens de paciente? Esperamos poder responder a algumas dessas questões ao investigarmos a recepção audiovisual deste filme por estudantes de medicina, na disciplina PsiMed.

1.13 ESTUDO DA RECEPÇÃO

No presente capítulo apresentamos a análise da recepção do filme “*Um Golpe do Destino*”. Como já foi indicado, esse filme compõe o plano de aulas de PsiMed. No plano de aulas está previsto uma tarde para a exibição desse filme e discussão entre estudantes mediados por professores. O filme foi exibido sem uma prévia introdução e, após a exibição, os professores, monitores e estudantes iniciaram a discussão sobre questões relacionadas ao filme que, em sua maior parte, foram destacadas pelos professores. Para a realização dessa análise, observamos a discussão, gravamos e transcrevemos o áudio de todo o evento e, por fim, aplicamos questionários aos estudantes. Assim, a análise da recepção que se segue está dividida em: 1) Observação das reações durante a exibição; 2) Análise da discussão após a exibição; 3) Análise dos questionários.

1.13.1 Observação das reações dos espectadores durante a exibição do filme

Alguns aspectos observados antes da exibição dão alguns sinais sobre algumas expectativas dos estudantes a respeito da exibição do filme. Alguns alunos chegaram para a exibição portando sacos de pipoca, desenvolvendo conversas animadas e com muitos risos. Parecem estar numa sala de cinema que costumam frequentar com seus colegas. Essa postura já é um tanto diferente do modo como habitualmente aguardam o início das aulas. Após alguns minutos de ajuste do equipamento, as luzes do auditório são apagadas e o filme começa a ser exibido, sem qualquer comunicação dos professores aos estudantes. De certa forma, os professores também contribuem para a criação dessa atmosfera de sala de cinema.

Durante a exibição, a atmosfera de bom humor vai pouco a pouco mudando. Até o 15º minuto do filme, era fácil escutar risos provocados pelas piadas irônicas do protagonista do filme. Após os 15 minutos, o silêncio vai gradativamente tomando conta da sala, conforme o filme mostra sua face mais dramática. Esse silêncio é rompido apenas na cena em que Jack e

Murray são flagrados por Bloomfield enquanto dançavam nas escadas do hospital comemorando um suposto resultado positivo de exames realizado por Jack (cena 22). Alguns poucos risos também podem ser notados na cena 34, em que Jack telefona para sua esposa para contar que está regressando de viagem, provavelmente pela cena indicar que a esposa suspeitava de adultério.

As reações de choro foram principalmente notadas no momento em que era exibida a cena em que Jack se desculpa e reata com sua esposa (cena 50), já próximo ao término do filme. Esses choros puderam ser observados apenas em estudantes do sexo feminino. Nesse ponto é possível relacionar, ainda que superficialmente, com o endereçamento empreendido pela diretora que acrescentou essa dimensão da vida matrimonial de Jack como um meio de “alcançar” o público feminino habitualmente espectador de dramas e romances. Parece que, ao menos nas cenas finais, a “fórmula” funcionou.

Alguns comportamentos dos espectadores foram semelhantes aos praticados durante as demais aulas de PsiMed. Assim como ocorria nas aulas por nós acompanhadas, notou-se um recorrente uso de smartphones acessando as redes sociais (Facebook e Whatsapp, principalmente). Outro ponto em comum foi o aplauso ao fim da aula. Todas as aulas eram encerradas com uma salva de palmas aos professores “palestrantes”. O fim do filme e da discussão também foi aplaudido. Esses comportamentos nos levam a considerar que, aparentemente, os espectadores parecem ter assistido ao filme numa mesma situação contextual das aulas. De fato, o formato foi o mesmo, uma palestra ou um filme seguido por discussão. Cabe perguntar se há realmente essa aproximação de comportamentos/atitudes entre a recepção das palestras e filmes.

Até aqui é possível notar dois padrões de comportamentos distintos. No primeiro, que ocorreu até o 15º minuto do filme, havia comportamentos similares ao de jovens frequentando uma sala de cinema. No segundo, eles reproduzem comportamentos habituais das aulas de PsiMed. Longe de supor que deveria haver uma homogeneização dos comportamentos, é importante notar por esses breves indícios que haveria uma hibridização de contextos de recepção construídos pelos comportamentos dos estudantes, ou seja, os estudantes carregariam para a sala de aula hábitos de recepção audiovisual que eles têm em outros contextos, como suas casas e salas de cinema, por exemplo.

1.13.2 Análise da discussão em grupo

Após o filme, e com duração de cerca de 30 minutos, a discussão foi conduzida por dois professores e auxiliada por dois monitores da disciplina e contou com a presença de cerca de 50 estudantes, dos quais sete efetivamente participaram. Esses números dão alguns indícios sobre certa polarização que caracterizou a discussão. Os professores predominaram nas participações (sobretudo o professor 1) e os estudantes pouco discutiram algum aspecto do filme entre si. Em geral, os professores lançavam questões e os estudantes brevemente as “discutiam”, ou seja, ponderavam e respondiam aos questionamentos dos professores, mas não discutiam entre si. Quando se aproximavam de algum ponto problemático, professores ou monitores tomavam a palavra e seguiam em ponderações/explicações que pareciam buscar conectar o ponto do filme que estava sendo discutido a algum tópico estudado na disciplina. Contudo, há que se ressaltar que os estudantes também produziram, em suas falas, diversas conexões que extrapolavam a aparente expectativa de resposta dos professores. Desse modo, é possível dizer que a dinâmica de discussão do filme foi fortemente mediada, conduzida e controlada, mas ainda assim houve espaço para a participação de alguns estudantes.

Para essa análise, utilizamos a abreviação P1 e P2 para nos referirmos aos professores 1 e 2, respectivamente, M1 e M2 para os monitores, e A_(n) para nos referirmos aos alunos participantes da discussão. No quadro incluso no apêndice 6 desta tese a seguir, dispomos integralmente a discussão transcrita e nossas considerações sobre cada trecho dessa interação.

Um primeiro aspecto que é notável nessa interação é a forte mediação empreendida pelos professores, sobretudo pelo Professor 1. Este professor ao buscar reforçar sua leitura aos estudantes acaba levando o Professor 2 e o Monitor 2 a fazerem diversas ponderações no sentido de flexibilizar essa tentativa de fixação de uma suposta leitura correta na PsiMed. Contudo ao buscar atenuar, mesmo sem aparentemente querer, o Professor 1 e os demais monitores acabam contribuindo para um predomínio de suas participações na discussão.

Um exemplo desse predomínio nas participações é que, se quantificadas, chegaremos ao total de 28 participações do Professor 1, quatro participações do Professor 2, oito participações dos monitores e 28 participações dos alunos. Ou seja, em termos meramente quantitativos, o Professor 1 participa na mesma frequência que os sete estudantes que se puseram a discutir o filme (o restante dos quase 50 se mantiveram calados). Se somados, os mediadores participam mais vezes que os alunos (40 x 28). Essa predominância é ainda mais evidente se considerada a duração das falas de cada participante. Os estudantes utilizaram em torno de 6 minutos dos 30 minutos de discussão.

Se observadas em relação à sua qualidade, as participações parecem indicar uma tentativa do Professor 1 controlar as leituras produzidas pelos alunos que, de certa maneira, deram indícios de suas resistências em suas participações. O início da discussão (linha 1 a 7) é um bom exemplo disso.

P1 - *A gente vai discutir agora. (incompreensível) Esse filme vai contar a história de um médico que vira paciente. E realmente, assim... um tem que se colocar no lugar do outro. Infelizmente, a gente nem sempre chega, né... É melhor tá do lado do jaleco branco. O que marca em relação a esse médico, a esse personagem? A mudança dele do tempo 1 para o tempo 2? “Aluno 1”?*

A1 - *Oi!*

P1 - *O que marca esses dois tempos dele? Antes de ser paciente e depois de virar paciente? A maneira de ele ver a relação médico-paciente?*

A1 - *Acho que a experiência. (incompreensível)*

P1 - *O quê?*

A1 - *As atitudes dele como... não só como paciente, entende? Mas de todo mundo que está à volta dele... ele fica mais humano, mais romântico...*

P1 - *O que o Aluno 1 falou que o que mudou não foi só a relação dele com os pacientes, mas a relação dele com todo mundo, né? A relação dele com a mulher muda também.*

Já na primeira fala o Professor 1 deixa claro que leitura ele acredita ser a mais adequada, ou seja, que significado é preferido por ele para o filme. Ele também demarca o ponto que ele julga ser principal, a dimensão da empatia (“tem que se colocar no lugar do outro”), destaca a mudança sofrida pelo personagem e escolhe o aluno que irá participar primeiro. Este aluno estava desatento. O aluno responde que o protagonista tem mudanças de atitudes não só na prática médica, mas também na vida pessoal. Nesse ponto o Professor parece explicar para a turma e, ao final, busca dar destaque à relação do protagonista com a esposa no que o aluno disse, dando mais um indício de sua tentativa de controle.

Da linha 15 a 17, ele mais uma vez busca fixar as leituras dos alunos.

A6 - *Envolvimento... Quanto ele fica no lugar do paciente e ele vê que não é bom ser tratado como ele tratava...*

A3 - *Ele começou a ter empatia, né?*

P1 - *Ele começa entender que é preciso ter empatia, né? Uma coisa que é interessante é essa questão também da experiência da doença desencadeando assim... uma crise em diversas relações do sujeito que é o que a gente vai ver nesse personagem. Não é só a maneira dele se ver no trabalho com o outro, mas a relação dele com a esposa. A gente vai ver isso com frequência. O paciente que adocece e começa a ter uma crise de saúde muito grave, começa a ter crise na família, então, ele se prepara. Diversas... as relações perdem o equilíbrio. Tudo começa a explodir igualmente. Que justamente não é a melhor hora, né?*

*Foi brigar com a esposa logo agora que descobriu que estava com câncer, né!
Mas é quando os dois começam a discutir, antes a relação estava bem!*

Nesse trecho os alunos vinham interagindo, colocando palavras soltas à discussão, até que começam a destacar a dimensão do envolvimento e da empatia na RMP. O professor parece concordar com a empatia e não dá destaque à ideia de envolvimento na RMP, questão essa que foi bastante discutida nas aulas e que frequentemente era objeto de dúvida por parte dos estudantes. Havia um interesse sobre o limite do envolvimento, sobre até que ponto se envolver na RMP sem se “machucar”. Contudo, não só a questão do envolvimento como a da empatia é deixada de lado para dar foco a como a doença traz desequilíbrio às relações sociais do paciente, sobretudo na relação do protagonista com a esposa. O professor já havia buscado dar foco a esse ponto do filme no trecho anterior que destacamos e nesse empreende nova tentativa, mesmo que isso signifique deixar de lado alguns pontos aparentemente mais relevantes aos alunos. Entretanto, os alunos expressam certa resistência a essa leitura do Professor, como no trecho a seguir (linha 18 a 21), que é a continuação do trecho anterior.

A7 - *É... estava meio maquiada...*

P1 - *Estava bem maquiada? É, mas não estava incomodando, eles não brigavam, eles não discutiam.*

A2 - *Ele nem ia em casa... como eles iriam discutir?*

P1 - *No início assim, vocês vão ver... porque na verdade, quando ele vira doente a relação deles muda, né? A relação dele com a esposa muda! Agora ele... muda! O que muda na relação deles? “Aluno 8”, o que muda na relação dele com a esposa quando ele adoecer?*

Os alunos parecem acreditar que a relação do protagonista com sua esposa já estava mal (apenas estava maquiada) e não foi a doença que a deixou desse modo. O Professor 1 contra argumenta dizendo que a relação não trazia incômodo antes da doença, mas o outro aluno de pronto destaca que a relação não trazia incômodo porque havia pouco contato. Essa resistência dos alunos se torna mais interessante quando observada a reação do professor que argumenta repetindo por três vezes a mesma ideia de formas diferente (a relação muda). Sem oferecer contraponto à leitura dos estudantes que discordaram de sua leitura, o Professor 1 direciona sua pergunta a outro estudante que não havia expressado discordância a respeito desse ponto.

Outro ponto dessa tentativa de controle do Professor 1 sobre a significação do filme produzida pelos alunos pode ser notada da linha 42 à linha 69. Nesse trecho, inicialmente um aluno reconhece uma simetria entre a cena 5 e a cena 10, em que Jack seria atendido como atende seus pacientes. Alguns alunos reconhecem esse paralelismo e começam a criticar o modo

como o protagonista agiu como médico na RMP da cena 5. Os alunos destacam o modo como Jack ao chegar atrasado mal se justifica com a paciente e não lhe dá muita importância. Diante disso o Professor 1 busca mais uma vez controlar uma interpretação que curiosamente é oposta à apresentada no filme, ou seja, que os médicos teriam “direito” a eventualmente não ter uma boa RMP. Os alunos rechaçam o argumento do professor e aderem completamente ao que foi apresentado no filme.

A4 - *Se reparar bem, o jeito que ela conduz uma consulta é exatamente do jeito que quando ele vai atender à mulher primeiro, ele fala as mesmas palavras que ela fala depois. Da mesma forma que ele fala com ela, ele fala: dia cheio! Ela fala: dia cheio! Então na verdade é um jogo de espelhos pra mostrar a inversão de papéis que tá acontecendo de um pro outro. Ela tá sendo atendida por ele, é literalmente ele. Uma pessoa que no caso, são de sexos opostos, entendeu, e ele como homem e ela como mulher trocando papeis ali, sendo o que ele fez com a mulher. Ele disse pra mulher de uma vez e ela poderia ter dito de outra forma, entendeu? Trata de fazer do mesmo jeito e ele não, e ele não, quer um tratamento (incompreensível) e ele é daquela classe. Ele fala: Não, mas pera aí! Eu não sou um paciente, eu também sou... eu sou seu colega, eu sou um amigo!*

A7 - *Quer tratamento vip, né?*

A4 - *É, exatamente!*

P1 - *Por que quando uma pessoa chega e diz: O dia foi cheio! Porque a primeira frase que você falou que os dois começam dizendo “um dia cheio”. O que quer dizer isso? O que isso enuncia?*

T - *Tentando justificar sua ausência... Falha... Imaturidade...*

P1 - *“Não me enche o saco!” “To cansado!” (risos)... né? O que você acha? “Não demanda muito”...*

A4 - *Eu acho que ele falou pra justificar o atraso...*

P1 - *Ele quer justificar o atraso! É verdade. É verdade.*

No trecho anterior o professor tenta mais uma vez controlar a interação e os alunos rejeitam a ideia de que o médico também tem suas limitações na RMP e que isso é que possibilitaria ter “dias ruins” em sua prática médica. Os alunos parecem acreditar que tal comportamento reflete falta de preparação técnica e imaturidade do profissional. O Professor tenta argumentar, mas outra vez a resistência dos estudantes mantém suas leituras mais próximas do significado preferencial do filme do que da leitura do professor. Nesse ponto da discussão (linha 52), o Monitor 2 começa a narrar uma fábula cujo objetivo era mostrar que é possível se adotarem medidas para atenuar o impacto de uma notícia que certamente irá ferir o paciente.

M2 - ... *Então, eu acho que quando a gente vê essa situação de comunicar uma má notícia, a gente tem que jogar uma pedra, mas aí a gente tem toda uma estrutura que a gente pode criar pra evitar que aquela pancada, ela realmente machuca a pedra vai ser atirada, mas não necessariamente ela tem que causar uma ferida.*

P1 - *Será “Monitor 2”? Será que você consegue dar um diagnóstico de câncer sem machucar?*

M2 - *A semana passada a aula... na semana retrasada... a última... semana retrasada, não foi? Foi! Ele falou do Protocolo SPIKES que é uma maneira de amenizar, de trabalhar essa ideia, de envolver um pouco, pra evitar que a pancada machuque...*

É interessante notar que nesse trecho o monitor baseia seu posicionamento num ponto trabalhado nas aulas de PsiMed, o Protocolo SPIKES. Na sequência dessa interação o Professor 1 irá persistir na discordância em relação ao Monitor 2 que, por sua vez, irá reexplicar o seu ponto de vista. Baseando-se em sua experiência como estudante de medicina, o monitor irá criticar a formação médica principalmente por não valorizar a formação humana dos estudantes, em que se possa exercitar, por exemplo, o “amor altruísta”. O Professor 1, em mais uma tentativa de controle, responde da seguinte maneira (linha 57):

P1 - *E o que vocês acham? (risos). A gente tem que ter amor pra dar? Haja amor! Não dá pra tentar? Tem dias que sim, tem dias que não? (risos) O que você acha, Professor 2?*

Diante da nova tentativa de controle do Professor 1 em fazer prevalecer sua leitura em relação à dos demais participantes, o Professor 2, que é chamado ao debate pelo Professor 1, faz duas importantes ponderações que parecem buscar reorientar o debate. A primeira ponderação seria expressar sua visão sobre o que seria a linguagem cinematográfica e como ela se relaciona com a “vida”. Para o Professor (linha 58), a linguagem cinematográfica, mesmo com seus exageros, possibilita um mergulho num universo humano que é rica fonte de aprendizado, sobretudo para os estudantes de PsiMed. A segunda seria a respeito do papel do médico, expresso no filme e discutido nesse grupo. O Professor destaca que, mesmo de modo exagerado, o filme mostra como há uma tendência dos médicos em se colocar numa posição diferenciada em relação ao paciente, uma posição de superioridade, em que o paciente passa a ter suas questões diminuídas em sua importância. Isso teria grande influência no insucesso de algumas RMP. De acordo com o Professor 2,

... quando nós recebemos alguém, seja no nosso consultório, é comum, ou na enfermaria, no hospital, é como nós recebemos na nossa casa, é uma relação

humana, sobretudo. Logo, cabe a mim, que estou recebendo, ser uma pessoa educada, ser uma pessoa cordata, ser uma pessoa afetuosa, uma pessoa que vou transmitir já na minha face, no meu gestual, a satisfação de receber aquela pessoa. Na vida profissional, não é diferente... não é diferente. O que difere é que somos procurados em uma situação especial. Então, será que essa situação especial, em que o outro está sofrendo e nós estamos no lugar do saber, é suficiente pra nos colocar nesse pedestal? Será que é suficiente pra é... nos tornar diferentes do outro que nos procura?

Utilizando essa metáfora do “bom anfitrião”, o professor traz ao debate um ponto importante do filme e das aulas de PsiMed. Como já dito, os alunos haviam tentado trazer essa questão ao debate quando se referiram à simetria entre as cenas 5 e 10, quando recebe o atendimento médico do médico que ele foi na cena 5, contudo esse ponto foi deixado de lado na mediação. O Professor 2 responde à questão discutida pelo Professor 1 e ao Monitor 2 trazendo ao centro do debate um ponto valorizado pelos estudantes.

Na sequência, o Professor 1 contra-argumenta com o Professor 2 que responde convocando a participação dos estudantes ao debate.

P1 - *Mas será, Professor 2, que o paciente não quer botar a gente nesse pedestal? Que dessa forma ele se sinta mais seguro dessa forma?*

P2 - *Sim, mas o fato de... não sei. O que vocês acham? Eu tenho minhas respostas, mas vocês?*

Diante da nova tentativa do Professor 1 de fazer prevalecer sua leitura do filme, o Professor 2 evita o debate direto e convida os estudantes a voltarem a participar do debate. Enquanto o Professor 1 faz diversas tentativas de valorizar uma leitura específica do filme, o Professor 2 parece favorecer uma discussão mais democrática, em que os estudantes participem mais ativamente. O Professor 1 faz um esforço em “explicar” o filme aos alunos, enquanto o Professor 2 busca construir questões a partir do filme, questões que conectem o filme à disciplina.

É importante notar que o Professor 1 adota um discurso em que prevalece mais uma percepção do paciente como um obstáculo para a boa RMP e aponta meio de lidar com esses obstáculos. Já o Professor 2 favorece a percepção do médico como o obstáculo para a boa RMP. Ambas as mediações se constituem como tentativas de reendereço e de recorte ou alteração do significado preferencial do filme. Na linha 58, o Professor 2 a faz da seguinte maneira:

...embora a gente assista muitas vezes e há muitos anos, porque ele nos dá a oportunidade como médicos de mergulhar numa linguagem cinematográfica, que tem lá seus exageros, é... de mergulhar num universo humano, sobretudo humano, porque o nosso universo como

médicos. É aquilo que a gente mais preza, mais deseja, quando nós, a cada período que nós passamos nossas experiências ao alunado... Quando nós falamos, nitidamente ali vemos: personalidades das mais distintas, entre médicos, entre pessoas, é... nós observamos formas de manifestação, de comunicação, maneiras de comunicação e conservamos principalmente como a personalidade do médico embora, esfriando novamente, a caricatura do filme, é... matiza, né? A personalidade do médico coloca num pedestal, num lugar que, ao meu ver, não cabe... não cabe... mas infelizmente existe, infelizmente é ocupado por muitos médicos... Quer dizer, é a história que eu digo sempre: quando nós recebemos alguém, seja no nosso consultório, é comum, ou na enfermaria, no hospital, é como nós recebemos na nossa casa, é uma relação humana, sobretudo. Logo, cabe a mim, que estou recebendo, ser uma pessoa educada, ser uma pessoa cordata, ser uma pessoa afetuosa, uma pessoa que vou transmitir já na minha face, no meu gestual, a satisfação de receber aquela pessoa. Na vida profissional, não é diferente... não é diferente. O que difere é que somos procurados em uma situação especial. Então, será que essa situação especial, em que o outro está sofrendo e nós estamos no lugar do saber, é suficiente pra nos colocar nesse pedestal? Será que é suficiente pra é... nos tornar diferentes do outro que nos procura?

A segunda perspectiva defendida, a do Professor 2, parece estar mais próxima daquela defendida no filme. Ainda assim o Professor 2 busca trazer, a partir do filme, alguns temas que estão mais em seu repertório do que propriamente no filme.

Essas características de mediações tendem a se repetir no fechamento da discussão que os dois professores fazem. Contudo, o Professor 1 acaba englobando e conectando todas as perspectivas expostas na discussão, faz uma síntese.

Entretanto, sem pretender estabelecer um juízo sobre as práticas destes professores na atividade de mediação desse filme, qual é a boa ou a melhor, é importante destacar que de algum modo suas práticas e perspectivas se complementam. Tanto que, no conjunto, os alunos estiveram um tanto divididos entre as perspectivas defendidas.

Essa tentativa de controle do Professor 1 é prática pedagógica bastante comum no uso de filmes e vídeos na educação. Por esse motivo é preciso que seja valorizada nos estudos a respeito do uso de vídeos na educação.

Vale também destacar que o papel desempenhado pelos monitores é um tanto ambivalente. Em alguns momentos eles se colocam mais próximos do papel de professores e buscam valorizar leituras nos filmes, em outros, os monitores se colocam como estudantes e buscam realizar conexões das ideias do filme com suas experiências na prática médica.

A discussão em grupo também fornece dados para caracterizar, em parte, as leituras nas dimensões de compreensão, motivação, discriminação e posição. Essa caracterização ainda apresenta lacunas que a aplicação do questionário buscou preencher.

Sobre a dimensão de leitura *compreensão*, é possível dizer que, principalmente com base nas linhas 6 a 43, houve uma tendência de a leitura preferencial ser convergente ao significado preferencial. Ou seja, os estudantes tenderam a fazer leituras convergentes às intenções dos produtores do filme e negociadas em relação às intenções dos professores mediadores da discussão (sobretudo o Professor 1).

Quando o Professor 1 pergunta que mudanças o protagonista apresenta ao longo do filme, os estudantes respondem da seguinte maneira:

A1 – *(ele muda de comportamento) As atitudes dele como... não só como paciente, entende? Mas de todo mundo que está à volta dele... ele fica mais humano...*

A3 - *Fica mais atencioso...*

A4 - *Humanizado*

A4 - *Mais sensível.*

A6 - *Envolvimento... Quando ele fica no lugar do paciente e ele vê que não é bom ser tratado como ele tratava...*

A3 - *Ele começou a ter empatia, né?*

A4 - *Acho que ele consegue perceber o quanto distante que ele era dela...*

A8 - *Pra mim, naquela hora em que o médico coloca o nome dele dentro da pasta, eu entendo que ele é claramente o cara que está mais assim vulnerável... Foi ali que ele viu que está vulnerável e começou a perceber que o médico também é o ser humano...*

A7 - *Ah, tem também o distanciamento... Ele já não conseguia ficar assim, ele se via paciente também...*

A3 - *Ele não conseguia ver a pessoa que estava ali (na mesa cirúrgica), agora não...*

A3 - *E o jeito dela passar a notícia para o paciente com tumor de laringe no mesmo instante.*

Desse modo é possível notar que os estudantes acreditam que o filme retrata um processo de transformação de um médico frio e distante em suas relações pessoais e profissionais que, ao se ver na posição de paciente, se sente vulnerável e percebe a distância que ele manteve das pessoas. Essa percepção provoca mudanças em sua vida pessoal (com a esposa) e em sua prática médica, em que ele passa a desenvolver uma atenção mais humanizada aos pacientes e dos quais ele se aproxima mais (empatia, compaixão e envolvimento).

Ainda que não seja possível caracterizar completamente, podemos indicar algumas características da dimensão *motivação* com base na discussão analisada. Sobretudo nos trechos utilizados para caracterizar a dimensão *compreensão*, podemos notar que a maior parte das

características atribuídas às atitudes do protagonista, são temas estudados na PsiMed. Empatia, compaixão, envolvimento, distanciamento e sensibilidade são temas frequentemente discutidos nas aulas e ponto de algumas dúvidas recorrentes por parte dos estudantes, como o limite do envolvimento do médico com o paciente (qual é a medida certa?). Tal dúvida tanto era presente, que voltou a surgir na discussão (por exemplo, na linha 65). Além disso, como observamos nas aulas de PsiMed, a “medida certa” do envolvimento do médico com o paciente era objeto recorrente nas dúvidas dos estudantes expressas em perguntas direcionadas a professores. Com isso temos alguns indícios de que os estudantes consideraram relevante o universo apresentado pelo filme e mobilizaram recursos semióticos compartilhados nas aulas de PsiMed para produzir suas leituras. As questões estudadas e discutidas na disciplina foram elementos direcionadores da atenção dos estudantes, influentes nas escolhas daquilo que eles julgaram ser relevante no filme assistido em sala de aula.

Evidentemente é preciso ressaltar que o contexto desempenha grande influência sobre tal característica da motivação. Eles assistiram ao filme no local em que assistiram às aulas. Vale lembrar que eles, inclusive, aplaudem o fim do filme e da discussão como habitualmente fazem após as aulas.

Na dimensão imersão, no eixo imersão, apesar de não ser possível esgotar sua caracterização com os dados produzidos a partir da discussão, podemos notar que as críticas dirigidas aos médicos representados no filme são as mesmas dirigidas aos médicos em geral, na “vida real”. De fato, os estudantes não apontaram clara distinção entre o universo fílmico e aquilo que consideram a realidade. O filme é discutido o tempo todo como se fosse “a realidade”, como se estivessem discutindo a prática de médicos reais e comuns.

No eixo distanciamento, a tendência foi uma total não-distanciamento dos espectadores no universo fílmico apresentado. A discussão, com exceção de uma fala, não possibilitou perceber falas que indicassem uma consciência dos artifícios utilizados na construção do universo fílmico. Em geral, quando as falas pareciam ser enunciadas de dentro do universo fílmico, como se aquele universo fosse crível e habitável pelos espectadores. Um exemplo disso é o seguinte trecho:

A4 - Na verdade, acho que ali ela não tinha nem como ter muita pena dele porque ela tava muito mais ferrada do que ele, entendeu... ela: ah! eu não tenho pena de você, obviamente, você vai perder a sua voz e eu aqui vou perder a minha vida, entendeu? Por causa de um erro da sua classe. A classe médica ferrou comigo, entendeu! Acho que ela tá ali pra mostrar que, apesar de todas as adversidades que a doença pode trazer, você pode tentar buscar um pouquinho mais de amor.

A8 - *Pra mim, naquela hora em que o médico coloca o nome dele dentro da pasta, eu entendo que ele é claramente o cara que está mais assim vulnerável... Foi ali que ele viu que está vulnerável e começou a perceber que o médico também é o ser humano... (incompreensível)*

P1 - *Isso culmina quando ele pega o bisturi e dá pro colega. Ele já se sentia tão vulnerável que nem conseguia mais fazer o trabalho dele.*

A7 - *Ah, tem também o distanciamento... Ele já não conseguia ficar assim, ele se via paciente também...*

A3 - *Ele não conseguia ver a pessoa que estava ali (na mesa cirúrgica), agora não...*

Uma exceção a esse não-distanciamento pode ser notada na fala do Aluno 8 (linha 42) que notou a similaridade entre os atendimentos prestados e recebidos por Jack, identificando o artifício utilizado no filme para representar como Jack “provou de seu próprio remédio”. Esse aluno indica que tal semelhança seria um artifício do filme para representar essa troca de papéis pela qual passa Jack.

A4 - *Se reparar bem, o jeito que ela conduz uma consulta é exatamente do jeito que quando ele vai atender à mulher primeiro, ele fala as mesmas palavras que ela fala depois. Da mesma forma que ele fala com ela, ele fala: dia cheio! Ela fala: dia cheio! Então na verdade é um jogo de espelhos pra mostrar a inversão de papéis que tá acontecendo de um pro outro. Ela tá sendo atendida por ele, é literalmente ele. Uma pessoa que no caso, são de sexos opostos, entendeu, e ele como homem e ela como mulher trocando papeis ali, sendo o que ele fez com a mulher. Ele disse pra mulher de uma vez e ela poderia ter dito de outra forma, entendeu? Trata de fazer do mesmo jeito e ele não, e ele não, quer um tratamento (incompreensível) e ele é daquela classe. Ele fala: Não, mas peraí! Eu não sou um paciente, eu também sou... eu sou seu colega, eu sou um amigo!*

Essa ponderação iniciada pelo Aluno 4 não tem prosseguimento. O próprio mediador (P1) muda o rumo da discussão. Contudo, com base nos trechos analisados, podemos dizer que a dimensão *discriminação* pode ser caracterizada como não distante no eixo distanciamento e na maior parte imersa no eixo imersão.

Com relação à dimensão de leitura *posição*, os dados produzidos na discussão não se mostraram suficientes para a caracterizar. O trecho (entre a linha 30 e 67) da discussão em que aspectos referentes à posição ficam mais evidentes são bastante mediados pelos professores (sobretudo o Professor 1) e monitores. A participação dos alunos é mínima e se resume a três falas, enquanto professores e monitores predominam. Ainda assim fizemos uma análise desse trecho por consideramos que nele é discutida uma parte relativamente importante do significado preferencial em que é defendida uma ideia central de que um médico precisa provar de seu próprio remédio para saber melhor tratar seus pacientes. Tal argumento fica mais evidente na

cena 56, em que Jack propõe que seus alunos passem um dia sendo tratados como pacientes do hospital em que estudam.

Os estudantes começaram a discutir esse aspecto exatamente quando abordavam a falta de compromisso de alguns médicos no filme, e de como eles veem os pacientes como um tanto inferiores na RMP.

A4 - *Na verdade, acho que ali ela não tinha nem como ter muita pena dele porque ela tava muito mais ferrada do que ele, entendeu... ela: ah! eu não tenho pena de você, obviamente, você vai perder a sua voz e eu aqui vou perder a minha vida, entendeu? Por causa de um erro da sua classe. A classe médica ferrou comigo, entendeu! Acho que ela tá ali pra mostrar que, apesar de todas as adversidades que a doença pode trazer, você pode tentar buscar um pouquinho mais de amor.*

A8 - *Pra mim, naquela hora em que o médico coloca o nome dele dentro da pasta, eu entendo que ele é claramente o cara que está mais assim vulnerável... Foi ali que ele viu que está vulnerável e começou a perceber que o médico também é o ser humano... (incompreensível)*

P1 - *Isso culmina quando ele pega o bisturi e dá pro colega. Ele já se sentia tão vulnerável que nem conseguia mais fazer o trabalho dele.*

A7 - *Ah, tem também o distanciamento... Ele já não conseguia ficar assim, ele se via paciente também...*

A3 - *Ele não conseguia ver a pessoa que estava ali (na mesa cirúrgica), agora não...*

M1 - *Não sei se vocês perceberam, mesmo antes dele começar sequer a demonstrar que ia mudar de comportamento, é... primeiro, foi a primeira vez na médica, a otorrino, e ela deu aquela notícia direta a ele "Olha, você vai fazer uma biópsia amanhã" e se vocês perceberam naquele primeiro momento ali, ele já não se sentiu confortável com o jeito com que a médica falou com ele. E nesse sentido, o que vocês acharam da atitude dela ao longo do tratamento dele? Porque assim... em momento algum ela pareceu demonstrar empatia.*

A7 - *É, eu entendo assim, ela passa o equipamento de qualquer maneira, abre a laringe do cara...*

M1 - *Você acha que...?*

A3 - *Ah, eu concordo!*

A7 - *... mesmo ele também sendo médico.*

A3 - *E o jeito dela passar a notícia para o paciente com tumor de laringe no mesmo instante.*

Nessas falas fica claro o desacordo dos alunos com as atitudes dos médicos no desempenho da RMP. Em seguida, os alunos continuam discutindo essa questão sobre como o médico deve tratar um paciente e da relação de poder desigual entre médicos e pacientes. Enquanto os alunos, o monitor 2 e o Professor 2 defendem que o médico pode atuar de maneira a suavizar os danos que um atendimento médico pode causar, o Professor 1 parece defender que essa amenização não é possível e que tais danos são inerentes à prática médica. Podemos perceber nos trechos entre as linhas 45 e 67, como esses aspectos são discutidos. Na primeira

parte os alunos acreditam ser uma falha o comportamento do médico ao chegar atrasado (cenas 5 e 10), enquanto o Professor 1 busca argumentar que isso talvez seja uma limitação do médico, que médico teria os seus limites enquanto ser humano.

Depois a argumentação se volta a ponderar se o médico poderia proceder de modo diferente no sentido de melhor atender e acolher os pacientes. O Professor 1 então explicita seu posicionamento iniciado no trecho anterior, de que a rotina da prática médica levaria o médico a ser mais distante e frio na RMP. Então, mais uma vez os alunos rechaçam esse posicionamento e, com a ajuda do Monitor 2, indicam maneiras de evitar que o contexto da prática médica influencie o desenvolvimento de uma RMP ruim.

P1 - *Por que quando uma pessoa chega e diz: O dia foi cheio! Porque a primeira frase que você falou que os dois começam dizendo “um dia cheio”. O que quer dizer isso? O que isso enuncia?*

Todos - *Tentando justificar sua ausência... Falha... Imaturidade...*

P1 - *“Não me enche o saco!” “To cansado!” (risos)... né? O que você acha? “Não demanda muito”...*

A4 - *Eu acho que ele falou pra justificar o atraso...*

P1 - *Ele quer justificar o atraso! É verdade. É verdade.*

Depois da argumentação os participantes se voltam a ponderar se médicos poderiam proceder de modo diferente no sentido de melhor atender e acolher os pacientes. É discutida uma situação de comunicação de uma má notícia. O Professor 1 então explicita seu posicionamento iniciado no trecho anterior de que a rotina da prática médica levaria o médico a ser mais distante e frio na RMP. O professor ainda questiona se seria possível dar uma má notícia evitando que ela doa. O Monitor 2 se posiciona como estudante (sai da posição de monitor/professor), rechaça tal argumento de que o contexto da prática médica levaria a uma prática médica como a dos médicos criticados no filme e indica maneiras de evitar que o contexto da prática médica leve a uma RMP ruim.

M2 - *... eu acho que quando a gente vê essa situação de comunicar uma má notícia, a gente tem que jogar uma pedra, mas aí a gente tem toda uma estrutura que a gente pode criar pra evitar que aquela pancada, ela realmente machuca a pedra vai ser atirada, mas não necessariamente ela tem que causar uma ferida.*

P1 - *Será “Monitor 2” ... será que você consegue dar um diagnóstico de câncer sem machucar?*

M2 - *A semana passada a aula... na semana retrasada... a última... não foi? Foi! Ele falou do Protocolo SPIKES que é uma maneira de amenizar, de trabalhar essa ideia, de envolver um pouco, pra evitar que a pancada machuque...*

P1 - *Porque eu acho que a gente pode embrulhar essa pedra num veludo, mas que vai doer, “Monitor 2”, eu acho que dói! (risos)*

M2 - *Dói! Mas, dessa maneira que ela trata, dói, eu acho demais. Dessa maneira fere. Doer, vai doer, mas dessa maneira vai ferir ... e agora vou me abster da posição de monitor e vou pra minha posição pessoal. É... No vocabulário médico tem uma palavra que falta, tem uma palavra que não tá no nosso glossário que é a palavra amor! A gente não aprendeu a lidar com o paciente com amor. Existem diversas manifestações do amor. Existe aquele amor... existe amor romântico, existe o amor que a gente tem pelos nossos familiares, mas existe esse amor... o amor pela medicina, o amor como lidar com o paciente e isso a gente infelizmente não tem disciplina, não tem eletiva que ensine, e cabe a gente cultivar esse hábito, essa maneira de lidar, porque em algum momento da vida, todos nós vamos deixar de ser médicos pra ser pacientes. O que a gente espera que o médico, que a equipe que nos trata, nos trata com amor. É... e a gente vai ficar conhecido se a gente conseguir trabalhar dessa maneira. Na segunda-feira, eu tinha que fazer a admissão de um paciente no CTI e foi muito interessante porque eu fiquei muito tempo conversando com ele, já tinha terminado o resto das coisas, aí o neto dele chegou pra buscá-lo, porque eles iam mudar de hospital e ele perguntou pra ele se ele se sentia bem. Ele falou assim: eu me sinto, porque eu tenho um anjo ao meu lado. Aí, naquela hora, assim... uma situação que mexeu muito comigo... mas, por quê? Porque antes ele tinha sido, é... quem trocou a roupa dele foi uma técnica de enfermagem, porque ele tinha reclamado comigo, porque ela trocava a roupa dele assim: vira pra lá, mexe pra cá. Muito rompante! Eu conheço ela e ela tem um jeito rompante de falar e isso deslocou muito, e o incomodou tanto que, olha, você trata essa pessoa com um pouco de amor, essa pessoa te reconhece como um anjo. Todos nós teremos essa experiência!*

P1 - *E o que vocês acham? (risos). A gente tem que ter amor pra dar? Haja amor! Não dá pra tentar? Tem dias que sim, tem dias que não? (risos) O que você acha, Professor 2?*

P2 - *Professor, esse filme, é... eu acho muito interessante, embora a gente assista muitas vezes e há muitos anos, porque ele nos dá a oportunidade, como médicos, de mergulhar numa linguagem cinematográfica, que tem lá seus exageros, é... de mergulhar num universo humano, sobretudo humano, porque o nosso universo como médicos. É aquilo que a gente mais preza, mais deseja, quando nós, a cada período, que nós passamos nossas experiências ao alunado, não é? Alguma coisa desse conhecimento. Quando nós falamos, nitidamente ali vemos: personalidades das mais distintas, entre médicos, entre pessoas, é... nós observamos formas de manifestação, de comunicação, maneiras de comunicação e conservamos principalmente como a personalidade do médico embora, esfriando novamente, a caricatura do filme, é... matiza, né? A personalidade do médico coloca num pedestal, num lugar que, a meu ver, não cabe... não cabe... mas infelizmente existe, infelizmente é ocupado por muitos médicos. E quem tá comigo toda semana sabe disso, que a gente procura prezar essa discussão das relações humanas, das relações entre pessoas comuns... comuns. Quer dizer, é a história que eu digo sempre: quando nós recebemos alguém, seja no nosso consultório, é comum, ou na enfermaria, no hospital, é como nós recebemos na nossa casa, é uma relação humana, sobretudo. Logo, cabe a mim, que estou recebendo, ser uma pessoa educada, ser uma pessoa cordata, ser uma pessoa afetuosa, uma pessoa que vou transmitir já na minha face, no meu gestual, a satisfação de receber aquela pessoa. Na vida profissional, não é diferente... não é diferente. O que difere é que somos*

procurados em uma situação especial. Então, será que essa situação especial, em que o outro está sofrendo e nós estamos no lugar do saber, é suficiente pra nos colocar nesse pedestal? Será que é suficiente pra é... nos tornar diferentes do outro que nos procura?

É importante notar que os alunos apenas assistem à parte final da discussão e não interferem no desacordo entre professores e monitores. Parece que o Monitor 2 e o Professor 2 se colocam a defender o posicionamento que os alunos estavam a defender. Ou seja, defendem um posicionamento próximo ao apresentado no filme em que é feita uma crítica a um perfil médico frio e distante que se coloca em posição de superioridade aos pacientes.

A interação do grupo conduziu algumas evidências que possibilita caracterizar a dimensão de leitura *compreensão* como convergente ao significado preferencial e começar a caracterizar as leituras nas dimensões de motivação, posição e discriminação. A discriminação tendeu a não distanciamento e imersão, mesmo algumas falas apresentando exceções a essa tendência. A leitura na dimensão *posição* tendeu à aceitação do posicionamento ideológico defendido pelo filme, ou seja, de crítica a comportamentos médicos e às suas RMP rotineiras. Pretendemos que as respostas dos questionários possibilitem uma melhor caracterização dessas dimensões. Contudo, é importante ressaltar que os dados analisados foram produzidos na interação do grupo e não consistem de uma escavação das leituras produzidas pelos sujeitos, mas da compreensão das leituras produzidas a partir do modo como os sujeitos mobilizam suas leituras para participarem da discussão proposta. Por esse motivo é importante contar com o auxílio de outro tipo de dado como os produzidos a partir da aplicação de questionários. A análise dos questionários é apresentada a seguir.

1.13.3 Análise dos questionários

Os questionários foram aplicados com o objetivo de fazer uma complementação aos dados produzidos com o grupo de discussão após a exibição do filme. Para analisar a recepção nas dimensões do Modelo Multidimensional, havíamos planejado inicialmente a observação da discussão após a exibição do filme e a realização de entrevistas semiestruturadas. Contudo, a participação intensa do Professor 1 poderia se configurar como um forte viés. Ou seja, ficamos com a impressão de que o forte controle que o professor buscou empreender na mediação da discussão pode ter limitado de alguma maneira a forma como os estudantes expressaram as leituras que produziram. Haveria, então, a necessidade de uma complementação, de modo que

possibilitássemos a produção de dados um pouco mais livres desse forte viés da mediação do professor, bem como de um espaço de “escuta” mais individual aos estudantes.

O planejamento inicial previa uso de entrevistas semiestruturadas, mas a realidade do campo não possibilitou o uso de tal procedimento, principalmente por a exibição ter sido feita na penúltima semana de aula, seguida pela semana de provas, período em que os estudantes se dedicam quase exclusivamente à preparação para a realização das provas. Como meio de contornar esse obstáculo, estruturamos um questionário com questões que buscassem favorecer o surgimento de informações que a discussão não privilegiou diretamente. Este questionário foi aplicado no encontro seguinte à exibição do filme, uma semana depois, na última aula.

O questionário foi aplicado a sete estudantes (em uma turma de 22 estudantes). Escolhemos os estudantes que haviam participado do evento de exibição e discussão do filme e que estavam presentes a esta última aula. As respostas foram digitadas e estão dispostas e analisadas nos parágrafos seguintes.

A primeira pergunta do questionário tinha por objetivo a caracterização da dimensão de leitura *compreensão*.

Pergunta 1 - Que história o filme conta?

- | | |
|-----------|--|
| A1 | Conta a história de um cirurgião que, após adoecer, muda sua forma de tratar os pacientes, pois ele se coloca na situação de passividade, de ser paciente. |
| A2 | O filme conta a história de um médico soberbo e egoísta com um complexo de superioridade que o pega de surpresa por uma inversão de papéis, na qual ele passa para o papel do paciente ao descobrir um tumor na laringe. Após este episódio, o médico muda seu comportamento e tenta passar essa mudança a outros colegas de trabalho e residentes. |
| A3 | Um médico que é diagnosticado com câncer e passa a ser tratado como ele tratava seus pacientes. |
| A4 | O filme conta a história de um médico bem-sucedido, que mantém uma relação superficial e estritamente técnica com seus pacientes, e que vê sua vida mudada após receber um diagnóstico de câncer. Nesse momento, ele passa a assumir o papel de paciente e sente na pele como é estar nessa situação de vulnerabilidade e angústia. Sua perspectiva também é bastante modificada a partir da relação que ele tem com sua médica – que é um espelho dele próprio – e com sua amiga que também tem câncer. |
| A5 | O filme conta a história de um cirurgião que tratava seus pacientes e familiares com “distância”. Não havia sentimentos e empatia nos seus relacionamentos. Quando o mesmo adoeceu, percebeu a importância de ter a família mais próxima e a importância de tratar os pacientes de forma mais humanizada, uma vez que, como doente, não gostou da forma que foi tratado pelos seus colegas. Por fim, o médico se torna um marido, um profissional, um pai e um professor melhor. |
| A6 | A história de um cirurgião que é diagnosticado com um câncer na laringe e então, na posição de paciente, percebe todas as barreiras na relação médico-paciente, percebe o descaso com o paciente, a falta de humanidade no tratamento, entre outros problemas. |
-

-
- A7** O filme conta a história de um médico que a princípio era muito centrado nele mesmo e pouco se preocupava com os sentimentos e com o bem-estar de seus pacientes. Ao longo do filme, ele adoece e descobre um câncer, passando a se encontrar no papel de paciente. Nessa situação ele passa a observar a conduta dos médicos, como é tratado e percebe que sua conduta é errada. Isso leva a uma grande reflexão não só na vida profissional como também na vida pessoal, o que leva a uma grande mudança de todas as suas relações.
-

Quadro 9 - Respostas à pergunta 1

Como é possível notar, todas as respostas contemplam a ideia de que o filme trata da história de um médico que passa à posição de paciente, e a ser tratado como ele tratava seus pacientes. Excetuando-se as respostas de A1 e A3, todas as respostas destacam a dimensão do aprendizado pelo qual o protagonista passa quando se coloca no lugar do paciente, quando sente o gosto amargo de “seu próprio remédio”. Essas respostas destacam os aspectos negativos da RMP desenvolvidas pelo protagonista na parte inicial do filme e como ela muda na parte final. Desse modo, as respostas à pergunta 1 confirmam a análise do grupo de discussão, ou seja, na dimensão *compreensão* a leitura tendeu à convergência com o significado preferencial.

Apenas A5 e A7 destacaram as mudanças do protagonista na dimensão familiar. A maior parte das respostas estava centrada na dimensão da prática médica. Isso nos permite concluir que, a princípio, prevaleceu o significado preferencial original, aquele produzido no livro que deu forma ao filme. As adaptações impressas ao filme, pela produtora, parecem não ter sido relevante à maior parte dos espectadores na produção de suas leituras. Cabe ponderar que a forma do filme tinha como objetivo endereçá-lo também para um outro grupo que não apenas os profissionais de saúde. A exibição a estudantes de medicina no contexto de uma disciplina curricular parece ter diminuído a força das modificações empreendidas pela produtora.

A segunda pergunta possibilita observar que aspectos eles consideraram mais relevantes na narrativa. Ainda que não seja o suficiente para caracterizar a dimensão *motivação*, as respostas permitem notar alguns pontos de maior relevância para estes sujeitos e que estão identificados no universo fílmico apresentado. Nas respostas são relatadas também emoções relacionadas a cada um desses pontos destacados por eles. Isso possibilita também contribuir para a caracterização das leituras na dimensão *discriminação*, pois esses momentos de “emoção” são um forte indício de imersão ao universo fílmico.

Pergunta 2 – Que cenas foram mais marcantes? Por quê?

- A1** Me marcou a cena do início do filme, com o médico operando e com a música de fundo, como se estivesse fazendo algo banal, de certa forma desrespeitando o paciente. Também a cena do médico e da outra paciente indo para assistir ao balé, querendo aproveitar o que têm de vida, já que poderiam “morrer a qualquer hora”.
- A2** Quando o médico distribui roupas hospitalares para os seus residentes. Acho a ideia muito original, cogitava fazer o mesmo.
- A3** A cena em que ele é diagnosticado e se assusta em receber da sua médica uma relação médico-paciente péssima, sem o menor zelo e dedicação a seu caso.
- A4** A cena em que ele está no alto do prédio com a amiga e ela faz com que ele reflita sobre sua condição. A cena que ele recebe, lê a carta da amiga também é bastante tocante.
- A5** Quando o cirurgião vai ao consultório da sua médica pela primeira vez e ela a trata da mesma forma que ele trata os seus pacientes (com frases iguais inclusive), pois fica nítido o impacto negativo que ele teve naquela consulta pela primeira vez, ele esteve no lugar dos seus pacientes e não gostou do que sentiu / vivência.
- A6** A cena mais marcante é a morte da amiga do cirurgião, pois apesar de ser uma coisa já esperada, a cena em si, o fundo musical e as atuações deixam a cena bastante emocionante.
- Outros momentos marcantes são as consultas com a médica que o diagnostica, por conta da tensão na comunicação das más notícias.
- A7** A cena da morte da personagem June e o momento em que o protagonista no pós-operatório da sua cirurgia de redução do tumor faz as pazes com a sua esposa e fala: “te amo” e a cena que os residentes são “transformados” em pacientes. São cenas que demonstram o processo de mudança do médico e a consolidação dessas mudanças.
-

Quadro 10 - Respostas à pergunta 2

Diferentemente da análise da discussão que conseguiu identificar claramente os conceitos advindos das aulas de PsiMed que foram empregados na discussão, no questionário essa identificação não foi tão clara. Contudo cenas mais relevantes destacadas nas respostas apresentam, em sua maioria, a relação do médico com a morte de um paciente, comunicação de más notícias, RMP frias e distantes e a dimensão da empatia, quando o médico se coloca no lugar do paciente.

Apenas duas cenas que não se passam no hospital foram consideradas muito relevantes pelos estudantes. A cena em que Jack e June estão viajando de carro pela estrada e a cena em que Jack pede perdão à esposa foram as cenas destacadas. Nessas cenas a imagem de um Jack mais afetuoso e que se deixa envolver nas relações pessoais parece ter sido de grande relevância aos espectadores.

A relação do médico com a morte do paciente, empatia e comunicação de más notícias, a exemplo do que foi identificado no grupo de discussão, estabelecem uma forte relação com a

recorrente dúvida sobre qual seria a “medida certa” ou limite do envolvimento do médico com o paciente. Essa dúvida bastante frequente e não suficientemente contemplada, parece ter direcionado o interesse dos espectadores na recepção do filme. Como já dito, essas informações não são suficientes para caracterizar completamente a dimensão *motivação*, mas permitem uma caracterização inicial dessa dimensão de leitura. Isso se deve ao fato de entendermos que ao trazer uma questão das aulas para o momento em que assistem ao filme, buscam as respostas para tais questões, reconhecemos como uma relevante motivação para a leitura.

Voltando às respostas à pergunta 2, podemos notar que as cenas em que são desempenhadas RMP ruins (A1, A3, A5 e A6) e as cenas em que os médicos viram pacientes (A2, A3, A5 e A7) parecem ter provocado uma considerável imersão dos espectadores. Tais cenas apresentam situações ou contextos relativamente familiares a estes estudantes, espaços da obra filmica nos quais eles parecem ter frequentemente “habitado” durante sua experiência espetatorial. Foi de dentro desses espaços que os espectadores criticaram as condutas dos médicos e se aproximaram e “vivenciaram” a perspectiva dos pacientes.

Quando perguntados sobre qual ou quais personagem mais lhes chamaram atenção, os espectadores responderam que foram: Jack, June, Lisley Abbott e Bloomfield. No quadro a seguir estão listadas as respostas à pergunta 3.

| Pergunta 3 – Qual personagem mais lhe chamou atenção? Por quê? | |
|---|---|
| A1 | A “amiga” do personagem principal, que também está doente, porque ela foi crucial para a mudança de atitude do cirurgião. |
| A2 | A paciente com câncer no cérebro que vira amiga do médico. Ela representa uma outra visão do mesmo problema (fato de estar doente). Ela está presente na vida real e acho importante a ajuda que ela fornece aos que lidam mal com a situação (médico do filme). |
| A3 | O próprio médico, a atuação foi ótima e mostrou como ele realmente se sentiu. |
| A4 | A médica que o trata, sua frieza e irredutibilidade quando ele mostra que sua atitude como médica não é certa. Ela se refere aos pacientes como órgãos a serem operados. |
| A5 | O protagonista mesmo. Pois o crescimento dele através do seu adoecimento é admirável. |
| A6 | O protagonista. Porque, de certa forma, foi o personagem com quem eu mais me identifiquei. |
| A7 | June, o protagonista e o "Rabino"(Bloomfield). June, pois passava por uma situação difícil de forma de certo modo, positiva. O protagonista, pois passou por uma mudança radical. E o "Rabino" por ter ajudado sem pensar duas vezes alguém que no passado o fez mal. |

Quadro 11 – Respostas à pergunta 3

De acordo com as respostas, podemos notar que houve uma tendência à aproximação dos espectadores com Jack e June, e uma rejeição à personagem de Lisley. Segundo os espectadores, June representa um papel importante na narrativa por “ensinar” a Jack a ser paciente, ao mostrar como é estar no papel de paciente e como superar obstáculos que essa condição coloca. Bloomfield (o “Rabino”) também foi identificado como alguém que auxilia Jack nesse processo.

Jack foi o personagem mais citado. As escolhas foram justificadas por considerarem que Jack passa por grandes transformações na história, sobretudo aquelas provocadas pelo adoecimento. Também podemos supor que o afastamento à personagem Lisley poderia representar um afastamento ao personagem Jack inicial. Nesse ponto, então, temos alguns indícios para supor que há uma aproximação/concordância com o Jack do fim do filme (que compartilha características com June e Bloomfield) e um afastamento/resistência do Jack da parte inicial (que compartilha características com Lisley).

Essa polarização dos personagens, que caracteriza “bons médicos” e os “médicos ruins”, e demarca a transformação pela qual passa Jack, também aparece nas respostas à pergunta (pergunta 4) a respeito dos conflitos pelos quais Jack passa. Juntamente, a pergunta 4 e a pergunta 3 contribuem para a caracterização da dimensão de leitura *posição*. Estes dois perfis de médico, o que Jack era e o que ele será, sintetizam o embate ideológico apresentado na obra na qual os produtores defendem o “Jack do fim”, aquele mais afetuoso e empático, e não aquele soberbo, insensível e irônico do início da narrativa.

Pergunta 4 – Por quais conflitos passa o protagonista do filme?

A1 Sem resposta

A2 Conflitos emocionais familiares, principalmente com o cônjuge e com ele mesmo. Além disso, há os conflitos com os empregados do hospital quando estes o tratam como paciente.

A3 Sem resposta

A4 Conflito dele com ele mesmo, dele com a médica, dele com a amiga e dele com a mulher.

A5 Sua relação com a sua própria doença (processo de aceitação). Sua relação com os profissionais de saúde (conflituosa). Sua relação familiar (aproximação). Sua visão sobre suas atitudes como profissional de saúde (mudança de atitude).

A6 Ele passa por um conflito com a sua doença e consigo mesmo, na medida que ele não se aceita doente e percebe o quão inadequadas eram as suas atitudes com os pacientes. Além disso, suas relações familiares e com colegas de trabalho também passam por conflitos.

- A7** Ele passa de uma posição ativa para passiva quando se torna paciente. E sendo atendido por uma “versão feminina” dele acaba percebendo falhas da própria conduta, além de estar num momento de fragilidade pela própria doença.

Quadro 12 - Respostas à pergunta 4

Essa ideia do embate entre os “dois Jacks” fica bastante evidente quando notamos que a resposta mais frequente à pergunta 4 é que Jack passa por conflitos “consigo mesmo”. Esse conflito pessoal foi descrito pelos informantes como uma crítica às atitudes de Jack (distanciamento e frieza) com os pacientes e demais pessoas. Como já dito, tais características também são notadas em outros personagens como Abbott, “a versão feminina de Jack”. Em contraste, há uma concordância com as atitudes de Bloomfield, June e o Jack do final.

Esse antagonismo entre os dois Jacks fica mais evidente quando perguntamos como é a RMP de Jack e se ela muda ao longo do filme.

Pergunta 5 – Como é a relação do médico (protagonista) com os pacientes? Ela muda ao longo do filme? Por quê?

- A1** Ele tratava com frieza, não pensava nas dificuldades que os pacientes poderiam enfrentar. Ela muda ao longo do filme, já que ele se coloca no lugar dos pacientes que ele tratava.
- A2** Inicialmente ele é arrogante. Frente a toda experiência da doença, ele muda por completo, agindo com os pacientes do modo que ele queria que agissem com ele quando ele era paciente.
- A3** Péssima. Muda porque uma vez que ele sente como é ser tratado como ele tratava seus pacientes, percebe que faria mal a eles.
- A4** É uma relação técnica e pouco humana, mas que muda ao longo do filme em decorrência do seu processo de adoecimento.
- A5** Inicialmente era uma relação “fria” e distanciada. Ao longo do filme, durante seu adoecimento, o médico, como paciente, foi capaz de se colocar no lugar do outro e, com o tempo, transformou sua relação para uma relação mais harmoniosa e acolhedora.
- A6** A relação é inicialmente pouco humanizada. Essa relação muda ao longo do filme, após a nova experiência do cirurgião como paciente do hospital onde trabalhava. A visão de paciente deu ao cirurgião a oportunidade de perceber as lacunas na relação médico-paciente.
- A7** Fria, objetiva e sem preocupação com os sentimentos do paciente. Sim. Pois o protagonista passa para a posição de paciente e passa pelas mesmas coisas que seus pacientes passam. Ele não gosta de como é tratado e percebe que age errado com seus pacientes.

Quadro 13 - Respostas à pergunta 5

Nas respostas podemos notar que os estudantes consideraram que as RMP de Jack como médico eram frias, distantes, pouco humanizadas e não empáticas, mudando para uma RMP mais harmoniosa e acolhedora. Ainda segundo eles essa mudança ocorre por que Jack vivencia o que é ser paciente de médicos como ele.

Essas características conferidas pelos espectadores aos dois momentos de Jack no filme e aos demais personagens explicitam uma leitura de aceitação da perspectiva ideológica defendida no filme, ou seja, na dimensão de leitura *posição* as leituras também convergem ao significado preferencial. Essa adesão ao significado preferencial do filme consegue até mesmo superar a tentativa de controle empreendida pelo Professor 1 na discussão em que ele tenta fazer ponderações que levem a uma leitura negociada nessa dimensão.

As respostas às perguntas 6 e 8 não trazem contribuições significativas à caracterização das dimensões de leitura aqui analisadas. A expectativa era de que a pergunta 6 complementasse as respostas da pergunta anterior, mas isso não ocorreu, pois, os informantes buscaram explicar a vivência do adoecimento pelo protagonista com base na aula (aula 15) sobre “Morte e assistência a casos de doenças terminais”. Os estudantes haviam acabado de assistir a essa aula antes de preencher o questionário. A maior parte das respostas buscou interpretar o adoecimento de Jack segundo os cinco estágios do Luto de KÜBLER-ROSS, tema apresentado na aula. Com a pergunta 8 pretendíamos melhor caracterizar a dimensão *compreensão*, mas a natureza das respostas dadas não contribuiu para isso e demanda ser mais bem analisada. Para esse capítulo de pré-análise optamos por apresentá-las a seguir.

Pergunta 6 – Como o médico vivencia o seu adoecimento?

- | | |
|-----------|--|
| A1 | Ele tem muita dificuldade em aceitar o adoecimento, tem raiva, mas ao longo do tempo ele começa a aceitar melhor. |
| A2 | Com estágios de negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ele muda a relação com os colegas do trabalho também. |
| A3 | <i>Sem resposta</i> |
| A4 | Ele experimenta os 5 estágios do processo de adormecimento: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. |
| A5 | De início, ele negligenciou a doença (até começar a tossir sangue). Depois ficou irritado com a equipe e se isolou da família. Por fim, aceita a doença, o tratamento e aprendeu com isso. |
| A6 | Ele inicialmente não se aceita na condição de doente, de paciente e tende a lidar com a doença com uma certa negação. Com o passar do tempo e ao perceber a gravidade de sua condição e a possibilidade da morte, é possível perceber a mudança do comportamento do protagonista de médico a paciente, principalmente após se perceber incapaz de dar continuidade as suas atividades profissionais. |
| A7 | De forma ruim. A princípio ele ignora os sintomas, depois quer tratamento diferenciado por ser médico. |

| Pergunta 8 – Com quais temas das aulas de Psicologia Médica você pode relacionar este filme? | |
|---|---|
| A1 | Relação médico-paciente; doenças crônicas e adesão ao tratamento; modelos de tomada de decisão em relação ao tratamento. |
| A2 | Pacientes difíceis, pacientes crônicos, médicos difíceis. |
| A3 | <i>Sem resposta</i> |
| A4 | Aula de doenças crônicas, morte e relacionamento médico-paciente. |
| A5 | Comunicação de más notícias → quando ela lhe diz que ele tem câncer. / Morte → como a amiga dele lida com o seu prognóstico. – Relação médico-paciente → as piadinhas inconvenientes e impertinentes do protagonista. |
| A6 | <ul style="list-style-type: none"> – Tipos de relação médico-paciente; – Abordagem do paciente com doença crônica; – Comunicação de más notícias; – Morte. |
| A7 | Relação médico-paciente, morte, comunicação de más notícias. |

Quadro 15 - Respostas à pergunta 8

As perguntas 7 e 9 tinham por objetivo contribuir para a caracterização da dimensão de leitura discriminação. Até aqui, a análise da discussão mostrava uma tendência à imersão e ao não distanciamento, ou seja, os espectadores não encontraram diferenças entre o universo apresentado no filme e aquele que eles consideram real, sobretudo da prática médica, além disso, imergiram nesse universo em diversos momentos vivenciando tanto a perspectiva do médico quanto a do paciente, como nos dão indícios as respostas à pergunta 2.

| Pergunta 7 – Em sua opinião, as situações apresentadas no filme podem ocorrer na vida real? Exemplifique. | |
|--|--|
| A1 | Sim. Um médico/estudante de medicina que passa pela situação de ser paciente com certeza tem uma prática médica diferenciada. Além disso, muitos médicos têm pouco tato para lidar com os pacientes. |
| A2 | Sim. São muito comuns tanto a reação do médico como da paciente com tumor cerebral. |
| A3 | <i>Sem resposta</i> |
| A4 | Sim. Sempre quando demoramos a ser atendidos na emergência, no momento que o médico nos recebe, ele normalmente fala “dia cheio” ou algo similar, assim como acontece no filme. Essa frase é uma tentativa de justificativa ou de retirar dele a responsabilidade pelo atraso. |

- A5** Claro, no dia-a-dia podemos acabar “sistematizando” muito as relações e acabar, por exemplo, se referindo aos pacientes com pressa e, mentalmente, pela doença (hoje a “vó com câncer de mama vem aí”). (“desculpe a demora, dia cheio”)
- A6** Sim. Essas situações acontecem não só na relação médico-paciente, mas em qualquer sistema de hierarquia quando há troca de posição, ou em qualquer situação onde uma mudança brusca leva uma pessoa a experimentar o local e o ponto de vista de outra.
- A7** Sim. Médicos que não tratam os pacientes, apenas a doença.

Quadro 16 - Respostas à pergunta 7

Nas respostas à pergunta 7 foi possível notar como os espectadores estabelecem uma forte conexão ou veem uma forte coerência entre o universo do filme e aquilo que eles consideram ser a realidade. São destacados trechos do filme que eles consideram ser uma fiel expressão da realidade. É interessante notar que as respostas tenderam a buscar essa coerência entre o universo fílmico e o real, principalmente no que concerne à prática médica. Médicos e pacientes foram os principais objetos dessa avaliação a respeito da verossimilhança do filme.

Nas respostas à pergunta 9, que buscava saber se os espectadores modificariam algo no filme, apenas o Aluno 5 e o Aluno 6 expressaram alguma percepção dos artifícios de construção da linguagem fílmica. O Aluno 5 já havia expressado essa mesma percepção na resposta à pergunta 2, quando notou a semelhança entre o atendimento oferecido por Jack enquanto médico e o recebido por ele de Lisle Abbott. Para ele o filme pareceu um tanto caricato, sobretudo na cena em que os estudantes de medicina são levados por Jack a passarem um dia como pacientes do hospital.

O Aluno 6 considerou que o “final feliz”, em que tudo dá certo para o protagonista no final, não consistiu em uma situação verossímil. Os demais informantes não expressaram vontade de modificar o filme, aparentemente não encontraram obstáculos estéticos ou na forma do filme, como mostra o quadro com as respostas à pergunta 9.

Pergunta 9 – Se você tivesse a oportunidade de refazer o filme, você faria algo de diferente? O quê? Por quê?

- A1** Acho que não.
- A2** Não, pois o filme teve um bom desfecho, dentro dos padrões de previsibilidade de moral da história.
- A3** *Sem resposta*
- A4** Não. O filme foi bastante representativo.
- A5** Não. Apesar de bastante “caricato”, eu gostei. O final com os residentes se passando por pacientes, apesar de inverossímil, foi uma ideia sensacional e que nos faz refletir bastante.

A6 Sim. O final feliz tirou a “realidade” do filme, de certa forma. Talvez um final mais trágico ou que nem tudo desse certo fosse mais realista.

A7 Não.

Quadro 17 – Respostas à pergunta 9

Com base nas respostas às perguntas 2, 7 e 9, e na discussão após a exibição, é possível caracterizar que as leituras no eixo distanciamento da dimensão *discriminação* foram em maior parte não distanciadas. No eixo imersão, como já apresentado, os espectadores expressaram mais indícios de terem imergido ao universo fílmico e raros indícios de não imersão.

Apesar de não figurarem entre os objetivos da presente pesquisa e de considerarmos que respostas a um questionário não são suficientes para caracterizar uma mudança conceitual, de comportamento ou percepção, encontramos nas respostas às perguntas 10 e 11 indícios interessantes sobre que aspectos os alunos consideram que o filme supostamente haveria mudado em suas concepções e atitudes. Estes dados, se complementados com outros produzidos com uso de procedimentos não utilizados nesta pesquisa, poderiam contribuir para a caracterização da dimensão de *implementação*.

Optamos por não excluir estes dados do capítulo de pré-análise, pois de acordo com Schrøder (2000) estas dimensões de leitura e implicação estão imbricadas, não há uma fronteira entre elas e a separação delas responde mais às necessidades dos procedimentos de análise que propriamente à natureza dos dados. Portanto, seria praticamente impossível a produção de dados sobre as demais dimensões sem esbarrar em aspectos que dissessem respeito às dimensões de implicação das leituras produzidas.

A pergunta 10 buscou saber se, na opinião dos alunos, o filme ajudou a provocar alguma mudança na percepção de questões abordadas na disciplina. Já a pergunta 11 buscou saber que mudanças os estudantes acreditam que a disciplina tenha provocado em suas práticas e, a partir dessas respostas e com o cruzamento com as respostas à pergunta 10, inferir mudanças às quais o filme poderia haver contribuído.

Pergunta 10 – O filme contribuiu para que você mudasse a forma de ver alguma das questões abordadas na disciplina Psicologia Médica? Quais? Por quê?

A1 Ajudou a compreender melhor a questão da relação médico-paciente, e, principalmente, da importância de se ter uma boa relação, de colocar-se no lugar do paciente.

A2 Sim. Como médicos as pessoas têm a tendência de se tornarem frias, até por uma questão de proteção emocional / psicológica. Com isso é muito fácil nos tornarmos frias em demasia, já causando algum tipo de desconforto ao paciente. O filme serve para nos lembrar de nos policiarmos nesse aspecto.

| | |
|-----------|---|
| A3 | <i>Sem resposta</i> |
| A4 | O filme deixou claro a necessidade de uma boa relação médico-paciente, de uma aliança sustentada não só no conhecimento, mas também na confiança, parceria e afeto. |
| A5 | Não mudar, mas foi bom para exemplificar. |
| A6 | Sim. Eu percebi o quão difícil e delicada é a comunicação das más notícias. Por mais que essa situação seja corriqueira para o médico, na vida do paciente é um momento de extremo impacto e o modo como essa comunicação acontece faz toda a diferença na vida desse paciente. |
| A7 | Sim. A importância da relação médico-paciente, uma boa abordagem quando se trata da comunicação de más notícias. |

Quadro 18 - Respostas à pergunta 10

Como mostram as respostas, os estudantes consideram que o filme contribuiu para melhor compreender as questões relacionadas à RMP e a importância do desenvolvimento de uma boa RMP que seja baseada na empatia e numa boa aliança terapêutica. O filme também teria contribuído para o aprendizado de como melhor comunicar más notícias. Além disso, o filme contribuiu para a percepção de como os médicos constroem defesas e de como estas pouco a pouco levam o médico a desenvolver RMP frias e distantes.

Pergunta 11 – Você considera que a disciplina contribuiu para alguma mudança na sua prática médica? Quais?

| | |
|-----------|--|
| A1 | Sim. Acho que ajudou a entender alguns aspectos da relevância da relação médico-paciente, além do manejo no tratamento de doenças crônicas. Também acho que as aulas sobre assistência médica na infância e terminalidade me ajudarão futuramente. |
| A2 | Com certeza. Acredito que assim como eu, todos os alunos que cursaram a disciplina agiam de formas diferentes frente a situações na enfermagem e ambulatório, assim como na vida em geral. |
| A3 | <i>Sem resposta</i> |
| A4 | Sim, melhorou minha maneira de lidar com o paciente, me ajudou a saber administrar melhor os sentimentos negativos que o paciente evoca, a prestar mais atenção nas angústias e medos do paciente. |
| A5 | Claro, foi importante discutir com professores e colegas sobre esses temas tão complicados e frequentes. Acredito que vai me ajudar a lidar com os meus dilemas no futuro. |
| A6 | Sim. Ter a oportunidade de “entender o outro lado”. Me fez pensar melhor em como aprimorar a maneira com a qual eu me relaciono com o paciente e a importância de uma boa relação médico-paciente no prognóstico da doença. |
| A7 | Sim. Me preocupar mais com o modo como se falam certas coisas e preocupação com o que se passa na cabeça do paciente e ajudá-lo com essas questões. |

Quadro 19 - Respostas à pergunta 11

Já nas respostas à pergunta 11, os estudantes afirmaram que a disciplina contribuiu para a percepção da relevância de uma boa RMP, da necessidade de busca por uma RMP e de como isso passar por um melhor desenvolvimento da comunicação, da empatia e da atenção integral ao paciente. Também foi destacada a importância das aulas sobre doenças crônicas, terminais e atendimento às crianças. Desse modo é importante notar que, na percepção dos estudantes, a maior contribuição da disciplina PsiMed foi chamar a atenção para a importância do desenvolvimento de uma boa RMP bem como mostrar meios para isso.

Comparando com as respostas sobre as contribuições do filme, pergunta 10, podemos supor que o filme contribuiu para a percepção da importância de uma boa RMP empática e de como melhor comunicar más notícias. No caso, o filme contribuiu no sentido de mostrar como não comunicar uma má notícia, já que este conta apenas com cenas que apresentam exemplos de como não comunicar tais notícias. Contudo, vale mais uma vez lembrar que estes dados não são suficientes para dar conta da caracterização da dimensão *implementação*, eles permitem compreender alguns aspectos bastante superficiais.

Com os dados produzidos por meio da observação da exibição e da discussão após o filme, bem como da análise das respostas ao questionário, foi possível caracterizar que as leituras foram convergentes ao significado preferencial na dimensão *compreensão*, imersas e não distanciadas na dimensão *discriminação* e de aceitação na dimensão *posição*. Na dimensão *motivação* não foi possível determinar se as leituras foram fortemente motivadas ou fracamente motivadas, contudo não foram observados sinais de rejeição ao filme. Assim é possível dizer que as leituras tenderam a ocorrer dentro do significado preferencial nas dimensões analisadas, principalmente o significado preferencial da obra literária que deu origem ao filme.

Outro ponto que podemos notar é que a forte mediação dos professores na discussão após o filme não foi suficiente para exercer controle sobre as leituras produzidas pelos alunos. Na maior parte das vezes, quando os mediadores se opunham ao filme, os estudantes tenderam a concordar mais com a perspectiva defendida pelo filme, resistindo às perspectivas defendidas pelos professores. Contudo, é importante notar que os alunos mobilizaram mais frequentemente recursos semióticos produzidos e compartilhados nas aulas de PsiMed para produzir suas leituras do que utilizaram recursos de um contexto mais amplo.

ESTUDO DA PRODUÇÃO E RECEPÇÃO DO FILME *WIT*

1.14 ESTUDO DA PRODUÇÃO

No presente capítulo analisamos o filme *Wit* quanto à sua construção narrativa, unidades significativas, sequenciamento e organização dessas partes. Além disso, tratamos de considerar o histórico de produção desse filme e a relação deste com outras versões da mesma narrativa, por exemplo, livro e algumas produções de peças de teatro. De acordo com o IMDB¹⁵ o filme, de 99 minutos, foi produzido em Londres, é dirigido por Mike Nichols e estrelado por Emma Thompson, Christopher Lloyd, Jonathan M. Woodward, Audra McDonald e Eileen Atkins. O filme foi lançado no Brasil em formato DVD, em 2005, com o nome *Uma lição de vida*.

Larson (2015) faz uma breve análise da estória de *Wit* e entrevista a autora do peça teatral que deu origem ao filme. Segundo a autora, *Wit* foi originalmente escrita por Margaret Edson, em 1993, recebeu o prêmio Coast Repertory em 1995 e, em 1998, em Nova Iorque, teve sua primeira produção teatral. No ano seguinte, a peça recebeu o prêmio *Pulitzer for Drama*, além de outros prêmios. Segundo Larson, *Wit* já foi encenada centenas de vezes e em vários idiomas. No Brasil, no segundo semestre de 2000, a peça foi produzida sob o nome de *Jornada de um Poema*¹⁶, dirigida por Diogo Vilela e estrelada por Glória Menezes. Em 2001, de acordo com Larson (2015), a estória foi adaptada à TV pela atriz Emma Thompson, que também o estrelou, e produzida pelo canal HBO. Em 2001 o filme ganhou o prêmio *Emmy Awards* de melhor filme para a TV. Em 2012, estrelado por Cynthia Nixon, *Wit* é levado de volta aos palcos, na Broadway.

Larson conta que Margaret Edson, a autora de *Wit*, é graduada em literatura e história, trabalhou como balconista de uma unidade de câncer e AIDS de um hospital universitário¹⁷, chegou a atuar como auxiliar de fisioterapia e, atualmente, trabalha como professora de estudos sociais do ensino básico em Atlanta. *Wit* foi a única peça escrita por Margaret Edson. Segundo a autora, a experiência de Edson na unidade de câncer e na fisioterapia, sobretudo na reabilitação, foram importantes na construção da estória.

Segundo Larson, *Wit* é recorrentemente utilizado em aulas de literatura e bioética nas universidades americanas, tanto na sua versão em filme, quanto em sua versão para o teatro,

¹⁵ <http://www.imdb.com/title/tt0243664/>

¹⁶ <http://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,gloria-menezes-encena-a-peca-que-mudou-sua-vida,20000921p4735>

¹⁷ A tradução mais correta seria hospital que realiza pesquisas.

esta utilizada de modo aos estudantes atuarem em trechos da peça como meio de vivenciar o drama. A revisão empreendida por Darbyshire e Baker (2012) corrobora a afirmação da frequente utilização dessa narrativa na educação médica, contudo em sua versão filme e, sobretudo, nas aulas de bioética e clínica médica.

1.14.1 Análise Fílmica e da narrativa

No quadro disposto no apêndice 7, apresentamos a análise do filme *cena a cena*. A apresentação desse possibilita uma percepção global da análise empreendida.

O filme conta com cinco personagens principais, a protagonista Vivian Bearing (*Emma Thompson*), os médicos Harvey Kelekian (*Christopher Lloyd*) e Jason Posner (*Jonathan M. Woodward*), a enfermeira Susie Monahan (*Audra McDonald*) e a professora orientadora de Vivian, Evelyn Ashford (*Eileen Atkins*).

Vivian é uma professora universitária, de literatura, que recebe um diagnóstico de câncer metastático no ovário e passa boa parte de seus últimos dias no hospital (oito meses). Professora Bearing é conhecida por sua rigidez de personalidade, relações sociais inflexíveis, um aparentemente isolamento social (prefere os livros às pessoas), sem filhos, famílias e amigos, mas alto desempenho acadêmico. Na cena 2, ela mesma se caracteriza como uma professora exigente e intransigente, que não foge de desafios. Quando recebe o diagnóstico de seu médico, Vivian se mostra contida e se interessa mais pelos assuntos acadêmicos relacionados, pelo estudo que o seu médico conduzirá em seu caso, do que em sua saúde, bem-estar ou mesmo o fim de sua existência. Mostrar-se inteligente, sagaz e racional é um mecanismo de defesa de Vivian. Esse isolamento e rigidez também se expressam em seu objeto de estudo, sonetos de John Donne, que, apesar de sua forte dimensão existencial e religiosa, tem o interesse da protagonista em maior parte pelo rigor às formas do soneto. É exatamente essa professora fria e insensível que irá sentir falta do calor humano quando paciente médico no hospital.

A protagonista está presente em todas as cenas e, em muitos momentos se dirige aos espectadores (fala olhando para a câmera) para contar o que está sentindo, o que está pensando e para explicar o seu diagnóstico (cena 2), o funcionamento dos procedimentos aos quais ela é submetida, bem como efeitos de alguns medicamentos a ela dados, por exemplo na cena 16 em que ela explica o benefício do consumo de picolés. A cena 9 apresenta um escrutínio do quarto de hospital e do tempo lá passando, que segundo Vivian, como cientista é seu dever documentar. Na cena 17, Vivian diz que precisa explicar o que sente, pois é um modo de continuar a trabalhar

com as palavras. Nesse sentido, Vivian é uma mediadora entre o espectador leigo e o universo hospitalar da oncologia, bem como fornece acesso ao seus pensamentos e sentimentos, quando internada e submetida ao tratamento. Essa mediação, a condução proposta pela protagonista, é um importante aspecto na caracterização do modo de endereçamento e significado preferencial que abordaremos mais a diante.

Vivian também desempenha um papel de mediação na leitura do filme com o uso de metalinguagem, ela faz considerações sobre a duração das cenas, prepara os espectadores para alguns acontecimentos que irão ocorrer no filme e tece comentários que apenas os espectadores parecem ouvir, não os demais personagens. Em alguns momentos, quando ela fala “ao espectador”, os demais personagens na cena não a ouvem. Na entrevista a Larson (2015), a autora da obra original chega a afirmar que *Wit* é uma luta entre ela mesmo e sua criação, Vivian, que assume o “controle” da estória que está sendo contada. Na cena 9, em que Vivian caracteriza a monotonia da vida do hospital, como ela passa longos momentos solitários, chegando a fazer uma comparação entre a duração desses momentos no filme com a duração na vida real, ela logo “tranquiliza” os espectadores contando que eles não precisarão ficar olhando para aquela paisagem durante 15 minutos, o que equivale a, aproximadamente, um sexto do filme (1h35min). Vale lembrar que a duração da estadia de Vivian no hospital foi de um pouco mais de 8 meses. Na cena 18, Vivian, após receber alta dose de morfina, olha para a câmera e diz que a partir de agora ela estará ausente. A partir dessa cena ela não aparece mais como narradora/comentadora e mediadora, apenas aparece convalescendo. Assim, ela antecipa essa ausência que haverá nas cenas seguintes. Essa mediação, no qual a protagonista comenta o filme durante o próprio filme, parece também pretender conduzir o ritmo da estória.

Outro aspecto marcante dessa mediação é que não só Vivian traduz o que é dito e feito pelos profissionais no hospital, informa seus sentimentos e opiniões, mas também ela também um ponto de vista por meio do qual os espectadores observam essa narrativa. Em muitos momentos, sobretudo na metade inicial da obra, a cena é filmada da perspectiva de Vivian. Isso seria como se a câmera exibisse apenas o que os olhos de Vivian podem ver. Nesses momentos, por meio de Vivian, os espectadores supostamente poderiam entrar na cena, explorar o cenário (cena 9) e trocar olhares com os demais personagens (cena 1 e cena 6), entre outras possibilidades, como na cena final (22), em que o corpo de Vivian é filmado de cima (se afastando lentamente), do teto do quarto enquanto a voz de dela declama uma poesia, o que parece ter a intenção de simular que a alma de Vivian observa o seu corpo e diz as palavras finais do filme. Em outros poucos momentos do filme, esse ponto de vista também coincide

com a perspectiva da enfermeira Susie e da Prof.^a Evelyn, quando a intenção é reforçar o desamparo sentido por Vivian. A diante, caracterizaremos melhor essas personagens.

A personagem passa por uma série de transformações durante o seu adoecimento no hospital. Inicialmente ela é uma inteligente (sagaz – *wit*) e emocionalmente controlada professora que não se deixa abalar pelo diagnóstico de câncer, apenas se preocupa em saber por quanto tempo ficará afastada das salas de aula e o quanto pode contribuir para a pesquisa que o médico pesquisador irá realizar com ela. Quando começam a surgir os efeitos colaterais da quimioterapia, a protagonista se queixa por não ter feito mais perguntas para entender pelo que passaria. Ou seja, ela já não se acha mais tão sagaz (*Wit*) assim. Nesse momento ela lembra, em flashback, de sua professora lhe dizendo que não bastava ler para ser sagaz. Em seguida, ela começa a sentir a monotonia e o isolamento proporcionados pela vida no hospital. Então ela começa a se sentir como objeto (principalmente objeto de pesquisa), na medida que os médicos estão mais interessados em sua doença do que em sua experiência de sofrimento no adoecimento. A personagem responde a isso com comportamento em que ela explica tudo o que acontece com ela, traduz os termos aos espectadores e explica os procedimentos. Ela ainda é a professora sagaz capaz de conhecer tudo. A protagonista, então, em sofrimento, começa a desenvolver comportamentos de regressão, em que parece buscar atenção dos profissionais de saúde (desajustar equipamentos do quarto de hospital e se negar a realizar procedimentos). Isso é reforçado pela cena em flashback em que ela usa do interesse em leitura como um meio de ganhar a atenção de seu pai, ela é uma criança sagaz que aprende a decifrar o mundo por meio da leitura de livros. Com a iminência de sua morte e seu desamparo, Vivian se torna menos intransigente e “pede” pelo acolhimento da enfermeira, a única a lhe prestar atendimento humanizado. Com isso, ela aceita a sua morte e não se reconhece mais como a professora capaz de saber tudo. Quando ela está morta, ela “vê” o sentido no morrer.

É interessante notar como pouco a pouco ela vai experimentando o abandono e desamparo do morrer. Ela primeiro se despe do poder social de professora, depois do poder sobre o próprio corpo, em seguida, do poder do saber, até se despir do poder de compreensão do sentido de sua existência. Ela não consegue ver o sentido nesse adoecimento. Ela se sente só e desamparada. A escolha pela morte (pela não reanimação) acaba sendo o seu último suspiro de vontade, de vida. Esse movimento de “passivização”, de transformação em objeto, parece ser um eixo marcante das transformações pelas quais passa Vivian. Ela morre pouco a pouco, a morte biológica é apenas a última etapa.

Harvey Kelekian é o médico especialista ao qual Vivian é encaminhada por seus médicos clínicos quando suspeitam de câncer. Kelekian aparece no primeiro quadro do filme,

olhando para a tela (Vivian) e comunicando a ela o diagnóstico de câncer. Esse diagnóstico é comunicado de modo simples, claro, apressado, objetivo e frio. Antes que Vivian expresse alguma reação, ele prossegue relando a gravidade do câncer e como o tratamento vai demandar medidas drásticas, em doses completas de quimioterapia, o que nunca havia sido feito antes e seria uma grande contribuição para a ciência. Nesse trecho (cena 1), Kelekian deixa claro que seu interesse é na pesquisa que pode ser feita nesse caso, e que ele desenvolve um atendimento médico pouco humanizado. Nessa cena Kelekian fala para os espectadores (na posição de Vivian) que “você tem câncer” e segue atropeladamente considerando sobre a doença e o tratamento.

Kelekian vai dispor de pouco tempo com Vivian. Ele basicamente comunica o diagnóstico, realiza uma visita (cena 10) acompanhada por seus estagiários para lhes ensinar algo com a utilização do caso de Vivian e aparece em mais duas vezes, em duas emergências, para acompanhar a evolução da paciente. Em nenhum desses contatos, Kelekian conversa com Vivian e dá atenção a ela como pessoa. Na maior parte das vezes, ele a trata como um objeto de estudo, dispensando a essa paciente o menor tempo possível, com o foco no câncer e como essa doença reage ao tratamento por ele proposto. Quem faz o acompanhamento mais frequente de Vivian é o estagiário/residente de Kelekian, Jason Posner. Jason e Kelekian compartilham muitas características.

Jason Posner é estudante de medicina, cursou a disciplina de literatura conduzida por Vivian por essa ter a fama de ser uma das disciplinas mais difíceis da universidade. Jason se colocou esse desafio, o que demonstra certa ambição e necessidade de provar sua capacidade. As falas e lembranças de Jason contribuem para a caracterização de Vivian como professora rígida, insensível e exigente. Jason também irá explicar (a Susie) de modo mais palatável as ideias de John Donne, quando Vivian já não mais está acordada (cena 20). Nesse sentido, é possível dizer que Jason é o segundo personagem mais importante nessa trama. Ele é caracterizado com alguma profundidade, tem sua história apresentada e alguns conflitos encenados.

Logo na primeira cena em que aparece (cena 7), Jason apresenta suas principais características: insegurança e atendimento pouco humanizado, pois sua principal meta é ser pesquisador. Nessa cena, Jason se mostra bastante bruto na realização de um exame ginecológico em Vivian. Ele a deixa e posições desconfortáveis, atrapalha-se na realização de procedimentos, tropeça, e exclama “Jesus!” quando consegue tocar o tumor, possivelmente por ficar assustado com o tamanho deste. Contudo, mesmo Vivian se mostrando assustada, Jason não explica o porquê dessa exclamação. Durante essa cena, ao saber que Jason havia cursado a

sua disciplina, Vivian lhe pergunta por que ele escolheu oncologia, e ele responde que “câncer é fascinante”. Realmente o foco de Jason parece ser essa doença, interesse de pesquisa dele. Em outras cenas, Jason irá deixar claro que prefere ser pesquisador a médico. Por estes comportamentos, Vivian irá se identificar com Jason. Na cena 16, Vivian afirma:

Então, o jovem doutor, assim como a professora sênior, prefere a investigação à humanidade... ao mesmo tempo, a professora sênior, no seu patético papel de vítima, deseja que o jovem médico se interesse pelo contato pessoal.

De alguma forma, Jason pode ser entendido como uma representação de Vivian quando no início de sua carreira acadêmica. Ainda na cena 7, ao terminar de examinar Vivian, Jason simplesmente sai da sala e a deixa, que tem que ser acolhida por Susie, a enfermeira. Aliás, os personagens Jason e Kelekian irão se opor ao perfil da enfermeira Susie quanto ao seu atendimento. O contraste dos atendimentos desses personagens ajuda a reforçar a desumanização do atendimento de Jason e Kelekian, bem como o atendimento humanizado de Susie.

Susie Monahan é a enfermeira que aparece pela primeira vez na cena 7 e prestará atendimento humanizado a Vivian até o fim do filme. Susie é bastante solícita e acaba sendo a pessoa com quem Vivian mais conversa nos seus últimos meses de vida. A enfermeira faz companhia a Vivian quando ela se sente só (cena 8), acolhe Vivian quando essa se mostra apavorada com sua morte eminente (cena 16), a cuida, acaricia, pede que os médicos reduzam as doses de quimioterapia aplicadas (cena 12), exige aos médicos que prescrevam medicamentos para atenuar as dores de Vivian (cena 18) e vai exigir que seja cumprida a vontade final de Vivian (cena 22).

Na cena 16, Susie também vai conversar com Vivian sobre a necessidade da escolha dela sobre ser ou não reanimada em caso de parada cardiorrespiratória, conta que os médicos provavelmente irão tentar lhe convencer a decidir pela reanimação, pois eles estão preocupados com os resultados de da pesquisa que estão desenvolvendo. Vivian decide pela não reanimação. Essa decisão irá ser o mote da cena (22) em que irá ficar clara a divergência entre Susie e Jason, quando Jason tenta reanimar Vivian, mesmo contra a vontade da paciente, e é impedido por Susie. Assim, fica claro que Jason prioriza sua pesquisa, o câncer, e Susie prioriza a pessoa, o paciente e a redução de seu sofrimento. Essa comparação é um aspecto importante na determinação do significado preferencial do filme.

A Professora Evelyn Ashford parece ter sido um modelo ao qual Vivian seguiu. Essa personagem aparece em duas cenas apenas, inicialmente contribuindo para a caracterização de Vivian pela semelhança entre ambas, depois contrastando de Vivian ao lhe oferecer

acolhimento repleto de sensibilidade. Na primeira cena em que ela parece (cena 3), um flashback, Evelyn é caracterizada em parte por sua grande exigência acadêmica a Vivian. Ela corrige a protagonista quando esta era ainda apenas uma estudante. Mais à frente, Vivian também vai dizer que se interessou pela orientadora e tema, as poesias de John Donne, por esses serem difíceis, motivação semelhante à de Jason. Evelyn vai ser a única visita que Vivian receberá em seus mais de 8 meses de internação. Ela acolherá a Vivian, na cena 21, o que reforçará uma crítica que a paciente já começava a fazer sobre sua personalidade intransigente e como isso lhe era inútil em seus momentos finais de vida.

O filme é constituído por 22 cenas. Essas cenas são longas e acabam envolvendo vários conjuntos de ações. Essa estrutura de poucas cenas e de cenas longas se deve principalmente ser o filme baseado em uma peça teatral, em que há uma maior constância de cenários. Essa longa duração das cenas parece também contribuir para a sensação de passagem lenta do tempo que o filme busca reforçar, sobretudo quando a paciente relata a monotonia e solidão que é estar internada. Essa duração também é reforçada pelo fato da maior parte do filme se passar no tempo presente. Mesmo as cenas em flashback se misturam ao presente, os personagens e cenários se misturam (por exemplo a cena 11). Isso reforça que estas cenas são mais um relato presente de algo passado, do que uma não linearidade da narrativa. Isso também se observou na versão *Wit* para o teatro¹⁸, com a diferença de não haver a mudança de cenários nem indumentária para os flashbacks, mas a atriz encenando aquela memória no cenário presente, uma simultaneidade entre o lembrar e os acontecimentos presentes. Nesse sentido, é possível dizer que, em maior parte, o filme apresenta uma narrativa linear (exceto o trecho entre a cena 4 e a cena 7), que segue a lógica dos acontecimentos, iniciada com o diagnóstico da doença, apresentando toda a experiência de internação, até a morte da protagonista, essa, como já dito, sempre presente.

Esses flashbacks também parecem cumprir um papel bastante interessante que é indicar uma regressão emocional da protagonista a momentos marcantes de sua história. Por exemplo, na cena 11, quando Vivian se sente abandonada no hospital, ela lembra de uma cena em que usou de sua “sagacidade” com as palavras para conquistar a atenção de seu pai que demonstrava mais interesse com o jornal que ele lia. Já na cena 16, o flashback vai mostrar uma revisão, reavaliação, que Vivian faz de sua vida à medida em que se aproxima da morte.

No encadeamento das cenas, é possível notar que a narrativa se estrutura no sentido de inicialmente apresentar o problema (“Você tem câncer), depois apresenta o paciente, a sua

¹⁸ No momento 1 min e 37 segundos do vídeo <https://youtu.be/nOeurVrqYPI>

história, caracteriza os médicos, os enfermeiros e o tratamento, depois o atendimento dos médicos é explicitado como desumanizado, baseado na negação da vontade e história do paciente (objetificação), então o sofrimento da paciente é apresentado, ela experimenta do atendimento mais humano da enfermeira, a morte lhe é apresentada como inevitável, a paciente se transforma, é acolhida e morre (deixa de morrer, deixa de sofrer). Essa transformação também pode ser notada no cenário hospitalar que vai pouco a pouco ficando menos iluminado. Nas três primeiras cenas o quarto de hospital em que Vivian está, é majoritariamente iluminado por luz natural, luz do Sol que passa pela janela. Nas cenas finais, na unidade de tratamento intensivo, predomina a penumbra do quarto e as poucas luzes artificiais. Com isso, também é possível notar que há uma predominância das cores quentes nas primeiras cenas, passando às frias nas últimas cenas. Isso ajuda a sublinhar o isolamento a que Vivian pouco a pouco vai sendo submetida. Esse escurecimento e esfriamento do cenário está de acordo com a narrativa em que a protagonista pouco a pouco vai morrendo e contribui no esforço de provocar a identificação do espectador com a protagonista.

Em relação ao cenário, também é possível dizer que ele é hospitalar e sua grande maioria. O tempo presente ocorre completamente dentro do hospital e os flashbacks ocorrem numa mescla (Vivian parece confundir) entre algum lugar de seu passado em que se passa a lembrança e o quarto de hospital em que Vivian está. Há também os flashbacks de acontecimentos recentes em que, nas cenas entre 4 e 7, Vivian relata como foi o início do tratamento.

Se comparado com a peça de teatro, o filme oferece maior possibilidade de verossimilhança e, principalmente a possibilidade de enquadramentos que destaquem ou sublinhem aspectos desejados pelos produtores. Um exemplo pode ser notado em uma das cenas-chaves do filme (cena 1). Na primeira versão da peça teatral, a ganhadora do Pulitzer, e na segunda versão, a cena em questão é apresentada de acordo com as seguintes imagens, respectivamente.

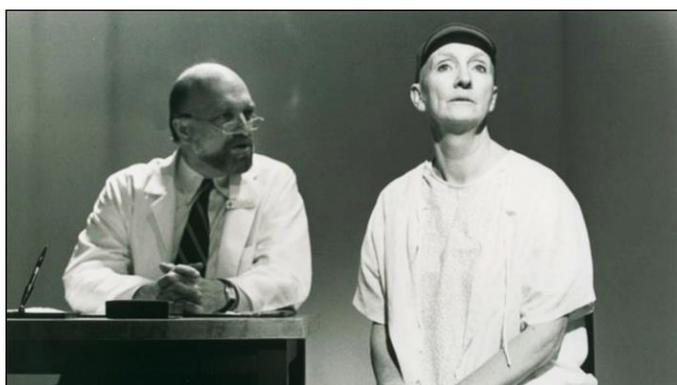


Figura 8 - Fotografia da cena 1 na encenação da primeira versão de Wit



Figura 9 - Fotografia da cena 1 na encenação da segunda versão de Wit

Nas figuras 8 e 9, podemos notar que os dois personagens estão sentados lado a lado e não frente a frente. Isso parece provocar uma redução do “contato” visual entre médico e paciente e, conseqüentemente, a redução da possibilidade do espectador “ocupar” os lugares de um desses dois personagens, algo que é facilitado pela linguagem cinematográfica, como podemos observar a seguir.

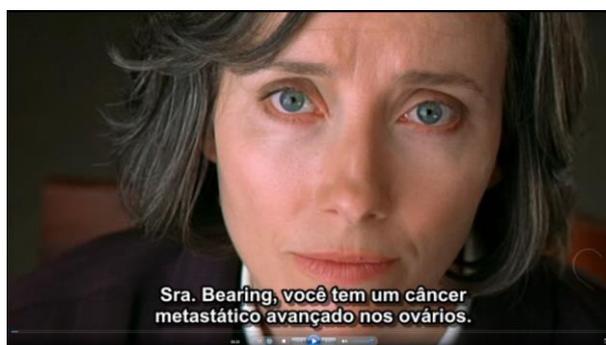
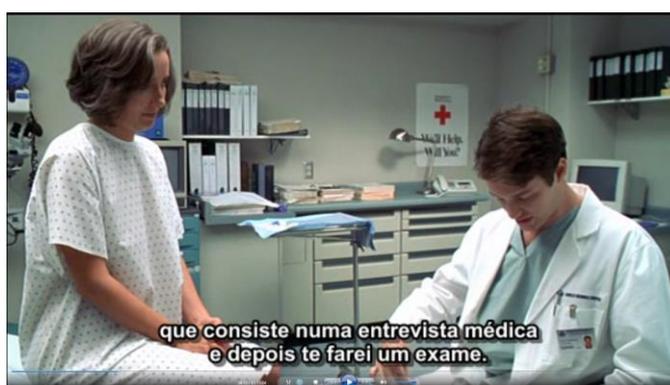




Figura 10: captura de tela da cena 1 do filme Wit

As três imagens acima apresentam os três principais enquadramentos adotados na cena 1 do filme: close no médico (primeira imagem), close na paciente (segunda imagem) e plano médio em que é mostrada a paciente de costas e o médico de frente (última imagem). O primeiro pode se prestar a criar uma sensação de maior proximidade emocional com o médico, mas este se mostra frio e objetivo. Esse enquadramento também funciona como meio de apresentar o ponto de vista de Vivian. Assim, a protagonista (juntamente aos espectadores) experimenta dessa frieza, desinteresse e objetividade do médico. Isso poderia também ser pensado de modo inverso, ou seja, na segunda imagem, o espectador ocupar o lugar do médico que dá a notícia à Vivian. Contudo, predominam os enquadramentos em que Vivian observa o discurso do médico. A paciente é bastante passiva nessa cena. A última imagem serve para contextualizar a cena, ou seja, mostrar parte do cenário, a indumentária dos personagens e como estão dispostos nesse cenário. Essa mesma estrutura de enquadramentos ocorre na cena 7.



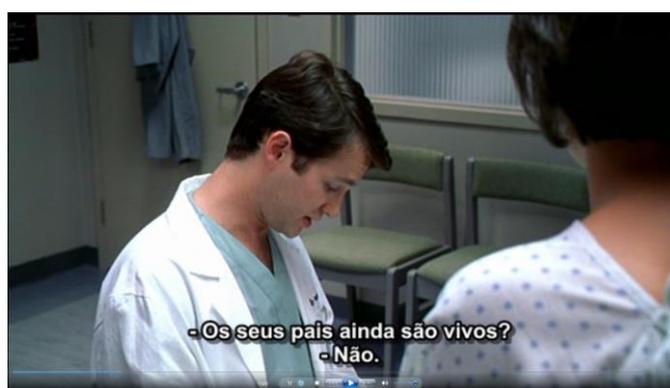
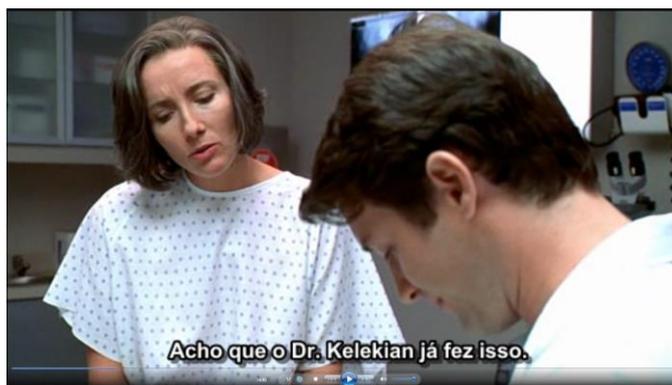


Figura 11 - captura de tela da cena 7 do filme Wit



Figura 12 - Fotografia da cena 7 na encenação da segunda versão de Wit

Na figura 12, o médico fica de lado para a paciente e dificilmente estabelece contato visual com ela. Já no filme, como mostram a figura 11, isso é resolvido com um enquadramento bem próximo ao ponto de vista de Vivian e a ausência de contato visual do médico com ela, sendo que nessa versão eles estão de frente um ao outro. Assim, na cena 7 ocorre a mesma variação de enquadramentos que permite reforçar a percepção de que o filme foi construído no sentido de fortalecer essa identificação do espectador com os personagens, sobretudo com

Vivian. Esse tipo de enquadramentos estará presente por todo o filme. Em relação às peças de teatro, o filme parece mais claramente ter essa intenção.

A trilha sonora é outro recurso estético que cumpre importante papel nessa obra. As músicas sublinham as emoções implicadas nas cenas, bem como parecem buscar orientar que a leitura dos espectadores em relação à emoção implicada na cena. Uma mesma cena (uma das cenas longas, por exemplo) pode ter três momentos emocionais distintos sendo apenas marcados pela mudança de trilha sonora. Na cena 1, por exemplo, o desconforto e desequilíbrio nela implicada (apesar da aparente indiferença), são reforçados por uma música de ritmo irregular e mudanças bruscas entre graves e agudos. Por outro lado, nas 3 cenas finais, em que Vivian vai lentamente de despedindo, há um predomínio de melodias suaves como canções de ninar. Essas músicas suaves aparecem, sobretudo, nas partes em que Vivian é apresentada desacordada (ou morta) e sendo cuidada ou observada pela enfermeira ou sua professora. Isso parece ter a intenção de sublinhar sua fragilidade e a paz que ela encontra nesse descanso, já que nos momentos em que ela está acordada a dor é caracterizada intensamente.

Até aqui, com a análise do fílmica, é possível observar que no filme, na maior parte do tempo, Vivian é o objeto do atendimento médico, mas é ela quem conta a estória aos espectadores. O ponto de vista de Vivian é o mais valorizado no filme e com isso ela compartilha a sua experiência no hospital e suas reflexões que, somados ao modo como o filme é estruturado, transparece uma tentativa dos produtores em fortalecer uma possível identificação dos espectadores com ela. A expectativa parece ser que os espectadores possam “sofrer” do câncer (na primeira frase do filme o médico afirma, olhando para o espectador, “você tem câncer”) e, principalmente, do atendimento médico à protagonista, bem como experimentar do arrependimento de haver sido insensível, desumana e nada empática quando esteve em posição privilegiada de poder em outras relações, como no exemplo de Vivian, quando professora.

O personagem Jason Posner também oferece uma possibilidade de identificação, ainda que bastante menor que a protagonista. Além de Vivian, ele é o único que ainda apresenta alguma profundidade dramática em sua construção como personagem, mesmo que essa seja ainda bastante superficial. Apesar de ser criticado em muitos momentos do filme, este personagem é um médico em formação, ambicioso, inseguro, erra muitas vezes por inexperiência. Vivian se identifica com Jason na cena 16. Isso é uma chave para também entender a crítica a Jason como uma autocrítica de Vivian, o que faz parte da auto-avaliação final que ela empreende. Já Kelekian é tomado como um estereótipo do médico desumano. Sua figura, junto à de Jason (e demais estudantes) servem a ser objeto da crítica que se espera que

os espectadores produzam. De modo oposto, a enfermeira Susie materializa o que deveria ser tomado como um atendimento humanizado. Ela personifica esse argumento de defesa por um atendimento mais humanizado e, pelo contraste, contribui para a percepção da desumanização do atendimento prestado pelos médicos. Assim, quando há embates entre Jason e Susie, fica claro que os argumentos defendidos por Susie são aqueles privilegiados pelo filme.

Na entrevista com Larson (2015), ao se referir ao atendimento recebido por Vivian no hospital, Edison diz que o filme defende algo além da regra de ouro nas relações empáticas, “trate os outros como você gostaria de ser tratado”, para dizer que o filme argumenta pela regra de platina, “trate o outro como ele gostaria de ser tratado”. Para Edison, a enfermeira Susie é a personagem que mais se aproxima disso, exatamente por, além de humanizar seu atendimento, antecipar as necessidades da paciente e buscar saber como Vivian gostaria de ser tratada (por exemplo, o protocolo de reanimação).

Diante disso, além da “regra de platina”, o argumento central do filme parece ser que morrer no hospital é um processo progressivo de sofrimento físico, isolamento e abandono, no qual somos despidos de nossos poderes, vontades, nossa humanidade, nossa personalidade e passamos a ser objetos. Nessa situação, o abandono causa tanto ou maior sofrimento que a morte, da qual a sagacidade/inteligência não consegue nos livrar. Esse sofrimento e abandono nos leva a reavaliar nossas escolhas na vida. Como disse a Professora Ashford, não basta ler para ser sagaz, é preciso viver. Parece que o hospital vai oferecer uma genuína oportunidade de vivência a Vivian que apenas leu, por isso de fato não era sagaz.

Para alcançar isso, o filme parece buscar fortalecer a identificação dos espectadores com a protagonista. No filme parece haver a intenção de que o espectador ocupe o lugar da paciente nessa experiência do morrer no hospital, sinta a solidão e desamparo dos últimos momentos de vida nesse espaço (esfriamento da vida e esfriamento do cenário), critique o tratamento frio e distante dos médicos, valorize o atendimento caloroso e afetuoso da enfermeira e possa reavaliar a sua própria vida antes de seu fim, ou durante a audiência do filme.

Análise das mídias de divulgação e promoção do filme

Para essa análise foram considerados todos os materiais envolvidos na promoção do filme. Esses materiais também foram relacionados aos materiais utilizados na promoção das peças de teatro.

Um primeiro aspecto importante de ser destacado nesta análise é a variação dos títulos de *Wit* nos diferentes países. Esses títulos dão boas pistas sobre o modo de abordagem a

potenciais espectadores do filme. No quadro a seguir apresentamos os títulos adotados em alguns países, segundo o IMDB, e o significado aproximado desses títulos.

| País | Título | Significado |
|------------------------------|----------------------|--------------------------------|
| EUA e Reino Unido (original) | <i>Wit</i> | Sagacidade |
| EUA (escrita alternativa) | W;t | Sagacidade + metáfora da pausa |
| Brasil | Uma Lição de Vida | Uma Lição de Vida |
| Canadá | Bel esprit | A sagacidade |
| Canadá | Un trait de l'esprit | Uma característica do espírito |
| Espanha | Amar la vida | Amar a vida |
| França | Mon combat | Minha Luta |
| Portugal | Espírito de Coragem | Espírito de Coragem |
| Itália | La forza della mente | A força da mente |

Quadro 20 - Títulos de lançamento do filme¹⁹

Ao comparar os significados desses títulos, apesar da inicial surpresa diante da diversidade, identificamos algumas ideias que perpassam alguns deles. A primeira, obviamente, é a ideia presente no título original que se refere a sagacidade e inteligência. Essa ideia está presente principalmente nos títulos adotados nos EUA, Canadá e Itália. A segunda ideia parece ser algo como uma bravura por haver suportado o sofrimento do tratamento de combate ao câncer. Essa ideia pode ser identificada principalmente nos títulos de Canadá, França, Portugal e também Itália. Outra ideia comum, próxima à anterior, foi aquela que se assemelha bastante aos filmes de gênero drama que indica que o sofrimento tem um propósito de crescimento pessoal, transformação, daquele que sofre. É, de certa forma, uma ideia um tanto cristã de encontrar um sentido maior no sofrimento, uma forma de purificação, um renascimento. Essas ideias podem ser observadas principalmente nos títulos das obras lançadas no Brasil, França e Espanha. Contudo, a versão espanhola parece destoar um pouco por, além do drama, parecer se remeter ao romance (*Amar a vida* – introduz a palavra amor que não há qualquer relação com as palavras utilizadas no idioma original), algo que definitivamente não há nesse filme. Diante disso é possível afirmar que, quando modificados, os títulos adaptados dos filmes tenderam a sublinhar a dimensão dramática, o que aparentemente pode ser para atrair a atenção do público regularmente consumidor desse gênero fílmico nos países relacionados.

Podemos observar que, além dos títulos, as capas dos DVDs valorizam o currículo do diretor e da protagonista da obra, fazendo menção aos prêmios por eles já conquistados. Vejamos na imagem a seguir.

¹⁹ Fonte IMDB – www.imdb.com

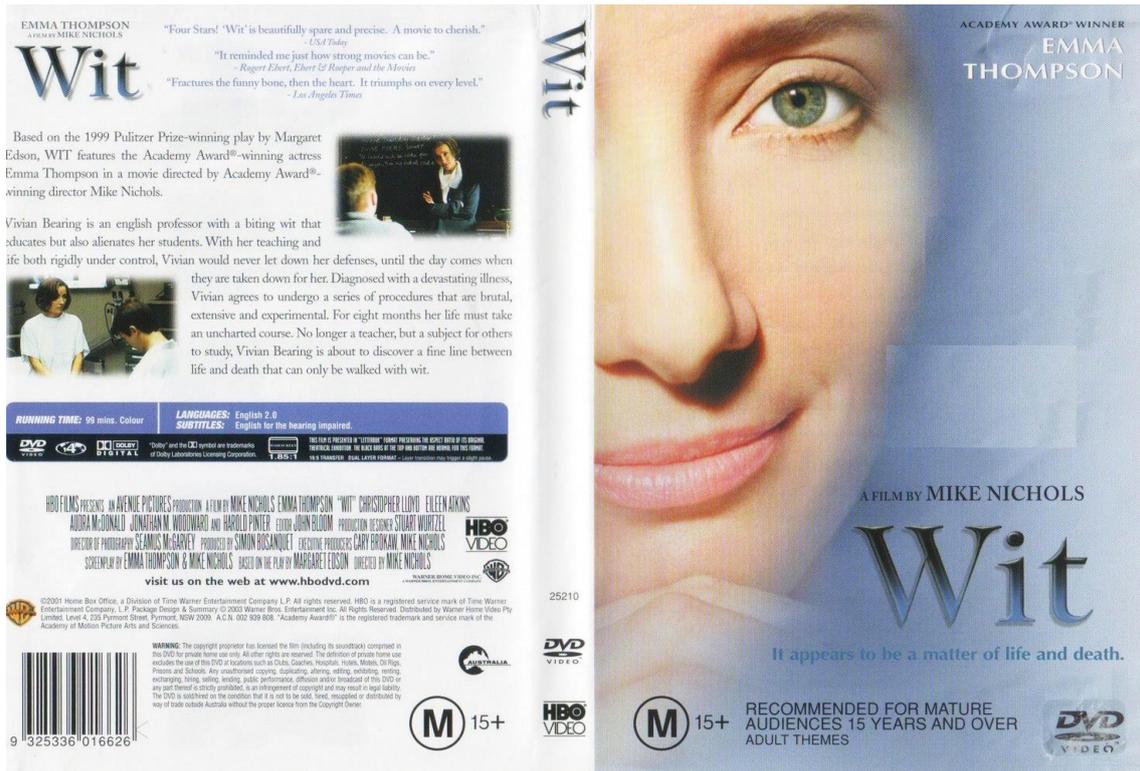


Figura 13 – Capa do DVD Wit lançado nos EUA

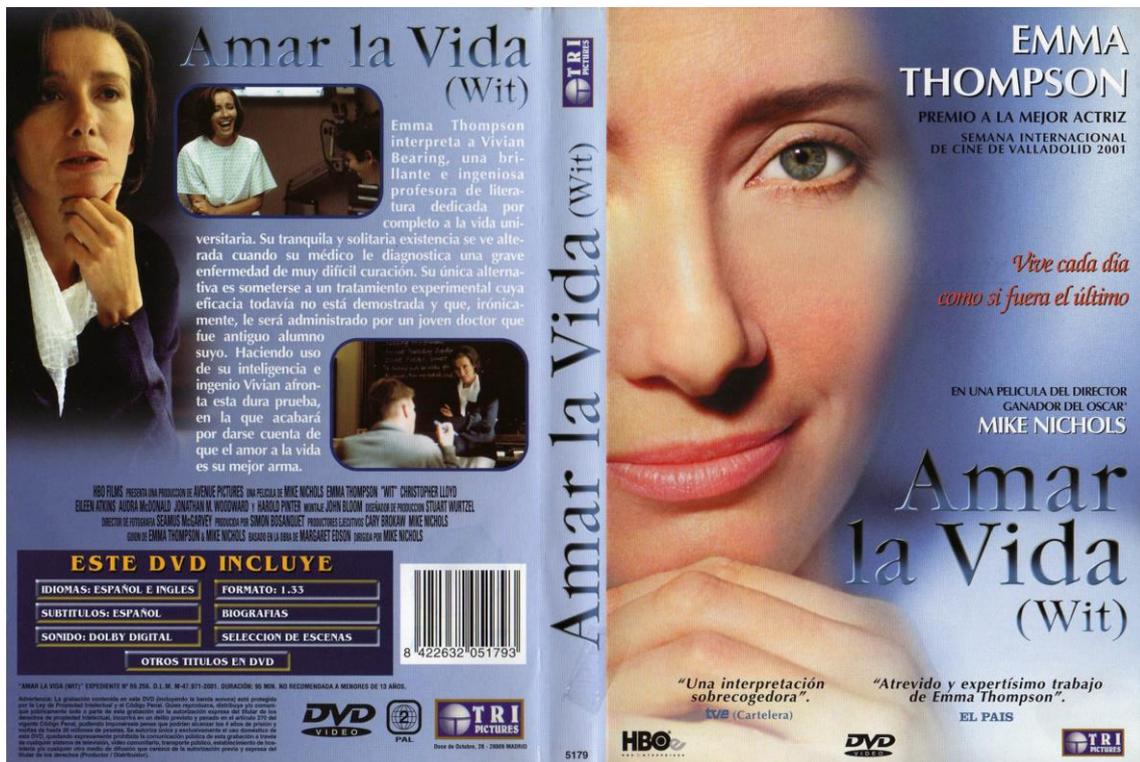


Figura 14 - Capa do DVD Wit lançado na Espanha

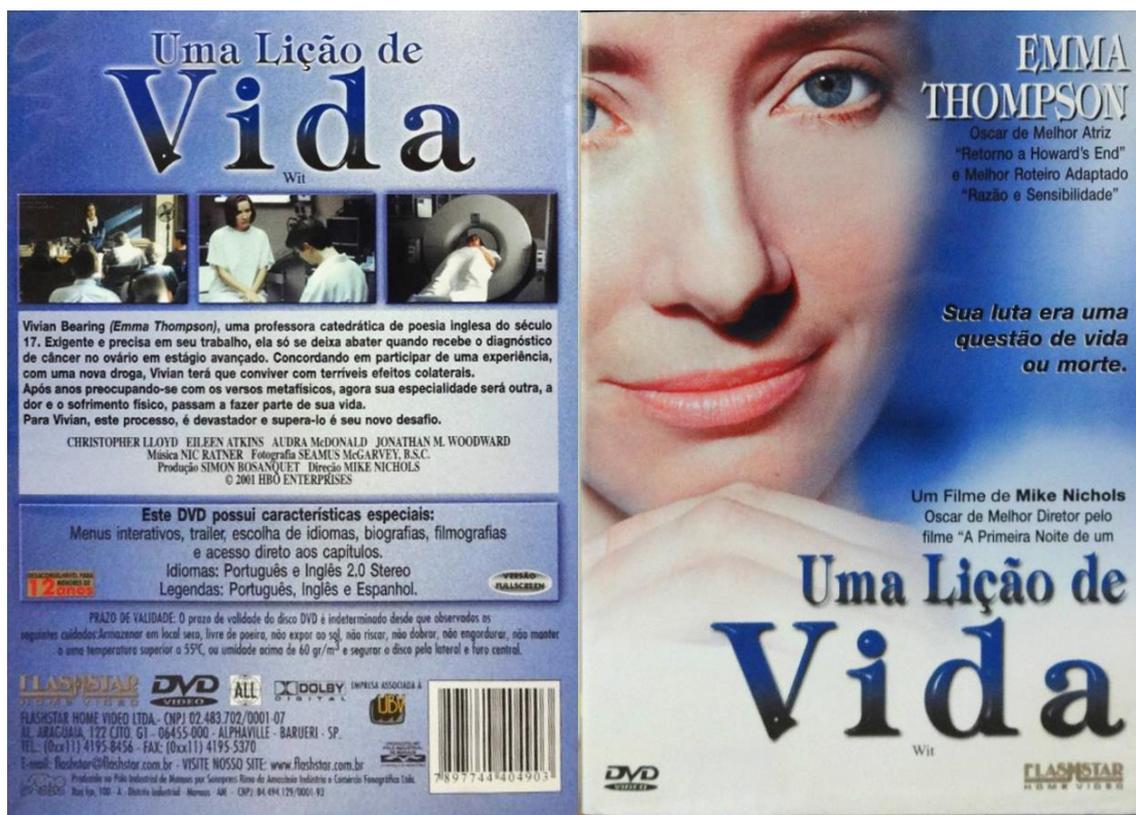


Figura 15 - Capa do DVD Wit lançado no Brasil

Como é possível notar, na versão espanhola e na versão brasileira, o nome da atriz Emma Thompson ganha maior destaque. Thompson é conhecida por suas atuações e premiações²⁰ em *Retorno a Howards End* (*Howards End* em 1992) e premiação²¹ como escritora em *Razão e Sensibilidade* (1996). O mesmo ocorreu com Mike Nichols, premiado por seu trabalho em *A primeira noite de um homem* (*The Graduate* em 1967). Esses sucessos anteriores de Emma Thompson e Mike Nichols são usados como chancela para a promoção de *Wit*, logo na primeira capa. Destaca-se a figura de Emma Thompson que tem seu rosto tomando conta da maior parte das capas.

Também chama a atenção as frases que parecem ter o objetivo de complementar o título e dar uma ideia melhor do que se trata o filme. Na capa americana do DVD, a frase vem sob o título e diz (*Wit*) “isso parece ser uma questão de vida ou morte”, ou seja, “ser sagaz” é uma questão de vida ou morte. A versão em espanhol, *Amar a vida*, vem escrito sobre o título “viva cada dia como se fosse o último”, ou seja, *carpe diem*, uma lógica do arcadismo que é um pouco dissonante aos conteúdos tratados nos filmes. Já a versão nacional traz a inscrição: Sua luta era uma questão de vida ou morte. Assim é destacado o empenho de Vivian por sobreviver.

²⁰ Academy Awards e Golden Globe de Melhor atriz principal em *Retorno a Howards End* – 1993.

²¹ Academy Awards e Golden Globe como melhor escritora de adaptação de obra ao cinema - 1996.

Nas contracapas, além de informações técnicas e créditos de produção, vem escrito uma síntese introdutória do filme junto a duas ou três imagens de quadros do filme. É curioso notar que em nenhuma dessas imagens a paciente é mostrada durante o tratamento de câncer. Trata-se de ilustrar a história de uma professora que virou paciente de hospital. Em todas as imagens, Vivian ainda aparece com os seus cabelos, ou seja, imagens provenientes das cinco cenas iniciais. Na foto da capa apenas aparece a face de Vivian, o câncer é ocultado mais uma vez. A palavra câncer sequer aparece na descrição do filme das versões em inglês em espanhol.

Na versão em inglês a descrição é:

Vivian Bearing é uma professora de inglês de humor mordaz que educa e se afasta de seus estudantes. Com seu ensinar e vida sob rígido controle, Vivian nunca baixou a guarda, até o dia em que a baixaram por ela. Diagnosticada com uma doença devastadora, Vivian concorda em sofrer uma série de procedimentos que são brutais, extensivos e experimentais. Por 8 meses, sua vida segue por caminhos não planejados anteriormente. Não mais uma professora, mas um objeto de estudo de outros, Vivian Bearing vai descobrir a fina linha entre vida e morte só pode ser percorrida com sagacidade.

Já na versão em espanhol a descrição é:

Emma Thompson interpreta a Vivian Bearing, uma brilhante e espirituosa professora de literatura dedicada completamente à vida universitária. Sua tranquila e solitária existência se vê alterada quando um médico lhe diagnostica com uma doença de cura muito difícil. Sua única alternativa é submeter-se a um tratamento experimental que não tem eficácia comprovada e que, ironicamente, será administrado por um jovem doutor que foi seu antigo aluno. Fazendo uso de sua inteligência e espiritualidade, Vivian enfrenta essa dura prova, em que ela se dará conta que o amor à vida é sua melhor arma.

A descrição na versão em português é:

Vivian Bearing (Emma Thompson), uma professora catedrática de poesia inglesa do século 17. Exigente e precisa em seu trabalho, ela só se deixa abater quando recebe um diagnóstico de câncer no ovário em estágio avançado. Concordando a participar de uma experiência, com uma nova droga, Vivian terá de conviver com terríveis efeitos colaterais. Após anos preocupando-se com os versos metafísicos, agora sua especialidade será outra, a dor e o sofrimento físico, passam a fazer parte de sua vida. Para Vivian, este processo é devastador e supera-lo é seu novo desafio.

Na versão em inglês vai se destacar, principalmente, como o sofrimento no hospital e a experiência do morrer irão mudar a personalidade de Vivian. Destacando as mesmas ideias, a versão em espanhol acrescenta que, em um reencontro com um "jovem ex-aluno", Vivian descobrirá que o amor à vida é sua melhor arma. Essa última parte não condiz com o filme, uma vez que é justamente o desapego a vida que a livra do sofrimento.

Já a versão brasileira ressalta a força de Vivian e como ela aceita fazer parte de um "experimento com uma nova droga" para tratar o câncer e como isso lhe trará o desafio de superar o sofrimento físico. Assim, na versão nacional, o maior desafio de Bearing é superar a doença, deixando de lado a evolução pessoal destacada nas duas outras versões em inglês e espanhol. Isso pode ser em parte explicado por o câncer estar sendo bastante discutido na mídia brasileira naquele momento histórico em torno do lançamento do filme. Em 2000, por exemplo, a telenovela *Laços de Família* alcança picos de audiência e grande repercussão por uma cena em que uma das atrizes raspa seu cabelo no início de uma quimioterapia. Outro exemplo é a notícia, em 2001, do câncer da apresentadora de TV, Ana Maria Braga, que viveu publicamente o seu tratamento e inclusive manteve a apresentação de seu programa matinal em que era possível observar alguns efeitos colaterais de seu tratamento. A repercussão desses casos, entre outros, provavelmente levou a explorarem o tema câncer na sinopse brasileira, o que diferiu das demais versões. Vale lembrar que a frase da capa na versão nacional destaca a luta da protagonista contra a morte.

Esse apagamento do câncer na divulgação parece haver ocorrido apenas nas capas das versões do filme. A cabeça da protagonista sem cabelos é bastante explorada nas versões para o teatro como mostram as imagens a seguir.

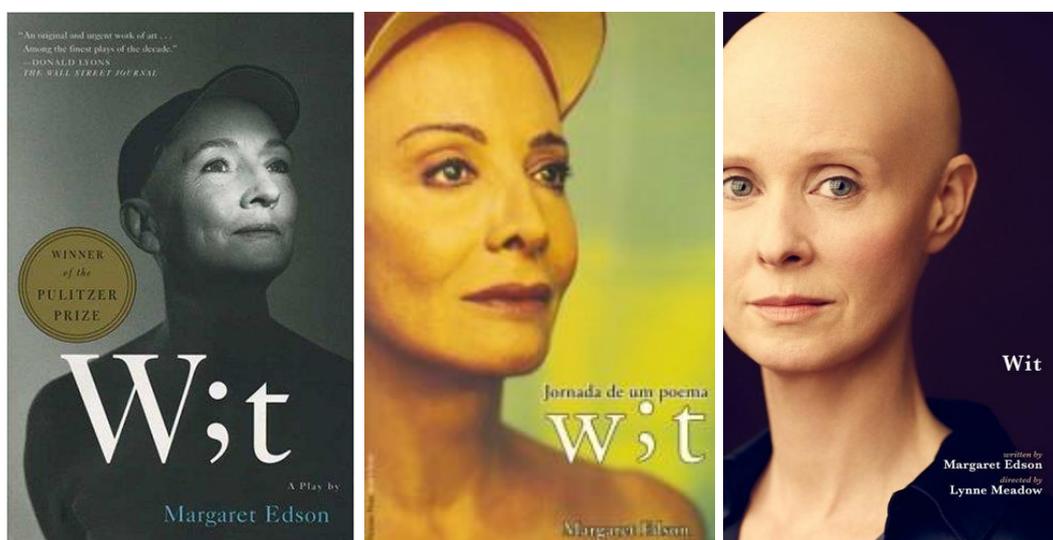


Figura 16 - cartazes de divulgação da peça teatral *Wit* nas versões de 1998, versão 2000 e 2012, respectivamente

Apesar da personagem com câncer compor a capa, a cabeça sem cabelo, indicativa de câncer, ainda está semioculta com o uso de um boné nas versões anteriores. O boné e as sobrancelhas foram abolidos na versão de 2012.

Esse discurso da mulher forte que luta contra o câncer é um importante aspecto na definição do modo de endereçamento. Assim, não só o filme busca, com os títulos e sinopses,

conquistar os espectadores que tem preferência por dramas, como busca abordar especificamente um tipo de espectadora que tem preferência por histórias de autossuperação feminina.

Os vídeos promocionais do filme que circularam na TV americana HBO seguem a mesma lógica das capas dos DVDs, baseando a qualidade do filme nos prêmios já conquistados por seus realizadores. Dois desses vídeos^{22,23}, além dos profissionais premiados, apresentam uma seleção de trechos do filme em que se critica o atendimento médico. Outro vídeo promocional²⁴ consiste de uma fala de Emma Thompson intercalado por cenas do filme. Em sua fala, Thompson ressalta a sua satisfação em interpretar Vivian e fala de sua admiração por uma personagem tão forte e que vive uma experiência bastante dura, até descobrir que inteligência²⁵ não é o bastante.

1.14.2 Modo de Endereçamento e Significado Preferencial

Como é possível observar, não há uma unidade entre as diferentes mídias e as versões de *Wit* (teatro e filme) o bastante para definir um modo de endereçamento mais restrito, sobretudo em relação à primeira das três perguntas, “*quem esse filme pensa que você é?*”. De modo mais amplo, o filme pensa que seus espectadores são consumidores regulares de drama, que têm preferência por dramas nos quais os protagonistas, heróis fortes e resistentes, suportam intenso sofrimento, o superam e alcançam uma espécie de evolução, de aprendizado com o sofrimento (as capas dos DVDs explicitam isso). Podemos ainda dizer que esses espectadores pretendidos são em maior parte mulheres, pois, desde o protagonismo feminino, até o fato dos personagens que trataram bem a protagonistas são de mulheres e aqueles que a trataram mal serem homens. Ainda é possível citar que os exames ginecológicos retratam situações e sentimentos bastante comuns às mulheres e pouco conhecido pelos homens de modo geral. Com base na análise da narrativa, também é possível refinar um pouco mais e dizer que esse espectador não é familiarizado com o universo médico, não domina o vocabulário médico, e desconhece a experiência do adoecimento por câncer, por isso a protagonista sempre lhe explica o que está ocorrendo.

²² https://www.youtube.com/watch?v=1vZNOiX_18

²³ <https://www.youtube.com/watch?v=tsenSRAIEFC>

²⁴ <https://youtu.be/CoNDpg8IquA>

²⁵ Ela usa *clever* em vez de *Wit*.

Com base nesse esforço em explicar todos os procedimentos e acontecimento médicos no hospital, é possível responder a segunda pergunta relacionada ao modo de endereçamento, “*quem esse filme quer que você seja?*”. O modo como o filme foi construído parece pretender que o espectador viva a experiência de adoecimento no ambiente hospitalar. Isso pode ser notado pelas várias vezes em que o ponto de vista em que as cenas são filmadas são aquelas mesmas da protagonista do filme. A maior parte do que se passa no filme é visto pela protagonista, o espectador vê tudo o que ela vê, escuta o que “ela pensa e sente”. A trilha sonora contribui para esse compartilhamento de emoções entre protagonista e espectadores. A identificação dos espectadores com a protagonista é reforçada em muitos momentos da narrativa. Portanto, o filme parece “querer” que o espectador, em alguma medida, seja a protagonista. Ou seja, o filme parece pretender que o espectador aprenda a lição da personagem e comece a viver de modo menos rígido, como relações mais afetuosas, mais empáticas, assim como a personagem esperava ter sido tratada pelos médicos.

O Significado preferencial, identificado pelos materiais de divulgação e promoção do filme, se voltam às jornadas de autossuperação pessoal diante das adversidades da vida. O sofrimento tem um propósito de evolução pessoal. Contudo, com a análise da narrativa, é acrescida a dimensão dessa experiência de adoecimento e sofrimento no hospital. O abandono lá vivenciado e como o tratamento médico desumano pode trazer maior sofrimento que a doença que se tenta curar. A sagacidade, a inteligência, só serviram a protagonista para que ela pudesse identificar o quanto já se comportou de maneira semelhante aos médicos, pouco empática (regra de platina), quanto professora. Ser sagaz não reduziu o seu sofrimento. Na verdade, o filme vai mostrar que ela não era tão sagaz quanto acreditava, o quanto o grande conhecimento que ela julgava ter não foi o suficiente para a salvar no sofrimento que foi essa experiência de adoecimento e morte.

De outro modo, o Significado Preferencial pode ser enunciado da seguinte maneira: “Mesmo as pessoas frias, distantes e sagazes/inteligentes irão sentir falta de atendimento afetivo e acolhimento quando estiverem fragilizadas e desamparadas frente à morte”. Assim, o filme mostra que mesmo pessoas como a protagonista sentiram falta de um atendimento médico humanizado e empático quando estiverem adoecidas no hospital e se defrontarem com a morte, pois além das dores físicas, se sentem perdidas, desamparadas, entediadas, solitárias e, principalmente, sofrem de atendimentos médicos pouco humanizados, e então perceberão que toda a sagacidade/inteligência não lhes será o bastante para evitarem a isso”.

1.15 ESTUDO DA RECEPÇÃO

1.15.1 Observação das reações dos espectadores durante a exibição do filme

Diferentemente da exibição do filme *Um Golpe do Destino*, no semestre anterior, a exibição de *Wit* contou com uma breve introdução ao filme, feita pelos professores, bem como uma explicação sobre a atividade da qual o filme fez parte. Essa introdução foi feita enquanto a equipe técnica terminou de ajustar o equipamento para a exibição do filme. Os professores, que também mediarão a discussão, contaram que o filme é baseado em uma peça de teatro sobre uma professora que se descobre com câncer e que esse filme é estrelado por Emma Thompson, no papel de Vivian Bearing. Os professores esclareceram que após a exibição do filme ocorreria um debate e que se os alunos gostassem da ideia poderiam tomar notas rápidas durante a exibição para ajudar em sua participação no debate sobre o filme.

Nesse primeiro momento já foi possível observar dois direcionamentos que deram contornos à atividade proposta. Primeiro, explica-se sobre o que interessa no filme “uma professora que se descobre com câncer”. O filme também é valorizado na medida em que se afirma que ele é baseado em uma peça de teatro e estrelado pela renomada atriz Emma Thompson. Em seguida, é apresentado o papel do filme nesse encontro, “ajudar” no debate.

Por outro lado, os alunos, inicialmente, demandaram outro direcionamento para esse espaço de apropriação do filme. Essa demanda transpareceu em falas como “Vai ter pipoca?”, “Apaga a luz!” e “Tira o mouse da tela”, que pareceram se preocupar em garantir a semelhança desse espaço com uma sala de cinema, ou seja, menos ruídos e a pipoca, que pode assumir uma conotação de expectativa por diversão. Assim, apesar das orientações dos professores que indicaram maior formalidade a esse evento, os alunos, ao menos simbolicamente, pareceram hibridizar esse espaço. Para isso, valeram-se, sobretudo, de suas experiências anteriores como espectadores. Assim, a proposta dos professores pareceu ter recebido dos alunos, ao menos em parte, contornos de um momento de diversão, entretenimento.

Com o início do filme, a maior parte dos alunos se colocou em silêncio e assistiu atentamente. Por volta do décimo minuto, cerca de dez alunos, num total de 50, estavam dormindo.

Apesar de haver pouquíssimos traços de humor no filme, os estudantes deram boas gargalhadas em alguns momentos da parte inicial do filme, em três situações específicas. Os risos apareceram quando a paciente protagonista expressa comportamentos de resistência ao atendimento, como na cena em que ela não diz o seu nome correto à enfermeira ou nas respostas

ríspidas que ela dá aos médicos. Contudo, chama mais atenção esses risos surgirem como um modo de expressar críticas a algumas condutas médicas. Isso ocorre, principalmente, nas cenas em que o jovem médico (residente) Jason se mostra inseguro e atrapalhado na execução de procedimentos (exame ginecológico), na cena em que Jason é criticado por seu supervisor por desenvolver uma RMP um tanto burocrática e insegura, e na cena em que o jovem médico se atrapalha com as palavras (“Câncer foi o que eu sempre quis!”). O riso esteve presente nas vezes em que os médicos aparecem desempenhando um atendimento pouco humanizado. Desse ponto é possível supor que o riso funcione, em certa medida, como uma expressão da crítica à conduta desses médicos. Outra suposição é de que haveria uma identificação desses espectadores com o médico inexperiente. A essa última, a análise da discussão traz maior clareza.

As reações de choro foram mais frequentes na parte final do filme, sobretudo quando a protagonista recebe no hospital a visita de sua antiga professora e orientadora. O acolhimento recebido por Vivian de sua antiga professora, que a abraça, se deita ao lado da dela, e começa a ler um conto infantil, sublinhado por uma trilha sonora de canção de ninar, parece ter emocionado a maior parte dos espectadores. Poucos estudantes contiveram as lágrimas.

Diferentemente do que ocorreu na exibição do filme *Um Golpe do Destino* no semestre anterior, bem como em algumas aulas de PsiMed de ambos semestres, esses espectadores não aparentaram estar dividindo sua atenção ao filme (ou aula) com as redes sociais em seus celulares. Nessa exibição também não houve aplauso ao fim. Nesse sentido, com relação às reações durante a exibição do filme, não se repetiu fielmente a postura dos alunos durante as aulas da disciplina, aspecto que foi observado na exibição do filme anterior. Por outro lado, igualmente ao semestre anterior, foi observada a tentativa inicial de aproximação desse espaço de exibição a algum outro espaço de entretenimento do cotidiano desses estudantes.

1.15.2 Análise da discussão em grupo

Após a exibição do filme foi desenvolvida uma discussão com duração de 63 minutos. Participaram dessa discussão dois professores, que mediarão a discussão, dois estudantes monitores da disciplina e cerca de 50 estudantes, dos quais 12 participaram mais ativamente da discussão. Os professores tenderam a dividir bem as suas participações na mediação, embora participassem de modo diferente. Esses professores mediadores também ofereceram muitas oportunidades para que os estudantes expressassem as leituras que fizeram do filme. Nesse sentido, a discussão foi conduzida de modo mais democrático. Os professores fizeram mais

perguntas, se mostraram mais atentos às leituras que os estudantes fizeram do filme, e não buscaram explicar aos alunos sobre o que o filme era. Os estudantes também demonstraram maior interesse no filme.

O quadro apresentado no apêndice 8 a análise integral da discussão transcrita. E de modo semelhante à análise da discussão no semestre anterior, utilizamos a abreviação P1 e P2 para nos referirmos aos professores 1 e 2, respectivamente, M1 e M2 para os monitores, e A_(n) para nos referirmos aos alunos participantes da discussão.

Na discussão, pudemos notar que houve um predomínio de participação dos professores. P1 participou da discussão em 31 oportunidades, P2 participou em 35, M1 e M2 sete vezes cada um e os 12 estudantes participaram em 33 oportunidades (menos de três participações por estudante). Entretanto, apesar do predomínio, as participações dos professores foram, em maior parte, questionamentos dirigidos aos estudantes e relatos de casos médicos por eles vivenciados que serviram para exemplificar ou sublinhar aspectos que sustentariam as leituras do filme por eles defendidas.

De modo geral a discussão apresentou uma estrutura que começou por aspectos específicos do filme, passando por assuntos tratados, procedimentos criticados, chegando à discussão da prática médica dos estudantes e professores, bem como à formação médica desses sujeitos. Esse movimento ocorreu em vários momentos da discussão, mas também pode ser observado na estrutura geral da discussão. Assim, o filme esteve mais presente na etapa inicial da discussão e a realidade cotidiana da prática médica deles esteve mais presente na etapa final. Assim, na discussão, os sentidos produzidos a partir do filme foram frequentemente relacionados às vivências médicas de estudantes e professores.

Esse movimento da discussão entre filme e práticas médicas cotidianas também foi bastante relacionado à mediação empreendida pelos professores. P1 desenvolveu uma mediação que buscava conectar o filme com as suas vivências e com a dos estudantes como médicos, como pacientes e familiares de pacientes. Nos trechos a seguir, destacamos exemplos extraídos das linhas 42, 53, 54, 63 e 86, respectivamente.

P1 - *eu precisei drenar, mas pior sensação que eu tive foi andar na maca no corredor. Você vai assim (tenso – gesticulando)... entendeu, entendeu? É horrível, é horrível! A coisa boa você encontrar alguns conhecidos, (risos) ... é horrível! Sabe uma coisa que humanizou demais a minha estada, que foi rápida, no hospital? Os pacientes. Foi muito legal. A enfermaria era uma enfermaria nova, me deram maçã, pediram comida, mas foi muito legal a conversa (Linha 42).*

P1 - *Vocês tiveram já uma experiência assim de ter contato com outro, familiar ou equipe assim, tão frias, tão... é... diferentes assim? Vocês já... vocês viveram isso*

já, pessoalmente? Ou teve com alguém de... alguém conhecido de vocês assim, próximo, tipo avó, assim? (Linha 53)

P1 - *O meu pai ficou internado em vários hospitais aqui do Rio e eu tive muitas vezes essas sensações... era um local muito profissional no sentido de atenção, mas é... me chamava atenção uma certa insensibilidade... entendeu? Eu me lembro que tem auxiliar de enfermagem especificamente que eu achei muito humano. Eu até, depois que ele... que meu pai faleceu... eu escrevi uma carta e eu agradei especialmente aquele auxiliar, né! (Linha 54)*

P1 - *não conheço nenhum exame agradável, mas por exemplo, já fiz endoscopias muito ruim, trataram de maneira ruim, já fiz colonoscopia, quando tive câncer, não tem o que fazer, mas fui super bem... foi feito por um colega daqui, super bem tratado, quer dizer.... (Linha 63)*

P1 - *Eu não sei o que esse filme provocou reflexões em vocês, mas eu vou falar um pouco uma experiência que eu tive aqui hoje. Hoje de manhã eu fui atender um paciente, um paciente muito difícil e nós fomos... (Linha 86)*

Assim como P1, P2 também relatou alguns casos para exemplificar e fortalecer alguns sentidos no filme, ainda que tenha feito com menor frequência. Por exemplo, nas linhas 52 e 55, respectivamente, podemos observar essa característica da mediação.

P2 - *Não, cama de hospital é assim, você não é senhor nem do seu tempo! Isso é uma coisa que me dei conta... essas coisas são boas de ensinar nas aulas de psicologia médica. Sempre as minhas experiências intensas... assim... projetar como é que seria se... sempre imaginando que nunca vai chegar ao se. Então assim... eu me dei conta que eu não era mais senhora do meu tempo, toda hora vinha alguém, medir minha pressão, tirar temperatura, espetar alguma coisa aí trazer alguma comida, checar alguma água, não sei o quê... me oferecer não sei o que lá, eu até queria brincar, quer dizer, me distrair, ver televisão, não sei o quê... eu não consegui! Um pouquinho... daqui há pouco... a moça veio limpar o banheiro, não sei o quê, tal, tal, tal... então, assim, você não se assenhora nem do seu tempo! (Linha 52)*

P2 - *... uma colega nossa, psiquiatra, teve a infelicidade de nesse sentido, por que, assim... e essa colega, ela estava com o marido que também é médico! Isso é terrível, uma situação de muita gravidade e num hospital particular do Rio e o rapaz entrou numa situação muito grave, e... a naquele momento se achava que ele poderia falecer. (Linha 55)*

Apesar dessa semelhança em alguns momentos com a mediação de P1, P2 teve uma mediação mais marcada pelo frequente convite à participação dos alunos na discussão, solicitando que verbalizassem as leituras que fizeram do filme ou que se posicionassem em relação a questões polêmicas. Alguns exemplos são observados na linha 87 e nos trechos entre as linhas 7 e 16.

P2 - *Então, em que que o filme bateu em você? Quais as cenas mais...? (Linha 87)*

P2 - *Então, gente, o que vocês acharam do filme? (Linha 7)*

A2- *Eu achei a “verossimilhança externa muito grande... muito fiel”, assim... bizarra (muito grande), tem uma riqueza muito grande de detalhes do nosso dia-a-dia e os*

P1 - *São convincentes?*

A2 - *é os detalhes são muito fieis, eu achei.*

P2 - *Olha só, gente! O A1 está falando que, na realidade, o filme guarda uma semelhança muito grande com os cenários que nós estamos habituados a lidar, né! Agora, acho também que tem uma semelhança com muitas coisas que nós estamos habituados a lidar. Vocês poderiam apontar algumas dessas que vocês veem no filme e que vocês veem na prática nossa do cotidiano?*

A2 - *...a primeira coisa que chamou atenção do filme é que assim... essa... o diagnóstico, é o momento do diagnóstico eu achei marcante. Na sequência, em todos os momentos que havia interação entre a equipe médica e os pacientes e a paciente, no caso, pelo menos, me levou à uma reflexão e aí em alguns momentos eu fiquei pensando assim, pareceu muito que é uma relação americanizada, né, não sei, eu não conheço não, mas me parece que é aquela coisa de protocolo, de seguir... uma coisa que a gente sabe... que pelo menos aqui, eu penso, que a gente consegue humanizar um pouco mais. Em certos momentos, eu achei bastante parecido com o nosso atendimento, por exemplo, lá na Clínica Médica, chega a turma de internos, por exemplo, olha para o paciente e fala como se não fosse realmente uma pessoa (incompreensível) ... esses momentos que eu achei bastante similar.*

P2 - *Eu achei uma coisa interessante é que esse tipo de filme pra você fazer um uso do filme como estratégica de aprendizagem, interessante a gente ver e rever, né... mas como eu já vi várias vezes, eu vi uma coisa nessa cena²⁶ de que eu não tinha me dado conta, a quantidade de mãos em cima da barriga dela.*

A2 - *Eu acho que um erro nessa cena, o que chamou atenção também, foi que não deram voz a ela. Estavam falando sobre o que ela sentia, então, perguntavam para o médico dela, o mais novo, perguntaram para ele o que ela tinha e ela só ficavam com os olhos assim né, com os olhos assim, e em nenhum momento perguntaram para ela, né.*

P1 - *Isso acontece!*

P2 - *Depois, se vocês devem prestado atenção, teve uma enfermeira falando “Ué, mas você sabia? Eles conversaram com você?” Aí ela diz: “Não! Eu li nas entrelinhas”. Ela foi na fantasia, foi pescando uma coisa aqui, outra ali e foi compreendendo. Só que isso, dava uma angústia enorme em ficar tentando perceber alguma coisa nas entrelinhas.*

Como podemos notar nos exemplos acima, P2 tendeu a convocar os estudantes a expressarem suas leituras e, a partir destas, destacar algum ponto de interesse e conduzir a discussão para esse ponto. Em seguida, com a participação dos estudantes sobre o ponto

²⁶ Cena 10

destacado, P2 explica com maior profundidade esse ponto, atuando para que as leituras dos estudantes se aproximassem daquela que ele acredita ser a mais adequada. Assim, P2 explicou e convidou os estudantes a refletirem sobre esse ponto e a participar dessa discussão, dialogou sobre os pontos, e apresentou “conclusões” sobre o ponto destacado. Vale lembrar que esse último ponto, a tentativa de controle do sentido produzido na discussão, também foi observada em algumas intervenções de P1. Isso se repetiu em outros momentos da discussão, sobretudo nas participações de P2.

Outra característica da mediação de P2 foi a tendência a buscar conectar a discussão ao filme. Assim, quando o foco da discussão se deu mais em relação à realidade cotidiana da prática médica, vivenciada pelos participantes, e se afastou demais do filme, P2 buscou conectar o que estava sendo discutido com algum ponto do filme. Na linha 87, podemos notar um bom exemplo dessa característica de mediação.

M2 - ... *Nem sempre se consegue o poder de Deus! Então, muitas vezes o paciente ali que não quer receber o tratamento... ele não quer receber o tratamento. E eu, infelizmente, quantas vezes o paciente quer receber o tratamento e eu quero curá-lo, mas eu não sou Deus, eu sou um semideus!*

Todos – [risos]

P2 - *Uma coisa que aparece ali no filme é que a velha professora que fala para o estudante que fala do texto é a seguinte: não basta só estudar. A matéria da onde a gente vai tirar, o sentimento e a capacidade de entender o que o poeta quer dizer é a mesma matéria da onde vocês vão tirar arcabouço para entender o que que uma pessoa deseja ou não se ela quer morrer ou quer viver. Pra gente ter essa capacidade de entender um filme, né, de poder é... vamos dizer assim... ser meio que o fiel da balança numa história assim, você tem que entender de vida. Então é isso que a professora fala para ela no filme. Você vai pra... não vai para a biblioteca, vai pros parques, vai pra festa, vai... vai conhecer gente, vai namorar, vai trocar... vai encontrar com outras pessoas, (incompreensível). Então, não adianta só estudar, em ponto de vista do formal.*

P1 - *Eu não sei o que esse filme provocou reflexões em vocês, mas eu vou falar um pouco uma experiência que eu tive aqui hoje. Hoje de manhã eu fui atender um paciente, um paciente muito difícil e nós fomos... enquanto a gente ia atender esse paciente, eu, a estagiária e um residente, eu estava falando a eles, que a gente tinha que tomar um certo cuidado nesse caso porque a gente ouvia falando tantas dificuldades com o paciente que a gente devia se preocupar como a gente ia atender o paciente, mas aqui pensando, fiquei pensando o seguinte: eu acho que eu... todo o esforço que a gente fez, nesse caso especificamente, eu não cuidei muito do paciente. Eu fiquei de tal forma... eu já conhecia o paciente, preocupado com o que podia acontecer, me dei conta de... me sintonizar com aquele paciente, fiquei pensando nisso agora... sobre isso... entendeu, que naquele momento ali eu fiquei muito influenciado pelos meus preconceitos mesmo e fiquei até... honestamente eu queria voltar pra voltar pra enfermagem, perguntar pro paciente o que que ele queria, porque a gente ficou muito preocupado ali com o que nós queríamos fazer com ele, isso exatamente tomou conta da consulta ali com ele, quer dizer, eu acho*

que, uma refle... eu não sei o que vocês pensaram sobre esse filme, mas acho interessante se a gente...

P2 - *Então, em que que o filme bateu em você? Quais as cenas mais...?*

Nesse trecho, M2 faz uma fala sobre os limites da ação do médico, algo que parece fugir do foco que estava sendo discutido, então P2 levou a discussão de volta ao filme. P2 se valeu de um trecho do filme em que foi defendida a importância de uma vivência mais ampla dos estudantes como recurso à sua formação, algo que vai além de aspectos meramente teóricos. Então, P1 produz uma fala que parece tentar levar a discussão novamente para a vivência médica dele, quando P2 retoma a fala e reencaminha questões sobre a experiência dos estudantes com o filme. Nesse trecho também fica clara essa tênue diferença entre as mediações dos dois professores.

P2 também faz esse movimento de retorno ao filme como um meio de sustentar no filme as reflexões que os estudantes produziram. Um exemplo disso pode ser observado no seguinte trecho das linhas 33 e 34.

A9 - *... Ele não se importava como a paciente ia se sentir com as doses completas, o que ele queria era que o máximo de pacientes chegasse nas doses completas para ele ter a análise que ele queria, entendeu? E às vezes a gente faz isso no exame também, a gente não se importa como o paciente vai se sentir naquele exame, a gente quer que ele faça pra poder diagnosticar, entendeu? É importante?*

P2 - *Pra documentar... pra documentar, essa foi uma que ele expressão que ele usa com os alunos.*

Apesar de P2 ter feito em maior parte esse movimento de retorno ao filme em sua mediação, em vários momentos da discussão P1 e P2, relataram suas experiências como médicos e como pacientes para sublinhar algumas partes do filme que eles julgaram importantes. Nesses relatos predominaram as experiências destes professores como pacientes. Assim como o filme utilizado, esses relatos pareciam pretender conferir maior verossimilhança ao filme como um modo de facilitar que os estudantes experimentassem de modo mais próximo a realidade o lugar dos pacientes, que eles exercitassem se colocar no lugar dos pacientes, o que poderia ser considerado um exercício de empatia. As falas das linhas 42 e 52, respectivamente, são exemplos disso.

P1 - *A propósito disso (incompreensível), eu precisei drenar, mas pior sensação que eu tive foi andar na maca no corredor. Você vai assim (tenso – gesticulando) ... entendeu, entendeu? É horrível, é horrível! A coisa boa você encontrar alguns conhecidos, (risos) ... é horrível! Sabe uma coisa que humanizou demais a minha estada, que foi rápida, no hospital? Os pacientes. Foi muito legal. A enfermaria era uma enfermaria nova, me deram maçã, pediram comida, mas foi muito legal a*

conversa. Tinha um português do meu lado contou como era terra da sardinha em Portugal, um outro que fazia docinho pra festa e contou... como o que ele era, ele era aposentado, mas assim, a presença dos outros ajudou demais a... e os meus amigos vieram me visitar de madrugada.

P2 - *Não, cama de hospital é assim, você não senhor nem do seu tempo! Isso é uma coisa que me dei conta... essas coisas são boas de ensinar nas aulas de psicologia médica. Sempre as minhas experiências intensas... assim... projetar como é que seria se... sempre imaginando que nunca vai chegar ao se. Então assim... eu me dei conta que eu não era mais senhor do meu tempo, toda hora vinha alguém, medir minha pressão, tirar temperatura, espetar alguma coisa aí trazer alguma comida, checar alguma água, não sei o quê... me oferecer não sei o que lá, eu até queria brincar, quer dizer, me distrair, ver televisão, não sei o quê... eu não consegui! Um pouquinho... daqui há pouco... a moça veio limpar o banheiro, não sei o quê, tal, tal, tal... então, assim, você não se assenhora nem do seu tempo!*

Por outro lado, os relatos dos monitores M1 e M2, pareciam valorizar mais o papel do médico nessa dinâmica de atendimento. Suas falas e considerações, em maior parte, eram enunciadas a partir da perspectiva de um médico. Eram feitas argumentações que pareciam trazer ponderações às críticas feitas aos médicos por professores e estudantes. Em outros momentos eles trouxeram informações técnicas que ajudaram os alunos a compreender, explicar e mesmo sanar dúvidas sobre suas experiências nos atendimentos médicos por eles desempenhados. Contudo, essas participações não pareceram influenciar determinantemente a mediação das leituras a partir do filme, discussão essa que foi marcada por maior horizontalidade, em que as vozes se alternaram, se opondo e convergindo e diversos pontos.

Os relatos dos professores, além de buscarem destacar a experiência dos pacientes no hospital e conferir verossimilhança ao filme, também argumentaram a respeito do quanto os pacientes são “assujeitados” ou “objetificados” quando estão em atendimento hospitalar. Assim, não só despersonalizados e despidos de suas histórias, nas perspectivas dos médicos criticados, os pacientes “deixam de ver e ouvir”. Os professores destacaram como no filme os diagnósticos foram discutidos pela equipe médica, na frente do paciente, sem que esse tenha voz ou seja considerado como parte da conversa. Eles são tratados como meros objetos de estudo, como bem destacam as falas nas linhas entre 13 e 18.

P2 - *Eu achei uma coisa interessante é que esse tipo de filme para você fazer um uso do filme como estratégica de aprendizagem, interessante a gente ver e rever, né... mas como eu já vi várias vezes, eu vi uma coisa nessa cena de que eu não tinha me dado conta, a quantidade de mãos em cima da barriga dela.*

P2 - *Isso acontece, né! É... na nossa prática, e sobretudo como a gente naturaliza o corpo do outro, né! Não percebe o quanto nós somos invasivos e na realidade violentos ao se aproximar do corpo alheio, da dificuldade alheia.*

A3 - *Eu acho que um erro nessa cena, o que chamou atenção também, foi que não deram voz a ela. Estavam falando sobre o que ela sentia, então, perguntavam para o médico dela, o mais novo, perguntaram para ele o que ela tinha e ela só ficavam com os olhos assim né, com os olhos assim, e em nenhum momento perguntaram pra ela, né.*

P1 - *Isso acontece!*

P2 - *Depois, se vocês devem prestado atenção, teve uma enfermeira falando “Ué, mas você sabia? Eles conversaram com você?”. Ai ela diz: “Não! Eu li nas entrelinhas”. Ela foi na fantasia, foi pescando uma coisa aqui, outra ali e foi compreendendo. Só que isso, dava uma angústia enorme em ficar tentando perceber alguma coisa nas entrelinhas.*

Nesta última foi dado destaque à fala da enfermeira e à atuação dela no atendimento à protagonista do filme, bem como à crítica que ela faz aos médicos que atendem esta paciente. Esse aspecto, do atendimento mais humanizado prestado pelo enfermeiro, também foi reforçado por relatos, como o destacado no exemplo a seguir.

P1 - *O meu... meu pai ficou internado em vários hospitais aqui do Rio e eu tive muitas vezes essas sensações... era um local muito profissional no sentido de atenção, mas é ... me chamava atenção uma certa insensibilidade... entendeu? Eu me lembro que tem auxiliar de enfermagem especificamente que eu achei muito humano. Eu até, depois que ele... que meu pai faleceu... eu escrevi uma carta e eu agradei especialmente aquele auxiliar, né! Eu achei que ele interagiu de uma maneira mais... conversava, conversamos sobre soltar pipa, me falou como era o filho dele, quer dizer... foi um contato que ele era um bom profissional, mas mais humano, entendeu! - (linha 54).*

Além disso, P1 e P2 explicitaram em alguns momentos como o filme lhes permitiu ressignificar sua prática médica. Isso pode ser entendido como uma instrução de como o estudante pode se relacionar com o filme, como algo que é bastante próximo da realidade da prática médica e oferece uma experiência bem fiel do que é ser paciente. No exemplo a seguir, P1 ainda fornece um relato que se configura como um testemunho de como o filme lhe permitiu repensar alguns aspectos de sua prática médica.

P1 - *Eu não sei o que esse filme provocou reflexões em vocês, mas eu vou falar um pouco uma experiência que eu tive aqui hoje. Hoje de manhã eu fui atender um paciente, um paciente muito difícil e nós fomos... enquanto a gente ia atender esse paciente, eu, a estagiária e um residente, eu estava falando a eles, que a gente tinha que tomar um certo cuidado nesse caso porque a gente ouvia falando tantas dificuldades com o paciente que a gente devia se preocupar como a gente ia atender o paciente, mas aqui pensando, fiquei pensando o seguinte: eu acho que eu... todo o esforço que a gente fez, nesse caso especificamente, eu não cuidei muito do paciente. Eu fiquei de tal forma... eu já conhecia o paciente, preocupado com o que podia acontecer, me dei conta de... me sintonizar com aquele paciente, fiquei pensando nisso agora... sobre isso... entendeu, que naquele momento ali eu fiquei*

muito influenciado pelos meus preconceitos mesmo e fiquei até... honestamente eu queria voltar pra voltar pra enfermaria, perguntar pro paciente o que que ele queria, porque a gente ficou muito preocupado ali com o que nós queríamos fazer com ele, isso exatamente tomou conta da consulta ali com ele, quer dizer, eu acho que, uma refle... eu não sei o que vocês pensaram sobre esse filme, mas acho interessante se a gente... - (linha 86).

Com base nesses pontos destacados, é possível afirmar que a mediação dos professores pretendeu reforçar os sentidos que já eram defendidos pelo filme, sobretudo aqueles que se voltavam à defesa da importância do desenvolvimento da empatia por médicos no atendimento, à importância da escuta, de uma boa comunicação, bem como uma crítica à pouca humanização dos atendimentos médicos. Para isso, eles utilizaram de relatos de suas experiências, como médico e como paciente, para conferir maior credibilidade aos pontos do filme que retratam os assuntos que a mediação buscou destacar. O movimento inverso também foi feito, ou seja, quando os alunos relataram suas experiências no atendimento médico, estas foram conectadas àquilo que o filme apresentou.

Nesse sentido, é possível afirmar que a mediação, de modo democrático, defendeu os mesmos argumentos que são defendidos no filme e buscou conectar a experiência dos participantes àquelas representadas no filme. Essa mediação pareceu, assim, ter mais efeito sobre o Modo de Endereçamento do que sobre o Significado Preferencial, apesar desse último ter alguns aspectos mais valorizados que outros. Vale lembrar que a discussão é encerrada sem uma síntese ou uma reflexão final sobre o que foi discutido, o que reflete um menor empenho em fixar leituras esperadas do filme, ainda que tenham ocorrido tentativas. Durante a discussão, frequentemente os professores convidaram os estudantes a explicitar suas leituras e a discutir as questões. Assim é possível dizer que não houve uma tentativa de fixação de uma leitura global do filme, contudo buscou-se dar destaque a alguns pontos de maior importância na perspectiva dos professores, ficando a discussão marcada por uma significativa convergência de visões dos participantes da discussão, o que fortaleceu o argumento do filme. É importante frisar que talvez mediação com menos divergências tenha sido consequência das poucas manifestações, por alunos, de leituras de oposição ou resistências ao significado preferencial do filme e aquele defendido pelos professores.

Por outro lado, em relação ao Modo de Endereçamento, ao utilizar relatos de suas experiências como médicos e, principalmente, como pacientes, bem como ao conectar as experiências dos alunos ao filme, os mediadores parecem ter buscado “mostrar” aos estudantes que eles também são “quem o filme quer que o espectador seja”, ou seja, a mediação teve o

propósito de reforçar que os estudantes ocupem o lugar da paciente que adoece na estória apresentada. Desse modo, os mediadores buscam aproximar quem os espectadores pensam quem são de quem o filme pensa que o espectador é ou de quem o filme quer que o espectador seja.

Com base nas leituras explicitadas pelos estudantes durante a discussão, é possível perceber que os estudantes, de modo geral, criticaram os médicos pelos atendimentos oferecidos, se colocaram no lugar destes médicos e, não só criticaram a prática médica dos personagens médicos, como também repensaram as suas próprias. No trecho a seguir, retirado das linhas 25, 26, 27 e 30, respectivamente, exemplificam estas críticas e reflexões produzidas.

A3- Eu acho que disso a gente pode tirar é, justamente, que nós precisamos tentar compreender essa pessoa, saber o que é importante para ela. Se for lá tirar a temperatura, pô, separa um pouco de tempo para sentar e conversar com ela... Ele sabia quem ela era, ela a professora de literatura e ele não dava importância a isso. As palavras eram muito importantes para ela, eles usam uns termos e tal, e ela confessa isso... (incompreensível) o quanto isso é importante para ela. Eu acho que ali a gente tem que tentar sim e dar muita importância para as coisas que são importantes para o paciente e conhecendo ele, né. Uma professora de literatura, leva muito em consideração o significado das palavras, quer saber... você tentar e se aproximar muito nesse sentido mesmo... a gente sabe muito do que é a nossa profissão, mas se importa muito pouco com o que é importante para as outras pessoas também... das coisas que ela sente falta...

A6 - Uma coisa que ela falou foi que minha única arma de defesa é o vocabulário. De certa forma se ela sentisse ameaçada pelos médicos e do jeito como eles agiam, ela se sentia passada para trás. E ela também por ser uma pessoa mais estudada, ela não conseguia expressar o que as pessoas estavam dizendo. Ela mesmo falou: se eu sou um espécime em estudo, então ela se sente coisificada, ela fica tentando correr atrás porque as pessoas, os médicos, não conseguem passar pra ela “olha, você é uma pessoa”. Pra mim que a gente tá tentando se livrar do problema.

A7 - A gente estava discutindo aqui que essa coisa, que a gente acha ser educado, mas na verdade é uma coisa óbvia, meio burro... você pergunta: “E aí, como você está se sentindo? Você está bem?” Não está bem! Se estivesse bem não estava aqui, estava em casa. Entendeu? Tipo... sabe, fica meio esquisito (risos) ... É o que acontece o dia inteiro, todo mundo que vai lá, faz a mesma pergunta: “Você tá bem?”. Assim, né... a gente não se toca. Isso podia ser abordado de uma maneira mais... a gente acha que está sendo um pouco humano, mas não está não.... Fala sobre como seguir protocolos no atendimento, por vezes, pode significar evitar se colocar no lugar do paciente e, por consequência, desenvolver um atendimento humanizado.

A8 - É ... tem um (incompreensível) que eu achei interessante é... que é uma coisa bem mecanizada e que a gente faz. E eles vão direto àquilo que eles estão pesquisando. E a gente vê isso aqui na universidade, a pesquisa vê a gente assim... é o que o que acontece e que eu vejo.

É interessante notar nos trechos destacados, que os estudantes não só falam desse lugar que o médico ocupa, como falam do lugar de um médico que se coloca no lugar do paciente. Esse personagem não há na narrativa. As personagens que se aproximam mais desse lugar são a enfermeira Susie e o médico novato Jason. De fato, os espectadores parecem ocupar um lugar entre esses dois personagens, concordando e reproduzindo as críticas feitas na voz da enfermeira, mas se identificando como médicos “inacabados”, como o médico novato. Nesse sentido, sobre o Modo de Endereçamento, é possível dizer que os estudantes, em relação ao filme, pensam que são esses profissionais de saúde que estão conscientes das implicações de seus atendimentos aos médicos e consideram garantir atendimentos humanizados aos pacientes, mas que reconhecem que ainda não conseguem desenvolver completamente essas práticas. Não há no filme um personagem que ofereça exatamente esse lugar. Isso apresenta uma diferença em relação ao que o filme esperava e ao que os mediadores buscaram sublinhar, pois era reforçado que os espectadores se identificassem em maior parte com a paciente. A identificação com a paciente ocorreu em algumas poucas partes. Como não havia no filme um personagem que oferecesse as características demandadas por esses espectadores, eles não se fixam em um personagem específico para produzir sentidos sobre o filme, mas se aproximam em maior parte da enfermeira e ao médico novato. Isso indica que eles precisaram desenvolver algumas adaptações em suas leituras.

Esses trechos destacados também fornecem indícios sobre as leituras desses espectadores nas dimensões *compreensão* e *posição* do modelo multidimensional de Schrøder (2000). A leitura na dimensão *compreensão* precisa ser complementada pelos dados produzidos, com a aplicação dos questionários (apresentados mais a diante), isso porque a discussão não se centrou suficientemente na descrição do filme e sua estória, mas na crítica à atuação dos médicos. Na discussão não foi possível notar forte divergência ao significado preferencial do filme, tão pouco forte adesão a este. Contudo, nota-se, por meio da crítica dos estudantes à atuação dos médicos e à preocupação com a paciente, do fato dos médicos não se preocuparem com a história do paciente (linha 25), “coisificação” do paciente (linha 26), do desenvolvimento de RMP mecanizadas e pouco humanas (linha 27), e da ausência de atenção integral explicitada pelo foco na doença ou parte doente do paciente (linha 30), como aspectos que fazem parte do significado preferencial e, neste sentido, produziram leituras que tendem à convergência com o significado preferencial, ou seja, leituras convergentes na dimensão *compreensão*.

Os mesmos pontos destacados na caracterização da dimensão *compreensão* indicaram que, em relação à dimensão *posição*, os estudantes produziram leituras de aceitação do posicionamento ideológico valorizado no filme, ou seja, realizaram leituras de acordo com a crítica que o filme faz ao perfil de médico nele apresentado. Em nenhum trecho da discussão foi observada alguma contestação, pelos alunos, desse posicionamento presente no filme. Isso também pode ser exemplificado pelos trechos a seguir, nas linhas 60, 61 e 62.

A11 - Eu percebi que a gente não dá autonomia... por exemplo, quando eu vou fazer o procedimento... muitas vezes o médico decide todo o tratamento, e o paciente que tem que se virar... eu acho que você tem que levar a sua opinião e a do paciente... eu acho que a gente não está preparado para lidar com essa situação... assim como no filme, que o médico acha que a paciente tem que se submeter completamente ao tratamento, eu vi uma situação em que o médico achou isso e houve uma divergência que envolveu a família por que a paciente estava se recusando a fazer aquele tratamento.

A12 - Eu pensei assim, até que ponto valeu a pena a realização de alta dose de quimioterapia, que ela soltou na cara dela, na primeira cena, que ela iria fazer... ela sofreu todo esse tempo, sendo que se eu acho que se tivesse rolado uma conversa no início, durante o tratamento, quem sabe ela não quisesse parar e tivesse uma qualidade de vida melhor, porque, a partir daquele momento, eu acho que ela só sofreu e ninguém perguntou mais nada, sabe! Então, não foi... eu acho que ela nem evitaria a realização, mas acho que faltou mais a conversa antes!

A11 - é um conflito de interesses... há o interesse do médico e o do paciente... ou seja, ele não estava interessado no paciente, ele estava interessado na pesquisa dele.

Nesses trechos, a busca do médico pela total submissão da paciente ao tratamento como alguém que não precisa ser informado nem ter participado das escolhas feitas para o próprio tratamento, foi destacada pelos espectadores. Esses trechos, além de reforçarem que as leituras dos espectadores na dimensão *compreensão* ocorreram dentro do significado preferencial, também contribuíram para se notar o quanto estes espectadores estão produzindo suas leituras de acordo com a argumentação do filme. Além disso, também foram alvo das críticas desses espectadores o maior interesse dos médicos pela pesquisa e não pelo paciente.

Ao fazer tais críticas, os espectadores disseram como agiriam se estivessem em situação similar. Nesse sentido, foi interessante notar que essas críticas foram feitas tomando o universo fílmico como real, ou como um fiel reflexo da realidade destes espectadores. Ou seja, eles acreditam que os médicos agem desse modo nos hospitais e que lá os pacientes também se sentem tratados desse modo. Na linha 60, por exemplo, quando fez crítica à ação do médico, o espectador se incluiu no conjunto dos médicos que, por exemplo, não dá autonomia aos pacientes. Esses pontos nos permitem tecer considerações sobre a dimensão de leitura

discriminação, caracterizada pelo nível de consciência do espectador sobre o caráter de construção e de artifício do produto audiovisual. Com base nos dois últimos trechos destacados, é possível notar que as leituras na dimensão *discriminação* tenderam a ser de total imersão e não-distanciada, ou seja, os espectadores “habitaram” o universo fílmico, de lá teceram suas críticas, bem como consideraram a história contada como real ou possível de ser real. Por esse motivo, a dimensão *discriminação* foi a mais relevante e determinante na experiência dos espectadores com o filme. Isso também pode ser observado no início da discussão, na linha 8, em que o aluno 1 destaca o quão próximo ele achou o filme da realidade.

A1 - Eu achei a “verossimilhança externa muito grande... muito fiel”, assim... bizarra (muito grande), tem uma riqueza muito grande de detalhes do nosso dia-a-dia e os

P1 - São convincentes?

A1 - é os detalhes são muito fieis, eu achei.

Nas linhas 21 e 33, respectivamente, podemos encontrar mais exemplos de como os estudantes parecem avaliar o filme como se estivessem dentro do universo fílmico.

A4 - No momento do exame ginecológico também eu vi um... vi como a gente, é, na questão de estar um pouco é... atabalhado ali, né, eles fazem uma confusão, mas não em relação à... a humanidade né, e fica um pouco técnico. Acho que eles se atrapalham um pouco por causa dessa humanização e fica sem perceber semelhanças, mas a gente tá atrapalhado ali, não sabe como faz aquilo (incompreensível)

A9 - ... E às vezes a gente faz isso no exame também, a gente não se importa como o paciente vai se sentir naquele exame, a gente quer que ele faça pra poder diagnosticar, entendeu? É importante?

Mesmo nos momentos em que o universo fílmico não lhes pareceu tão próximo da sua realidade, os espectadores pareceram não duvidar da plausibilidade do que foi apresentado. Eles consideraram que, nesses momentos de contraste, aquilo que foi apresentado no filme tinha como referência outro contexto que não aquele por eles vivenciado cotidianamente, como o serviço de saúde privada ou sistema de saúde anglo-saxônico, estes bem diferentes do serviço público de saúde em que atuam. Nos trechos a seguir apresentamos alguns exemplos disso.

A2 - A primeira coisa que chamou atenção do filme é que assim... essa... o diagnóstico, é o momento do diagnóstico eu achei marcante. Na sequência, em todos os momentos que havia interação entre a equipe médica e os pacientes e a paciente, no caso, pelo menos, me levou à uma reflexão e aí em alguns momentos eu fiquei pensando assim, pareceu muito que é uma relação americanizada, né, não sei, eu não conheço não, mas me parece que é aquela coisa de protocolo, de seguir... uma coisa que a gente sabe... que pelo menos aqui, eu penso, que a gente

consegue humanizar um pouco mais. Em certos momentos, eu achei bastante parecido com o nosso atendimento, por exemplo, lá na Clínica Médica, chega a a turma de internos, por exemplo, olha para o paciente e fala como se não fosse realmente uma pessoa (incompreensível) ... esses momentos que eu achei bastante similar. (Linha 12)

P2 - *É. Agora, vou fazer uma pergunta assim... provocativa escutando um pouco assim na fala de vocês: vocês realmente acham que, nessa coisa da cultura, que há um gap tão grande entre nós e pessoal do Norte? Digamos assim, nessa questão da humanidade, do interesse, da dedicação... É do norte..., do hemisfério norte (risos). (Linha 38)*

A10 - *É, talvez, em relação ao nosso no HU, sim, talvez em relação ao que ouço em relação a outros hospitais, não. Entendeu? Em relação aqui, parece que tem discrepância sim. Mas em relação a outros hospitais, parece que não. Parece que aqui a gente dá muito mais atenção do que fora. No meu modo de ver. (Linha 39)*

Assim, com relação à dimensão *discriminação*, foi notável o quanto os espectadores estavam vivenciando aquela situação exibida juntamente ao personagem (por exemplo, quando se referiam aos médicos como “nós”, apesar de seu posicionamento estar mais próximo ao da enfermeira). Os personagens foram criticados como se esses fossem reais e suas ações relativamente comuns. As críticas feitas a esses personagens, com ajuda de exemplos cotidianos desses espectadores, oscilaram entre o universo fílmico e a vida real, sem apresentar qualquer contradição ou clara separação. Quando falaram do filme, os espectadores pareceram falar também de sua experiência concreta no serviço de saúde. Para isso, a estória, os recursos estéticos e os personagens não foram notados como uma construção, mas como algo similar ou coerente à realidade, um reflexo da realidade. Esse mesmo universo parece ter sido “habitado” muitas vezes pelos estudantes durante a sua experiência espectral. De fato, os estudantes utilizaram o filme e a discussão como um meio de refletir sobre as suas práticas médicas nas enfermarias em que atuam. Alguns dilemas e obstáculos dessa atuação foram destacados a partir do filme e levados aos professores para que esses lhes pudessem orientar. Isso pode ser notado nas linhas 88 e 89 quando alguns procedimentos executados pelos residentes e suas próprias dificuldades encontradas no atendimento são colocadas no centro das discussões.

A2 - *Então, tem uma cena ali que mostrou que quando ela não tá sentindo mais nada e foi fazer exame nela e no dia mesmo ela foi obrigada a falar e fazer... e essa semana eu fui tentar colher laboratório (incompreensível) eu falei: não avisei a ela que eu ia colocar a agulha, sabe, porque com médico me inibiu assim para falar... eu não queria falar pro paciente que... mas aí alguém falou e aí durante o procedimento eu fui ficando nervosa, nervosa... aí alguém falou, “nossa, ninguém falou com a paciente nem conversou com a acompanhante que aquele procedimento não era para o mal dela, era justamente para se investigar!”. Logo que eu coloquei a agulha, ela começou a contrair o braço.*

A9 - Eu tenho visto direto, residentes não fazer xilocaína no paciente, entendeu! Assim... eu não vejo uma explicação porque técnico só não pode fazer (incompreensível) porque pode cair na rede sanguínea (incompreensível) eu não sei, mas fazer (incompreensível) na corrente femoral, deve ter bastante assim.

Os estudantes demonstram sua discordância em uma situação em que observaram um estudante residente não aplicar anestésico durante a realização de um exame médico invasivo. Na sequência desse trecho, os professores e monitores esclarecem aspectos técnicos relacionados ao procedimento e sobre as vantagens de anestésiar ou não a paciente, antes de realizar tal procedimento. Essa situação significativa, em que os estudantes observaram o sofrimento do paciente e não sabiam a justificativa técnica da realização daquele procedimento, é um exemplo de questões que, de certo modo, orientaram as suas experiências espectatoriais. Situação semelhante é observada na linha 107, em que o Aluno 2 destaca, com uma estudante veterana que estava em internato na ocasião, uma dificuldade em se relacionar com os pacientes, bem como a insegurança de realizar um procedimento.

A2 - (incompreensível) no momento que eu fiz esse procedimento, a acompanhante meio que se exaltou e a interna foi meio bruta, grossa com ela sabe e eu achei assim desnecessário. E aquilo ali mesmo piorou e eu fazendo um procedimento, porque eu não trataria o acompanhante da minha paciente assim, jamais! E... e eu não... eu tenho essa difi... eu não consegui falar pra residente interna que eu não gostei da forma como eles agiram, sabe, nem com a acompanhante, nem com a paciente, sabe! De alguém está te orientando num procedimento ou ali no reduto acadêmico, você se posicionar, sabe, sendo orientado por eles sem gerar um conflito, entendeu! Discordar da forma como eles agiram sem gerar conflito com eles.

Nos últimos dois trechos destacados, os estudantes pareceram perguntar aos professores “o que fazer diante disso” e “o que fazer nessa situação”. Na linha 117 o aluno 12 expande essas demandas.

A12 - Eu acho que nesse sentido, a gente aprende muito pouco sobre isso de ir para a vida... sabe? Por que a gente não tem muito tempo. Ficamos muito nessa dessa de estudar, a vamos pegar nos livros... a gente não tem muito incentivo de ah além... além das doenças mais comuns, além das patologias, você tem que entender quais são as realidades mais comuns disso aqui. Se não conhece a Maré, não conhece a população na qual ela está inscrita... não conhece, não conhece a realidade de uma população. Isso é muito ruim na formação do médico. É uma profissão que precisa entrar em contato com todos os tipos de gente. Tem muito pouco aqui.

De alguma forma, os estudantes (re)encontraram essas questões no filme, já verbalizadas durante as aulas acompanhadas, e estas foram influentes nas leituras que produziram do filme. Essas expectativas por aprender sobre como agir em determinadas

situações mais específicas parecem se relacionar a todo o curso e na disciplina Psicologia Médica os alunos parecem buscar essas respostas. Nesse sentido, a exibição e discussão sobre o filme cumpriu papel relevante em possibilitar o reaparecimento dessas demandas por aprender como agir em situações não contempladas pelo currículo médico da universidade pesquisada.

Com base na discussão foi possível caracterizar as leituras como convergentes na dimensão *compreensão*, de aceitação na dimensão *posição* e imersas e não-distantes na dimensão *discriminação*. Para essas leituras serem produzidas, foi importante a contribuição da mediação, que buscou conectar o filme com o cotidiano da prática médica, citando casos que serviram de exemplos reais aos apresentados na ficção fílmica. Notamos que as expectativas dos estudantes no aprendizado de como agir em situações mais variadas que os exemplos dados no contexto do curso em questão, orientaram algumas perspectivas a partir das quais os estudantes se relacionaram com o filme e, por isso, influenciaram alguns sentidos por eles produzidos.

1.15.3 Análise dos questionários

Assim como fizemos com o primeiro estudo de recepção, com o filme *Um Golpe do Destino*, fizemos uso de questionários com o propósito de complementar as caracterizações das leituras empreendidas nas análises da discussão, isso a partir de uma valorização da experiência individual, e que esta fosse menos marcada pela mediação dos professores. Sete estudantes responderam aos questionários, contudo nem todos responderam a todas as questões. O questionário foi aplicado uma semana após a exibição do filme.

O objetivo da Pergunta 1 foi ter acesso à visão global que os espectadores produziram do filme e contribuir para a caracterização da dimensão *compreensão*. Para isso, a questão solicita que o espectador conte qual é a história do filme.

Pergunta 1 – Que história o filme *WIT* conta?

- | | |
|-----------|---|
| A1 | Conta a história de uma mulher diagnosticada com câncer de estágio avançado que aceita receber tratamento com um medicamento em pesquisa e não sobrevive, vivendo seus últimos meses internada. |
| A2 | O filme conta sobre a história de uma paciente terminal e seu tratamento médico sob a perspectiva da própria paciente. |
-

- A3** Uma professora que descobre um câncer agressivo e é submetida a uma terapia teste para uma equipe médica. A história demonstra seus últimos dias nessa fase terminal.
- A4** A história de uma professora com câncer de ovário, focando na relação médico-paciente na qual os médicos demonstram pouquíssima compaixão ou atenção à paciente.
- A5** Conta a história de uma professora que tinha uma neoplasia de ovário e está internada para passar por um tratamento novo, e que exige doses completas de quimioterapia. Durante esse processo de adoecimento, conta sobre a relação da equipe de saúde com a paciente, sob a perspectiva desta última.
- A6** A história de uma mulher com câncer de útero avançado e as consequências da fase terminal da doença em seu contexto familiar.
- A7** O filme conta a história do adoecimento de uma professora.

Quadro 21 - Respostas à pergunta 1

As respostas, de modo geral, afirmaram que a história trata do adoecimento de uma professora que recebe diagnóstico de câncer no ovário, se submete a tratamento experimental, vira objeto de pesquisa e morre. Nessas respostas, a especificidade da doença e do tratamento foram mais presentes do que a qualidade da atenção recebida pela paciente, aspecto este que seria mais central no filme. Por exemplo, A6 equivocadamente afirma que a paciente vivenciou a morte em contexto familiar, mas lembra corretamente que a patologia era câncer no útero. Os aspectos mais importantes no enredo da história são destacados no conjunto dessas respostas, mas foi dada maior importância aos aspectos relacionados à patologia e ao seu combate, ficando em segundo plano o adoecimento e o abandono vivenciados pela paciente no hospital. Apesar de, a exemplo da discussão, as leituras na dimensão *compreensão* também tenderem à convergência, com os dados dessa questão podemos ao menos perceber que essa convergência não foi total, uma vez que nas leituras foi dada centralidade a aspectos secundários do filme.

A Pergunta 2 teve como propósito levantar momentos do filme que foram mais significativos aos espectadores e com que aspectos das vivências desse espectador foram estabelecidas as relações de significância. Com esses dados pretendemos contribuir para melhor compreender a relação entre as leituras produzidas e as expectativas desses estudantes em relação a este filme.

Pergunta 2 – Em sua opinião, que cena foi mais marcante? Por quê?

- A1** Quando a paciente está dividindo o picolé com a enfermeira. Pois foi o primeiro momento que ela foi levada a falar sobre a consciência da sua própria morte com alguém, e sobre o que ela queria que acontecesse no fim.
- A2** A cena mais marcante foi quando a professora antiga da paciente a visita no leito hospitalar e então, a paciente (Emma Thompson), quebra a postura de força e adota fragilidade. Essa cena foi a mais marcante porque me mostrou que por mais que possamos passar por tudo sozinhos, ter um ombro amigo é sempre melhor.
- A3** Todas em que focava sua solidão/medo.
- A4** A cena da morte da paciente. Demonstra o principal interesse do médico que seria a pesquisa e não o bem-estar da paciente.
- A5** A cena em que, após a paciente ser examinada de forma mecânica pela equipe médica e queixar-se de falta de humanidade, faz uma autorreflexão de como ela se comportava em seu trabalho como professora e chega a conclusão de que também não tratava seus alunos de forma humana, compreensiva, impedindo um aluno de fazer a prova em outro dia que não aquele pré-marcado, mesmo ele contando que era pela saúde da avó.
- P.S.: O exame ginecológico também foi chocante. Agressivo, invasivo e impessoal.
- A6** A cena em que a enfermeira tomou sorvete com a personagem principal, porque foi a única que teve compaixão da situação.
- A7** A cena que mais me marcou foi uma na qual a paciente se sente excluída do conhecimento de sua própria condição de saúde no momento em que a equipe médica vai examiná-la. A paciente reclama de sua situação passiva, mas depois lembra que já esteve na posição da equipe médica quando não permitiu que um aluno mudasse a data de realização de sua prova. Cobrar uma determinada postura de alguém e lembrar que muitas vezes não temos a postura que estamos cobrando do outro.
-

Quadro 22 - Respostas à pergunta 2

Para os espectadores foram mais marcantes aquelas que os levaram a refletir sobre a compaixão, nas cenas em que a paciente experimentava acolhimento e compaixão ou da ausência total de compaixão. Assim, foram relevantes as cenas em que a protagonista pensou e falou sobre a morte, sobre a solidão que sentia nesses momentos, da falta de acolhimento por parte dos médicos, bem como as cenas em que a paciente foi acolhida por sua ex-professora e pela enfermeira. A7, por exemplo, destaca um trecho do filme em que é sugerida a conexão entre o tratamento que a protagonista ofereceu como professora e o que ela recebeu quando

paciente. Estes pontos contribuíram para melhor pensar a dimensão *compreensão*, já que na questão anterior eles foram pouco citados e aqui eles são destacados como o que foi mais marcante no filme. As cenas em que o foco esteve sobre as relações humanas nessa experiência de adoecimento/atendimento também demonstram que, apesar do filme ser sobre o “adoecimento de câncer e tratamento” (respostas mais frequentes à pergunta 1), os dramas vivenciados pela paciente em seu adoecimento foram mais significativos aos espectadores.

Esses aspectos, a compaixão ou falta dela, também foram relevantes quando a pergunta foi sobre que personagens foram mais importantes para os espectadores.

Pergunta 3 – Qual personagem mais lhe chamou a atenção? Por quê?

- | | |
|-----------|--|
| A1 | O médico que a acompanhava, pois ele não a considerava uma paciente que precisava de cuidado, mas sim como objeto parte do estudo. |
| A2 | A protagonista (Emma Thompson), porque em todo enredo ela foi a que mais se desenvolveu e me permitiu ver que muitas das coisas praticadas por nós – profissionais da saúde – podem ser maléficas. |
| A3 | Médico chefe e seu aluno favorito com a falta de “humanização” no trabalho médico. |
| A4 | A protagonista, pois o filme mostra todo o seu sofrimento muitas vezes traçando paralelos com sua vida antes do câncer. Mostrando com certa ironia um egoísmo ou narcisismo da sociedade. |
| A5 | A própria paciente, pela lucidez e análise que fez da situação. |
| A6 | O médico residente, porque seu foco era a doença e não o paciente. |
| A7 | A paciente. Pela forma como encarou o adoecimento, lidando com certa ironia e “bom humor” com as situações pelas quais estava passando. |

Quadro 23 – Respostas à pergunta 3

As respostas também se dividiram entre a crítica à atuação dos médicos e a experiência de adoecimento da paciente. O médico mais jovem, Jason Posner, chamou atenção por seu atendimento pouco humanizado e foco na doença, pois essa era o seu objeto de estudo, não a paciente. Esse personagem, médico estudante, parece ter oferecido a oportunidade de que os estudantes fizessem uma crítica que possivelmente se aplicasse a eles próprios. Vale lembrar que, na discussão, em muitos momentos em que os estudantes criticaram a atuação dos médicos no filme, eles o fizeram incluindo-se entre os criticados (“nós fazemos”), ou seja, assistiram ao filme mais como médicos/estudantes de medicina do que como pacientes. Por outro lado, apesar de se identificarem em alguma medida com o médico iniciante de atendimento pouco

humanizado, eles também experimentaram do sofrimento do adoecimento vivenciado e relatado pela paciente, Vivian, e se colocaram em alguns momentos em seu lugar. Experimentando a história da perspectiva de Vivian, eles puderam compartilhar da análise do atendimento feita por essa personagem (por exemplo, a resposta de A5) e criticar o atendimento médico, bem como o médico (por exemplo, a resposta de A2).

Explorando um pouco mais essa experiência dos espectadores a partir dos relatos e história da protagonista, na pergunta 4 solicitamos que fossem destacados os principais conflitos vivenciados por ela.

Pergunta 4 – Por quais conflitos passa a protagonista do filme?

A1 *Sem resposta.*

A2 *Sem resposta.*

A3 Medo, solidão e insegurança.

A4 Questiona como era sua personalidade, antes da doença. A falta de compaixão e atenção que recebe dos médicos. Como irá lidar com a morte?

A5 Pelo medo, pela teimosia e determinação, pela solidão, pela dor.

- A6**
- Medo da morte.
 - Relação da personagem com a equipe.
 - Conflitos pessoais (postura profissional).

A7 *Sem resposta.*

Quadro 24 –: Respostas à pergunta 4

As quatro respostas dadas a essa pergunta, além de indicarem o medo e a solidão experimentados pela personagem, também destacam a transformação pessoal pela qual ela passa. A personagem, diante do adoecimento, falta de compaixão e sentimento de abandono pelos médicos, passa por transformações de sua “personalidade”. Ou seja, a experiência de adoecimento não traz apenas mudanças físicas, traz também transformações psicológicas a essa paciente. Estas transformações da protagonista também dizem respeito às leituras na dimensão de leitura *compreensão*. Um aspecto central no significado preferencial do filme é a experiência de atendimento médico pela protagonista. Com as perguntas 5 e 6 buscamos abordar diretamente as leituras dos espectadores sobre esse ponto, especificamente.

Pergunta 5 – No filme, como é a relação da paciente com os médicos? Por quê?

- A1** De distanciamento, pois nenhuma das partes expõe o que pensa sobre o caso, e não fala abertamente sobre a gravidade da doença.
- A2** A relação médico-paciente vista no filme é uma relação distante e desnivelada em que o paciente não participa e nem é o protagonista de seu tratamento. No filme, o oncologista viu a paciente como um caso a ser estudado e não como um indivíduo doente.
- A3** Ela sabe levar todas as situações de uma forma leve, aceitando as dificuldades dos médicos em relação a falta de visão para com ela como uma pessoa e não objeto de pesquisa.
- A4** Ruim. Os médicos têm como interesse principal a pesquisa e não o bem-estar da paciente.
- A5** Estritamente profissional. Totalmente impessoal. Foram levados em conta apenas a situação biológica, a doença em si e a nova proposta de tratamento, o foco cego na pesquisa.
- A6** É uma relação distante, porque ela não sente que os médicos estão preocupados com ela.
- A7** Relação distante, fria, na qual os médicos se preocupam em oferecer unicamente tratamento para o câncer e pouco se preocupam com a forma com que a paciente está encarando o processo.
-

Quadro 25 – Respostas à pergunta 5

As respostas reforçam a percepção de que as leituras indicaram que as relações entre paciente e médicos são frias e distantes, impessoais e centralmente profissionais. Segundo os espectadores, o que importa aos médicos é a evolução da doença e que resultados que isso pode gerar para a pesquisa que eles estão desenvolvendo. Por outro lado, a paciente se coloca numa posição de aceitação de seu papel e desconfiança dos médicos que acompanham o seu caso. Assim, na visão dos espectadores, a relação se dá de modo distante tanto pela paciente como, principalmente, pelos médicos. Isso reforça a convergência das leituras ao significado preferencial na dimensão *compreensão*, ou seja, o distanciamento é produzido pelas duas partes dessa relação médico-paciente, ou seja, os médicos são os principais responsáveis pelo atendimento ruim, mas a paciente também tem seu papel nesse distanciamento.

Se as respostas à pergunta 5 trouxeram mais considerações sobre a atuação do médico, as respostas à pergunta 6 contribuíram para entender a experiência dos espectadores em relação à vivência da paciente, protagonista no filme.

Pergunta 6 – O que lhe chamou mais atenção no modo como a paciente vivencia o adoecimento?

- | | |
|-----------|---|
| A1 | A frieza, como se o adoecer, a doença, a morte e o tratamento, não fosse uma agressão, mas algo pelo qual ela devia passar. No fim, me parece que ela admite para si mesma que ela tem o direito de se sentir cansada e triste. |
| A2 | A postura crítica e autocrítica de todos em relação a doença e o processo de tratamento. |
| A3 | A tentativa de se manter forte e indestrutível em todos os momentos. |
| A4 | Uma aceitação completa ao tratamento. Nunca questionou o porquê dos procedimentos, do isolamento e se haveria outras possibilidades. |
| A5 | A lucidez. |
| A6 | Seu isolamento social inclusive no momento da morte. |
| A7 | A auto-reflexão que o adoecimento lhe proporcionou e a forma irônica com que lidava com a situação. |
-

Quadro 26 - Respostas à pergunta 6

As respostas à pergunta 6, de modo geral, destacaram o modo como a paciente lidou com o adoecimento como força, resistência, ironia, lucidez, aceitação, além de críticas e reflexões sobre seu estado. Mais especificamente, as respostas de A1, A2 e A7 destacaram o aprendizado e a transformação pela qual a paciente passou durante o seu adoecimento. Nas respostas de A1 e A4 também foi citado o modo como a paciente se sujeitou e aceitou o tratamento. Nessas respostas, o médico não apareceu como responsável pelo sofrimento da paciente, mas ela sim foi considerada como responsável por sua sujeição, seja por ela acreditar que merecia passar por isso (como uma penitência), seja pela sua necessidade de não se mostrar fraca ou pela oportunidade de aprendizado e transformação que esse adoecimento lhe traz. Explícito esse entendimento que os espectadores tiveram da protagonista, pudemos observar que eles produziram grande parte dos sentidos esperados pelo significado preferencial, mas deram mais importância à atuação do médico e não tanto à vivência de adoecimento da paciente, tanto quanto valorizaram mais as doenças e procedimentos aplicados em vez da vivência da doença pela paciente.

Com as perguntas 8, 10 e 11 pretendemos observar que tópicos da disciplina foram relacionados pelos estudantes às suas leituras. No quadro a seguir estão apresentadas as respostas.

Pergunta 8 – Com quais temas das aulas de Psicologia Médica você pode relacionar este filme?

- | | |
|-----------|--|
| A1 | Paciente terminal e relação médico-paciente. |
| A2 | Morte, relação médico-paciente, tratamento de doenças crônicas. |
| A3 | Doentes terminais; relação médico-paciente. |
| A4 | Eutanásia, paciente terminal, relação médico-paciente. |
| A5 | Relacionamento médico-paciente, comunicação de más notícias, morte. |
| A6 | Relação médico-paciente, tipos de comunicação de doença/tratamento, morte. |
| A7 | Como dar notícias ruins, como estabelecer uma boa relação médico-paciente, as diferentes relações médico-paciente, como lidar com a morte. |

Quadro 27 - Respostas à pergunta 8

As repostas tendem a uma uniformidade ao relacionar o filme às aulas que abordaram o tema morte, sobretudo a aula *Morte e assistência em caso de doença terminal*. Os desafios em lidar com a morte do paciente, desde a comunicação de más notícias até a questão da eutanásia, foram, na percepção dos alunos, aspectos das aulas que eles mobilizaram ou se referiram ao produzir os seus sentidos a partir do filme. Além disso, as respostas também são relacionadas ao objetivo mais amplo da disciplina que é a discussão das relações médico-pacientes. Esse último ponto se relaciona com as avaliações que eles produziram sobre a atuação dos médicos, sobretudo em relação ao atendimento. Como já dito, esses aspectos se mostraram centrais em alguns momentos das leituras dos espectadores.

Pergunta 10 – Você acredita que o filme contribui para você melhor compreender algum assunto das aulas de Psicologia Médica? Quais e por quê?

- | | |
|-----------|--|
| A1 | Sim, a relação médico-paciente, pois eu pude ver mais pelo lado do paciente, o quanto é importante a preocupação ao passar a informação com cuidado e carinho. |
| A2 | Sim. Morte, relação médico-paciente, pacientes crônicos. É muito fácil estudar tais temas separadamente, mas na vida real teremos sempre vários temas de aula juntos e o filme auxiliou a perceber isso e saber ao máximo, como NÃO lidar. |
| A3 | Sim. Exemplifica vários assuntos e, na minha opinião, é mais uma lição do que não fazer sendo uma sutura médica. |
| A4 | Sim. Exemplifica aulas que tivemos (ver questão 8). |
| A5 | Sim, os temas citados na questão 8, pois a situação é sempre melhor compreendida por mim quando ela é ilustrada. |
-

A6 Sim. Vide resposta 8.

A7 Sim. Acho que o filme traz um resumo dos diversos temas abordados durante o período. Visualizar, através das cenas do filme, o posicionamento da paciente, dos médicos envolvidos com o caso, traz uma praticidade que algumas vezes não é alcançada nas aulas.

Quadro 28 - Respostas à pergunta 10

Com as respostas à pergunta 10 pudemos observar que estes tópicos da disciplina aos quais os estudantes remeteram suas leituras, foram percebidos como exemplificados no filme. Segundo os estudantes o filme ofereceu exemplos às aulas, ilustrou algumas abordagens, mostrou como lidar com algumas situações e ajudou a ver como acontece na realidade. Essa percepção dos estudantes se relaciona com a demanda deles, identificada no capítulo de análise do contexto, ou seja, “como fazer” e “como agir”. Isso também nos possibilita dizer que os alunos reconheceram que o filme é pertinente à PsiMed, apesar de ser uma produção comercial. As respostas à pergunta 11 confirmam e contribuem para sustentar melhor essa percepção.

Pergunta 11 – Você considera que a disciplina contribuiu para alguma mudança na sua prática médica? Se sim, quais?

A1 Sim.

A2 Sim. Em vários pontos, mas vou citar dois pontos mais marcantes: relação médico-paciente e morte. Na morte me auxiliou muito porque tenho grandes problemas em saber a lidar com o fim da vida.

A3 Sim. Foram assuntos que ilustraram muitas vivências da prática médica cotidiana que não são abordadas durante a faculdade. Novidades; coisas que reforçaram opiniões; coisas que fizeram pensar.

A4 Sim. Ajuda a ter uma melhor relação médico-paciente.

A5 Sim, pois aponta que o exercício do se importar e ter empatia é diário e mostra o quão complexo é as relações humanas.

A6 Sim. Psicologia Médica e Medicina Interna.

A7 Sim. Me comportar melhor no ambiente das enfermarias. Se colocar mais no lugar do paciente e perceber quais as atitudes que eu gostaria/esperaria do médico se fosse eu quem estivesse internada. Procurar entender que as pessoas são diferentes, que cada um lida de uma maneira diferente com as imposições da vida e que eu devo respeitar isso.

Quadro 29 - Respostas à pergunta 11

Na percepção dos estudantes, o filme apresentou um pedaço da realidade, da vivência da prática médica, que lhes faltava para melhor compreender alguns pontos das aulas de PsiMed e lhes trouxeram, assim, respostas as suas demandas à disciplina, desde as RMP, terminalidade e empatia. Nessa perspectiva, para os estudantes, o filme teve a função de mostrar e revelar aspectos da prática médica ainda distante deles, sobretudo aqueles inerentes às relações humanas nos contextos de atenção à saúde. Assim, em alguma medida, os alunos reconheceram o filme como pertinente à disciplina, apesar deste ser uma produção comercial não destinada ao ensino.

Também é importante destacar nas respostas às perguntas 10 e 11 o grau de veracidade que os estudantes conferem às imagens do filme. O filme reflete a realidade. Isso contribui para a caracterização da dimensão *discriminação*, algo que as perguntas 7 e 9 também buscaram fazer ao se voltarem a identificar que relações os espectadores produziram entre o universo fílmico e o seu cotidiano.

Pergunta 7 – Em sua opinião, as situações apresentadas no filme podem ocorrer na vida real? Exemplifique.

A1 Sim.

A2 Claro! Vista do ponto de vista de um estudante de medicina, a história é perfeitamente plausível: nas visitas ao leito, na dissociação pessoa-doença e na gravidade da doença.

A3 Sim. Tanto no cenário da equipe médica quanto em relação à paciente.

A4 Sim. Médicos com interesses “errados” interessados em sua vida profissional.

A5 Sim, e infelizmente não é nada raro.

A6 Sim.

A7 A grande maioria. Diversas vezes eu me vi na situação dos médicos. Quando passamos o caso na frente do paciente, sem incluir o paciente nesse processo; as diversas vezes que os pacientes são manipulados, palpados por diferentes profissionais.

Pergunta 9 – Se você tivesse a oportunidade de refazer o filme, você faria algo de diferente? O quê? Por quê?

A1 *Sem resposta.*

A2 Não.

A3 *Sem resposta.*

A4 Não.

A5 Sim, a forma caricata em que trataram o comportamento de médicos e da enfermeira. Confesso que muitas vezes realmente a equipe de enfermagem é mais próxima e mais cuidadosa com o paciente do que os médicos, mas isso me incomoda porque não é uma característica minha, e gostaria que esse preconceito não fosse disseminado na mídia dessa forma.

A6 Não, pois é um ótimo exemplo e oportunidade para reflexão.

A7 Não.

Quadro 31 - Respostas à pergunta 9

Com as respostas às perguntas 8, 9 e 10 é confirmada a caracterização das leituras na dimensão *discriminação* feitas com base na análise da discussão, ou seja, as leituras tenderam à imersão e ao não distanciamento. A maior parte das respostas não traz justificativa, como foi solicitado, mas responderam positivamente sobre a coerência entre o universo fílmico e a realidade cotidiana desses espectadores, e responderam negativamente à possibilidade de modificar algo no filme, momento em que poderiam ser apontadas incoerências. A verossimilhança foi observada principalmente em relação à rotina de visita aos leitos, falta de atenção integral aos pacientes, nas relações médico-paciente, cenário e nas relações entre os integrantes da equipe médica. Chama atenção a resposta de A5 à pergunta 9 em que ela produz uma leitura negociada em que reconhece que o filme apresenta a realidade, mas essa é retratada de modo exagerado em relação à forma como são representados os personagens médicos e enfermeiros. Ele afirma que esses personagens são apresentados de modo caricato, pois consideram que todos os médicos são como os do filme, e A5 não se considera semelhante aos médicos apresentados no filme.

As respostas a essas três últimas perguntas também contribuíram para a caracterização da dimensão *posição*, no sentido que, ao expressarem sua concordância com a coerência entre o universo fílmico e a realidade, expressam suas críticas aos perfis e padrões de atitudes dos médicos, algo também feito no filme. Além disso, são criticadas as relações que os médicos desenvolvem com os pacientes, bem como com a equipe médica.

Com base na análise da discussão e das respostas aos questionários, é possível afirmar que as leituras verbalizadas pelos espectadores podem ser caracterizadas como convergentes na dimensão *compreensão*, imersas e não distantes na dimensão *discriminação*, e de aceitação na dimensão *posição*, o que resulta em uma leitura contra-hegemônica na dimensão *avaliação*, uma vez que a formação médica ainda é fortemente marcada pelo pensamento biomédico. A estrutura narrativa, a linguagem fílmica e os recursos estéticos parecem ter oferecido um universo bastante crível e próximo ao cotidiano dos espectadores, ao ponto destes, em muitos momentos, comentarem o filme como se estivessem o fazendo de dentro da história. Ao habitar esse universo fílmico, para lá transportaram suas demandas de aprendizados e críticas feitas a um perfil de médico que não valoriza a realização de atendimentos humanizados. Os espectadores compreenderam em maior parte aquilo que foi pretendido pelos produtores do filme e valorizado pelos mediadores na discussão. Para isso, apesar dos estímulos da mediação e da construção do filme que buscaram garantir que os espectadores se posicionassem próximos à perspectiva da personagem paciente, os espectadores negociaram e ocuparam papéis próximos aos profissionais de saúde que primam por um atendimento médico humanizado e integral, mas também se aproximaram do personagem que se mostram como ainda em processo de formação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa partiu do reconhecimento da PsiMed como uma disciplina do currículo médico que historicamente se apropria de filmes em suas aulas. Essa disciplina tem por missão proporcionar a formação de médicos que desenvolvam atendimento médico mais humanizado, em que sejam consideradas as dimensões psicossociais dos pacientes juntamente às biológicas. É em busca de cumprir esta missão que os filmes são apropriados nas aulas dessa disciplina. Para isso, pretende-se que, ao dramatizar situações do cotidiano médico, os filmes possam transportar aspectos dessa realidade para a sala de aula e oferecer a oportunidade de os estudantes vivenciarem, problematizarem, refletirem e discutirem a prática médica que ainda não experimentaram completamente.

Na revisão que empreendemos sobre as pesquisas que se voltam aos usos de filmes e vídeos na educação médica, observamos quatro principais tendências desses usos. A primeira diz respeito ao uso contextualizado dos filmes, ou seja, os filmes são, em maior parte, apropriados de acordo com os objetivos centrais das disciplinas em que ocorrem esses usos. A segunda tendência indica que esses filmes e vídeos são utilizados na formação de habilidades relacionais (sobretudo em como se relacionar com os pacientes) e éticas voltadas à atuação do médico e, nesse sentido, os filmes serviriam para ilustrar situações de comunicação entre médico e paciente. Além disso, também foi observada a apropriação desses recursos como meio de ilustrar casos e sintomas de doenças com a finalidade de exercitar o raciocínio diagnóstico dos estudantes. A quarta tendência se refere ao uso de filmes orientado por uma suposição de os filmes serem dotados de uma linguagem mais próxima à geração a qual os estudantes pertencem. Nessa revisão também foi destacada, com base em Rolland et al. (2012), algumas inconsistências na validade desses estudos.

Essas tendências se aproximam bastante das críticas apresentadas na problematização e no referencial teórico desta pesquisa, sobretudo aquela apresentada por Worth (1979) e aquela construída a partir de Hall (2003). Apesar dessa relevante missão dos usos de vídeos na educação médica, notamos que essas apropriações muitas vezes estão sustentadas por pressupostos que raramente são discutidos e estudados empiricamente. Ou seja, boa parte dos estudos sobre uso de filmes na educação tomam por certo que os filmes, por serem imagens, seriam dotados de um entendimento que seria psicologicamente superior às palavras e a concepção de comunicação, que geralmente orientam estas apropriações, não considera os espectadores como produtores ativos de sentidos.

Partindo da citada recorrência de usos de vídeos na PsiMed, dos objetivos que orientam essas apropriações, considerando a fragilidade dos pressupostos que sustentam tais apropriação, e considerando as dinâmicas de produção e recepção como um elemento fundamental desse processo comunicativo, nos interessou compreender as dinâmicas de negociação e produção de sentidos que ocorrem quando os filmes são apropriados nas aulas dessa disciplina. Para isso buscamos olhar para as expectativas e práticas que envolvem os usos de filmes na PsiMed, a obra audiovisual, o cotidiano da disciplina e o contexto no qual essa disciplina está inserida. Para isso, acompanhamos dois semestres da disciplina, analisamos os dois filmes utilizados (e constantes no programa da disciplina), a discussão subsequente à exibição destes filmes e aplicamos questionários a um grupo de estudantes que assistiram os filmes em questão.

Durante dois anos de produção de dados, o desenvolvimento da presente pesquisa produziu um grande volume de dados como os quais tivemos de trabalhar. O conjunto desses dados foi materializado em 60 páginas de análise fílmica das duas obras (algo em torno de quatro horas de filme) componentes desse estudo, cerca de três horas de áudio transcrito em 50 páginas, 18 questionários e relatório de acompanhamento para as 28 aulas acompanhadas. Tantos dados demandaram constante atenção e grande esforço em lidar com essa complexidade, ainda que o projeto oferecesse uma orientação bastante segura para isso. Nesse percurso, evidentemente, algumas decisões foram tomadas mediante a busca por não complexificar ainda mais o conjunto de dados, bem como tornar exequível a pesquisa no tempo proposto. Dessas decisões, talvez a mais relevante tenha sido circunscrever o estudo do contexto apenas à disciplina PsiMed e aquilo que foi observado no acompanhamento das aulas. Em estudos futuros, esperamos buscar relacionar os resultados aqui apresentados com a estrutura curricular mais ampla do curso de graduação em medicina da instituição pesquisada, bem como a estrutura curricular de outras instituições.

Se a grande quantidade de dados se apresentou em um dado momento como um obstáculo, isso também ofereceu como uma vantagem na percepção da riqueza do cotidiano da PsiMed. Foram observadas diversas demandas à disciplina, variações na utilização de vídeos e na discussão de conceitos que compõem essa disciplina. As aulas de PsiMed, no conjunto dos temas a que se voltaram, mais frequentemente voltou-se a argumentar pelo desenvolvimento de RPM mais humanas, pautadas por escutas empáticas, orientadas por parâmetros éticos, e que considerassem as determinantes sociais e históricas dos pacientes. Nesse sentido, foi central a defesa da consideração da experiência subjetiva que o paciente tem de seu adoecimento e vivência no serviço de saúde como um meio de construção da relação empática que produziria melhores RMP. Essas aulas foram, em maior parte, exposições teóricas da literatura científica

sobre os conceitos e situações abordadas. Em algumas ocasiões, essas exposições eram exemplificadas por relatos de casos vivenciados pelos próprios professores em atendimento. Essa foi a mesma lógica de utilização de vídeos e filmes pelos professores, ou seja, como ilustrações da teoria exposta. Além disso, essas aulas também contaram com discussões e dramatização de situações relacionadas aos pontos apresentados nas exposições.

A essas aulas, observamos que os alunos respondiam com questionamentos e dúvidas, que na forma de pergunta direta aos professores ou na seleção de temas para os seminários por eles apresentados, explicitaram algumas demandas destes alunos à PsiMed. A demanda mais marcante foi a pergunta recorrente após a apresentação de cada situação de atendimento: Como fazer? Como agir? Como comunicar uma má notícia ao paciente ou como agir em situações de terminalidade, por exemplo, e como agir em situações pouco comuns atendimento. Outro ponto diz respeito à saúde do médico, no caso, a própria saúde dos estudantes. Até que ponto é saudável/seguro se envolver com o paciente, com o sofrimento do paciente e como lidar com o sofrimento inerente a formação médica por eles experimentados. Esses pontos explicitaram algumas inseguranças desses estudantes em suas práticas médicas. Tais demandas não só influenciaram o desenvolvimento das discussões, foram materializadas em perguntas aos professores e em seminários pelos estudantes apresentados, mas também orientaram a produção de sentido que fizeram esses estudantes a partir dos vídeos utilizados e assistidos durante as aulas e seminários.

Durante esse ano, ao se apropriarem de vídeos, estudantes e professores adequaram suas escolhas às suposições de quem seus espectadores eram, os professores pensaram os estudantes como futuros médicos com pouca vivência de situações de atendimento e pouco interessados nos pacientes. Contudo os estudantes se reconheceram como mais experientes e resistiram a diversos pontos dos filmes apresentados. Os professores utilizaram os vídeos para ilustrar vivências distantes dos estudantes e tópicos do programa da disciplina que não seriam facilmente abordados apenas com palavras. Os estudantes utilizaram em maior parte vídeos de campanhas que reforçavam a importância dos assuntos por eles apresentados, além de trazerem vídeos que ilustraram proposições. Nos vídeos dos estudantes, foi valorizada a perspectiva dos médicos, ou como eles imaginam que seria atuar como médicos. Já os professores valorizaram os pacientes, eles gostariam que os estudantes ocupassem esse lugar, o que tem a ver com a empatia. Como espectadores, os estudantes ora resistiram aos argumentos dos vídeos, ora estabeleceram uma relação bastante próxima com a narrativa, chegando mesmo a expressar emoções por meio de choros e gargalhadas.

A mediação pelos professores se deu principalmente pelo conteúdo das aulas, e no ponto da aula em que os filmes foram inseridos, em geral, como uma ilustração a uma exposição e no fechamento de um bloco explicativo. Nesse sentido, podemos supor que os estudantes se relacionam com os vídeos como se estes fossem materiais que deveriam ser estudados, apesar dos trechos de filmes escolhidos pretenderem provocar reflexão ou proporcionar vivências de contextos ainda distantes das práticas médicas desses alunos. A mediação empreendida pelos alunos consistiu, em maior parte, de uma prévia sensibilização que destacou a relevância dos tópicos das exposições para vivência deles como médicos. Isso também se reflete nos conteúdos selecionados. Suas respostas a esses vídeos foram bastante carregadas de interesse e acompanhada por expressões de emoções.

Esses resultados, as diferenças de mediação e respostas a estas por estudantes, contribuem para se questionar a ideia corrente na literatura sobre uso de vídeos na educação, uma vez que estudantes parecem haver conseguido melhor abordar aos demais estudantes, enquanto espectadores, tarefa que não foi fácil para os professores. Essa diferença também reforça a necessidade de se considerar o papel ativo dos sujeitos envolvidos (espectadores, produtores e mediadores) nessa negociação de sentidos, como um meio de melhor se apropriar de vídeos em contextos educativos.

Com essa experiência em observar o cotidiano da disciplina e as inserções de pequenos vídeos nas aulas, voltamo-nos a estudar a aula final da disciplina em que ocupam o papel central a exibição de um filme seguida pela discussão em grupo sobre este. Para essa parte, realizamos um estudo holístico que considerou conjuntamente as obras utilizadas, as recepções destes e seu contexto.

A análise do filme *Um Golpe do Destino* permitiu, principalmente, reconhecer que os produtores buscam favorecer a identificação dos potenciais espectadores com as mudanças que ocorrem com o protagonista durante o filme. Para isso, o protagonista está sempre presente nas cenas e os principais personagens coadjuvantes parecem “personificar” algumas de suas características, facilitando a crítica a esses aspectos (da frieza e distanciamento na RMP no início, ao afeto e acolhimento no final). Dois médicos representam perfis semelhantes ao protagonista no início do filme (perfil criticado) e um representa o perfil final do protagonista (médico de RMP mais humanizada). Isso possibilita um encontro entre o protagonista do início e o do fim (Jack chega a ser “atendido por ele mesmo”). A estrutura do filme também valoriza a defesa desse perfil de médico na medida em que o filme é composto por três principais trechos nos quais o protagonista é representado, inicialmente, como um médico desumano, depois como um paciente fragilizado, e, ao final, como médico “humanizado”.

Com base nessa análise foi possível dizer que o significado preferencial do filme é uma mensagem humanista aos médicos: todo médico é um paciente e deve experimentar a posição de paciente para ser um médico melhor, mais humano, mais próximo das pessoas. Assim, defende que todo médico é um paciente, que deve ter uma conduta médica proporcional a que gostaria de receber e a melhor forma de aprender isso é experimentando a posição de paciente. Esse significado preferencial estabelece uma relação estreita com o modo de endereçamento do filme, sobretudo com as duas primeiras perguntas postas por Ellsworth (Quem esse filme pensa que é seu espectador? Quem esse filme quer que seu espectador seja?).

Como um filme voltado a públicos habitualmente consumidores de obras hollywoodianas, e não especificamente a médicos ou estudantes de medicina, o filme parece ter sido construído dentro de uma perspectiva hegemônica marcada pelo protagonismo do homem-branco-adulto-heterossexual. A inclusão, pela diretora, da dimensão familiar na estória original valorizou aspectos relacionados à vida familiar do protagonista, e os desdobramentos de sua personalidade nesse contexto. Essa adaptação em relação ao livro, mais marcadamente voltado a médicos, parece ser uma tentativa de atrair o público habitual consumidor desse gênero fílmico. Diante disso, é relevante pensar que os espectadores pretendidos para o filme são, em maior parte, pacientes em potencial que, ao assistirem ao filme, passam a experimentar a perspectiva dos médicos. De modo oposto, o livro que originou o filme pretendia que os médicos vivenciassem o papel do paciente. Esse último é mais coerente com o significado preferencial.

Com relação à segunda pergunta referente ao modo de endereçamento, é possível dizer que o filme pareceu esperar que os espectadores sejam, sobretudo, pacientes capazes de reconhecer uma boa RMP e, eventualmente, se colocarem contra, defenderem e exigirem mudanças quando tratados de maneira fria e distante. Desse modo, espera-se que os espectadores assumam uma posição crítica em relação aos personagens médicos mais frios e distantes e estabeleçam alguma identificação com o protagonista. Por outro lado, a apropriação do filme feita na disciplina de Psicologia Médica tende a valorizar um reendereço aos estudantes futuros médicos, na medida que se trata de uma antecipação de situações que poderão ocorrer no futuro desses estudantes e, nesse sentido, o filme possibilita uma prévia vivência desses aspectos.

A discussão que ocorreu após a exibição, foi mediada por dois professores e teve predominância da participação destes em tempo e frequência de fala. Os professores lançaram questões que os estudantes brevemente ponderavam e respondiam, mas não discutiam entre si. Quando os estudantes se aproximavam de algum ponto problemático e pareciam encaminhar

um debate mais direto entre si, os professores tomaram a palavra e seguiam com ponderações que pareciam buscar explicar o filme, conectando-o a algum tópico estudado na disciplina. Em alguns momentos, um dos professores chegou mesmo a dizer que leitura deveria ser feita, qual era a leitura correta. Por outro lado, os estudantes também produziram, em suas falas, diversas conexões que extrapolavam a aparente expectativa de resposta dos professores.

Nessa mediação, um dos professores fez diversas tentativas de valorizar uma leitura específica do filme, chegando mesmo a “explicar” o filme de modo a defender a percepção do paciente como um obstáculo para a boa RMP e aponta um meio de lidar com esses obstáculos. Já o outro professor, de mediação mais democrática, construiu questões a partir do filme e favoreceu a percepção do médico como o obstáculo para a boa RMP. Ambas as mediações se constituem como tentativas de reendereço, de recorte, ênfase ou alteração do significado preferencial do filme, contudo a do primeiro professor foi bem mais frequente e intensa. Nesse sentido, sobre o reendereço, é possível dizer que os professores (sobretudo o primeiro, por sua predominância) pensam que os espectadores do filme são estudantes imersos em um currículo de ênfase biomédica, com poucas oportunidades de abordar a importância da humanização da RMP, e com dificuldade de compreensão da mensagem que o filme supostamente teria a lhes passar. Sob essa ótica, os pacientes seriam obstáculos os quais a Psicologia Médica deveria ensinar a melhor superar/contornar.

Contudo, a forte mediação não foi suficiente para exercer controle sobre as leituras produzidas pelos alunos. Na maior parte das vezes, quando os mediadores se opunham ao filme, os estudantes tenderam a concordar mais com a perspectiva defendida pelo filme, resistindo às perspectivas defendidas pelos professores. Os estudantes demonstraram acreditar que o filme retrata um processo de transformação de um médico frio e distante em suas relações pessoais e profissionais que, ao se ver na posição de paciente, se sente vulnerável e percebe a distância que ele manteve das pessoas. Essa percepção provoca mudanças em sua vida pessoal e em sua prática médica, a qual ele passa a desenvolver com atenção mais humanizada aos pacientes e dos quais ele se aproxima mais (empatia, compaixão e envolvimento). Isso revela que as leituras na dimensão compreensão tenderam a ocorrer dentro do significado preferencial.

As falas dos estudantes sobre “o gosto amargo de seu próprio remédio” em relação ao protagonista do filme revelaram uma forte coerência entre o universo fílmico e aquilo que eles consideram ser a realidade, principalmente com relação à prática médica, ao passo que houve muitos momentos em que suas falas pareciam emergir do universo representado no filme. Ficou bem clara nas leituras dos alunos espectadores uma forte identificação com o protagonista, sobretudo com relação à RMP. Essa aceitação da posição defendida pelo filme superou a

tentativa de controle empreendida na mediação da discussão em que foram feitas ponderações que levassem a uma leitura negociada.

É possível afirmar que a apropriação do filme atende aos objetivos das aulas de PsiMed, uma vez que as leituras dos estudantes indicaram que a crítica à comunicação desenvolvida pelo perfil médico criticado no filme, o que foi frequente nas aulas de PsiMed. Por outro lado, apesar de também ter sido tema frequente nas aulas expositivas, o reconhecimento dos determinantes socioculturais foi pouco valorizado na leitura do filme. No entanto, esse último aspecto não impediu o desenvolvimento da empatia dos espectadores em relação aos personagens médicos mais humanos e pacientes. Assim, ainda que não em relação a todos os temas abordados nas aulas, a leitura do filme esteve fortemente mediada pelas aulas de PsiMed, chegando mesmo a transpor a tentativa de controle de um dos professores na discussão.

O estudo de recepção permitiu caracterizar as leituras dos estudantes como convergentes ao significado preferencial na dimensão compreensão, imersas e não distanciadas na dimensão discriminação e, na dimensão posição, de aceitação do posicionamento ideológico defendido pelo filme e contra hegemônica na dimensão avaliação. A forte imersão e o não distanciamento parecem ter sido determinantes para as produções das leituras. Estes dados já indicam considerações importantes sobre a não linearidade do processo comunicativo e educativo com filmes.

Assim, ao responder à terceira pergunta (Quem o espectador pensa que ele é?), é possível dizer que houve uma tendência a prevalecer o endereçamento (significado preferencial) sobre o reendereçamento (mediação), ou seja, as tentativas de controle ou adaptação empreendidas por meio da mediação dos professores não foram suficientes para modificar a abordagem que o filme faz aos espectadores. Os estudantes parecem pensar que são (futuros) médicos que precisam desenvolver uma RMP mais humana, e que (potenciais) pacientes gostariam de receber tal atendimento. Isso foi percebido na concordância dos estudantes com o argumento defendido pelo filme e na identificação deles em maior parte com o protagonista em seus dois momentos no filme (médico e paciente). Os espectadores viram os obstáculos a uma boa RMP principalmente nos médicos. Isso demonstra acordo com o filme e com a mediação do segundo professor.

Na análise do segundo filme, *Wit*, seus produtores parecem pensar que seus espectadores são habituais consumidores do gênero drama, em histórias de resistência e superação que produzem transformações aos protagonistas. Considerando a polarização no filme, em que os protagonistas e aliados são do sexo feminino e os seus opositores do sexo masculino, é possível também acreditar que o filme está mais voltado ao público feminino, este mais habitual

consumidor do gênero drama. Além disso, esse espectador pode não ter fluência no universo médico e por isso em muitos momentos a protagonista precisa explicar o que ocorre na cena. Nesse sentido, com relação à primeira pergunta do modo de endereçamento, é possível dizer que o filme pensa que seus espectadores são habituais consumidores de dramas, em maior parte mulheres, com pouco conhecimento sobre o universo médico hospitalar e que entendem essas experiências de sofrimento como oportunidade de crescimento pessoal.

Com relação à segunda pergunta do modo de endereçamento, observamos que os produtores buscaram reforçar a identificação com a protagonista, entretanto fizeram de forma mais intensa do que o que foi feito no filme *Um Golpe do Destino*. Essa personagem é apresentada em profundidade, conversa com a câmera e revela aos espectadores sua história, seus medos, dores, sentimentos e pensamentos sobre o que ocorre com ela em cada cena. Em muitos momentos a cena é filmada da perspectiva ocupada por essa personagem. E é essa personagem que o “filme parece querer que o espectador seja” (segunda pergunta sobre o modo de endereçamento), essa pessoa consciente, perspicaz, que pouco a pouco vai se entregando às emoções e aprendendo a viver de modo menos rígido, de modo mais afetuoso e empático, assim como o tratamento que esperava ter recebido dos médicos, e não recebeu. Essa personagem é praticamente a única apresentada em profundidade, enquanto os demais, médicos e enfermeiros são apresentados superficialmente, como pouco espaço para suas histórias. Eles apenas são criticados/valorizados por suas atitudes durante o atendimento médico.

É na perspectiva da protagonista que se espera que os espectadores vivenciem a jornada de sofrimento e crescimento proposto pelo filme. Ao se perceber solitária, desamparada em seu adoecer e morrer, a protagonista se deu conta de que sua inteligência não foi o suficiente para a salvar desse sofrimento e do quanto ela esperava ser acolhida nesse momento de modo mais humano e afetuoso, apesar de haver sido uma pessoa bastante fria e distante antes dessa experiência. É diante disso que enunciamos o significado preferencial da seguinte maneira: “Mesmo as pessoas frias, distantes e sagazes/inteligentes irão sentir falta de atendimento afetuoso e acolhimento quando estiverem fragilizadas e desamparadas frente à morte”. Essa parece ser uma das lições pretendidas com o filme, pelos produtores, para os espectadores imaginados.

Assim como ocorreu na exibição do filme *Um golpe do destino*, os alunos inicialmente demandaram aproximar a sala de aula a uma sala de cinema ou salas de suas casas, provavelmente um ambiente de seu habitual consumo desse tipo de mídia. A princípio, a expectativa desses sujeitos pareceu ser de que o filme iria lhes divertir, entreter, diferentemente das aulas. Risos que apareceram em momentos em que estes alunos criticaram os personagens,

sobretudo as condutas médicas dos personagens. Isso foi confirmado durante a discussão. As reações de choro apareceram principalmente na etapa final do filme, quando a protagonista vive mais intensamente o seu processo de morte.

A discussão após a exibição de *Wit* foi mediada de modo bem menos controlado que a discussão após a exibição de *Um golpe do destino*. De modo geral, os professores levantavam questões a partir do filme e as conectavam a vivências deles, seja como pacientes ou médicos. O movimento inverso também foi feito quando os estudantes relatavam exemplos de sua experiência em atendimento, esses relatos eram conectados a trechos do filme. Esse movimento de utilizar relatos e os conectar ao filme, ou conectar os filmes ao relato, pareceu ter o propósito de aproximar *quem o espectador pensa que é* de *quem o filme pensa que o espectador seja*. Assim, a mediação agiu mais no sentido de mostrar aos espectadores que eles são, ou podem ser, aquela protagonista do filme, ou seja, que se colocassem no lugar da paciente.

Contudo, apesar desse duplo esforço (do filme e da mediação), os espectadores se identificaram em maior parte com o personagem que representava um médico recém-formado, inexperiente. Eles adotaram esse posicionamento com maior frequência, ainda que recorrentemente criticassem esse personagem por suas condutas na prática médica. Quando eles criticaram o personagem, eles também criticaram as próprias condutas e demandaram esclarecimentos aos professores de como melhor agir nessas situações (o mesmo tipo de pergunta que foi recorrente nas aulas de PsiMed). Assim, foi possível dizer que os estudantes pensaram ser profissionais de saúde, que são conscientes das implicações de seus atos e também conscientes de seus limites. Isso caracterizou uma resistência às tentativas dos produtores e dos mediadores em lhes fazer ocupar em maior parte a perspectiva da paciente protagonista do filme.

Essa mediação reforçou aspectos já destacados no filme, em especial a importância do desenvolvimento de uma boa comunicação e da empatia por médicos no atendimento, e a humanização dos atendimentos médicos. Ou seja, a mediação buscou reforçar o significado preferencial do filme. Contudo, não houve uma tentativa explícita de fixar uma determinada leitura global do filme como se uma fosse a mais correta. As questões foram levantadas e discutidas sob a orientação do referencial estudado nas aulas, mas os estudantes tiveram espaço para questionar o filme, a mediação, alguns pontos das aulas e mesmo a formação em medicina.

Apesar do endereçamento ter sido em parte resistido pelos espectadores, o significado preferencial não foi. Os estudantes tenderam a produzir leituras convergentes ao significado preferencial na dimensão *compreensão*. Foi destacada em suas leituras tanto o drama vivido pela personagem, o quanto as relações humanas (falta de compaixão e empatia) são

determinantes nessa experiência de adoecimento, o quanto essa paciente se transforma com essa experiência. Da mesma forma, as atuações dos médicos no filme foram bastante criticadas. Além disso, os termos, nomes de doenças e de procedimentos foram corretamente compreendidos e facilmente rememorados pelos estudantes após a exibição do filme.

Essa riqueza de detalhes relacionados aos nomes das doenças e procedimentos, juntamente à estrutura narrativa, a linguagem e os recursos estéticos utilizados parecerem ter construído um universo fílmico bastante verossímil, bastante próximo ao cotidiano desses espectadores. Isso lhes possibilitou habitar o filme de diversas maneiras e para dentro dele levar suas demandas de aprendizados já observadas no estudo do contexto. Dentro desse universo também foi possível fazer críticas aos personagens médicos do filme, se verem como tal e, assim também, desenvolverem a autocrítica de suas atuações médicas. Esse tipo de percepção nos possibilitou inferir que as leituras na dimensão *discriminação* tenderam a ser *não-distanciadas* e *imersas*. De alguma forma, esses estudantes produziram seus sentidos de dentro do universo fílmico, ainda que esse fosse reforçado pelas próprias experiências desses estudantes.

As leituras na dimensão *discriminação* se relacionam fortemente com as leituras na dimensão *posição*, uma vez que esses espectadores, de dentro do universo fílmico, esse, aceito como real (ou muito próximo da realidade), fizeram críticas aos médicos da estória e também se criticaram como médicos. Essa crítica representa em grande parte uma adesão ao posicionamento ideológico defendido pelo filme. É curioso notar que há essa forte *aceitação* e *imersão* mesmo tendo os sujeitos se identificando em maior parte com um personagem que não foi fortemente construído para tal, o médico novato. Esse ajuste feito pelos espectadores confirma o constructo teórico apresentado por Ellsworth (2000), em que, na impossibilidade de identificação com os personagens principais da trama, os espectadores empreendem ajustes e buscam outros meios para “entrar” no universo fílmico apresentado.

Em ambos filmes, as aulas foram fortes mediadoras das leituras. Ao expressarem suas leituras dos filmes, os estudantes explicitaram as mesmas questões demandadas das aulas de PsiMed. Tais questões que foram orientadoras da experiência dos estudantes com filme. Como atender um paciente terminal? Como lidar com a morte? Como conduzir uma consulta mais humanizada? Entre outras perguntas, essas perguntas estiveram constantemente entre os interesses dos estudantes nas aulas e ao produzir sentido dos filmes estudados. É importante lembrar que os filmes não foram produzidos com a finalidade dos usos estudados nesta pesquisa, mas mesmo assim as leituras se deram dentro do contexto da educação médica. Ou seja, os filmes não foram produzidos especificamente para a produção de determinados

significados por médicos ou na educação médica. Contudo, a apropriação desses filmes nessa disciplina empreendeu modificações na obra e nas leituras produzidas a partir dela.

Nesse sentido, ambos filmes são originalmente endereçados a um público mais amplo, habitualmente consumidores de dramas e em maior parte feminino. No filme *Wit* esse último ponto é mais claro, e no filme *Um golpe do destino* isso pode ser observado nas adaptações empreendidas pela diretora que valorizou as personagens femininas em relação à estória original. Suas apropriações na PsiMed assumem um outro endereçamento, ou como trabalhamos nesse texto, um reendereçamento, que direciona esses filmes a estudantes de medicina que precisam aprender como desenvolver RMP mais humanizadas e mais pautadas pela empatia. Nesse reendereçamento, esperou-se que os estudantes fossem esses personagens que aprenderam, por meio de uma jornada de sofrimento e adoecimento, a importância de se tratar às pessoas com compaixão.

Os papéis oferecidos aos espectadores, apesar dos reforços das mediações, não foram completamente ocupados por eles. Principalmente no papel da paciente protagonista do segundo filme, os estudantes negociaram seus posicionamentos e tenderam, em maior parte, ocupar a posição do médico inexperiente. Essa posição pareceu lhes ser mais próxima. Já no primeiro filme, em que o protagonista era um médico que se torna paciente, os espectadores apenas se aproximaram desse personagem na etapa final quando ele se torna um médico que sabe o que é ser paciente e por isso desempenha RMP mais humanas. Na etapa inicial, enquanto o protagonista ainda é apresentado em maior parte como o médico pouco “humano”, os espectadores tenderam a se aproximar mais dos pacientes por ele atendidos, e da paciente que se torna sua amiga durante o tratamento do câncer.

Apesar dessas negociações em relação aos modos de endereçamento e reendereçamento, o significado preferencial foi convergente nas leituras dos espectadores. O significado preferencial das duas obras, de modo geral, é bem próximo. Nos dois filmes os significados preferenciais buscam orientar os leitores a desenvolverem relações mais empáticas em suas vidas e profissões, tratar como gostariam de ser tratados se estivessem na situação do outro. Em ambos os filmes, personagens destituídos do poder que suas profissões lhes atribuem precisam se sujeitar à passividade de ser paciente. No caso de *Wit*, a professora foi atendida por um aluno que ela havia tratado mal. Em *Um golpe do destino*, o médico foi atendido por um colega que ele havia desmerecido, mas também contou com o suporte de uma paciente do tipo que ele regularmente não tratava bem. Em ambos, os protagonistas precisaram experimentar o lugar do outro para aprender a empatia pelo outro, a bem tratar o outro.

Ambos filmes trouxeram críticas aos médicos, mas os apresentaram de modo diferente. Em *Wit*, os médicos são apresentados todos como frios, de atendimento mecanizado e com pouco interesse no paciente. O foco desses personagens era a doença, a correta realização dos procedimentos e a realização da pesquisa. Já em *Um golpe do destino*, há diferentes perfis de médico e o protagonista passa da transformação de um a outro. Há médicos de atendimento pouco humanizado e médicos com atendimento extremamente humanizado.

As mediações exerceram papéis distintos nas duas oportunidades estudadas. Na discussão do filme *Um golpe do destino*, a mediação tendeu a valorizar uma leitura mais específica do filme, explicando que leitura deveria ser feita em alguns trechos e conectando estes a tópicos da disciplina. Isso sofreu resistência dos estudantes que tenderam a fazer suas leituras mais próximas ao que o filme lhes ofereceu. Na discussão sobre o filme *Wit*, a mediação buscou reforçar o que o filme trouxe, conectando diversos trechos do filme às vivências de atendimento de professores e alunos. Apesar disso, os alunos também resistiram a aspectos do filme e da mediação, como a identificação com a protagonista. O segundo estilo de mediação se mostrou mais eficiente na valorização da experiência oferecida pelo filme, na condução e participação de todos na discussão, fortaleceu a verossimilhança do filme, mas isso não garantiu a total adesão aos pontos valorizados pelo filme e pela mediação.

Assim, os resultados desta pesquisa estão de acordo com o que Hall (2003) aponta sobre o papel ativo do espectador, que negocia constantemente os sentidos que ele produz a partir das obras audiovisuais, mobilizando seus recursos semióticos, vivências, e toda ordem de outros discursos em circulação e acessíveis a estes sujeitos. O construto teórico de Hall também foi importante na percepção que a comunicação observada na sala de aula com uso de vídeos e filmes não se restringiu a esse contexto e de modo complexo se expandiu e se apropriou de outros contextos cotidianos dos sujeitos envolvidos. Ou seja, como apontado por Hall e observado por nós nesta pesquisa, a comunicação entre estudantes e professores não se restringiu apenas ao contexto da sala de aula, sobretudo quando um filme comercial foi apropriado nesse contexto.

Como apontado por Schrøder (2000), não foi apenas o alinhamento ideológico o que influenciou para os encontros e desencontros entre as leituras pretendidas e as efetivamente feitas pelos sujeitos. Os diferentes discursos circulantes nas aulas de PsiMed, na formação médica e as vivências de estudantes e professores, foram mobilizados como recurso para a produção de sentido do filme assistido. Nesse sentido, o alinhamento ideológico foi um dos aspectos influentes, mas não o único ou sequer isolado.

As dimensões de leitura e implicação propostas por Schrøder (2000) para o estudo da recepção se mostram em maior parte eficientes em dar conta das análises empreendidas nesta pesquisa. Contudo, essas dimensões não se mostram isoladamente aos pesquisadores. Como pudemos observar, em alguns momentos, os mesmos dados eram indicadores para a caracterização de mais de uma dimensão. Este estudo conseguiu desenvolver melhor a caracterização das dimensões *compreensão, posição e discriminação*.

Apesar de não fazer parte do projeto, pela natureza complexa dos dados analisados, encontramos muitos indicadores que nos permitiram vislumbrar alguns aspectos das dimensões *implementação e motivação*. Como já dito, estudar apenas a implementação desenvolvida momentos após a experiência espectral não nos forneceria um conjunto de dados para caracterização mais segura dessa dimensão. Já a motivação talvez pudesse ter sido caracterizada se houvéssimos pensado instrumentos específicos para tal. Talvez as entrevistas em profundidade pudessem oferecer dados para isso, contudo na execução da pesquisa encontramos muita dificuldade em realizar isso uma vez que os estudantes de medicina têm sua agenda tomada pelo curso. Além disso, a definição dessa dimensão pelo autor, Schrøder (2000), não é tão clara. A dimensão motivação poderia ser algo que levou o espectador até a obra, mas também poderia ser algo ou um motivo que manteve o espectador consumindo a obra e lendo-a de um modo e não de outro²⁷. Em futuros estudos talvez pudéssemos melhor equacionar esses aspectos.

O conceito de modo de endereçamento de Ellsworth (2001) foi útil para poder compreender os modos como os filmes carregam em si orientações sobre como os espectadores “devem” se relacionar com a obra, de que perspectivas podem produzir os sentidos pretendidos, como as obras convocam os espectadores a seguir essas instruções e como os espectadores negociam seus posicionamentos nas relações produzidas com a obra. Entretanto, quando observamos esse filme sendo exibido e mediado por professores em sala de aula no contexto de uma disciplina, foi preciso ir além da produção da autora e pensar que o endereçamento também ocorre ao longo dessas outras instâncias mediadoras. Para trabalhar com esses outros endereçamentos, o nomeamos de reendereçamento, um endereçamento feito posteriormente e a partir do endereçamento original. Já estamos trabalhando com esse conceito em outras pesquisas²⁸ também desenvolvidas no Laboratório de Vídeo Educativo (NUTES).

²⁷ Esse ponto foi objeto de alguns e-mails que troquei com o autor em que ele reconhece essa limitação da dimensão e afirma que nos estudos que ele desenvolveu a dimensão motivação referiu-se apenas àquilo que motivou a escolha dos sujeitos por uma obra e não por outras.

²⁸ Audiovisual Reception In Science Education: Science Teachers' Use And Adaptation Of Videos (REZENDE FILHO, 2016).

Com os resultados apresentados, é possível nos remetermos de volta às questões que nortearam a presente pesquisa. Antes, é preciso levar em conta que essa pesquisa foi realizada em um contexto bem específico, com apenas duas turmas de estudantes de PsiMed, em dois semestres e foram estudados dois filmes. Assim sendo, os resultados aqui discutidos precisam ser compreendidos na perspectiva dos limites desta pesquisa, bem como no contexto das demais pesquisas realizadas pelo Grupo de Estudos em Recepção Audiovisual na Educação em Ciências e Saúde (GERAES), bem como as demais produções do campo.

Com relação a segunda questão (Que leituras são produzidas por estudantes a partir dos vídeos ao considerarmos as intenções e objetivos de produtores e educadores?), os resultados possibilitam afirmar que os estudantes produziram, em geral, leituras que tenderam a ocorrer dentro do significado preferencial. Contudo, essas leituras foram significativamente recortadas pelo contexto da disciplina PsiMed, ou seja, o fato de um filme comercial voltado a um público mais amplo ser exibido numa disciplina curricular de medicina, priorizou os sentidos que estivessem mais imediatamente relacionados a questões abordadas nessa disciplina. Nesse sentido, as aulas ministradas ao longo do semestre, antes da exibição dos filmes, tiveram papel mediador nas leituras produzidas a partir do filme. Entretanto, a mediação desenvolvida por professores durante a discussão após a exibição filme não foi bem-sucedida quanto tentou “controlar” as leituras que deveriam ser feitas pelos estudantes. Nessas tentativas de controle, quando houve divergência entre o que o filme apresentava e o que os mediadores da discussão pretendiam, os estudantes tenderam a concordar com o filme.

A resposta à segunda pergunta tem estreita relação com a resposta à quarta (Em que medida as modificações, manipulações e modos de uso que os professores fazem dos vídeos nas disciplinas podem privilegiar sentidos ou abordagens mais específicas de um público?). Pudemos notar que, em alguns momentos, as mediações se converteram em obstáculos, sobretudo quando buscaram prescrever que leituras deveriam ser feitas pelos estudantes. Contudo, na maior parte das vezes, ao buscar relacionar o filme com as questões da disciplina e com o cotidiano da prática médica, as mediações contribuíram para que os estudantes, dentro de suas relativas autonomias, produzissem sentidos que foram além dos sentidos esperados para o filme. Quando esse tipo de mediação ocorreu, possibilitou-se que o filme fosse apropriado de acordo com os objetivos da disciplina, que uma série de reflexões sobre a prática médica fossem produzidas na discussão e que emergissem dúvidas dos estudantes sobre como melhor desenvolver o atendimento médico.

Nesse sentido, é importante recordar que ambos filmes tiveram as leituras produzidas dentro das expectativas do significado preferencial (mesmo que não completamente), e que,

portanto, as leituras as mediações diferentes não provocaram muita diferença no que os estudantes compreenderam do filme. Como pudemos notar, em alguns pontos, os estudantes resistiram à mediação e produziram suas leituras mais proximamente aos sentidos valorizados no filme. Entretanto, a mediação teve forte influência nos modos e frequência com que os estudantes relacionaram o filme com a PsiMed, o quanto se valeram de suas experiências na disciplina para “ler” o filme e o quanto buscaram (re)pensar a prática médica a partir de sua experiência espectral.

Já em relação à terceira pergunta (Que recursos, referenciais culturais e de conhecimento são privilegiados pela disciplina PsiMed e em que medida estes são mobilizados e compartilhados por estudantes/espectadores para a produção de sentidos ao assistirem os filmes?), em um primeiro nível, foi possível perceber, como o já indicado na questão anterior, que o cotidiano da educação médica e, sobretudo, as aulas de PsiMed foi um dos principais mediadores das leituras produzidas pelos estudantes. Os tópicos estudados e as dúvidas sobre como proceder e agir em situações específicas da prática médica, já observados nas aulas acompanhadas anteriormente à exibição do filme, foram recursos constantemente observados nas verbalizações das experiências dos estudantes com o filme. As vivências de estudantes e professores, como médicos e pacientes, também foram mobilizadas com a alguma frequência nessa atividade de produção de sentido.

Os estudantes não pareceram ser influenciados pela mediação dos professores para se posicionarem de um modo específico em relação aos filmes. Se considerarmos a apropriação do filme na PsiMed como um primeiro reendereço, podemos dizer que esse logrou êxito. Como já dito, a disciplina como contexto de exibição restringiu/recortou o universo de leituras possíveis dos filmes escolhidos.

A primeira pergunta (Considerando a necessidade de melhor estudar o uso de vídeos em contextos educacionais, como a dinâmica de produção e recepção audiovisual influi, interfere, controla, guia e/ou promove o uso de vídeos nesses contextos?) é mais ampla e propositalmente foi deixada para ser respondida por último, uma vez que sua resposta abarca as respostas as demais questões. Neste estudo, em que um filme comercial, voltado a público mais amplo, é apropriado de acordo com tópicos e objetivos pedagógicos da disciplina, eles tiveram seus significados em parte mediados pelos discursos circulantes nas aulas desta disciplina, apresentaram dificuldades aos professores na tentativa de controlarem os significados específicos pretendidos pelos professores, mas, por outro lado, possibilitaram o surgimento de diversas outras questões que nem sempre foram oportunizadas ou devidamente discutidas em outros momentos da disciplina. Esse último ponto só foi possível por causa da potencialidade

do filme em interferir na centralidade do professor nas dinâmicas de ensino-aprendizagem, como aponta Martin-Barbero (2000). Os filmes levados às aulas de PsiMed portaram uma variedade maior de sentidos que pareceram complexificar a ação docente.

Por outro lado, é importante destacar que a relativa autonomia dos estudantes na produção de sentidos contribuiu para que a PsiMed pudesse se aproximar das demandas discentes que nem sempre a estrutura curricular e as aulas desta disciplina podem atender. Exatamente no instante que os estudantes “ganham” voz como espectadores, eles expressaram suas necessidades de aprendizado e reivindicaram ensinamentos que eles acreditavam lhes faltar. É evidente que a negociação de sentidos também ocorre mesmo nas aulas expositivas mais tradicionais, mas a apropriação de filmes às aulas estudadas parece não só consistir da apropriação de um conjunto de discursos, mas também de um modo de se relacionar com os tópicos estudados na PsiMed. Assim como em seus consumos cotidianos, esses jovens estudantes concordam, discordam, “curtem”, compartilham e criticam uma série de mídias, em constante diálogo, ao questionarem os pontos apresentados pelo filme e valorizados pelos professores, eles também se sentiram à vontade de discutir e questionar a própria formação médica.

Todos esses resultados nos levam a pensar que as apropriações de filmes e vídeos em contextos educativos devem ser pensados em relação aos tópicos e discursos circulantes na disciplina. Se o objetivo da disciplina passa por formar médicos que desenvolvam atendimentos humanizados, a apropriação dos filmes na PsiMed possibilitou que os estudantes produzissem uma série de sentidos e vivenciassem experiências que os levaram a repensar o seu lugar de estudantes de medicina, suas demandas e necessidades, o que lhes falta para melhor desenvolverem esses atendimentos. Essa humanização das relações, portanto, parece ter ido além das RMP para provocar reflexões sobre as relações entre alunos e professores, estrutura curricular e estudantes, médico residentes e estudante, entre outros. De alguma forma, essas reflexões podem denunciar o quanto estes estudantes podem estar sendo “desumanizados”, assujeitados, ao longo de sua formação médica, pois, algumas vezes, são alunos de médicos similares aos que tiveram a conduta criticadas durante a discussão sobre os filmes.

Além de buscarmos repetir esse estudo com sujeitos dessa mesma disciplina e universidade, esperamos com estudos futuros desenvolver estudos de recepção em outros contextos de formação, seja em outras universidades, em outros cursos da área de saúde, bem como realizar estudos com o público em geral. Com isso seria possível superar alguns limites postos a esta pesquisa e conseguir melhor pensar que aspectos foram mais relacionados ao contexto específico de recepção estudado nesta tese.

Por fim, eu gostaria de deixar aqui gravado que a oportunidade de acompanhar dois semestres da disciplina PsiMed, além da óbvia importância de imersão no contexto de pesquisa, mostrou-me a importância e luta cotidiana desta disciplina que lida com algumas das questões agudas da formação médica brasileira. Por meio do diálogo e da observação, foi possível reconhecer a realidade dos estudantes de medicina, seu sofrimento e a sua luta cotidiana para alcançar resultados e se equilibrarem entre uma forte demanda aquisição de conhecimentos teóricos, demandas relacionais e psíquicas, em que tentam não deixar de lado o seu desenvolvimento pessoal, já maior parte desses estudantes são “jovens” recém ingressados na idade adulta. Pensar a educação médica desde baixo e desde dentro, e não desde cima e de fora (como diria Eduardo Galeano), proporcionou-me pensar estes estudantes e professores para (muito) além dos artigos científicos e capítulos de livros, como fora em minha pesquisa de mestrado. E só depois de tantas páginas de análise e considerações, eu consegui entender o real sentido do uso daquele vídeo com a canção da Legião Urbana (tão familiar em minha adolescência, e que estranhei na PsiMed). Se em algum momento dessa pesquisa nos voltamos a entender o espectador estudante de medicina, em alguma medida as seguintes palavras carregam algumas chaves para entendê-lo um pouco melhor.

Todos os dias quando acordo
 Não tenho mais
 O tempo que passou
 Mas tenho muito tempo
 Temos todo o tempo do mundo

Todos os dias
 Antes de dormir
 Lembro e esqueço
 Como foi o dia
 Sempre em frente
 Não temos tempo a perder

Nosso suor sagrado
 É bem mais belo
 Que esse sangue amargo
 E tão sério
 E selvagem, selvagem
 Selvagem!

Veja o sol
 Dessa manhã tão cinza
 A tempestade que chega
 É da cor dos teus olhos

Castanhos

Então me abraça forte
 E diz mais uma vez
 Que já estamos
 Distantes de tudo
 Temos nosso próprio tempo
 Temos nosso próprio tempo
 Temos nosso próprio tempo

Não tenho medo do escuro
 Mas deixe as luzes
 Acesas agora
 O que foi escondido
 É o que se escondeu
 E o que foi prometido
 Ninguém prometeu
 Nem foi tempo perdido
 Somos tão jovens
 Tão Jovens
 Tão Jovens!

(Tempo Perdido – Legião Urbana)

REFERÊNCIAS

AHSEN, N. et al. Developing counseling skills through pre-recorded videos and role play: a pre- and post-intervention study in a Pakistani medical school. **BMC Medical Education**, 2010; 10:7

ARAGAKI, Sérgio Seiji; SPINK, Mary Jane Paris. Os lugares da psicologia na educação médica. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009.

ARROIO, A.; GIORDAN, M. O vídeo educativo: aspectos da organização do ensino. **Química Nova na Escola**, n. 24, p. 8-11, nov. 2006.

ARROIO, A; DINIZ, ML; GIORDAN, M. **A utilização do vídeo educativo como possibilidade de domínio da linguagem audiovisual pelo professor de ciências**. V Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências. Atas do V ENPEC, 2005.

ARROIO, A.; GIORDAN, M. **O vídeo educativo**: aspectos da organização do ensino. **Química Nova na Escola**, v. 24, 2004. 8-11 p.

AZER, S. et al. Nervous system examination on YouTube. **BMC Medical Education**, 2012; 12:126

BALSLEV, T. et al. Comparison of text and video cases in a postgraduate problem-based learning format. **Medical Education**, 2005; 39:1086–1092

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 19ª Ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2008.

BLASCO, P.; GALLIAN, D.; RONCOLETTA, A.; MORETO, G. Cinema para o estudante de medicina: um recurso afetivo/efetivo na educação médica. **Rev Bras Educ Med.**, 2005; 29(2):119-28.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, set. 1999.

CAVERO, J. S. Modelo comunicacional para las videoclases en las ciencias básicas biomédicas. **Educación Médica Superior**, 2011; 25(1)49-57

CEZAR, P.; GOMES, A.; SIQUEIRA-BATISTA, R. O cinema e a educação bioética no curso de graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, 2011; 35(1).

CORDEIRO, Silvia Nogueira; GIRALDO, Paulo Cesar; TURATO, Egberto Ribeiro. Questões da clínica ginecológica que motivam a procura de educação médica complementar: um estudo qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, Junho 2010.

CORTOPASSI, Andrea Christina; LIMA, Maria Cristina Pereira; GONÇALVES, Irio José. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, 2006.

DANTAS, A.A.; MARTINS, C.H; MILITÃO, M.S.R. (2011). O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 35(1), 69-76.

DEACON, D. Holism, communication and conversation: integrating media consumption and production research. **Media, Culture & Society**, 25 (2), 2003.

DE LENG, B. A.; DOLMANS, D. H. J. M.; VAN DE WIEL, M. W. J.; MUIJTJENS, A. M.; VAN DER VLEUTEN, C. P. M. How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. **Medical Education**, v.41, n.2, p.181-188, 2007.

DUARTE JR., J. F. **Fundamentos estéticos da educação**. 7 ed. São Paulo: Papyrus, 2002. 150p.

FERRÉS, J. **Vídeo e Educação**. Porto Alegre: Artmed, 2ed., 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, 17ª Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra,1987.

FUENZALIDA, Valerio. **Expectativas educativas de las audiencias televisivas**. Bogotá: Grupo Editorial Norma, 2005.

GRAMAGLIA, C. et al. Cinema in the training of psychiatry residents: focus on helping relationships. **BMC Medical Education**, 2013; 13:90

HALL, S. Codificação/Decodificação, in **Da diáspora**. Belo Horizonte: UFMG, 2003.

HODGE, R. e KRESS, G. **Social semiotics**. Ithaca, NY: Cornell Univ. Press, 1988.

JOLY, M. **Introdução à Análise da Imagem**. Campinas: Papyrus, 2001.

KLEMENC-KETIS, Z. E KERSNIK, J. Using movies to teach professionalism to medical students. **BMC Medical Education**. 2011; 11:60

LAKATOS, E. M. **Sociologia Geral**. São Paulo: Atlas,1985.

LARSON, S. A. *Wit* – A Film Review, Analysis and Interview *With* Playwright Margaret Edson JHR. **Journal of humanities in rehabilitation**. Emory University. 8 July 2015

LENG, B. et al. How video cases should be used as authentic stimuli in problem-based medical education. **Medical Education**, 2007; 41:181–188

LUCCHESI, Ana Cecilia; ABUD, Cristiane Curi; DE MARCO, Mario Alfredo. Transferências na formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, Dec. 2009.

MARCO, Mario Alfredo de. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, Apr. 2006.

MARTIN, M. **A linguagem cinematográfica**. São Paulo: Brasiliense,1990.

MARTIN-BARBERO, Jesús. Comunicação e mediações culturais. **Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, São Paulo, vol XXIII, n. 1, jan-jun. 2000.

- MINAYO, C; DESLANDES, F; GOMES, R. **Pesquisa social - Teoria, método e criatividade**. 28. ed. - Petrópolis: Vozes, 2009.
- MORLEY, D. Interpretar televisión: la audiencia de Nationwide, in MORLEY, D. **Televisión, audiencias y estudios culturales**. Buenos Aires: Amorrortu, 1996.
- MUNIZ, José Roberto e CHAZAN, Luiz Fernando. Ensino de psicologia médica. In: MELLO FILHO, Julio e cols. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2010.
- MUNIZ, José Roberto; EISENSTEIN, Evelyn. Genograma: informações sobre família na (in)formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, Mar. 2009.
- ODIN, R.A Questão do público: uma abordagem semiopragmática, in RAMOS, F. (org). **Teoria Contemporânea do Cinema – Volume II**. São Paulo: Senac, 2005.
- PASTOR JUNIOR, A. A.; REZENDE, L. A. e BASTOS, W. Recepção audiovisual na educação médica: leituras de um vídeo educativo de psicologia médica por estudantes de medicina. **Rev. bras. educ. med.** 2012, 36(4).
- PASTOR JUNIOR, A. A. **Recepção audiovisual na educação médica: leituras de um vídeo educativo de psicologia médica**. Rio de Janeiro, UFRJ. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde. Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – NUTES/UFRJ. 2012.
- PASTOR JUNIOR, A. A.; REZENDE, L.; BASTOS, W. **Recepção Audiovisual na Educação Médica: leituras de um vídeo educativo por professores de Psicologia Médica**. In: VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, 2011, Campinas. Anais do VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, 2011.
- QUINTANA, Alberto Manuel et al . A angústia na formação do estudante de medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008.
- RANCIÈRE, Jacques. The emancipated spectator. **ARTFORUM**, Londres, Mar. 2007.
- ROLAND, D. et al. Towards a conceptual framework demonstrating the effectiveness of audiovisual patient descriptions (patient video cases): a review of the current literature. **BMC Medical Education**. 2012; 12:125.
- ROSENBAUM, E. E. **A Taste Of My Own Medicine: When the Doctor Is the Patient**. Random House, 1988
- ROY, B. e McMAHON, T. Video-based cases disrupt deep critical thinking in problem-based learning. **Medical Education**, 2012; 46:426–435
- SANTOS, L. H. S. **Biopolíticas de HVI/AIDS no Brasil: Uma análise dos anúncios televisivos das campanhas oficiais de prevenção (1986-2000)**. Porto Alegre, UFRGS. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Educação. PPGE/UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2002.
- SCHRØDER, Kim Christian. Media Discourse Analysis: Researching Cultural Meanings from Inception to Reception. **Textual Cultures: Texts, Contexts, Interpretation**, v.2, n.2, 2007, p.77-99.

SCHRØDER, Kim *et. al.* **Researching Audiences**. London: Hodder Arnold, 2003.

SCHRØDER, K. Making sense of audience discourses: Towards a multidimensional model of mass media reception. **European Journal of Cultural Studies**, Sage: 2000.

SILVA, Fernanda Braga *et al.* . Atitudes frente a fontes de tensão do curso médico: um estudo exploratório com alunos do segundo e do sexto ano. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, June 2009.

SOUZA, M. F. **As campanhas governamentais e a propaganda ensinando a ser *opticamente saudável***. Canoas, ULB. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Luterana do Brasil – PPGE/ULB. 2006.

TREMARIAS, M. e VELÁSQUEZ, T. Utilización de videos didácticos como innovación en la enseñanza de la toxicología. **Educación Médica Superior**. 2009; 23(3): 38-44

UM GOLPE do destino. Direção de Randa Haines. EUA: Touchstone Pictures Studio, 1991. (122 min.), DVD, son., color. Legendado.

VALDIVIA, P. *et al.* El video como medio de enseñanza: Universidad Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela. **Educación Médica Superior**, 2007;21(2)

VANOYE, F. e GOLIOT-LÉTÉ, A. **Ensaio sobre a análise fílmica**, Campinas: Papyrus, 1994.

WEAVER, R. e WILSON, I. Australian medical students' perceptions of professionalism and ethics in medical television programs. **BMC Medical Education**, 2011; 11:50.

WIT – UMA LIÇÃO de vida. Direção de Mike Nichols. ENGLAND. HBO Enterprises, 2001.

WONG, R.; SABER, S.; MA, I.; ROBERTS, J. M. Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. **BMC Medical Education**. Fev. 2009.

WORTH, Sol. The Uses of Film in Education and Communication. *in* DAVID R. OLSON, ed., **Symbols: The forms of the expression, communication, and educations, Part I**, Seventy-third yearbook of the National Society for the Study of Education. Chicago: University of Chicago Press, 1979.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DAS AULAS DE PSIMED MINISTRADAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2014/1

| Aula | Temas | Questões levantadas por alunos | Recursos utilizados |
|--|--|--|---|
| <p>AULA 1: PSICOLOGIA MÉDICA – INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DO CURSO E AVALIAÇÃO</p> | <p>A PsiMed como o estudo de todas as dimensões implicadas na RMP, compreendendo que a RMP é um encontro sempre carregado de simbolismo;</p> <p>A PsiMed serve para potencializar a prática médica, proteger os envolvidos e compreender as peculiaridades/singularidades de cada paciente/pessoa;</p> <p>O bom médico tem empatia e práticas sérias, serenas e confiáveis;</p> <p>Formas básicas de RMP (Paternalista, cooperação e participação);</p> <p>O papel do médico é “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”.</p> | <p>Qual é a medida correta da proximidade? – Irá depender do tipo de paciente.</p> <p>Quando é necessário usar termos técnicos na RMP? – Nunca.</p> | <p>Aula expositiva num auditório;</p> <p>Utilização de projeção de slides para apresentação de conceitos, resultados de pesquisas e gráficos informativos;</p> <p>Sugestão de bibliografia;</p> |
| | <p>No momento do seminário houve a apresentação do sistema de avaliação e apresentação dos alunos, respondendo a 3 perguntas: Nome, por que escolheu a medicina, qual expectativa com a disciplina.</p> | <p>No geral, os alunos escolheram a medicina por acreditarem ter um dom/interesse nato e esperam que a disciplina facilite a prática e entendimento do paciente.</p> | <p>Discussão em grupo. A professora comenta cada resposta mobilizando experiências de sua vida profissional para exemplificar seus argumentos.</p> |
| <p>AULA 2: RMP: SEUS MODELOS NO MARCO SOCIOCULTURAL</p> | <p>O comportamento de médicos e pacientes é construído culturalmente: As diferenças socioculturais podem provocar a não adesão aos tratamentos;</p> <p>A experiência do cuidado está inscrita na história de vida de cada um;</p> | <p>Alunos argumentam que as condições de trabalho na saúde ferem os direitos dos pacientes e que estes dificilmente têm acesso/são informados de seus direitos.</p> | <p>Apresentação oral com auxílio de projeção de slides em que eram apresentados conceitos centrais ao tema e perguntas provocadoras</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Construção de identidade e personalidade se dá em duas fases: identificação primária (família) e identificação secundária (grupo mais amplo);</p> <p>As influências de aspectos socioculturais na prática médica se mostram principalmente no âmbito dos valores – dar voz aos pacientes (TCLE) e direito dos pacientes;</p> <p>Modelos de tomada de decisão médica: Paternalista, Informativo e Decisão compartilhada;</p> | | <p>direcionadas aos estudantes.</p> |
| | <p>Professor provoca uma revisão da exposição anterior questionando qual foi o título, ideia central e modelos apresentados.</p> <p>Monitor apresenta uma série de situações hospitalares e pergunta qual seria a decisão correta de acordo com cada modelo.</p> | <p>Estudantes, com certa inibição, começam a desenvolver alguns raciocínios chegando a um bom nível de discussão ao fim da atividade. O tema mais reforçado é a necessidade de empatia na RMP e qual modelo seria o mais ajustado à prática médica em geral.</p> | |
| <p>AULA 3: ADESÃO A CONDUTAS PREVENTIVAS E TERAPÊUTICAS</p> | <p>Adesão ao tratamento no caso de doenças crônicas;</p> <p>Adesão reduz a morbimortalidade relacionada à doença e amplia o sucesso do tratamento;</p> <p>A adesão ao tratamento significa o grau de coincidência entre o aconselhamento médico e o comportamento do paciente;</p> <p>Adesão significa uso de mais de 80% dos medicamentos prescritos e a taxa média de adesão é entre 43% e 78%;</p> <p>Barreiras à adesão: Pacientes (esquecimento, outras prioridades, decisão de não tomar, falta de informação e fatores emocionais), Médicos (prescrição de tratamentos complexos, falta de explicação dos benefícios do tratamento e efeitos adversos, não levar em consideração o estilo de vida do paciente, custo do medicamento,</p> | <p>Qual a relação entre os obstáculos e qualidades do tratamento?</p> <p>(Alunos tiveram pouca participação).</p> | <p>Aula expositiva num auditório;</p> <p>Utilização de projeção de slides;</p> <p>Sugestão de bibliografia (O normal e o patológico – Canguilhem);</p> <p>Relata casos ilustrativos e questiona os alunos sobre quais seriam os motivos da não adesão.</p> |

| | | | |
|---|---|---|--|
| | <p>diferenças na RMP), e Sistema de Saúde (dificuldade de acesso, dificuldade de encaminhamento, rígido protocolo de atendimento, mudança de esquema terapêutico, tratamentos caros, pagamentos de exames e consultas), Sociais (estrutura familiar, rede social, nível escolar, religiosidade, renda familiar, vínculo laboral);</p> <p>Técnicas de medição da adesão: Indiretas (Pergunta ao paciente, regularidade de idas a consultas, regularidade de retirada de remédios) e diretas (contagem de comprimidos e exames laboratoriais) – é importante não confiar em apenas uma fonte;</p> <p>Intervenção para adesão: educativa; Programa de melhora de dosagens, melhora no serviço de saúde, melhora na comunicação entre médico-paciente e equipe de saúde-paciente.</p> | | |
| | <p>Começa questionando qual foi o tema abordado na aula da semana anterior e recobra os modelos de atendimento ilustrando com relatos de casos por ela conduzidos;</p> <p>Professora propõe uma atividade de Role-Play para a interpretação improvisada de situações de RMP que envolvam os três modelos – nessas situações a professora interpreta uma paciente, os estudantes selecionados são os médicos, e o restante assiste e faz uma avaliação da cena;</p> <p>Professora complementa a experiência com o relato de casos que ilustram e complexificam o entendimento desses modelos.</p> | <p>A interpretação do médico paternalista é bastante caricata, com muitas pitadas de humor, mas mesmo assim é avaliada como muito agressiva;</p> <p>O médico do modelo de decisão compartilhada é menos caricato e aparenta ser mais sereno, o que é avaliado pelos estudantes como mais acolhedor;</p> | |
| AULA 4: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS | O título original da aula, segundo o programa era: "ASSISTÊNCIA | Aluno pergunta se há uma explicação psiquiátrica para o | Aula no estilo palestra, com projeção de slides; |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| <p>DE PACIENTES CRÔNICOS</p> | <p>EM CASOS DE DOENÇA CRÔNICA”;</p> <p>Aumento da expectativa de vida, por causa das novas técnicas diagnóstica e novos fármacos, resulta numa maior tendência de ocorrência de doenças crônicas;</p> <p>Define o que é uma doença crônica: dura mais de três ou seis meses, início insidioso, pode não ter cura, ser assintomática, cuidado permanente, possibilidade de agudizações – Exemplos: Esclerose múltipla, SIDA, LES, DAC, Esquizofrenia, etc.;</p> <p>O doente crônico (diferente de doença crônica) é aquele que independente de ter uma doença (não há sintomas), sente-se doente e faz dela sua companheira permanente, tornando-a fonte de desprazer expressada nas queixas cotidianas, ele se vitimiza;</p> <p>Exemplos de doentes crônicos: Somatizador e Hipocondríaco;</p> <p>Impacto do diagnóstico: experiência de adoecimento, experiência de adoecimento de algum familiar, conhecimento ou informação do paciente a respeito da doença, personalidade do paciente e comunicação do médico (dosar a informação transmitida), vida social do paciente;</p> <p>Reações psicológicas ante a doença: perplexidade, luto (depressão), regressão, negação, projeção, <i>Doctor Shopping</i>²⁹, pensamento mágico, aceitação;</p> <p>Coping (termo não é devidamente elucidado);</p> | <p>doente crônico e o professor diz que isso tem relação com a história do paciente;</p> <p>O aluno pergunta se ele pode receitar um placebo para um doente crônico e o professor responde que ele pode buscar ser o placebo apenas ouvindo o paciente;</p> <p>Alunos questionam o uso do termo depressão, pois acreditam ser exagerado em alguns casos;</p> <p>Alunos e professor interagem buscando os limites das proposições apresentadas comparando-as com sua experiência na enfermaria;</p> | <p>Monitor faz intervenções nas quais conta histórias (personagens da mitologia grega), relata suas experiências na enfermaria e apresenta dilemas para que os estudantes desenvolvam um raciocínio de tomada de decisão;</p> |
|------------------------------|--|--|---|

²⁹ *Doctor Shopping* consiste no ato de consultar a vários médicos em curto intervalo como meio de se certificar de um suposto diagnóstico ou prescrição e, ainda, como meio de conseguir mais prescrições médicas no caso de uma dependência química a medicamentos controlados.

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>Na atenção médica é preciso considerar as fases da vida: Infância, adolescência, adulta e velhice;</p> <p>Desafios: comunicação médico-paciente; buscar a adesão ao tratamento; relação entre médico e família do paciente, relação entre médico e equipe multiprofissional, médico e o cuidado consigo mesmo.</p> | | |
| | <p>No tempo de discussão, a professora busca organizar as datas de apresentação e entrega de trabalhos;</p> <p>Debate com os estudantes sobre como evitar transparecer sentimentos negativos na RMP;</p> <p>Professora orienta como transformar pena em compaixão pelo desenvolvimento da relação empática;</p> | <p>Os alunos seguem desenvolvendo reflexões sobre suas práticas na enfermaria à luz das teorias estudadas em sala;</p> <p>Discutem os limites da neutralidade e imparcialidade na prática médica;</p> <p>Discutem sobre a necessidade de prescrição de antidepressivos em algumas RMP, a professora diz que quase nunca é preciso;</p> | |
| <p>AULA 5: PACIENTES COM AFECÇÕES GRAVES E /OU AGUDAS: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS</p> | <p>O título original da aula, segundo o programa era: “ASSISTÊNCIA EM CASOS DE DOENÇA AGUDA. O ATENDIMENTO A PACIENTES EM UNIDADES DE EMERGÊNCIA, CORONARIANA E CTI”;</p> <p>“Revisa” com os estudantes o que é um paciente com uma afecção aguda (início súbito, evolução rápida, risco de morte e a cura deixa sequelas), e afecções graves (risco de morte, risco de lesão irreversível, sofrimento intenso) – o professor cita alguns exemplos para cada tipo, como atenção especial ao coma;</p> <p>Nessas situações muitas vezes o paciente está indefeso e não pode cooperar, o que sobressalta a conduta moral e ética irrepreensível do médico que é “o senhor da situação” (exemplo: sedação e anestesia) - Em situação de redução do nível de</p> | <p>Os estudantes assistem calados às aulas, não fazem perguntas.</p> | <p>Aula no estilo palestra, toda falada e sem apoio de recursos audiovisuais;</p> <p>O professor ilustra sua fala com relatos de casos por ele vivenciados;</p> <p>Cita casos que ele arbitrou no conselho de ética do CRM;</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>consciência, o médico deve redobrar a atenção ética e moral;</p> <p>Diante de pacientes graves e agudos, o médico deve corrigir o problema e oferecer apoio, orientação, esclarecimento e demonstrar confiança;</p> <p>O bom médico é aquele que conhece a técnica, que atende bem, recebe bem o paciente, sabe ouvir, não mente e traz a verdade de maneira palatável ao paciente;</p> <p>O bom médico também deve atender à família do paciente (acolher, ouvir, orientar, explicar), pois a família também pode trazer informações importantes sobre o paciente que, inconsciente, não poderá informar;</p> <p>A palavra chave da medicina é “Com-paixão”, sentir com;</p> <p>O paciente agudo/grave tem medo da morte, de invalidez, de sequelas e rejeição;</p> | | |
| | <p>Nas discussões a professora pede que os alunos façam um breve relato da palestra anterior;</p> <p>Ela segue acrescentando alguns pontos: “a doença aponta para a gente e faz emergir nossas fragilidades, nos faz ter consciência de nossa finitude, nos reconhecemos como seres desamparados por natureza”;</p> <p>Cada um vai lidar com a doença de acordo com sua história pessoal, cultura, grupos sociais;</p> <p>Professora ilustra as aulas com relatos sobre pacientes agudos e graves por ela atendidos;</p> <p>Professora diferencia o sentimento de pena do de compaixão;</p> | <p>Estudantes perguntam qual é a diferença entre o psicólogo e o psiquiatra – Psiquiatras utilizam de farmacologia;</p> <p>Abordam o tema Dr. Google.</p> <p>Alunos também contam casos dos quais ficaram sabendo ou leram;</p> <p>Alunos falam da relação deles com os pacientes que eles acompanham na enfermaria e como eles se envolvem emocionalmente, e como isso lhes gera certa “dor”;</p> | |

| | | | |
|--|---|---|---|
| <p>AULA 6: A PSICOLOGIA MÉDICA NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA</p> | <p>O objetivo da aula é compreender historicamente o surgimento do estudo da PsiMed;</p> <p>Na Idade Média, o médico era “quase” um xamã, dotado de poderes divinos, e a doença era considerada um desequilíbrio de 4 “humores” (sangue, muco, bile amarela e bile negra), o médico tocava bastante o paciente, era mais próximo, mas curava pouco;</p> <p>Não adianta apenas uma boa RMP, é preciso ter boa competência técnica;</p> <p>Contextualização histórica, avanços da ciência e como essas mudam a medicina (desenvolvimento técnico e aumento da expertise);</p> <p>A medicina moderna pode verificar objetivamente os fatos clínicos;</p> <p>Na Medicina moderna, a realidade clínica é o biológico porque é mensurável, já o subjetivo é pouco mensurável;</p> <p>A função do médico é decodificar o discurso de seu paciente, relacionando os seus referenciais biológicos, de modo a diagnosticar a entidade patológica;</p> <p>Medicina tradicional x Medicina moderna – Na medicina tradicional, faz-se uso de anamnese e exame físico, na medicina moderna, a tecnologia diagnóstica substitui a escuta dos sintomas subjetivos;</p> <p>Illness x Disease (patologia x perturbação);</p> <p>Apesar das conquistas tecnológicas, a medicina moderna passa por uma crise, principalmente nas RMP (pouca atenção e escuta), que abre</p> | <p>Os alunos reagem constantemente aos chistes da professora, mas, em geral, pouco participam;</p> <p>A única pergunta feita diz respeito à frequência de surgimento de doenças psicossomáticas. Essa pergunta fica sem resposta;</p> | <p>Aula no estilo palestra, com projeção de slides;</p> <p>A apresentação é bem organizada e teoricamente bem fundamentada – é um discurso acadêmico bastante marcado;</p> <p>A professora narra e encena algumas possíveis interações entre médico e paciente como meio de ilustrar alguns pontos apresentados no slide, alguns deles com um tom de humor;</p> |
|--|---|---|---|

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <p>espaço para o crescimento de medicinas não convencionais;</p> <p>Mudanças culturais trazem novas formas de lidar com a doença e com a morte (passam à esfera pública);</p> <p>Os médicos desenvolvem mecanismos de defesa (fragmentação da RMP, despersonalização, distanciamento dos sentimentos, fuga de responsabilidades e decisões);</p> <p>Movimento psicossocial surge da crítica à visão reducionista da medicina e propõe uma revisão de doença, passando a também considerar uma causalidade psíquica – Doenças Psicossomáticas;</p> <p>É no descompasso crescente entre técnica e humanismo na prática médica que a PsiMed se insere buscando reequilibrar o objetivo com o subjetivo, é um espaço de reflexão sobre algumas dificuldades do encontro na RMP;</p> | | |
| <i>Não houve discussão.</i> | | | |
| <p>AULA 7: ASSISTÊNCIA EM CASOS DE DOENÇA CRÔNICA</p> | <p>Define doença crônica e cita alguns exemplos de doenças (invalidez, esclerose, AVC) e exemplos de sequelas (demenciais, mutilação, diminuição da vida social);</p> <p>Lista vários nomes de doenças crônicas, procedimentos médicos e anatomias;</p> <p>Faz uma citação de Miguel Pereira: “não há doenças, há doentes”, a “doença tem uma história”;</p> <p>Doentes crônicos tendem a sofrer de rejeição social;</p> | <p>Alunos assistem calados e não fazem perguntas, mas se mostram bastante atentos e interessados na exposição teórica do professor;</p> | <p>Aula no estilo palestra, toda falada e sem apoio de recursos audiovisuais;</p> <p>Professor centra aula em nomes e exemplos, e ilustra sua fala com relatos de casos por ele vivenciados;</p> <p>Aula bastante curta e muito centrada nos nomes de doenças e suas características;</p> |

| | | | |
|--|--|---|---|
| | <p>A discussão fica voltada ao aluno;</p> <p>Eles são solicitados a responder um questionário que os ajudará a compreender o quão estressados estão com o curso de medicina;</p> <p>Cada resposta é bastante comentada por todos os alunos;</p> | <p>Os estudantes consideram que os principais fatores de estresse ligados à formação médica são: tempo perdido em engarrafamentos, tensão na preparação para as provas, perda de contato com grupos sociais;</p> <p>Acreditam que seu estresse afeta sua RMP, sua saúde, implica em crises emocionais, dificuldade em relaxar, consumo excessivo de alguns alimentos (café e chocolate) e Rivotril;</p> <p>-Alguns deles dizem pensar constantemente se esse “sofrimento” vale a pena;</p> <p>Uma boa parte deles diz já ter contado com auxílio psicológico durante o curso de medicina;</p> | |
| <p>AULA 8:</p> <p>PACIENTES DIFÍCEIS OU ENCONTROS DIFÍCEIS?</p> | <p>Título original: PACIENTES OU RELAÇÕES ASSISTENCIAIS DIFÍCEIS;</p> <p>Começa com uma citação de Balint em que é dito que o médico é o principal remédio de que a medicina dispõe, contudo conhece-se pouco dessa farmacologia;</p> <p>Apesar dos esforços, a RMP é um encontro sempre difícil;</p> <p>Paciente difícil é aquele que provoca no médico um sofrimento além do esperado;</p> <p>Um encontro difícil é aquele em que não há cooperação entre médico e paciente, ambos ficam insatisfeitos;</p> <p>Fatores ambientais (local de atendimento) podem produzir encontros difíceis;</p> <p>Características dos médicos, produtoras de encontros difíceis: “arrogância, falta de preparo, falta de tato e falta de cultura”;</p> <p>Para os pacientes, tornam a RMP difícil: médicos apressados, inacessíveis, indisponíveis, linguagem prolixa, não orientam devidamente e arrogância;</p> | <p>Aluno pergunta como deve agir em caso de ser preciso encaminhar um paciente. Professor responde que seria dizer que a limitação está no médico e não no paciente;</p> <p>Os alunos participam razoavelmente, principalmente quando são propostas as resoluções de RMP difíceis;</p> | <p>Aula no estilo palestra, com projeção de slides;</p> <p>Os argumentos são todos fundamentados com a apresentação de resultados de pesquisas;</p> <p>O professor apresenta casos de RMP difíceis e questiona os alunos sobre qual seria a melhor saída;</p> |

| | | | |
|--|--|---|--|
| | <p>Segundo os médicos, é a sobrecarga de trabalho, insatisfação com o trabalho, que causam tais comportamentos;</p> <p>Fatores de uma RMP difícil ligados aos pacientes: Pacientes poliqueixosos, não adesão ao tratamento, pacientes graves, pacientes infantilizados, agressivos, não sabem descrever os sintomas, trazem muitas perguntas;</p> <p>A PsiMed deve também atuar para desenvolver uma boa comunicação em situações de conflitos;</p> <p>Recomendações para encontros difíceis: ouvir o paciente com atenção e respeito, buscar identificar qual é o padrão habitual de relacionamento social da família, de forma não agressiva ajudar o paciente a reconhecer os limites impostos pelo tratamento e hospitalização, discutir o caso com a equipe, encaminhar o paciente se não houver mais alternativas;</p> <p>Os conflitos também contribuem para o crescimento do médico;</p> | | |
| <i>Não houve discussão.</i> | | | |
| <p>AULA 9: ASSISTÊNCIA A CRIANÇAS: VOCÊ TROUXE AS CANETINHAS?</p> | <p>Título original da aula: ASSISTÊNCIA À CRIANÇA;</p> <p>Para atender à criança, é preciso entender o que é ser criança;</p> <p>É preciso prestar atenção a “falta de alegria” nas crianças;</p> <p>No atendimento à criança, é importante dar mais atenção ao não dito, ao dito de outra forma;</p> <p>A criança como invenção moderna;</p> | <p>O vídeo <i>Friends</i> provoca muitos risos na turma;</p> <p>O vídeo do “Sem nome para fazer sorrir” sensibiliza alguns alunos que começam a chorar;</p> | <p>Aula no estilo palestra, com projeção de slides;</p> <p>Utilização de poesias e pinturas para ilustrar o que é ser criança, a aula é bastante “poética”, rica em metáforas;</p> <p>Professora também relata vários casos, vivenciados por ela, de atendimento a crianças;</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>As crianças também são materializações de projetos e desejos familiares;</p> <p>Em certa medida, as crianças são projeções dos pais;</p> <p>A “mãe” como uma intérprete da criança e alguém que vivencia intensamente a doença e a dor “como” o filho;</p> <p>Vídeo Friends – Família, nascimento e a perspectiva da criança;</p> <p>Lembrar que cada família apresenta suas peculiaridades;</p> <p>É importante tratar a criança com sinceridade, naturalidade e simpatia (bom-humor, atenção e eficiência);</p> <p>Crianças tem uma noção diferente de saúde e doença, pois ainda não simbolizam;</p> <p>Quando não fala, notar alterações corporais, modificações na expressão e diferenças de reação a estímulos;</p> <p>Nas maiores, notar se há humor irritadiço, explosões de contrariedade, dor abdominal, insônia e choro fácil;</p> <p>Para o atendimento: Contar com a equipe multidisciplinar, atender também a família, utilizar de abordagens psicoterápicas e manejos farmacológicos;</p> <p>Vídeo final com uma animação de fotos da apresentação do grupo de teatro “Sem nome para fazer sorrir”;</p> | | <p>Utiliza vídeos: animação do grupo de teatro "Sem Nome Para Fazer Rir", e cena de parto no seriado <i>Friends</i>;</p> |
| | <p>O momento de discussão: São exibidos três vídeos produzidos por estudantes de medicina (já veteranos);</p> <p>O primeiro questiona o modelo médico, o segundo questiona a carreira médica e as finalidades</p> | | <p>De modo geral, os estudantes compreendem os temas abordados nos vídeos, se colocam a discutir e riem das piadas.</p> <p>Estudantes concordam e se divertem, mas ainda ficam um pouco tristes ao reconhecer algumas “realidades” nos vídeos.</p> |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>do profissional de medicina e o terceiro fala da sobrecarga de estudos que tem um estudante de medicina;</p> <p>Todos os três vídeos³⁰ são produzidos no estilo paródia e com muito humor;</p> | | |
| <p>AULA 10:</p> <p>SOMATIZAÇÃO.</p> <p>ATENDIMENTO A</p> <p>PACIENTES COM QUEIXAS DIFUSAS</p> | <p>A vida orgânica tem inscrições da vida mental;</p> <p>Afetos e emoções têm inscrições orgânicas;</p> <p>Somatização tem base física e psicológica;</p> <p>A somatização é algo normal na vida humana (tremor de medo, suor de raiva, vermelho de vergonha);</p> <p>Pacientes somatizantes não têm consciência da origem dos sintomas;</p> <p>No senso comum: Hipocondríacos ou poliqueixosos;</p> <p>Pacientes somatizantes não devem ser enviados à psiquiatria;</p> <p>Esses pacientes são tão numerosos quanto os pacientes crônicos;</p> <p>Apesar de não haver lesões, disfunções, o paciente realmente sente os sintomas e não se trata de um mentiroso, chantagista ou simulador;</p> <p>Doença com forte componente emocional X Somatizantes – Na primeira há uma lesão que é agravada pelo estado emocional;</p> <p>Deve-se fazer uma boa anamnese e exame físico, dizer o que encontrou de forma clara, tentar tranquilizá-lo: “Parece ser apenas uma alteração funcional, nada crônico...”;</p> | <p>Alunos trazem algumas dúvidas a respeito de casos específicos, encontrados por eles, e o modo correto de agir;</p> <p>Aluno pergunta sobre o uso de olfativos irritativos para pacientes que simulam os desmaios e a professora não tem um posicionamento claramente perceptível sobre isso;</p> | <p>A professora indica que essa aula é uma continuação da aula ministrada no semestre anterior (M5);</p> <p>A aula é totalmente falada, sem auxílio de outros recursos;</p> <p>A aula parece uma conversa da professora com os alunos, contudo, ela fala predominantemente</p> <p>Ao fim da aula, sugere que assistam ao episódio de House que trata sobre esse tema;</p> <p>Outras observações:</p> <p>A fala é bastante flexionada o que parece conquistar simpatia e afeto da turma;</p> <p>1/3 dos estudantes está com o facebook aberto na tela de seus smartphones durante a aula da professora, o que é recorrente nas aulas e me chamou</p> |

³⁰ Esses vídeos serão analisados e sua discussão estudada em outro momento da pesquisa.

| | | | |
|--|--|--|---|
| | <p>Somatizantes Verdadeiros x Somatizantes de apresentação;</p> <p>Somatizantes verdadeiros: chegam paramentados de resultados de exames, em geral sabem o nome científico da doença que “possuem”, atuam em negação;</p> <p>Transtorno hipocondríaco – delírio de ser portador de uma doença – Em geral não procura o médico, pois tem certeza da doença que tem;</p> <p>Transtornos conversivos – a doença é convertida em alguma alteração física (paralisação motoras, sensoriais e desmaios);</p> <p>Médicos despreparados tratam os somatizantes com castigos e punições... “COVARDIA!”;</p> <p>Síndrome de Munchausen: são raros, hospitalares, o médico deve encaminhar a um psiquiatra, o paciente é bastante convincente, muito inteligente, desenvolve seu diagnóstico, manipula substâncias e sinais para alterar exames a fim de provar que estão certos;</p> | | <p>atenção apenas neste momento;</p> <p>Foi possível notar que alguns estudantes também estudavam para a prova de farmacologia;</p> |
| | <p>A discussão é principalmente dedicada a melhor entender o “Munchausen” e suas expressões no cotidiano da prática médica;</p> <p>A professora segue relatando casos que ela pode vivenciar e sobre outros dos quais ela tomou conhecimento;</p> <p>Discutem também sobre os “somatizadores normais”, sobre a importância de dar atenção à queixa, de prestar atendimento, como meio de evitar o “Dr. Shopping” (prática de ir a vários médicos até receber o diagnóstico que espera), o que facilita a atividade de charlatães;</p> | <p>Aluno diz que se sente mal em tratar alguém que ele sabe não ter “nada” – Professora o lembra que ele precisa primeiro ganhar a confiança dos pacientes para depois, se possível, mostrar que ele não padece de “problemas” físicos;</p> <p>Alunos perguntam se podem fazer uso de fármacos enquanto conquistam a confiança do paciente – Professora responde que talvez possam ser prescritos fitoterápicos, chás...;</p> <p>Estudante questiona se o paciente não se sentiria idiota se receber receita de chá ou ioga? (“Eu me sentiria!”) – Isso vai depender da relação construída, mas o importante é fazer a pessoa olhar para si;</p> | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | Alunos apresentam seminário sobre “Comunicação de más notícias”; | | |
| AULA 11: ASSISTÊNCIA NA IDADE ADULTA E NA TERCEIRA IDADE | <p>Começa fazendo uma consideração sobre a disciplina PsiMed: “Essa disciplina é diferente de outras ‘especialidades’, ela lida com questões menos objetivas, e mais ou menos mostra a importância da RMP”;</p> <p>A história é o maior recurso diagnóstico, por isso saber se comunicar é imprescindível na prática médica. Sem esse saber, todo o conhecimento técnico é suficiente;</p> <p>É importante atender com cordialidade, respeito e escuta, pois isso construirá uma sensação de acolhimento;</p> <p>A escuta é importante para colher a história;</p> <p>Em geral, o principal aspecto de um julgamento sobre a competência do médico é sua conduta na RMP;</p> <p>Para os médicos jovens é mais fácil atender a adulto, pois é mais próximo de sua faixa etária;</p> <p>Características do paciente de terceira idade: tem mais história para contar (fala mais), apresenta déficits cognitivos (importância de ouvir a família);</p> <p>Na relação com a família, pode haver dois tipos de pacientes idosos: “velho estorvo” e “velho relíquia”;</p> <p>“Velho não é criança” – não infantilizar a RMP;</p> <p>Após exibir o vídeo, solicita que os estudantes digam o que mais pode ser extraído desse vídeo;</p> | <p>Aluna discorda, pois considera que nesses casos a projeção também é maior;</p> <p>Aluna diz que é uma tendência sua tratar com maior carinho aqueles pacientes que pareçam ser mais frágeis;</p> <p>De modo geral, os estudantes acreditam que o interlocutor do vídeo foi muito radical em seu posicionamento sobre o “depósito” de idosos em asilos;</p> | <p>Aula em estilo palestra com apoio de projeção de slides;</p> <p>O professor passa de tema em tema, sempre antes fazendo um questionamento aos alunos, que buscam responder, e logo após ele “constrói” a resposta certa, articulando as respostas em direção ao que será apresentado na projeção;</p> <p>Exibe o vídeo “Um folha que cai ao céu”, e o discute brevemente;</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | | |
| <p>AULA 12: COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS</p> | <p>A oncologia é chamada, frequentemente, quando paciente ainda não sabe de seu diagnóstico;</p> <p>A má notícia é aquela informação que afeta de maneira adversa e seriamente a visão de futuro de quem recebe a notícia;</p> <p>Barreiras do paciente: desconhecimento, expectativas não realistas, medo de saber a resposta, a decisão estar nas mãos do médico;</p> <p>Barreiras do médico: tempo, preparo técnico, angústia, a decisão estar nas mãos do médico;</p> <p>Outras barreiras: analfabetismo, complexidade do tratamento, múltiplos profissionais envolvidos, diferenças culturais e religiosas;</p> <p>A não comunicação das más notícias, em geral, visa proteger o paciente, manter a esperança, respeitar a decisão do paciente de não querer saber, incapacidade de médico e paciente, sentimento de culpa;</p> <p>As más notícias devem ser dadas, pois possibilitam ao paciente um replanejamento da vida de modo a realizar planos, sonhos e desejos, cuidar de problemas financeiros, preparar família, motivos religiosos, prerrogativas de escolha, autonomia e beneficência;</p> <p>Além disso, podem minimizar danos potenciais aos pacientes, profissionais e familiares;</p> <p>Importante saber o que o paciente espera, o que ele quer;</p> | <p>Os alunos respondem ativamente aos questionamentos iniciais e logo em seguida se colocam num lugar de passividade;</p> | <p>Professor faz uma problematização inicial e os alunos se põem a discutir;</p> <p>Apresenta aula expositiva com suporte de slides projetados;</p> <p>Apresenta conceitos e modelos, ilustra com casos de sua vivência;</p> <p>Indica artigos e livros para leitura no fim da fala;</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| | <p>Dentro da má notícia há uma boa notícia – saber comunicar;</p> <p>Guias para dar as notícias: NURSE x SPIKES;</p> <p>SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Strategy);</p> | | |
| <p>AULA 13: BIOÉTICA E DIREITO</p> | <p>A ética é necessária como um meio de garantir que não façamos mal ao outro (Dalai-lama);</p> <p>Bioética surge como uma preocupação acerca do equilíbrio entre os saberes científicos, tecnológicos e humanos;</p> <p>É o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, analisadas à luz dos valores e princípios morais;</p> <p>É preciso ética para atuar onde as leis não alcançam;</p> <p>Níveis éticos: 1 - Evitar o sofrimento, 2 - Realização do bem e busca da felicidade;</p> <p>A bioética é uma ferramenta para lidar com dilemas morais da prática, com base na filosofia e no consenso;</p> <p>Princípio de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, sacralidade da vida humana, dignidade;</p> <p><i>Autonomia x Paternalismo:</i> “a única situação em que a força pode ser usada contra a comunidade, contra sua verdade, é para preservar a vida de terceiros”;</p> <p>Princípio de autonomia no código de ética médica: Art. 22 – Deixar de obter consentimento do Paciente ou Representante, Art. 15 – Ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamento de risco;</p> | <p>Os alunos parecem não demonstrar muito interesse e praticamente não dirigem perguntas ao professor;</p> | <p>Apresenta aula expositiva com suporte de slides projetados;</p> <p>Cita e comenta alguns exemplos atuais circulantes na mídia e busca relação com a prática médica;</p> |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>Beneficência: deve-se sempre buscar produzir o bem ao paciente;</p> <p>Não maleficência: não causar dano, injúria, difamação ou violação de direitos;</p> <p>Justiça: distribuir bens de acordo com a necessidade e eficiência;</p> <p>Sacralidade da vida: a vida tem valor em si mesma e deve ser levada em conta a história da pessoa quando for necessária qualquer decisão a esse respeito;</p> <p>Princípio da dignidade humana é o não-dever à vida a qualquer custo e condição.</p> | | |
| <p>AULA 14: Exibição e discussão do filme <i>UM GOLPE DO DESTINO</i></p> | | | |
| <p>AULA 15: MORTE E ASSISTÊNCIA EM CASOS DE DOENÇA TERMINAL</p> | <p>Conta a história dos mitos Hades e Perséfone, e de Esculápio, Asclépio e Quíron – Fala da morte e da arte de curar, e conclui que o ser humano se empenha numa busca tola por tentar evitar a morte;</p> <p>Então a “morte” pergunta aos alunos: Existe boa morte?</p> <p>A “morte” responde que “nem sempre a morte é a pior das escolhas, ela pode ser uma boa escolha, se houver algo pior”;</p> <p>“Como vocês gostariam de morrer?”;</p> <p>Um professor da disciplina que acompanhava a aula faz um depoimento em que expressa sua tristeza por não poder estar próximo a sua mãe quando ela fez “a passagem”;</p> <p>É exibido o vídeo “exemplo de reações de pacientes”, em que são apresentados, a partir da colagem de trechos de vários filmes</p> | <p>Os estudantes consideram que uma boa morte, “menos pior”, seria uma morte sem sofrimento;</p> <p>“Bem velhinho”, “cercado das pessoas que amo”;</p> <p>Silêncio absoluto entre os alunos após o vídeo;</p> | <p>Aula expositiva com apoio de projeção de slides;</p> <p>A professora encena como se fosse ela a morte a apresentar a aula, contudo essa fala é atenuada pela presença de vários chistes;</p> <p>A ludicidade e os chistes tornam mais leve um tema tão difícil;</p> <p>A aula conta com vídeos, vários trechos de histórias da mitologia grega, poesias e trechos de filmes;</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>(https://www.youtube.com/watch?v=W718m3jM1zU), os cinco estágios do Luto de KÜBLER-ROSS (negação, revolta, barganha, depressão e aceitação);</p> <p>A morte é um marcador cultural - nossos bisavós morreram acompanhados e nós morreremos sozinhos;</p> <p>Exibe um trecho (inicial) do filme <i>Wit</i> em que a protagonista recebe a notícia de seu grave câncer de seu médico; A professora destaca que é importante pensar que a morte é uma pausa no movimento que é a vida;</p> <p>Professora questiona se haveria uma boa morte e apresenta mais um vídeo sobre os cinco estágios; Este vídeo é uma animação de uma girafa afundando na areia movediça (https://www.youtube.com/watch?v=m-u1Kd7istI);</p> <p>O que? – A morte é a cessação absoluta das funções vitais;</p> <p>Como? - Seja honesto consigo mesmo, reconheça seus limites, em caso de grande dificuldade, peça ajuda; Fale de forma franca, clara e mantenha o contato visual com o paciente; Mantenha um local reservado e não permita interrupções durante a entrevista;</p> <p>Exibição das cenas finais de <i>WIT</i> – em que a doente recebe a visita de sua professora antes de morrer;</p> <p>São exibidos dois trechos do Filme <i>Blade Runner</i> (em um deles um androide salva o herói e depois morre); Com esses trechos a professora busca argumentar que nossas experiências com as</p> | <p>Os alunos destacam a forma fria e objetiva com que o médico dá a notícia à paciente, sem dar a oportunidade de que ela se expresse; falam de como o cotidiano fica banal frente às notícias de morte;</p> <p>O vídeo provoca muitos risos nos alunos, mas nenhuma consideração sobre o vídeo;</p> <p>Apesar de ser uma cena pretensamente triste, os alunos riem quando a professora lê um livro infantil; No fim da cena, algumas estudantes choram;</p> <p>Alunos riem ao fim do filme por ele conter uma declaração de amor embutida na legenda (amadora);</p> | |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>mortes sobreviverão nas relações que possuímos;</p> <p>(brevemente) aborda a ortotanásia – atuação correta frente à morte e a necessidade de cuidados paliativos;</p> <p>A medicina não é uma tarefa fácil, mas é uma possibilidade de encontro.</p> | | |
|--|---|--|--|

**APÊNDICE 2 - QUADRO DE ACOMPANHAMENTO DAS AULAS DE PSIMED
MINISTRADAS NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2014/2**

| Aula | Temas | Questões levantadas por alunos | Recursos utilizados |
|--|---|---|---|
| <p>AULA 1: PSICOLOGIA MÉDICA – INTRODUÇÃO E APRESENTAÇÃO DO CURSO E AVALIAÇÃO</p> | <p>A PsiMed, mais do que as aulas, é uma oportunidade de conversar com os professores sobre os seus pacientes;</p> <p>A PsiMed é mais uma postura do que uma disciplina;</p> <p>A PsiMed como o estudo de todas as dimensões implicadas na RMP, compreendendo que a RMP é um encontro sempre carregado de simbolismo (transferência);</p> <p>PsiMed ajuda no contato humano com o paciente;</p> <p>A PsiMed é a dimensão psicossocial da prática médica – “Tão importante quando conhecer a doença que o homem tem, é conhecer o homem que tem a doença” (W. Osler);</p> <p>Uma boa RMP é também importante para obter informações essenciais sobre o paciente → espaço de escuta → Um diagnóstico é feito 12% com exames físicos, 11% com exames laboratoriais e 76% em conversa;</p> <p>RMP → boas regras de educação, humildade, ética, interesse autêntico pelo paciente e disponibilidade → isso não se aprende nos livros;</p> <p>Importância das relações humanas no hospital – relação com a equipe e família;</p> <p>(antecipação das dúvidas) reflexões introdutórias sobre temas e questionamentos mais comuns dos estudantes, seguido por exemplos explanatórios: Agressividade (Como lidar com a agressividade do paciente?), sexualidade, morte e</p> | <p>Entender o vínculo com o paciente. Até onde você pode se envolver com o paciente?</p> <p>Qual é a medida correta da proximidade? – Irá depender do tipo de paciente.</p> | <p>Aula expositiva num auditório;</p> <p>Breve utilização de projeção de slides para apresentação de conceitos, resultados de pesquisas e gráficos informativos;</p> <p>Sugestão de bibliografia;</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>tipos de pacientes (sedutor, deprimido,...)</p> <p>A RMP é algo pedagógico para o médico.</p> <p>O papel do médico é “Curar algumas vezes, aliviar quase sempre, consolar sempre”.</p> | | |
| | <p>No momento do seminário houve explicação sobre a dinâmica das aulas, o propósito do espaço de discussão (espaço de escuta às vivências e link com as aulas), discussão de temas mais polêmicos;</p> <p>Apresentação do sistema de avaliação e apresentação dos alunos, respondendo a 3 perguntas: Nome, por que escolheu a medicina e qual expectativa tem em relação à disciplina</p> | <p>No geral, os alunos escolheram a medicina por acreditarem ter um dom/interesse nato, vontade de ajudar, de ser útil, história de adoecimentos e lutos marcantes na família, além de interesse no funcionamento do corpo humano; esperam que a disciplina facilite a RMP e entendimento do paciente.</p> | <p>Discussão em grupo. A professora comenta cada resposta mobilizando experiências de sua vida profissional para exemplificar seus argumentos.</p> |
| <p>AULA 2: RMP: SEUS MODELOS NO MARCO SOCIO- CULTURAL</p> | <p>A dimensão história do informar o paciente sobre sua verdade diagnóstica e de como isso é relativamente recente (1972);</p> <p>A experiência clínica é a fonte mais habitual de aprendizado dos estudantes;</p> <p>A escuta do paciente é uma fonte de aprendizado, estar no lugar ele também;</p> <p>Dados de pesquisa - 4 fatores mais considerados na hora de comunicar ou não o diagnóstico de câncer ao paciente – Idade, desejo da família, estabilidade emocional e inteligência;</p> <p>As influências de aspectos socioculturais na prática médica se mostram principalmente no âmbito dos valores – dar voz aos pacientes (TCLE) e direito dos pacientes;</p> <p>Questões reflexivas/problematizadoras: A</p> | <p>A vontade da mãe não prevalece sobre a da criança em comunicar ou não o diagnóstico ao paciente? – Sim.</p> <p>Devo chamar um psiquiatra para ajudar a contar um diagnóstico ao paciente? – Se você estiver inseguro, pode chamar um colega.</p> <p>Se for um paciente adulto, e a família não queria que ele saiba do diagnóstico, devo contar? – Deve comunicar ao paciente, pois isso é ético.</p> <p>Os alunos constroem outras tantas questões, focadas em exemplos, a partir das questões reflexivas.</p> | <p>Apresentação oral com auxílio de projeção de slides em que eram apresentados conceitos centrais ao tema, quadros e gráficos comparativos, e perguntas provocadoras direcionadas aos estudantes.</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>mudança em comunicar o diagnóstico ao paciente está sendo acompanhado de um suporte emocional pelos médicos? Agora que dizemos mais, estamos também ouvindo mais? Estão os médicos abdicando da responsabilidade e julgar se o momento de comunicar o diagnóstico é apropriado? Devem os pacientes ter o direito de querer não saber?</p> <p>Modelos de tomada de decisão médica: Paternalista, Informativo e Decisão compartilhada;</p> <p>Exemplos clínicos e a tomada de decisão.</p> <p>Autonomia e responsabilidade do paciente x conhecimento do seu diagnóstico.</p> | | |
| | <p>Discussão em grupo de três textos distribuído pelo professor.</p> <p>O primeiro texto é sobre os três modelos de tomada de decisão e como situações podem demandar esses modelos especificamente, pois nem sempre o paciente será capaz de tomar decisões, mas o ideal é a decisão compartilhada.</p> <p>O segundo texto é sobre comunicação do diagnóstico a pacientes de oncologia e de como a postura desses pacientes muitas vezes demanda uma atitude paternalista, mas como a RMP é relacionada a individualidade de cada paciente e de sua personalidade.</p> <p>O terceiro texto é uma revisão sobre a comunicação do médico ao paciente em que é destacada a necessidade de dosar e parcelar a comunicação ao paciente.</p> <p>Professor aproveita a oportunidade para sugerir a dinâmica de Roleplay para as próximas aulas.</p> | | <p>Os estudantes discutem o texto e tentam o relacionar com exemplos que conhecem ou vivenciaram demandando respostas. Boa parte dessas questões são respondidas.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| <p>AULA 3: A PSICOLOGIA MÉDICA NA FORMAÇÃO DO ESTUDANTE DE MEDICINA</p> | <p>A PsiMed ensina o que antes a prática ensinava a partir da convivência com os mais velhos.</p> <p>A aula tem o objetivo de explicar como a medicina historicamente chega a esse a necessidade de ter que ensinar RMP.</p> <p>O objetivo da aula é compreender historicamente o surgimento do estudo da PsiMed;</p> <p>Na Idade Média, o médico era “quase” um sacerdote, dotado de poderes divinos, e a doença era considerada um desequilíbrio de 4 “humores” (sangue, muco, bile amarela e bile negra), o médico tocava bastante o paciente, era mais próximo, mas curava pouco;</p> <p>Avanços na medicina: patologia celular, método experimental, descoberta dos micro-organismos</p> <p>Não adianta apenas uma boa RMP, é preciso ter boa competência técnica;</p> <p>Contextualização histórica, avanços da ciência e como essas mudam a medicina (desenvolvimento técnico e aumento da expertise);</p> <p>A medicina moderna pode verificar objetivamente os fatos clínicos;</p> <p>Na Medicina moderna, a realidade clínica é o biológico porque é mensurável, já o subjetivo é pouco mensurável;</p> <p>A função do médico é decodificar o discurso de seu paciente, relacionando os seus referenciais biológicos, de modo a diagnosticar a entidade patológica;</p> <p>Medicina tradicional x Medicina moderna – Na medicina tradicional, faz-se uso de anamnese e exame físico, na medicina moderna, a</p> | <p>Os alunos reagem constantemente aos chistes da professora, mas, em geral, pouco participam;</p> <p>Um aluno faz uma intervenção no sentido de destacar que a medicina evoluiu para uma objetificação do paciente.</p> | <p>-Aula no estilo palestra, com projeção de slides, com algum diálogo, mas conduzida principalmente pela apresentação de slides;</p> <p>A apresentação é bem organizada e teoricamente bem fundamentada – é um discurso acadêmico bastante marcado;</p> |
|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| | <p>tecnologia diagnóstica substitui a escuta dos sintomas subjetivos;</p> <p>Illness x Disease (patologia x perturbação);</p> <p>Apesar das conquistas tecnológicas, a medicina moderna passa por uma crise, principalmente nas RMP (pouca atenção e escuta), que abre espaço para o crescimento de medicinas não convencionais;</p> <p>Mudanças culturais trazem novas formas de lidar com a doença e com a morte (passam à esfera pública);</p> <p>Os médicos desenvolvem mecanismos de defesa (fragmentação da RMP, despersonalização, distanciamento dos sentimentos, fuga de responsabilidades e decisões);</p> <p>Movimento psicossocial surge da crítica à visão reducionista da medicina e propõe uma revisão de doença, passando a também considerar uma causalidade psíquica – Doenças Psicossomáticas;</p> <p>É no descompasso crescente entre técnica e humanismo na prática médica que a PsiMed se insere buscando reequilibrar o objetivo com o subjetivo, é um espaço de reflexão sobre algumas dificuldades do encontro na RMP;</p> | | | |
| | <p>Primeiramente foi realizada uma dinâmica de aquecimento com estudantes. Em seguida a turma é separada em dois grupos e é solicitado que um grupo elabore e prepare com colega para atuar como um médico que opere dentro do modelo paternalista e o outro grupo deveria preparar um atendimento dentro do modelo de decisão compartilhada. O professor desenvolve o papel de um paciente que irá ao consultório receber o diagnóstico de câncer, e os alunos devem tentar improvisar nessas</p> | <p>A dinâmica mobiliza muitos questionamentos e dúvidas por parte dos alunos, tanto os que atuaram quanto os que observaram. Esses questionamentos foram discutidos em seguida.</p> <p>Entre outras, as dúvidas, em maior parte, diziam a respeito de como conversar com o paciente. As perguntas eram a respeito de como se deveria interromper a fala de paciente e se deveriam conduzir a conversa ou não.</p> | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>situações, de acordo ao modelo do grupo ao qual pertencem.</p> <p>Ao fim, o professor conta o caso real no qual teria sido inspirado esse apresentado a eles.</p> | | |
| <p>AULA 4: ADESÃO AO TRATAMENTO NO CONTEXTO DE DOENÇAS CRÔNICAS</p> | <p>O professor apresenta um caso exemplo de não adesão ao tratamento de tuberculoso, então pergunta aos alunos que estratégias poderiam ser adotadas para garantir a adesão do paciente ao tratamento.</p> <p>A adesão não é linear, é complexa e depende de muitas variáveis.</p> <p>A adesão aos tratamentos impacta na redução da morbimortalidade</p> <p>A adesão ao tratamento significa o grau de coincidência entre o aconselhamento médico e o comportamento do paciente;</p> <p>Adesão significa uso de mais de 80% dos medicamentos prescritos e a taxa média de adesão é entre 43% e 78%;</p> <p>Barreiras à adesão: Pacientes (esquecimento, outras prioridades, decisão de não tomar, falta de informação e fatores emocionais), Médicos (prescrição de tratamentos complexos, falta de explicação dos benefícios do tratamento e efeitos adversos, não levar em consideração o estilo de vida do paciente, custo do medicamento, diferenças na RMP), e Sistema de Saúde (dificuldade de acesso, dificuldade de encaminhamento, rígido protocolo de atendimento, mudança de esquema terapêutico, tratamentos caros, pagamentos de exames e consultas), Sociais (estrutura familiar, rede social, nível escolar, religiosidade, renda familiar, vínculo laboral);</p> <p>Técnicas de medição da adesão: Indiretas (Pergunta ao paciente, regularidade de idas a consultas,</p> | <p>Os alunos não fizeram perguntas ao professor.</p> | <p>Aula expositiva num auditório;</p> <p>Utilização de projeção de slides;</p> <p>Sugestão de bibliografia (O normal e o patológico – Canguilhem);</p> <p>Relata casos ilustrativos e questiona os alunos sobre quais seriam os motivos da não adesão.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>regularidade de retirada de remédios) e diretas (contagem de comprimidos e exames laboratoriais) – é importante não confiar em apenas uma fonte. Outra forma de controlar é regular as idas às consultas e a frequência de retirada de medicamentos na farmácia. Para a medir a adesão, o ideal é utilizar dois métodos.</p> <p>Intervenção para adesão: educativa; Programa de melhora de dosagens, melhora no serviço de saúde, melhora na comunicação entre médico-paciente e equipe de saúde-paciente.</p> | | |
| | <p>Professor pergunta se os alunos gostariam de discutir um caso que eles acompanham no hospital. Os alunos pedem para discutir um caso que todos eles acompanham no hospital.</p> <p>Professor comenta o caso utilizando, além da teoria, exemplos de casos por ele atendidos.</p> | | |
| <p>AULA 5: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE PACIENTES CRÔNICOS</p> | <p>O título original da aula, segundo o programa era: “ASSISTÊNCIA EM CASOS DE DOENÇA CRÔNICA”;</p> <p>Aumento da expectativa de vida, por causa das novas técnicas diagnóstica e novos fármacos, resulta numa maior tendência de ocorrência de doenças crônicas;</p> <p>Define o que é uma doença crônica: dura mais de três ou seis meses, início insidioso, evolução prolongada, cuidado permanente, controlável, possibilidade de agudizações – Exemplos: Esclerose múltipla, SIDA, LES, DAC, Esquizofrenia, etc.;</p> <p>O doente crônico (diferente de doença crônica) é aquele que independente de ter uma doença (não há sintomas), sente-se doente e faz dela sua companheira permanente, tornando-a fonte de</p> | <p>Aluno pergunta se há uma explicação psiquiátrica para o doente crônico e o professor diz que isso tem relação com a história do paciente;</p> <p>O aluno pergunta se ele pode receitar um placebo para um doente crônico e o professor responde que ele pode buscar ser o placebo apenas ouvindo o paciente;</p> <p>Alunos questionam o uso do termo depressão, pois acreditam ser exagerado em alguns casos;</p> <p>Alunos e professor interagem buscando os</p> | <p>Aula no estilo palestra, com projeção de slides;</p> <p>Monitor faz intervenções relatando casos por ele vivenciados.</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>desprazer expressada nas queixas cotidianas, ele se vitimiza;</p> <p>Professor pergunta aos alunos o que fazer com um paciente doente crônico. Ele destaca que não se deve prescrever, nem pedir exames novamente, mas também não se pode fortificar a vontade do paciente ter a doença. Se o médico não souber lidar com essa queixa, o paciente irá buscar outro médico.</p> <p>O professor cita dois exemplos de doentes crônicos, Somatizadores e hipocondríacos, e os explica.</p> <p>Impacto do diagnóstico: experiência de adoecimento, experiência de adoecimento de algum familiar, conhecimento ou informação do paciente a respeito da doença, personalidade do paciente e comunicação do médico (dosar a informação transmitida), vida social do paciente;</p> <p>Reações psicológicas ante a doença: perplexidade, luto (depressão), regressão, negação, projeção, <i>Doctor Shopping</i>, pensamento mágico, aceitação;</p> <p>coping (termo não é devidamente elucidado);</p> <p>Doctorshopping → buscar vários médicos de modo a confirmar a doença.</p> <p>Na atenção médica é preciso considerar as fases da vida: Infância, adolescência, adulta e velhice;</p> <p>Desafios: comunicação médico-paciente; buscar a adesão ao tratamento; relação entre médico e família do paciente, relação entre médico e equipe multiprofissional, médico e o cuidado consigo mesmo.</p> | <p>limites das proposições apresentadas comparando-as com sua experiência na enfermagem;</p> | |
| | <p>Similar ao ocorrido na aula 3, é desenvolvida uma dinâmica de Role Play em que os alunos precisam lidar</p> | <p>Após à dinâmica, os estudantes discutem suas dificuldades nesses casos.</p> | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | com pacientes bem e mal aderidos ao tratamento. | | |
| AULA 6: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS EM QUADROS AGUDOS | <p>Revisa os modelos de RMP: Submissão, cooperação... e afirma que, quando anestesiado, o médico dispõe da submissão total do paciente.</p> <p>Negligência, imperícia e imprudência também são problemas de RMP, mesmo com o paciente inconsciente. O professor cita um caso-exemplo.</p> <p>Na total submissão do paciente, o médico deve agir rapidamente e com competência técnica.</p> <p>Os estados emocionais complicam os estados graves, é preciso tranquilizar o paciente. O medo da morte e da invalidez mobilizam muito o estado emocional do paciente.</p> <p>Quanto mais grave o quadro do paciente, mais importante o apoio da família, por isso é importante orientar e ajudar a família a entender o que está acontecendo. Também é importante cuidar da comunicação com o paciente e a família.</p> <p>Conta vários casos para exemplificar.</p> | Os estudantes assistem calados às aulas, não fazem perguntas. | <p>Aula no estilo palestra, toda falada e sem apoio de recursos audiovisuais;</p> <p>O professor ilustra sua fala com relatos de casos por ele vivenciados;</p> <p>-Cita casos que ele arbitrou no conselho de ética do CRM;</p> |
| | <p>O espaço é utilizado para a discussão de questões vivenciadas pelos estudantes na enfermaria.</p> <p>Conversam sobre o caso do colega que está muito doente.</p> <p>Professor relata alguns casos de sua experiência profissional.</p> | Os estudantes demandam orientações sobre como lidar com um paciente com dificuldade em estar com "traqueostomia". O professor orienta que se converse com o paciente sobre o seu incômodo e aborrecimento. | Alunos seguem discutindo outros casos similares que demandam mais reflexão. |
| AULA 7: ASSISTÊNCIA À CRIANÇA | <p>Título original da aula: ASSISTÊNCIA À CRIANÇA;</p> <p>Objetos, imagens e brinquedos ajudam na aproximação com a criança.</p> | O vídeo Friends provoca muitos risos na turma (segundo o professor o vídeo tinha o objetivo de divertir e ilustrar o que estava sendo tratado, quebrar a tristeza característica | <p>Aula no estilo palestra, com projeção de slides;</p> <p>Utilização de poesias e pinturas para ilustrar o que é</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>Doença fantasia a doença como castigo.</p> <p>Crianças não verbalizam facilmente o que estão sentindo, isso dificulta a ação do médico.</p> <p>Para atender à criança, é preciso entender o que é ser criança;</p> <p>É preciso prestar atenção a “falta de alegria” nas crianças;</p> <p>No atendimento à criança, é importante dar mais atenção ao não dito, ao dito de outra forma;</p> <p>A infância como invenção moderna;</p> <p>A “mãe” como uma intérprete da criança e alguém que vivencia intensamente a doença e a dor “como” o filho;</p> <p>Vídeo Friends – Família, nascimento e a perspectiva da criança;</p> <p>Lembrar que cada família apresenta suas peculiaridades;</p> <p>É importante tratar a criança com sinceridade, naturalidade e simpatia (bom-humor, atenção e eficiência);</p> <p>Considerar as fases de desenvolvimento da criança e suas peculiaridades.</p> <p>Quando não fala, notar alterações corporais, modificações na expressão e diferenças de reação a estímulos;</p> <p>Nas maiores, notar se há humor irritado, explosões de contrariedade, dor abdominal, insônia e choro fácil;</p> <p>Para o atendimento: Contar com a equipe multidisciplinar, atender também a família, utilizar de abordagens psicoterápicas e manejos farmacológicos;</p> <p>Vídeo final com uma animação de fotos da apresentação do grupo de teatro “Sem nome para fazer sorrir”;</p> | <p>da aula sobre esse tema e também introduzir uma discussão sobre as novas configurações de família);</p> <p>O vídeo do “Sem nome para fazer sorrir”, parece agradar aos estudantes, mas não os sensibiliza como no semestre passado;</p> | <p>ser criança, a aula é bastante “poética”, rica em metáforas;</p> <p>Professora também relata vários casos, vivenciados por ela, de atendimento a crianças;</p> <p>Utiliza vídeos: animação do grupo de teatro "Sem Nome Para Fazer Rir", e cena de parto no seriado Friends;</p> |
|--|--|--|--|

| | | | |
|--|---|---|--|
| | <p>São discutidas as saudades vivenciadas nos hospitais.</p> <p>São discutidas as dificuldades encontradas com crianças na enfermaria.</p> <p>São discutidos outros casos pelos estudantes atendidos.</p> <p>O primeiro questiona o modelo médico, o segundo questiona a carreira médica e as finalidades do profissional de medicina e o terceiro fala da sobrecarga de estudos que tem um estudante de medicina;</p> <p>Todos os três vídeos³¹ são produzidos no estilo paródia e com muito humor;</p> | <p>Alguns estudantes relacionam a ideia do psiquiatra também tratar a saudade da mãe no hospital com a saudade que eles estudantes (natural de outros estados) sentem de suas casas.</p> <p>Os alunos trazem uma demanda por discutir uma tentativa de suicídio de uma paciente acompanhada por um dos estudantes, o que leva uma pessoa ao suicídio e seguem refletindo sobre a morte. Essa discussão é conduzida pelo professor, que fundamenta a discussão na teoria pertinente e cita alguns casos para exemplificar.</p> | |
| <p>AULA 8:</p> <p>ASSISTÊNCIA NA IDADE ADULTA E NA TERCEIRA IDADE</p> | <p>Começa com a citação de Miguel de Unamuno: Devemos procurar mais ser pais de nosso futuro do que filhos de nosso passado.</p> <p>É preciso entender que o velho não é uma criança, não se pode o infantilizar (exemplifica com falas em que o médico parece estar se dirigindo a uma criança).</p> <p>É importante atender com cordialidade, respeito e escuta, pois isso construirá uma sensação de acolhimento;</p> <p>A escuta é importante para colher a história, que é o melhor recurso diagnóstico;</p> <p>Em geral, o principal aspecto de um julgamento sobre a competência do médico é sua conduta na RMP;</p> <p>Para os médicos jovens é mais fácil atender a adulto, pois é mais próximo de sua faixa etária;</p> | <p>Quando o professor fala sobre não infantilizar o paciente, a aluna pergunta se o paciente não pode regredir, se tornar dependente.</p> <p>Motivado pelo vídeo, o aluno pergunta sobre os lares para idosos e em que medida isso pode ser pertinente, afastar o idoso da família. Os alunos refletem que isso irá depender da qualidade da relação do idoso com a família. O Professor pondera que o melhor é sempre a família.</p> | <p>Aula em estilo palestra com apoio de projeção de slides;</p> <p>O professor passa de tema em tema, sempre antes fazendo um questionament o aos alunos, que buscam responder, e logo após ele “constrói” a resposta certa, articulando as respostas em direção ao que será apresentado na projeção;</p> <p>Exibe o vídeo “Uma folha que cai ao céu”, e o discute brevemente;</p> |

³¹ Esses vídeos serão analisados e sua discussão estudada em outro momento da pesquisa.

| | | | |
|--|---|--|---|
| | <p>Características do paciente de terceira idade: tem mais história para contar (fala mais), apresenta déficits cognitivos (importância de ouvir a família);</p> <p>Na relação com a família, pode haver dois tipos de pacientes idosos: “velho estorvo” e “velho relíquia”;</p> <p>“Velho não é criança” – não infantilizar a RMP;</p> <p>Após exibir o vídeo, solicita que os estudantes digam o que mais pode ser extraído desse vídeo;</p> | | |
| <i>Não houve discussão nesse dia.</i> | | | |
| <p>AULA 9: INTRODUÇÃO À PSICANÁLISE</p> | <p>Esta aula não estava prevista no programa.</p> <p>Professor busca saber se os estudantes sabem psicanálise e quem já fez. Duas alunas dizem já terem feito terapia mas não sabem dizer de qual linha.</p> <p>A história de Sigmund Freud é apresentada brevemente. “Freud revoluciona a ciência, ele cria a psicologia moderna”; criticou a lógica de Descartes, “penso logo existo”, pensa a sexualidade humana.</p> <p>Transferência e contra-transferência → “Somos prisioneiros de nossa história”.</p> <p>Início das pesquisas, histeria, Charcot e hipnose para tratar “males somáticos”.</p> <p>Cura pela fala – ato falho (esses conteúdos vão sendo perfilados de modo bastante rápido e confuso).</p> <p>Apresenta a segunda tópica de Freud (Id, Ego e Super-ego), afirmando que somos resultados da luta desses níveis.</p> <p>Apresenta os estágios do desenvolvimento humano segundo Freud (Fase Oral, Anal, Fálica, período de latência, fase genital) e os</p> | <p>Na parte inicial, os alunos perguntam qual é a diferença da psicanálise para as outras psicologias, entre psicanálise e TCC, e se quem faz psicologia pode aplicar psicoterapias. A primeira pergunta, é respondido que são diferentes lentes. A segunda, que demandas patológicas diferentes demandam terapias diferentes. A terceira é respondida fazendo uma diferenciação superficial entre psicólogo, psicanalista e psiquiatra.</p> <p>O aluno pergunta qual é o objetivo da Psicanálise. O professor responde que é rever a sua história, reescrever a sua história e ser feliz.</p> <p>Os alunos se mostram confusos com a grande quantidade de</p> | <p>Aula no estilo palestra, sem projeção de slides;</p> <p>Busca ser dialogada.</p> |

| | | | |
|---|---|--|--|
| | <p>modos como os sujeitos lidam com isso, como as fixações, por exemplo.</p> <p>Neurose x Psicose (“Constrói o castelo no ar, mas vive na terra X constrói o castelo no ar e vive lá”) – <i>confuso</i></p> <p>Determinantes culturais.</p> <p>O que levar disso para clínica? Na RMP há um encontro de nossas histórias. É importante se ver em perspectiva, se entender. E reconhecer o inconsciente.</p> | <p>conteúdo e um tanto entediados com a aula.</p> | |
| | <p>No espaço de discussão são lidos e discutidos 5 textos sobre RMP, Adesão ao tratamento e noções básicas de psiquiatria.</p> <p>As principais ideias são discutidas e muitos exemplos citados.</p> | <p>Os estudantes pedem para que o professor que conduz a discussão lhes explique melhor os conceitos de transferência e contra-transferência. Isso é feito de maneira mais clara.</p> <p>Os estudantes também pedem para que lhes fosse melhor explicado a ideia de empatia. O professor explica e usa exemplos de sua experiência médica para ilustrar.</p> | |
| <p>AULA 10: SOMATIZAÇÃO.</p> | <p>*aula também assistida por residentes.</p> <p>Exemplos de somatização “do bem”: ereção masculina e lubrificação vaginal.</p> <p>A vida orgânica tem inscrições da vida normal → somatização é uma vida orgânica normal → medo, taquicardia.</p> <p>Os afetos e emoções sempre tem inscrições orgânicas.</p> <p>Pele, mucosas e revestimentos tem a mesma origem embrionária do sistema nervoso.</p> <p>A capacidade simbólica modifica as estruturas cerebrais, o ambiente simbólico inscrito de modo peculiar a cada indivíduo → o problema do paciente é de interpretação.</p> | <p>Alunos trazem algumas dúvidas a respeito de casos específicos, encontrados por eles, e o modo correto de agir;</p> <p>Aluno pergunta sobre o uso de odores irritativos para pacientes que simulam os desmaios e a professora não tem um posicionamento claramente perceptível sobre isso;</p> | <p>A professora indica que essa aula é uma continuação da aula ministrada no semestre anterior (M6);</p> <p>A aula é totalmente falada, sem auxílio de outros recursos;</p> <p>A aula parece uma conversa da professora com os alunos, contudo, ela fala</p> |

| | | | |
|-----------------|---|--------------------------------------|---|
| | <p>Paciente Somatizante → não apresentam síndromes funcionais, tendem a procurar o clínico, pois acreditam que o problema é apenas físico. Sentem os sintomas, mas não apresentam alterações físicas. Em geral são ansiosos e deprimidos. Devem ser tratados pelos clínicos para evitar o Doctor Shopping.</p> <p>Somatizantes x Simuladores (carentes mais inconscientes de seu estado X não tem a doença mas quer um atestado para obter vantagem material).</p> <p>O somatizador não é chantagista emocional (manipular o remorso da família).</p> <p>Somatizantes Verdadeiros x Somatizantes de apresentação;</p> <p>Somatizantes verdadeiros: chegam paramentados de resultados de exames, em geral sabem o nome científico da doença que “possuem”, atuam em negação;</p> <p>Transtorno hipocondríaco – delírio de ser portador de uma doença – Em geral não procura o médico, pois tem certeza da doença que tem;</p> <p>Transtornos conversivos – a doença é convertida em alguma alteração física (paralisação motoras, sensoriais e desmaios);</p> <p>Pacientes somatizantes devem ser tratados com atenção integral.</p> <p>Síndrome de Munchausen: são raros, hospitalares, o médico deve encaminhar a um psiquiatra, o paciente é bastante convincente, muito inteligente, desenvolve seu diagnóstico, manipula substâncias e sinais para alterar exames a fim de provar que estão certos;</p> | | <p>predominante mente.</p> <p>A fala é bastante flexionada - o que parece conquistar simpatia e afeto da turma.</p> <p>A fim, sugere que os alunos assistam ao episódio de House que trata de um paciente com Munchausen.</p> |
| | Sem discussão ao fim. | | |
| AULA 11: | O professor apresenta o título da aula, apresenta definições para o | Esse tipo de aula parece responder a | Aula conta com |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>COMUNICAÇÃO DE MÁ S NOTÍCIAS</p> | <p>conceito de má-notícia e de como isso afeta a vida do outro.</p> <p>Em seguida, ele pede que duas duplas de alunos se voluntariem para improvisar cenas em que é são comunicadas más notícias, a morte de um cãozinho.</p> <p>Após os improvisos, o professor destaca os acertos e indica melhores formas de agir em relação aos erros, tais como: dar a notícia observando a reação e dosando a informação; tocar se preciso.</p> <p>É preciso escolher o canal (direto) e o contexto.</p> <p>Dar uma má notícia demanda técnica. Então o professor se volta a aplicar a técnica em simulações/dramatizações.</p> <p>A pessoa com maior autoridade e intimidade é a pessoa mais indicada para dar a notícia.</p> <p>Professores encenam um situação em que o médico dá um diagnóstico de câncer aos pais de uma criança, pede aos estudantes que identifique as fases de luto de Kluber-ros. Os professores fazem uma análise da encenação, das expressões implicadas.</p> <p>Se não houver segurança para dar a notícia, peça apoio.</p> <p>Dar má notícias é uma técnica e exige treino.</p> | <p>demanda dos estudantes por maior aplicabilidade dos conteúdos.</p> <p>Aula parece muito divertida aos estudantes, e isso parece resultar em uma intensa participação dos estudantes.</p> <p>Aluno tem dúvidas sobre como dar notícias de um terceiro, então os professores encenam uma situação em que e dada uma má notícia aos pais de uma criança.</p> | <p>dramatizações que são analisadas, problematizadas e sustentam a apresentação das técnicas apresentadas.</p> |
| <p>AULA 12: ASSISTÊNCIA NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA</p> | <p><i>Aula não acompanhada</i></p> | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>AULA 13: ÉTICA E BIOÉTICA</p> | <p>A ética é necessária como um meio de garantir que não façamos mal ao outro (Dalai-lama);</p> <p>Bioética surge como uma preocupação acerca do equilíbrio entre os saberes científicos, tecnológicos e humanos;</p> <p>É o estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde, analisadas à luz dos valores e princípios morais;</p> <p>É preciso ética para atuar onde as leis não alcançam;</p> <p>Níveis éticos: 1 - Evitar o sofrimento, 2 - Realização do bem e busca da felicidade;</p> <p>A bioética é uma ferramenta para lidar com dilemas morais da prática, com base na filosofia e no consenso;</p> <p>Princípio de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, sacralidade da vida humana, dignidade;</p> <p>Autonomia x Paternalismo: “a única situação em que a força pode ser usada contra a comunidade, contra sua verdade, é para preservar a vida de terceiros”;</p> <p>Princípio de autonomia no código de ética médica: Art. 22 – Deixar de obter consentimento do Paciente ou Representante, Art. 15 – Ninguém pode ser constrangido a submeter-se a tratamento de risco;</p> <p>Beneficência: deve-se sempre buscar produzir o bem ao paciente;</p> <p>Não maleficência: não causar dano, injúria, difamação ou violação de direitos;</p> <p>Justiça: distribuir bens de acordo com a necessidade e eficiência;</p> <p>Sacralidade da vida: a vida tem valor em si mesma e deve ser levada em conta a história da pessoa quando for</p> | <p>Os alunos parecem não demonstrar muito interesse e praticamente não dirigem perguntas ao professor.</p> <p>A única pergunta diz respeito ao testamento vital e se ele pode ser contestado pela família. O Professor explica o que é o testamento vital.</p> | <p>Apresenta aula expositiva com suporte de slides projetados;</p> <p>Cita e comenta alguns exemplos atuais circulantes na mídia e busca relação com a prática médica;</p> |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|---|---|
| | <p>necessária qualquer decisão a esse respeito;</p> <p>Princípio da dignidade humana é o não-dever à vida a qualquer custo e condição.</p> <p>Definições e discussão de Eutanásia, Distanásia, Suicídio assistido e ortotanásia.</p> <p>Definição de cuidados paliativos.</p> <p>A questão dos suportes artificiais de vida em situação de terminalidade.</p> <p>O Brasil é o antepenúltimo no ranking mundial de qualidade de morte → a morte é pouco estudada e ensinada nas universidades brasileiras.</p> | | |
| AULA 14: Exibição e discussão do filme: “ <i>Wit</i> – Uma lição de vida.” | | | |
| <p>AULA 15: MORTE</p> | <p>Professor começa indagando as concepções de morte e morrer dos alunos. Ele problematiza as respostas.</p> <p>Em seguida ele prossegue fazendo indagações reflexivas sobre vida e morte, e as responde sustentado por casos por ele citado.</p> <p>O professor segue descontruindo as concepções prévias sobre morte e o morrer. “A morte e o amor são construções sociais”.</p> <p>“Não gostamos da morte por não queremos lidar com nossas culpas”.</p> <p>A morte é uma imposição da realidade. Aprendemos sobre a morte com a morte do outro.</p> <p>O professor se valendo de uma fala de um aluno que dizia que ninguém está preparado para morrer, pergunta como os alunos gostariam de morrer e de que forma. Então todos ficam inquietos, respondem juntos, falam juntos. Mas a maioria diz que</p> | <p>Os alunos participam de todas as discussões propostas nas aulas. Em maior parte discutem sobre suas próprias mortes e não sobre o morrer do paciente. A discussão causa incômodo e parece mexer bastante com eles.</p> | <p>Aula toda dialogada, orientada por questões, e desconstrução de algumas ideias dos estudantes.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | <p>gostariam e morrer subitamente, sem sofrimento, dormindo.</p> <p>O professor conta que atualmente se morre mais após ao almoço, que é o momento em que a equipe decide pelo prosseguimento ou não do investimento no tratamento.</p> <p>O professor conta que a morte sem dor é algo recente (50 anos) e que a morte súbita traz junto uma ideia de injustiça na morte.</p> <p>A preferência pela morte sem dor é culturalmente determinada → buscar o prazer e evitar o desprazer.</p> <p>Morrer no hospital e sofrimento.</p> <p>Morrer e ter tempo de se despedir, por isso não morrer inconsciente.</p> <p>Discussão sobre eutanásia e ortotanásia.</p> <p>Conclui sua aula dizendo: “conversem com seus familiares sobre como gostariam de morrer... como se não houvesse amanhã!”</p> | | |
|--|--|--|--|

APÊNDICE 3 - QUADRO RESUMIDO DOS SEMINÁRIOS APRESENTADOS POR ESTUDANTES EM 2014/1

| Grupo | Tema | Conteúdos abordados | Recursos utilizados |
|-------|-----------------------------|---|---|
| 1 | Comunicação de más notícias | <p>Morte;</p> <p>Médico como o portador de uma má notícia;</p> <p>Protocolo SPYKES de comunicação de más notícias;</p> <p>Relatos dos estudantes sobre suas “perdas” de pacientes;</p> <p>Identidade médica e atenção de pessoas de estratos sociais inferiores;</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves;</p> <p>Poesia;</p> <p>Vídeos: Always Now (Sam Harris);</p> <p>Encenação de situações em que más notícias são comunicadas com e sem o uso do protocolo SPYKES, e discussão;</p> |
| 2 | Limites na medicina | <p>Médico pode curar, mas deve sempre amparar o sofrimento (vídeo);</p> <p>RMP é uma relação complexa; Exemplos de má RMP observada por eles no hospital;</p> <p>Médicos evitam relacionar-se com seus pacientes em redes sociais;</p> <p>Ética e relações afetivas (sexuais) entre médicos e pacientes;</p> <p>Limites da atuação do médico: área de competência, ética, recursos e pessoal;</p> <p>Limites do estudante de medicina – limites cognitivos, físicos e emocionais, desequilíbrio entre vida profissional e pessoal, causados por excessiva cobrança por resultados, modificação de identidade e competição (necessidade por destaque);</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves e artigos;</p> <p>Vídeos: O médico (Rubem Alves), Patch Adams (trecho), Ursinho Elo;</p> <p>Discussão no fim;</p> |
| 3 | Cuidados Paliativos | <p>A atuação do médico tem de ir além da cura;</p> <p>Cuidados Paliativos como meio de provocar a retomada do gosto e da vontade de viver, evitar a “dor de morrer” ainda que a morte seja inevitável;</p> <p>Cuidados paliativos segundo a OMS: aliviar e prevenir a dor, tratamento integrado multiprofissional, apoio à família, comunicação adequada;</p> <p>Cuidados paliativos como um investimento econômico do Estado;</p> <p>Cuidado paliativo como afirmação da vida e aceitação da morte;</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves;</p> <p>Vídeos: Depoimentos de estudante sobre o porquê de estudarem medicina;</p> <p>Apresentação de casos clínicos;</p> <p>Discussão no fim;</p> |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Morrer em casa ou no hospital? Equipe envolvida: médicos, capelão, psicólogo e terapeutas ocupacionais; A família do paciente; | |
| 4 | Doação e transplante de órgãos: barreiras e motivações psicológicas do doador, da família e do receptor | <p>O que é transplante de órgãos e tecidos?</p> <p>Quem pode ser doador?</p> <p>Em vida se pode doar rim, fígado;</p> <p>Legislação reguladora;</p> <p>A vida continua através da vida dos receptores;</p> <p>Sistema nacional de transplantes: notificação, captação e distribuição;</p> <p>Critérios de organização da fila de espera por órgãos;</p> <p>Definição de morte encefálica;</p> <p>Principais barreiras é a doação;</p> <p>Motivações: Publicidade positiva, sucesso de outros transplantes, solidariedade, fatores religiosos, consciência social;</p> <p>Barreiras: fatores biológicos, falta de informação, medos/mitos, sensação de perda da reserva e sensacionalismo;</p> <p>Motivos das negativas da família: apego, causas religiosas, falta de informação adequada, instabilidade emocional, crença em milagres e desconfiança dos critérios de morte cerebral;</p> <p>“A verdadeira razão para a não doação é uma má abordagem das equipes de saúde”;</p> <p>Indicação de modos de abordar a família do doador e argumentos a serem apresentados;</p> <p>Ocorrências “psiquiátricas” mais comuns em pacientes na fila de espera (depressão, ansiedade, angústia);</p> <p>Confusões relacionadas à criação de novos vínculos entre doadores (família) e receptores – dimensões éticas e limites;</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves e artigos;</p> <p>Vídeos: Esperar para quê? Doe mais vida (PET), Campanha de doação de órgãos (SUS), O diagnóstico de morte encefálica;</p> <p>Dinâmica sobre a fila de espera por órgãos;</p> <p>Discussão sobre os prós e os contras, procedimentos para ser um doador e medos em relação à doação;</p> <p>Poesias de um doador (antes e depois);</p> |
| 5 | Pacientes difíceis | <p>Inicialmente o seminário é bastante semelhante à aula nº 8 (de tema correlato);</p> <p>Paciente difícil é aquele que provoca stress no médico;</p> <p>Torna um paciente difícil: enfermidade grave, transtorno mental, transtorno de personalidade, características físicas,</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves e artigos;</p> <p>Vídeos: Mulher com Asma - House e um depoimento de um</p> |

linguagem, frequentador em demasia dos hospitais, frequentemente insatisfeito, Dr. Google, opiniões e crenças contrárias, suporte social escasso, experiências prévias negativas;

paciente difícil que eles atenderam;

Apresentam resultado de enquete feita com os colegas sobre que características dos pacientes os tornam mais difíceis: (1) Barreiras socioculturais, (2) transtornos mentais, (3) enfermidade complicada e (4) sintomas variados;

Encenam algumas situações e concluem que não são os pacientes que são difíceis, são os encontros que assim o são;

Apresentam técnicas de entrevistas que podem reduzir a dificuldade da RMP;

Médicos com mais de 12 anos de prática sabem lidar melhor com pacientes difíceis;

A comunicação é grande barreira;

Para lidar com pacientes difíceis é preciso: colaboração, apropriado uso do poder e empatia;

“Essas habilidades são bastante ensinadas no início do curso de medicina, mas depois dos 3 anos são deixadas de lado”;

Como agir? - Ouvir mais, falar menos, transferir o ônus do tratamento ao doente, exercitar sua empatia, ser firme e estabelecer limites.

APÊNDICE 4 - QUADRO RESUMIDO DOS SEMINÁRIOS APRESENTADOS POR ESTUDANTES EM 2014/2

| Grupo | Tema | Conteúdos abordados | Recursos utilizados |
|-------|-------------------------------------|---|--|
| 1 | A saúde do estudante de medicina | <p>Na faculdade pensamos muito na saúde dos outros e esquecemos a nossa.</p> <p>Estresse e depressão frequentes, causados por: sofrimento do outro, ambiente, cobrança por desempenho acadêmico, questões pessoais.</p> <p>3º ano do curso como o mais complicado pois se começa a ter contato com o doente e com as doenças, o que provoca somatizações nos estudantes (pensam que sofrem da doença que estudam).</p> <p>Provas e avaliações e a ansiedade.</p> <p>(muitos desabaços dos alunos)</p> <p>Depressão, ansiedade e abuso de drogas como respostas a essa pressão.</p> <p>Falta de espaços para a reflexão na universidade.</p> <p>Encerra com o videoclipe da musica Tempo Perdido da Legião Urbana (“Temos tanto tempo, mas não temos tempo a perder”).</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves;</p> <p>Vídeo autoral com fotos do cotidiano dos estudantes de medicina (estudos, festas, sono, cansaço, angústias, emoções, comprimidos, suicídio, depressão, solidão).</p> <p>Captura de telas com conversas de whatsapp entre eles que exemplificaram os dramas por eles vividos no curso.</p> <p>Vídeo com apresentação da banda Legião Urbana tocando a música “Tempo Perdido”.</p> |
| 2 | Dilemas éticos e morais na medicina | <p>Doenças infectocontagiosas e a dimensão da biossegurança.</p> <p>Autonomia, beneficência e não-maleficência → qual é prioridade, a do paciente ou do médico?</p> <p>Recusa em atender um paciente por ele ser soropositivo é aceitável? É correto solicitar teste sem o consentimento do paciente? Só se houver risco de vida.</p> <p>É importante atender com: conversa, informação, esclarecimento e convencimento.</p> <p>Sigilo diagnóstico – mas se, em um caso de AIDS, o paciente não quiser contar para o parceiro?</p> <p>Pacientes terminais – quando se esgotam as possibilidades de cura, o médico deve oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender.</p> <p>Dilemas éticos nas doenças mentais.</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves e artigos;</p> <p>Professora especialista convidada para complementar e comentar os pontos apresentados.</p> <p>Vídeos: Uma prova de amor em um trecho que reforça a necessidade de um diálogo aberto sobre a morte, em que se discute continuar tentando a cura ou buscar cuidados paliativos.</p> <p>Discussão no fim.</p> |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | | <p>Violência doméstica – o médico deve denunciar?</p> <p>Comentários da professora convidada ao fim, em que ela cita casos exemplos e aprofunda algumas reflexões.</p> | |
| 3 | <p>Nascer no Brasil – uma abordagem sobre a evolução da escolha da via do parto e a outra face da mesma moeda.</p> | <p>Assunto com repercussão na mídia na época no seminário.</p> <p>A humanização do parto.</p> <p>Via fisiológica (parto normal) X Técnica Cirúrgica (Cesário)</p> <p>Facilidade ao médico que o parto Cesário traz → hora marcada e curta duração.</p> <p>Mais óbitos em parto Cesário.</p> <p>Violência obstétricas durante o parto.</p> <p>Discussão de um caso.</p> <p>Caracterização do parto humanizado e defesa de suas vantagens.</p> <p>As alunas se mostraram bastante motivadas na apresentação do seminário. Ele pareceu ser bastante relevante para elas.</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves, vídeos e imagens impactantes sobre violência obstétrica;</p> <p>Vídeos de partos humanizados.</p> <p>Vídeos com depoimentos sobre violência obstétrica.</p> |
| 4 | <p>Disforia de Gênero</p> | <p>Abrem com a pergunta: Disfunção psiquiátrica ou dupla-personalidade?</p> <p>Brincam apresentando um vídeo que trataria se uma suposta etiologia da disforia de gênero.</p> <p>Apresentam o vídeo de uma visão preconceituosa (etiologia), em seguida apresentam um trecho de uma série em que o personagem tem disforia e, em seguida, problematizam essa questão. “Apenas uma diferença do que é normal socialmente”.</p> <p>Dimensão história → catolicismo e o homem-centrismo.</p> <p>Etiologia biológica e psicossocial.</p> <p>Definições de sexo, identidade de gênero, disforia de gênero, orientação sexual, transgênero e transexualismo.</p> <p>O diagnóstico de Disforia de Gênero não tem parâmetros claros, se dá em relação a referenciais de cultura, subjetividades e sofrimentos.</p> <p>Citam os critérios do CID 10.</p> <p>Citam alguns problemas e obstáculos vivenciados por esses pacientes.</p> | <p>Apresentação de slides com exposição de conceitos chaves e artigos;</p> <p>Vídeos para ilustrar e problematizar;</p> <p>Gravação de um depoimento de um paciente transgênero.</p> |

No fim citam um depoimento de paciente
transgênero internado no hospital.

APÊNDICE 5 - QUADRO DE ANÁLISE DO FILME UM GOLPE DO DESTINO

| Cena | Conteúdo | Comentários |
|------|--|--|
| 1 | Cena de apresentação do contexto (hospital), do protagonista, Jack, e do personagem coadjuvante (Murray, que irá se tornar o antagonista com a mudança do protagonista). É reforçada imagem no médico como um típico (anti)herói de filmes norte-americanos. | Cena importante, pois apresenta o contexto da história, um hospital, e também apresenta o protagonista. A impressão inicial é de que se trata de um típico herói de filmes norte-americanos desta época. A tarefa deveria ser difícil, mas o “herói” egocêntrico faz com muita competência técnica, dando gargalhadas, cantando, dançando, fazendo piadas e ainda galanteia a enfermeira. Esse perfil é reforçado pelo personagem Murray, médico e seu amigo, que age do mesmo modo, enquanto o auxilia. Nota-se nessa cena que o paciente desacordado é apenas um objeto que é manuseado pelos médicos como quem cantarola ao preparar um prato na cozinha. O paciente, totalmente passivo, inconsciente, tentou suicídio e não obteve êxito. Isso é motivo de piada entre os médicos. O médico é o sujeito mais poderoso nessa relação e não se preocupa com a história do paciente. |
| 2 | Jack é caracterizado em contraste a um médico de conduta mais humanizada, Dr. Bloomfield. | Já nesta cena, Jack é chamado a ajudar em outra cirurgia, esta conduzida por Dr. Bloomfield. Com a apresentação de Bloomfield, já se começa a demarcar um contraste entre Jack (o médico seguro divertido e desumano em suas relações) e Bloomfield (o médico sério, concentrado, sereno, preocupado com o paciente e com certo nível de insegurança técnica). A apresentação de Bloomfield contribui, por oposição, para a construção do protagonista. Acentuam-se assim, em Jack, alguns aspectos de sua relação ruim com os pacientes e sua notável competência técnica cirúrgica. Jack faz chacota das condutas de Bloomfield. |
| 3 | Jack tem reforçada sua identidade de anti-herói, com realização de condutas éticas questionáveis. | Após a cirurgia, Jack deixa o hospital conversando com Murray. O protagonista tem suas condutas questionáveis reforçadas pelo modo pejorativo com que fala do colega Bloomfield e dos pacientes. Além disso, a cena sugere que Jack tenha um caso extraconjugal com uma enfermeira (a informação de que Jack é casado só virá na cena 4). Contudo, essa informação não é confirmada ou abordada no restante do filme. |
| | Jack apresenta uma tosse estranha. | Jack tosse na frente de Murray que o aconselha a procurar um médico para cuidar dessa “tosse insistente”. |
| 4 | Jack também negligente com sua saúde, e é um paciente bastante resistente. | Jack vai ao consultório de um velho médico, que lhe examina a garganta e não encontra nada. O médico pensa em encaminhá-lo para um especialista e Jack recusa. O médico tenta lhe prescrever um antibiótico, e Jack também tenta evitar. Isso mostra que, como paciente, Jack não é nada passivo. |

| | |
|---|--|
| <p>Jack é casado.</p> | <p>Na interação com Jack, o médico pergunta sobre sua esposa, Jack responde e evita tocar no assunto. Esse ponto já serve para introduzir a personagem de Anne, que será apresentada na <i>cena 6</i>.</p> |
| <p>5 Jack continua sendo caracterizado como médico frio, insensível e até grosseiro.</p> | <p>Essa cena é central para caracterizar a RMP desenvolvida por Jack. Essa é a primeira na narrativa em que ele se relaciona com paciente consciente.</p> <p>Jack chega atrasado, entra no consultório se desculpando pelo atraso com a paciente que já lhe espera por lá vestida com a camisola do hospital. Jack mal olha para a paciente, se vira para uma folha de papel (um laudo de um exame) e começa a ler sem mais estabelece contato visual com a paciente. A paciente aparenta estar bastante triste e preocupada, olhando para Jack, que não a olha. Sem estabelecer contato visual com a paciente, Jack começa a apalpar o seu pescoço, a despe o peito (sem solicitar), olha para os seios da paciente (não enquadrados pela câmera), diz que está tudo ok e que apenas irá retirar os pontos, se vira de costas e começa a preparar o equipamento. A paciente, com insegurança e lágrimas nos olhos, pergunta se a cicatriz irá ficar assim para sempre, pois ela teme que seu marido não goste. Jack se vira, com um sorriso no rosto e, com humor, lhe diz para dizer para que ela conte ao marido que ela está linda como uma garota da página central da Revista <i>Playboy</i>, com as marcas de grampos até. Jack dá uma gargalhada diante do drama da paciente, que abaixa a cabeça.</p> |
| <p>6 Jack é caracterizado como um pai/marido que dedica pouco tempo e atenção a sua família.</p> <p>A personagem Anne é apresentada.</p> <p>O personagem “filho” é apresentado.</p> | <p>Ao chegar a sua casa (linda casa, em reforma, numa área aparentemente nobre) em seu carro conversível, Jack conversa com sua esposa (Anne) sobre a programação da noite. Anne se chateia ao saber que Jack se esqueceu da reunião de pais na escola de seu filho e da comemoração do aniversário de casamento. Jack marcou compromissos de trabalho no mesmo horário. Anne sai da sala chateada e Jack ri.</p> <p>Anne aparenta ser a pessoa que ficou encarregada da criação do filho. É esposa dedicada, muito solitária e sobrecarregada com os afazeres domésticos, familiares e com a reforma pela qual a casa passa. Ela tem uma relação distanciada com o marido, e isso a entristece.</p> <p>Ele não desenvolve interações significativas ao longo do filme. Quando presente, ele está sempre distante do pai. A relação pai e filho também é distante.</p> |
| <p>7 Jack trabalha demais e está cansado.</p> | <p>Nessa cena Jack vai buscar Anne após a reunião de pais, ela fica feliz em o ver e, quando vão entrar no carro, o telefone toca. Ela o pede para não atender a chamada, mas ele atende, o que a chateia. Anne teme que a</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Jack não respeita a história dos pacientes.</p> <p>Jack está doente</p> <p>Suas piadas são formas de defesa.</p> | <p>programação do casal seja cancelada por uma emergência médica. Esse ponto reforça a prioridade de Jack pelo trabalho e não pela família.</p> <p>Anne nota que Jack parece cansado, diz que ele está trabalhando demais e o propõem de irem jantar em casa. Aqui fica perceptível que essa prioridade de Jack pelo trabalho é algo exagerado.</p> <p>Jack atende o telefonema e modo “viva voz” dentro do carro. É uma ligação de uma esposa de um paciente. Anne “assiste” a consulta. Jack responde aos “dramas” e dúvidas da esposa e do paciente com ironia e humor. Jack e Anne riem. Mais uma vez é destacado o distanciamento de Jack na sua RMP. Por outro lado, é importante notar que Jack atende um telefonema no momento de descanso, o que pode ser um sinal de preocupação com o paciente, ou com ou excessiva valorização de seu trabalho e prestígio.</p> <p>Ao começar a dirigir, Jack tosse novamente. Dessa vez a tosse vem acompanhada de sangue que o suja e suja as vestes de Anne. Os dois se assustam. Jack tenta acalmar fazendo uma piada sobre o seu estado.</p> |
| <p>8 Jack ensina aos seus alunos como serem um “bom” médico, como ele.</p> <p>O papel do cirurgião</p> <p>Visita ao paciente suicida e diversão em não considerar sua história.</p> <p>Paciente é um objeto</p> | <p>Essa cena funciona como uma recapitulação de todas as características de Jack como médico, bem como das relações que ele desenvolve com seus pacientes. Nesta cena Jack está na posição de professor e defende como certa a RMP fria e distanciada que ele desempenha, como notado nas cenas anteriores. Tudo o que foi apresentado com imagens nas cenas anteriores, agora é dito pelo protagonista. Jack defende o não envolvimento com o paciente e diz que o “importante é a competência técnica de tomar boas decisões em pouco tempo”.</p> <p>Os alunos resistem ao posicionamento de Jack e o questionando se não seria algo contranatural evitar o envolvimento com o paciente. Jack diz que cirurgia é julgamento, e para julgar é preciso estar desapegado. Segundo Jack, o trabalho o cirurgião é “entrar, cortar e sair fora”, “o importante é o tempo”.</p> <p>Acompanhado dos alunos, Jack faz uma visita de acompanhamento ao paciente suicida operado na primeira cena. Jack conta com humor a história do paciente para os alunos. Neste ponto fica clara, em Jack, a desvalorização da subjetividade do paciente.</p> <p>Jack ensina alguns procedimentos para os alunos, sem ao menos conversar com o paciente. Também fica evidente o distanciamento e despreocupação com a dimensão subjetiva do paciente.</p> <p>Jack pergunta ao paciente como ele está, e o paciente diz se sentir estúpido, pois esperava não acordar. Jack em</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Paciente como “estúpido”</p> | <p>tom de piada o diz para que da próxima vez ele tente uma tortura de verdade, como jogar golfe. Todos riem da piada, menos o paciente. Nesse ponto é possível notar a representação depreciada que Jack faz de seus pacientes.</p> |
| <p>9 Jack procura por um bom médico otorrino.</p> <p>Murray pede que Jack seja sua testemunha em um processo de erro médico.</p> <p>Despersonalização do paciente.</p> <p>Jack encontra uma médica otorrino.</p> | <p>Jack pede a um colega médico a indicação de um bom médico otorrino. O colega o indica de maneira sarcástica que o “Rabino” (Bloomfield – porque este médico conversa com os pacientes que estão inconscientes). O colega argumenta que Bloomfield tem a menor taxa de mortalidade do hospital. Jack recusa. É possível perceber que, para Jack, Bloomfield não tem as características de um bom médico.</p> <p>Em contraste à boa reputação de Bloomfield, Murray apresenta uma má ao solicitar que Jack seja sua testemunha num caso de suposto erro médico, o qual Jack desconhece. Jack aceita, e ressalta a importância do seguro médico.</p> <p>Quando se referia ao paciente, Murray o chamou pelo nome da doença que ele possuía. Ele foi prontamente corrigido por um colega médico.</p> <p>Ao verem a bela Dra.Lisley Abbot passar, alguns colegas a indicam como otorrino para Jack. A impressão é de que Jack a escolhe mais por sua beleza.</p> |
| <p>10 Jack vira paciente do médico que ele é.</p> <p>Jack recebe uma má notícia.</p> | <p>Essa cena é importante por ser o momento em que Jack experimenta ser tratado por um médico que desenvolve a mesma qualidade de RMP que ele desenvolve. Jack se sente visivelmente incomodado pelo modo truculento como Abbot age e o toca durante o exame. Jack passa a consulta toda tentando mostrar para Lisley que ele também é médico, o que parece não fazer diferença alguma para ela. Jack é tratado com frieza e distanciamento. Jack está desconcertado com esta posição de paciente.</p> <p>De modo frio, Jack recebe a notícia de ter um tumor na laringe. Apesar de saber todos os termos técnicos empregados na comunicação do diagnóstico, Jack se sente confuso, fica sem ação, fragilizado. A doutora agenda uma biópsia para Jack, no dia seguinte. Ela se despede e sai do consultório o deixando por lá sozinho e confuso.</p> |
| <p>11 Jack vive a dor da notícia em casa, e rejeita o suporte da esposa.</p> | <p>Jack chega mais cedo em casa, em horário incomum. Esposa fica feliz pela surpresa. Jack evita contar a notícia para a esposa, mas ela insiste e ele, alcoolizado, conta. Ela tenta oferecer suporte, mas ele rejeita de maneira</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Anne é uma esposa dedicada.</p> | <p>grosseira. Essa cena reforça o caráter individualista de Jack e seu distanciamento da família.</p> <p>Mais tarde, já deitados na cama, Jack conta tudo para Anne, faz uma piada. E Anne o acaricia. Anne demonstra ser uma parceira que oferece total apoio a Jack, mesmo com tanta frieza, distanciamento e grosserias de Jack.</p> |
| <p>12 Jack passa a não mais ser “médico”, apenas é um paciente.</p> <p>Jack resiste a essa posição desprestigiada de paciente e tenta mostrar a todos que é médico.</p> | <p>Acompanhado por Anne, Jack aguarda no saguão do hospital para fazer a biópsia e reclama por ter de esperar como um “qualquer” (um paciente). Quando a recepcionista lhe pergunta o nome, ele se apresenta como Dr. McKee. Jack se considera superior aos demais pacientes por ser médico.</p> <p>Jack rejeita a cadeira de rodas para ser conduzido até o local do exame. Jack reclama por não ter um quarto privado disponível para ele. Jack precisa esperar a Dra. Abbot, que está atrasada. Jack precisa vestir a camisola do hospital. Na maca, a caminho de onde será realizado o exame, Jack se queixa (fazendo piadas) da transparência do lençol e de sua veste. Jack se queixa por os enfermeiros não lhe darem ouvidos. Então, ao ouvir dois Médicos que discutiam um diagnóstico, Jack dá a solução e os médicos ficam surpresos. Ao notar a surpresa dos dois médicos, Jack diz: “Sim, ele fala!”. Essa última fala é dita de modo irônico por só então haverem o escutado. Nesta cena Jack começa a sentir todos os desconfortos de ser um paciente e tenta reforçar a todos que ele é um médico, não um paciente.</p> |
| <p>13 Jack experimenta da total passividade durante a realização da biópsia.</p> | <p>No início do procedimento da biópsia, Jack recebe a sedação e fica inconsciente. Ele acorda já no quarto, entorpecido, com enfermeiro lhe falando que irá aplicar um procedimento (uma lavagem intestinal que na verdade seria para outro paciente do quarto). Por conta de seu estado, Jack não consegue evitar o procedimento e experimenta da “total” passividade da posição de paciente.</p> |
| <p>14 Jack recebe outra má notícia: o tumor é maligno.</p> | <p>Dra. Abbot conta a Jack que o tumor é maligno. Jack e Anne ficam longos segundos em silêncio. Doutora continua explicando o resultado em termos técnicos. Anne chora em silêncio. Jack faz uma piada sobre seu diagnóstico. Anne pergunta qual o tratamento recomendado e Abbot diz que radioterapia. Jack diz que prefere “cortar fora”, mas Abbot diz que ele corre risco de perder a voz. A Doutora indica um radiologista para iniciar o tratamento já no dia seguinte, lhe prescreve medicamentos e lhe dá alta. Abbot toma a decisão do tratamento e não busca compartilhar a decisão com Jack, mesmo ele sendo médico. Jack não tem voz na RMP.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Jack recusa a ajuda de Bloomfield</p> | <p>Na saída do hospital, Jack passa por Bloomfield que lhe oferece ajuda no caso. Jack rejeita.</p> |
| <p>15 Anne sofre muito com a situação, Jack parece que não.</p> | <p>A caminho de casa, Anne dirige, e Jack brinca dizendo que quer um cigarro, e Anne se zanga. Ele tenta fazer uma piada e ela não ri. Ele tenta outra piada, ela ri chorando. Jack parece não querer transparecer seus sentimentos em relação à gravidade do diagnóstico. Se oculta nas piadas, como o de praxe.</p> |
| <p>16 Jack conta da doença para o filho e ele é indiferente.</p> | <p>Jack conta ao filho sobre seu diagnóstico e parece esperar algum afeto do menino, que ele não recebe. Nesta cena é possível perceber a distância que há entre pai e filho.</p> |
| <p>17 Jack começa a receber a radioterapia. Não só não é mais um “médico”, como não tem voz nas decisões sobre seu tratamento e em alguns momentos sequer é uma pessoa.</p> | <p>No setor do hospital responsável pela radioterapia, Jack aguarda e se irrita por ter de preencher os mesmo formulários já preenchidos para a realização da biópsia. Enquanto reclama com a atendente no balcão, chega uma paciente (June) que busca puxar conversa com ele. Jack insiste na discussão com a atendente e o radiologista (Reed), ao ouvir a confusão, chama Jack para a consulta. Jack se mostra feliz pelo tratamento diferenciado, mas quando na consulta com Dr. Reed, Jack é repreendido por tal comportamento e é alertado de que não terá tratamento diferenciado por ser médico. Jack mais uma vez tenta se fazer valer de uma posição diferenciada, é grosseiro e arrogante, mas dessa vez é confrontado com a “real” situação em que se encontra, ele é um paciente ordinário.</p> <p>Quando Reed apresentar o cronograma de tratamento, Jack questiona, faz alguma sugestão, e Reed diz que irá discutir (decidir) isso juntamente a Dra. Abbot. Jack tenta interferir nas decisões e é rechaçado.</p> <p>Jack é conduzido à máquina de radioterapia e é manuseado como um objeto, com a mínima interação verbal. Jack praticamente deixa de ser uma pessoa, é reduzido a um organismo.</p> |
| <p>18 Colegas da equipe médica tentam “afastar” Jack de suas funções no trabalho. Jack não quer tenham pena dele.</p> | <p>Ao chegar atrasado para atender seus pacientes, Murray pergunta sobre o seu estado e tenta o convencer a não trabalhar durante o tratamento lhe informando que já organizou a equipe. Jack esbraveja, se irrita, e pede para que não o olhem com cara de piedade. Podemos notar nessa cena que Jack resiste à posição de doente (paciente passivo) que estão querendo lhe conferir (situação semelhante já havia ocorrido com a esposa).</p> |
| <p>19 Jack prossegue com o tratamento.</p> | <p>Jack segue experimentando de submissão e passividade nas seções de radioterapia.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>20 No lar, Jack “exige” mais atenção.</p> | <p>Jack chega em sua casa visivelmente cansado, encontra sua esposa fazendo curativo em seu filho e tem uma reação grosseira ao mostrar com ironia as marcas da radioterapia. A cena parece indicar que Jack acredita ser mais merecedor de atenção da esposa do que o seu filho. Seu egocentrismo também se expressa na família. Como ele segue perdendo espaço no trabalho, parece querer evitar o mesmo no lar.</p> |
| <p>21 Jack se revolta com a falta de Dr. Reed.</p> <p>Jack conhece June. Alguém que tem um sofrimento maior, mas não tem revolta.</p> <p>Jack é um paciente.</p> <p>June começa a ser apresentada.</p> | <p>Após aguardar um bom tempo, Jack é informado pela recepcionista de que Reed não poderá comparecer ao consultório e que precisará remarcar sua sessão para a semana seguinte. Jack se revolta e exige que seja remarcado para o dia seguinte. Jack prossegue acreditando ser merecedor de um tratamento diferenciado.</p> <p>Enquanto discute com a recepcionista, Jack é observado por uma paciente. Ela, June, intervém e diz para Jack que ele deveria gritar com o médico e não com a recepcionista. Ele a diz que ele é um médico e ela prontamente o responde que não naquela sala. Jack ouve de June o que ele está resistindo em reconhecer há algum tempo.</p> <p>Jack se interessa por June e busca saber mais sobre ela. Jack busca saber como ela consegue ser tão calma e aceitar tudo tão bem. June diz que não é calma, diz que tem um grande tumor no cérebro que levou três meses para ser “encontrado” pelos médicos. Jack fica sem palavras e evita comentar o assunto. June percebe que ele está evitando reconhecer o erro do médico. Incomodado com a declaração de June, Jack busca saber quais foram os procedimentos diagnósticos. Após a resposta, Jack a diz que seu pai teve um caso semelhante e que paciente sobreviveu e atualmente tem três filhos. June se alegra com a notícia e é chamada para a consulta. Quando ela sai, Jack movimenta a cabeça em negação dando indício de que acabara de mentir. Em seu encanto por June, Jack não consegue lhe contar a verdade sobre seu diagnóstico, ele parece querer poupá-la da verdade.</p> |
| <p>22 Jack burla as regras da instituição para obter informações sobre seu estado.</p> <p>Jack consegue uma boa notícia e comemora junto a Murray.</p> | <p>Murray e Jack usam de sua posição de “autoridade”, conferida aos médicos num hospital, para obter acesso a um exame de Jack sem o consentimento de Dra. Abott.</p> <p>Jack recebe a notícia de que não há outros focos de câncer, de que ele não está se espalhando. Jack e Murray se abraçam em comemoração, saem rindo e saltando histericamente.</p> |

| | |
|--|---|
| <p>Jack volta a agir como antes de seu diagnóstico.</p> | <p>Nas escadas, voltam a caçoar de Bloomfield fingindo ser os espíritos de seus pacientes. Podemos perceber que até esse ponto, apesar de já haver experimentado de RMP ruins como paciente, ao caçoar de Bloomfield, Jack ainda continua desvalorizando uma RMP mais humanizada. A experiência de Jack até aqui parece não haver sido suficiente para sua mudança.</p> |
| <p>23 Jack fica zangado por não encontrar sua família a sua disposição.</p> | <p>Jack chega em casa feliz com a boa notícia, mas não encontra Anne nem o filho para compartilhar. Mais tarde quando Anne chega, Jack é rude com ela. Anne o lembra de que ele nunca está em casa nesse dia. Nesse ponto do filme começa ficar mais claro o distanciamento que Jack também tem em sua relação familiar. Contudo, ele espera que eles sejam próximos quando lhe convier.</p> |
| <p>24 Jack é confrontado por June por ter lhe contado uma mentira. June critica Jack por ele ter usado de seu status de médico para agir de modo indiscriminado.</p> <p>Jack reconhece sua falha e June o perdoa. June está morrendo.</p> | <p>Jack aguarda por uma consulta na mesma sala em que June. June tenta ignorá-lo. Reclamando do atraso no atendimento, Jack busca iniciar uma conversa com June. June responde asperamente lhe sugerindo que use de seu “status” de médico para furar a fila. Jack busca saber o motivo da irritação de June e ela lhe conta que descobriu que ele mentiu a ela sobre as possibilidades de sobrevivência dela. “Estou morrendo, por favor, não desperdice o meu tempo”.</p> <p>Com os olhos marejados, Jack reconhece a falha e comenta que os médicos dela não agiram corretamente. June o perdoa pedindo que ele não volte a mentir para ela.</p> |
| <p>25 Jack começa a mudar de atitude na RMP</p> | <p>Nesta cena tem início a mudança de atitudes de Jack.</p> <p>Ao fazer o acompanhamento de seus pacientes junto aos residentes, Jack se irrita com um estudante que se refere a um paciente pelo nome da doença. Jack o corrige asperamente.</p> |
| <p>26 A esposa demonstra amor e preocupação com Jack</p> | <p>Anne está na cama acariciando Jack enquanto ele dorme. Nesta cena não há muita informação, a não ser parecer sugerir que a doença de Jack também é “sofrida” por Anne. Também é possível pensar que esta cena tem o papel de deixar claro que há amor de Anne por Jack (apesar da distância), já que nas próximas cenas Jack terá uma relação mais próxima com June. Assim pode-se deixar claro que a relação de Jack e June será apenas de amizade.</p> |
| <p>27 A morte “encontra” Jack.</p> | <p>Na sala de espera, June conta aos outros pacientes (inclusive Jack) do falecimento de uma das pacientes que ali frequentava. Todos ficam tristes (a música reforça esse sentimento).</p> |

| | |
|---|---|
| <p>June “mostra” sua existência a Jack e o faz pensar sobre a morte.</p> <p>A personagem June é apresentada de modo mais profundo.</p> | <p>Jack se senta ao lado June e pergunta sobre o que ela está pensando. June começa a relatar as coisas que nunca fez e não terá oportunidade de fazer (ser mãe, viagens e assistir a uma apresentação do Balé ameríndio, entre outros). June disse que perdeu a oportunidade de assistir ao balé, pois estava cansada (por conta do tratamento) e que eles só voltarão em seis meses. Com essa informação é possível saber que June tem perspectiva de viver menos de seis meses. Jack se vê confrontado pela morte eminente de June.</p> <p>Jack observa que todos na sala choram ainda mais após o relato de June.</p> |
| <p>28 Numa consulta, um paciente de Jack reflete sobre a morte.</p> <p>Jack dá mais sinais de mudança na RMP e aprende com seu paciente.</p> | <p>Essa cena é importante, pois é nela que pela primeira vez Jack vai estabelecer um contato mais humano com seu paciente, mesmo que esse contato seja em maior parte produzido por seu paciente e que Jack ainda resista de alguma forma. Nessa cena um paciente, Arturo, divaga sobre como a morte de alguém irá resultar na possibilidade dele receber um novo coração e sobreviver.</p> <p>Jack escuta pacientemente o relato do paciente, tenta ponderar sobre a responsabilidade de sua sobrevivência, tenta prepará-lo para o pior, mas o paciente o interrompe e diz que confia nele. O paciente lhe dá um abraço e Jack fica visivelmente sensibilizado.</p> |
| <p>29 Jack recebe outra má notícia: o tratamento não está surtindo efeito.</p> | <p>Em consulta com Reed, Jack é solicitado a realizar mais uma ressonância. Reed lhe explica que a equipe médica não está gostando dos resultados da evolução do tratamento, pois esperavam uma redução do tamanho do tumor, o que não ocorreu. Reed parece não se preocupar muito em como passar essa informação a Jack. Sua preocupação se limita a um “I m sorry”.</p> |
| <p>30 June oferece apoio a Jack e o motiva a lutar por sua vida.</p> | <p>June e Jack estão na sala de espera, quando June percebe o desânimo de Jack. Ela o pega pela mão e o leva até o terraço do hospital, lugar para o qual que ela foi quando recebeu o seu diagnóstico. Ela conta que, na oportunidade, pretendia saltar de lá, mas lá se acalmou. Então ela olha para Jack e diz para que ele grite. Jack, com os olhos repletos de lágrimas, diz que não quer gritar. Ela diz para que então ele salte. Ele diz que não quer saltar. Então, ela diz para que ele lute. Os dois se olham com compaixão. A emoção dessa cena é sublinhada pela trilha sonora. June oferece a Jack o suporte que lhe poderia ter sido dado pelo próprio médico, ou família. Nessa cena fica “firmada” a forte amizade dos dois. June consegue romper com o distanciamento de Jack.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>31 Jack decide retribuir à June e tenta lhe realizar um desejo</p> | <p>No elevador, voltando do terraço, Jack decide retribuir o suporte de June e decide levá-la para assistir o Balé Ameríndio em outro estado. June fica meio insegura e Jack começa a fazer telefonemas para conseguir passagens de avião, ingressos etc. Os dois saem apressados do hospital de carro. Visivelmente alegre Jack diz que essa doença lhe proporcionou liberdades que ele nunca se permitiu, citando uma fala anterior de June.</p> |
| <p>32 Realizando o desejo, June percebe que este só existia como um meio para mantê-la lutando pela vida.</p> <p>June desiste da viagem.</p> | <p>Nessa cena e na próxima, Jack terá o contato mais profundo com a subjetividade de um doente. No carro, dirigindo pelo deserto, Jack e June cantam uma canção, quando ela subitamente tem um insight e pede que Jack pare o carro. June diz que alimentava a vontade de ir a esse show como um meio de evitar que o tempo passasse por ela. June diz que não quer mais que o tempo passe por ela e desiste de ir. Jack, mesmo desapontado, concorda com a decisão de June.</p> |
| <p>33 Jack reflete sobre sua vida e suas atitudes como cirurgião ("entrar, consertar e cair fora"). Ele pergunta a June como ela faz para ser tão segura e ela o ensina a viver o presente, a aceitar o presente.</p> <p>June tira o lenço da cabeça, tira sua proteção.</p> | <p>Parados no deserto, Jack e June conversam sobre a situação e Jack começa a pensar sobre suas atitudes, sobre como ele tenta resolver tudo como um cirurgião, ou seja, "entrar, consertar e sair". Jack percebe que ele apenas estava querendo consertar algo na vida de June, mas que não era aquilo que ela realmente esperava que fosse consertado. June diz que o que realmente lhe importa é viver o agora e retira seu lenço da cabeça (coisa que não havia feito até este ponto do filme). June, careca, fica apreciando o vento que sopra calmo. Jack lhe pergunta se ela reza e ela responde que reza, medita, come chocolates e dança. Jack fica visivelmente emocionado e os dois começam a dançar com uma paisagem estupenda com o sol se pondo ao fundo. Na dança os dois oscilam entre alegria e tristeza. Esse ponto parece culminar com o sentido gerado pelos ensinamentos de June a Jack, ou seja, viver no presente, aceitar o presente e dançar conforme a música, alternando tristezas e alegrias. June retirou o lenço da cabeça para poder apreciar o vento. Viver o presente significa também não viver o futuro como um realizador de metas. A ideia de aceitação pode também se relacionar com a prática de distanciamento de Jack, que é no fundo uma não aceitação. Jack precisa retirar seus lenços, aceitar, para poder apreciar a vida.</p> |
| <p>34 A esposa de Jack fica com ciúmes de Jack e June.</p> | <p>A caminho de casa, no meio da madrugada, Jack faz uma parada e telefona a sua esposa para lhe dar notícias. Ela fica bastante chateada em saber que Jack está viajando com outra mulher e de saber da piora de seu câncer.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>35 Jack deixa June em casa e, ao chegar a sua casa, sua esposa evita contato com ele.</p> | <p>Assim como na cena anterior, esta cena apenas destaca o dilema de Jack em viver a amizade com June ou se dedicar à sua esposa. Jack opta por June e Anne se afasta dele.</p> |
| <p>36 Jack está cada vez mais “humano”. Ele demonstra compaixão ao oferecer ajuda a um paciente que nem mesmo se consulta com ele.</p> <p>Jack é confrontado por Murray.</p> | <p>Nesta cena Jack está caminhando (chegando) no estacionamento do hospital junto aos seus colegas. Quando de longe avistam um paciente transtornado, chorando e socando um carro. Murray faz piada chamando o paciente de “Senhor Baba”, e diz que é esse paciente que o está a processar. Quando Jack percebe o paciente, fica angustiado e prontamente o vai ajudar. Murray tenta impedir Jack. Jack oferece ajuda ao paciente. O paciente tem dificuldades de fala e começa a chorar ao receber o apoio de Jack. O paciente, Richard, diz que esqueceu as chaves dentro do carro e está atrasado para a terapia vocal. Jack se oferece para ficar lá resolvendo o problema das chaves enquanto Richard vai a sua terapia. Jack parece ter se identificado com Richard pois ele apresenta um problema que Jack poderia vir a ter.</p> <p>Essa cena é importante, pois nela Jack deixa de andar com os médicos (de conduta discutível) para sair em auxílio de uma paciente. Esta ação irrita Murray e marca a diferença fruto das mudanças de Jack. Jack aceita ser paciente, e resiste à sua antiga identidade médica.</p> |
| <p>37 Jack recebe diagnóstico de piora e se nega a ser operado por Abbot.</p> <p>Abbot pretende operá-lo no mesmo dia.</p> | <p>No consultório, Jack está sendo examinado por Dra. Abbot (com “truculência”) e ela lhe diz friamente que o tumor cresceu. Jack se desespera e pergunta pelo prognóstico. A Doutora diz que pretende operá-lo naquele mesmo dia. Vira-se de costas para ele e começa a fazer telefonemas para agendar a cirurgia. Jack se nega a ser operado naquele mesmo dia. Ele alega que Abbot não estará em condições de operar por ela já estar cansada no fim de sua jornada de trabalho. A Doutora o lembra de que ela é a médica e ele o paciente e que, portanto, ele deve se adequar à disponibilidade dela. Ela diz que é preciso remover antes que piore.</p> <p>Nesta cena, Jack, mudado, critica e reage a RMP desenvolvida por Abbot. Ele espera ser ouvido para a tomada de decisão da doutora.</p> |
| <p>38 Jack perde a confiança em sua técnica médica.</p> | <p>Durante uma cirurgia, Jack perde a confiança e passa a Murray a tarefa de concluir a cirurgia. Jack fica decepcionado (a música reforça esse sentimento). Jack também parece se sentir um pouco envergonhado.</p> <p>Esta cena é meio ambígua, pois parece indicar que Jack, por estar mais próximo de seus pacientes, por se</p> |

| | |
|---|--|
| | preocupar mais com eles, perde a “capacidade” de fazer cirurgias. Cirurgias demandam distanciamento? |
| <p>39 Jack conta para June que perdeu a confiança durante uma cirurgia e que ele precisará passar por uma para a retirada de um tumor.</p> | <p>Jack vai até a casa de June no meio da noite, a acorda, e assim que ela abre a porta, começa a lhe contar sobre sua perda de confiança em realizar cirurgias. Jack afirma que sempre se manteve distanciado e conseguia operar, mas agora (que se aproximou dos pacientes), essa tarefa lhe ficou difícil. Em seguida, Jack diz de sua piora e da cirurgia pela qual precisará passar. Jack se sente constrangido por haver acordado June, se desculpa e vai embora sem lhe dar a oportunidade de responder.</p> <p>Essa cena complementa a anterior por fornecer uma explicação para perda de confiança de Jack. Ou seja, ele julga haver perdido a confiança exatamente por haver se aproximado mais de seus pacientes. E também parece sugerir que o temor de Jack em ser operado está influenciando nessa fuga, a perda de confiança. Parece que, nesse ponto, Jack já não consegue mais separar os papéis de médico e de paciente. Jack está mais humano.</p> |
| <p>40 June escreve uma carta para Jack.</p> | <p>Com a saída repentina de Jack, June se senta a escrever uma carta a Jack. Seu conteúdo não é revelado, exceto um desenho de espantalho. Essa carta será lida por Jack na cena final</p> |
| <p>41 Jack procura Dra. Abbot e diz que não mais será seu paciente por estar insatisfeito com a RMP que ela desenvolve.</p> <p>Jack a aconselha a mudar sua RMP. Jack diz como é ser paciente do médico que ele era.</p> | <p>Jack invade o consultório de Abbot para dizê-la que não será mais seu paciente. A doutora tenta argumentar dizendo que entende como ele se sente. Jack prontamente responde que esse é o problema “você não tem a menor ideia de como eu me sinto”. A doutora busca encerrar a conversa.</p> <p>Jack lhe diz que ela deveria mudar seu estilo, para não passar pelo que ele passou ao estar doente. Jack afirma que hoje ela não está doente, mas cedo ou tarde estará.</p> <p>Jack pede sua ficha a doutora, que visivelmente irritada, a pega e a atira nele. Ele a agradece e se vai.</p> <p>Esse momento poderia ser entendido como um encontro do antigo Jack com o novo Jack. Esse encontro reflete a nova consciência de Jack por uma RMP mais humanizada. Inclusive, nessa cena, as falas de Jack podem ser facilmente tomadas como formas de enunciação do Significado Preferencial da obra:</p> <p><i>- É esse o problema, não tem a menor ideia de como me sinto... Devia mudar o seu estilo, doutora. Hoje, eu estou doente, amanhã ou daqui a 30 anos você estará doente. Todo médico, em algum momento, se torna paciente, aí</i></p> |

| | |
|--|---|
| | <i>será tão afetada como estou sendo agora. Se tivesse um paciente como eu, quando era igual a você...</i> |
| <p>42 Jack pede a Bloomfield que realize sua cirurgia de retirada do tumor e Bloomfield aceita.</p> <p>Jack se desculpa com Bloomfield pelo modo como agia com ele.</p> | <p>Jack vai até Bloomfield, o mostra sua ficha e exames, lhe diz que precisará operar a laringe e lhe pede para operá-lo, pois ele é o médico em que ele mais confia (agora). Bloomfield diz que o irá operar “amanhã” mesmo.</p> <p>Jack se desculpa a Bloomfield pelo modo como o tratava, diz que se sente envergonhado. Bloomfield diz que está tudo bem, o desculpa e faz uma piada com Jack. Os dois riem.</p> <p>Nessa cena há o reconhecimento da preferência de Jack, enquanto paciente, por um médico que desenvolva uma RMP cuidadosa, atenta e humana, como Bloomfield. O que era objeto de piada (resistência) de Jack (médico), agora é valorizado (pelo Jack paciente e médico).</p> |
| <p>43 Jack conta a Murray que não será sua testemunha no processo, por acreditar que Murray errou nos procedimentos.</p> | <p>Jack vai até Murray, lhe conta da cirurgia pela qual precisará passar, que corre o risco de perder a voz e que mesmo se não a perder, não pretende ser testemunha no processo no qual Murray é réu. Jack diz que buscou saber do paciente com o seu médico e descobriu que ele já possuía um histórico que se conhecido poderia ter evitado o “erro” de Murray. Murray ameaça Jack lhe dizendo que ele também pode sofrer as consequências dessa culpa, já que eles são uma equipe. Jack diz que não se importa.</p> <p>Nessa cena, além de romper com Murray, de reforçar que não compartilha mais dessa prática médica, é sugerido que Jack passou a compartilhar a história do paciente.</p> |
| <p>44 Anne procura Jack no hospital após saber da cirurgia pela qual ele passará, lamenta por ele não lhe ter contado antes e fala da distância do casal.</p> <p>Anne fala de seus sentimentos a respeito da relação entre Jack e June.</p> | <p>Anne está a espera de Jack no saguão do hospital, assim que o vê vai diretamente a ele. Ela, preocupada, diz que ficou sabendo da cirurgia e reclama que a comunicação do casal é sempre mediada pela secretária de Jack. Anne reclama do distanciamento do casal. Jack parece reconhecer isso e fica chateado. Então ele começa a contar mais detalhes e atualizar Anne com as últimas informações, como a de que ele irá ser operado no dia seguinte por Bloomfield.</p> <p>Anne pergunta se na noite passada Jack foi ver June e ele responde que sim. Anne pondera que não se chateia por June, pois acredita que ela deva ser uma boa pessoa que passa por dificuldades, mas se chateia por Jack não ser mais seu amigo, seu confidente. Anne reclama que se sente muito sozinha, pois Jack é seu único amigo e ele sempre tem outras prioridades (amigos, trabalho etc.). O bipe de Jack toca, ela intensifica sua lamentação por acreditar que Jack (como normalmente faz) irá encerrar a</p> |

| | |
|---|--|
| <p>Jack recebe uma mensagem no bipe.</p> | <p>conversa para receber a mensagem. Jack fica calado olhando para Anne, que se despede e se vai (chorando).</p> <p>Nestes dois últimos trechos, Anne expõe como se sente no relacionamento com Jack. Há um aprofundamento na caracterização desta personagem. Anne deixa claro que não suspeita de uma traição de Jack, mas se queixa de não fazer parte das prioridades dele. June de fato recebeu a notícia antes de Anne. Esta cena também é importante, pois indica que Jack, apesar de estar se transformando como médico, ainda precisa se transformar como marido e, logicamente, como pessoa. Talvez possamos entender aqui uma argumentação de que o médico não está dissociado do que ele é como pessoa. Assim, para a mudança de Jack ser verdadeira, ele precisa mudar em todas as dimensões de sua vida.</p> <p>Após Anne se despedir de Jack e deixar o Hospital, Jack vai prontamente ao telefone mais próximo receber a mensagem (falecimento de June).</p> |
| <p>45 Jack recebe a notícia de que June morreu, e fica conversando com ela.</p> <p>Jack chora a morte June.</p> | <p>Jack entra as pressas num quarto de hospital onde June está “desacordada”. Não fica claro nessa cena se June de fato está morta. Jack então começa a conversar com ela e a enfermeira começa a dizer que talvez ela não possa ouvi-lo. No conteúdo de sua fala, Jack se culpa por a haver acordado na noite anterior, o que segundo ele a teria cansado e resultado em seu “óbito”. É interessante notar que Jack aqui já reproduz um comportamento de Bloomfield que ele antes criticava, conversar com pacientes inconscientes. Começa a ser sugerida, nesse ponto, a maior identificação de Jack com as práticas de Bloomfield.</p> <p>Nessa parte da cena, Jack está virado para a janela do quarto do hospital chorando silenciosamente enquanto gostas de chuva batem na janela. Um típico clichê do cinema norte-americano para conotar luto, solidão e tristeza. Em toda essa cena, a música mais uma vez é utilizada para sublinhar a emoção envolvida).</p> |
| <p>46 Triste com a morte de June, Jack é confortado por Anne.</p> | <p>Jack se deita na cama enquanto Anne ali já está calada e lendo um livro. Jack lhe conta que June morreu. Anne fecha o livro e se vira para confortá-lo. Esta cena confirma o que Anne havia dito sobre não ter problema com June e explicita o seu apoio incondicional a Jack. A caracterização dessa personagem ganha mais consistência. Também é nesta cena que é confirmada a morte da June, algo que apenas havia sido subtendido na cena anterior.</p> |
| <p>47 Bloomfield opera Jack com muito carinho e cuidado.</p> | <p>Bloomfield está preparado para iniciar a cirurgia, já na sala de cirurgias, então se volta a Jack e o pergunta como ele está. Toda a equipe acolhe fraternalmente a Jack.</p> |

| | |
|---|--|
| <p>A equipe toda lhe presta um grande acolhimento.</p> | <p>Jack já está deitado sobre a mesa recebendo medicações. Bloomfield se volta a Jack, mais uma vez, e lhe explica detalhadamente o que fará, diz que ao longo da cirurgia irá lhe manter informado de tudo que está fazendo e como está fazendo. Bloomfield apresenta a Jack uma surpresa que a equipe lhe preparou: Nancy (a enfermeira da primeira cena, que não queria cantar) começa a cantar a música “preferida” de Jack, que começa a tocar no ambiente. Jack fica visivelmente emocionado. A cena termina quando Jack sente os efeitos da sedação.</p> <p>Nesta cena é perceptível o acolhimento que Jack recebe como pessoa. Este acolhimento é de toda a equipe na busca de maior conforto para o paciente. Esta cena ganha maior força, pois retoma elementos da primeira cena do filme, como a música e o cantar de Nancy, indicando uma comparação entre as RMP desempenhadas nessas duas cenas.</p> |
| <p>48 Bloom conta a Anne do fim da cirurgia e de seu sucesso.</p> | <p>Bloomfield dá a notícia a Anne de que a cirurgia ocorreu bem, o tumor foi completamente retirado, mas nem todas as cordas vocais foram salvas. Por isso Bloomfield diz que não pode dar garantias sobre a preservação da voz de Jack.</p> <p>Nesta cena, uma das duas em que Jack não está presente, é comunicado o fim da cirurgia e o seu relativo sucesso. Também é informado da seqüela que acompanhará Jack por um tempo. Nela também é possível notar mais uma vez a esposa Anne oferecendo suporte.</p> |
| <p>49 Jack volta para casa e recebe um apito e um quadro branco para se comunicar.</p> | <p>Nesta cena Jack está chegando a sua casa com a esposa e filho. Jack recebe de Anne um apito e um quadro branco para poder se comunicar. Nessa cena também é apresentada que a obra na cozinha da casa ainda não havia sido concluída, ponto que será retomado na cena seguinte.</p> |
| <p>50 Jack tenta reconquistar Anne. Ela fala de suas mágoas. Eles fazem as pazes. Jack volta a falar.</p> | <p>Jack dormia sentado e acorda com a voz de Anne esbravejando com o pedreiro. Jack prontamente desce ao piso da casa em que eles estão. Jack chega apitando e sinaliza ao pedreiro que ele os deixe por algum instante. Sozinho com Anne, Jack escreve para que ela grite com ele, pois a obra na cozinha foi ideia dele. Anne tenta fugir e Jack a impede. Anne chorando diz que não sabe o que Jack quer dela. Jack diz que precisa dela, mas ela contra argumenta que ele não precisa, ela estava lá quando ele precisou e ele não a procurou. Jack concorda e pede desculpas, que não são aceitas por Anne. Jack insiste no pedido de desculpas apitando alto. Anne, chorando, grita pedindo para que ele pare. Jack insiste com a frase</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>escrita “preciso de você!”. Os dois se olham chorando, Anne sorri, ele se aproxima dela, lhe olha nos olhos e fala que ama. Anne fica emocionada com a volta da voz de Jack e ele começa a dançar (com a música alegre que começa a tocar). Os dois se abraçam forte.</p> <p>Esta cena mostra a reconciliação do casal a partir da busca de Jack por uma reaproximação e reconhecimento de suas falhas. Jack precisou ficar sem voz para poder verdadeiramente ouvir Anne. Perdão e renovação (recomeço) do relacionamento representam nessa cena também um final feliz para o romance de Jack com a esposa. Nesta cena também é apresentada a superação da sequela por Jack.</p> |
| <p>51 Jack volta a trabalhar. Vai ao quarto de Arturo e lhe conta que conseguiram um coração para ele.</p> <p>Jack desenvolve uma boa relação com o paciente e com a família.</p> | <p>Jack chega ao hospital com a indumentária de médico e vai ao quarto de Arturo, paciente que aguarda por um transplante de coração. Arturo está acompanhado de sua família (esposa e filhos). Jack conta a Arturo que conseguiram um coração e que ele já está a caminho.</p> <p>Arturo traduz a informação de Jack para sua família (mexicanos). A esposa de Arturo lhe pede que pergunte a Jack se é um bom coração que está vindo, se é um coração de um homem bom. Arturo faz a pergunta a Jack meio desconcertado explicando a credence de sua família sobre o coração ser o local onde reside a bondade de um homem. Jack diz que concorda com a preocupação da esposa.</p> <p>Nessa cena é possível notar também que Jack muda de atitude com relação à família do paciente e a preocupação com a história e cultura do paciente. Isso pode ser notado, sobretudo, se compararmos esta cena com as <i>cen</i>as 5 e 7 nas quais é insensível e impertinente no atendimento a uma mulher e quando Jack ironiza o telefona de uma esposa e faz piada, respectivamente</p> |
| <p>52 Jack realiza a operação de Arturo com o mesmo cuidado e carinho que recebeu de Bloomfield.</p> | <p>Jack realiza a cirurgia de transplante de Arturo com uma trilha sonora mexicana. Antes de começar os procedimentos, Jack acaricia a cabeça de Arturo (desacordado) e lhe conta que irá começar a realizar a cirurgia. Quando o novo coração começa a bater, Jack diz a Arturo (também lhe acariciando a cabeça): “Sua esposa irá ficar feliz, Arturo. É um lindo coração!”.</p> <p>Esta cena, se contrastada com a primeira cena, mostra a mudança de atitudes de Jack na RMP durante um procedimento cirúrgico. Jack o acolhe, informa, considera sua cultura, história e família. Jack efetivamente presta uma atenção integral ao paciente.</p> |
| <p>53 Jack recebe um envelope na recepção.</p> | <p>Essa cena é breve. Ela apenas demarca o fim da cirurgia e apresenta Jack recebendo uma carta de sua secretária.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Jack guarda a carta no bolso sem abrir e vai ministrar sua aula, para qual está atrasado. Esta carta é a carta que June lhe escreveu e Jack apenas irá ler na última cena.</p> |
| <p>54 Jack muda como professor. Jack faz que seus alunos sejam pacientes do hospital por 72h para aprenderem a desenvolver uma boa RMP.</p> | <p>Alguns médicos residentes, alunos de Jack, aguardam ansiosos por Jack em uma sala. Jack está atrasado. Jack chega e pede desculpas pelo atraso. Jack começa a distribuir camisolas do hospital e pede que eles as vistam. Alguns chegam achar que é uma brincadeira. Quando eles saem constrangidos do vestiário, Jack lhes diz que eles passaram muito tempo aprendendo o nome em latim para as doenças de seus pacientes e agora terão de aprender os nomes de seus pacientes, “eles tem seus próprios nomes, se sentem ameaçados, constrangidos e vulneráveis, sentem-se doentes, eles querem se curar e por isso colocam as vidas em suas mãos”. Jack diz que poderia lhes explicar isso até cansar, mas provavelmente eles não aprenderiam, como ele não aprendeu. “Nas próximas 72hs, cada um de vocês estará com uma doença, dormirão em camas de hospital, comerão comida de hospital e farão todos os exames apropriados, exames estes que um dia vocês irão prescrever. Vocês não serão mais doutores, serão pacientes do hospital. Boa sorte”. Jack os deixa com as enfermeiras que começam a cuidar dos “pacientes”.</p> <p>Esta cena é de grande importância, pois nela as falas de Jack quase constroem o significado preferencial do filme com relação à prática médica. Jack quer provocar nos estudantes o mesmo aprendizado que obteve ao ser paciente. O significado preferencial pode ser completado na cena seguinte com a as palavras de June a Jack.</p> |
| <p>55 Jack lê a carta de June no terraço.</p> | <p>Ao deixar a sala onde ocorria a aula, Jack pega no bolso o envelope e começa a abri-lo. Quando Jack percebe que é uma carta de June, vai ao terraço do hospital para a ler. Jack começa a ler (a voz de June narra a carta). Na carta, June diz que notou como Jack tem dificuldade de se aproximar das pessoas e para o ajudar, ela lhe conta a história de um fazendeiro que colocou tantas defesas em sua fazenda que ficou só, como um espantalho. “Querido Jack, apenas abaixe os braços e todos virão até você”. Jack sorri emocionado, chega ao parapeito do terraço e se vê cercado de pássaros. (A música suave aumenta, a câmera se distancia de Jack com um belo sorriso).</p> <p>Nesta cena, a carta de June possibilita mostrar que o problema de Jack não era apenas na sua prática médica, mas em todas as dimensões de sua existência. Isso já vinha sendo sugerido em pontos que indicavam seus problemas familiares, por exemplo. Assim como o paciente deve ser visto integralmente, o médico deve</p> |

| | |
|----------------|--|
| | buscar ser uma pessoa integral no desempenho de suas relações humanas. |
| 56 Fim. | Sobem as cartelas com os créditos de produção do filme. |

APÊNDICE 6 - QUADRO DE ANÁLISE DO GRUPO DE DISCUSSÃO APÓS A EXIBIÇÃO DO FILME UM GOLPE DO DESTINO

(P) Professores, (A) Alunos, (M) Monitores e (T) Todos.

| | Part. | Fala | Comentários |
|----|-------|--|---|
| 1 | P1 | A gente vai discutir agora. (incompreensível) Esse filme vai contar a história de um médico que vira paciente. E realmente, assim... um tem que se colocar no lugar do outro. Infelizmente, a gente nem sempre chega, né... Acaba em algum momento, (incompreensível). Alguns de vocês já viveram, né? Não é bom. Eu já vivi. (risos). É melhor tá do lado do jaleco branco. O que marca em relação a esse médico, a esse personagem? A mudança dele do tempo 1 para o tempo 2? "Aluno 2"? | Professor 1 começa a discussão já indicando aos alunos qual é a leitura que ele espera que seja feita, e busca relacionar o vídeo com o cotidiano dos estudantes, o que poderia ser entendido como uma espécie de reendereço. Ele termina esta fala já solicitando a participação de um aluno em específico. |
| 2 | A1 | Oi! | <i>Aluno estava desatento</i> |
| 3 | P1 | O que marca esses dois tempos dele? Antes de ser paciente e depois de virar paciente? A maneira de ele ver a relação médico-paciente? | Nessa pergunta, o professor mais uma vez empreende um esforço em direcionar a atenção do estudante a um ponto crucial do filme. |
| 4 | A1 | Acho que a experiência. (incompreensível) | |
| 5 | P1 | O quê? | |
| 6 | A1 | As atitudes dele como... não só como paciente, entende? Mas de todo mundo que está à volta dele... ele fica mais humano, mais romântico... | Neste ponto, mesmo respondendo à indagação do professor, o aluno já extrapola a aparente expectativa do professor em refletir centralmente sobre a prática médica e reflete sobre a vida da pessoa de modo mais amplo. |
| 7 | P1 | O que o <i>Aluno 1</i> falou que o que mudou não foi só a relação dele com os pacientes, mas a relação dele com todo mundo, né? A relação dele com a mulher muda também. | Aqui o professor explica o que o <i>Aluno 1</i> havia dito (falou baixo) para que todos pudessem entender. Essa repetição parece ser uma nova tentativa de controle da discussão. |
| 8 | A3 | Fica mais atencioso... | |
| 9 | P1 | Fica mais o quê? | |
| 10 | A4 | Humanizado. | |
| 11 | P1 | Humanizado. | Ao repetir essa resposta, parece destacar uma resposta que aparentemente é a esperada. |
| 12 | A4 | Mais sensível. | |
| 13 | A5 | Mais sensível. | |
| 14 | P1 | Mais sensível! | |

| | | | |
|----|----|---|--|
| 15 | A6 | Envolvimento... Quando ele fica no lugar do paciente e ele vê que não é bom ser tratado como ele tratava... | Aqui o aluno volta de modo mais elaborado a que o professor havia feito referência no início da discussão e acrescenta que ao se colocar no lugar do paciente o médico começa a perceber o quão problemática é essa relação na perspectiva do paciente. |
| 16 | A3 | Ele começou a ter empatia, né? | Aqui o aluno retoma um conceito das aulas anteriores para dar nome à experiência passada pelo protagonista. |
| 17 | P1 | Ele começa a entender que é preciso ter empatia, né? Uma coisa que é interessante é essa questão também da experiência da doença desencadeando assim... uma crise em diversas relações do sujeito que é o que a gente vai ver nesse personagem. Não é só a maneira dele se ver no trabalho com o outro, mas a relação dele com a esposa. A gente vai ver isso com frequência. O paciente que adoece e começa a ter uma crise de saúde muito grave, começa a ter crise na família, então, ele se prepara. Diversas... as relações perdem o equilíbrio. Tudo começa a explodir igualmente. Que justamente não é a melhor hora, né? Foi brigar com a esposa logo agora que descobriu que tava com câncer, né! Mas é quando os dois começam a discutir, antes a relação tava bem! | O professor repete a fala do aluno para indicar aprovação. Retoma o que foi apontado pelos alunos, busca provocar o reconhecimento da complexidade envolvida na RMP, e como essa se dá com indivíduos que desenvolvem relações que vão bem além do hospital e das RMP. Indica que a doença afeta não apenas o físico, mas também suas relações sociais. |
| 18 | A7 | É... estava meio maquiada... | O estudante indica que não foi a doença que causou esse "desequilíbrio", mas esse já existia antes da doença e era fruto do modo de agir do protagonista. A relação matrimonial fragilizada era pré-existente à doença. |
| 19 | P1 | Estava bem maquiada? É, mas não estava incomodando, eles não brigavam, eles não discutiam. | O professor pondera que antes da doença esses problemas ao menos não eram tão aparentes. |
| 20 | A2 | Ele nem ia em casa... como eles iriam discutir? | Os alunos prosseguem sustentando que a doença não foi a causa da ruína das relações desse médico, mas sim suas atitudes com o outro. Usam como exemplo o seu distanciamento da família. |
| 21 | P1 | No início assim, vocês vão ver... porque na verdade, quando ele vira doente a relação deles muda, né? A relação dele com a esposa muda! Agora ele... muda! O que muda na relação deles? "Aluno 8", o que muda na relação dele com a esposa quando ele adoece? | Defende a ideia de que a doença traz grandes mudanças à rotina do protagonista, principalmente na relação com a esposa. |

| | | | |
|----|-----|--|---|
| 22 | A4 | Acho que ele consegue perceber o quanto distante que ele era dela... | O aluno diz que ele consegue perceber a distância do casal, e de alguma forma confirma que está seguindo o Significado Preferencial construído pelo Professor 1. |
| 23 | P1 | Aquela distância fica mais aparente, porque nesse momento ele precisa dela mais perto, mas ele nem sabe como chamar e ela nem sabe como ir, né, eles não estavam acostumados. | O professor complementa dizendo que essa distância ficou mais aparente por que o protagonista precisou da esposa por conta da doença, o que pode ser mais uma tentativa de reforço da perspectiva defendida pelo professor. |
| 24 | M 1 | Um ponto interessante é justamente aquela cena que ele fala que sempre a manteve a uma distância e que agora ele não consegue trazê-la mais pra perto. A relação deles sempre foi essa distância... essa distância confortável... | O monitor cita um trecho para exemplificar o posicionamento do professor e, assim, o reforçar. |
| 25 | P1 | Distância confortável, né... De repente tem que pedir ajuda também, né, e receber ajuda, né. Isso não é fácil. Não sei se se vocês observaram na primeira cena, o colega dele que depois o iria operar, né, ele põe a mão no ombro dele, e ele diz: "Não quero sua pena!". O que vocês acham? Pena faz mal? | Fazendo referência à cena em que Bloomfield oferece ajuda a Jack quando ele está saindo da primeira biópsia, o professor argumenta que a distância foi construída pelo próprio médico nas suas relações. |
| 26 | A2 | Isso tem a ver com compaixão... (incompreensível) | O aluno diz não se tratar de pena, mas de compaixão. A distinção entre esses dois conceitos foi feita no espaço de discussão após as aulas 4 e 5 que se voltava a pacientes com doenças graves e doenças crônicas. |
| 27 | P1 | Ele não gostou! | |
| 28 | A2 | A June, ela não sentia pena dele (incompreensível), ela mostra para ele como eles (médicos) são... | O aluno parece indicar que Jack se aproxima de June justamente por ela não sentir pena dele. |
| 29 | P1 | É, ela está doente também, né? | |
| 30 | A4 | Na verdade, acho que ali ela não tinha nem como ter muita pena dele porque ela tava muito mais ferrada do que ele, entendeu... ela: ah! eu não tenho pena de você, obviamente, você vai perder a sua voz e eu aqui vou perder a minha vida, entendeu? Por causa de um erro da sua classe. A classe médica ferrou comigo, entendeu! Acho que ela tá ali pra mostrar que, apesar de todas as adversidades que a doença pode trazer, você pode tentar buscar um pouquinho mais de amor. | O aluno inicia ponderando sobre a relação de Jack e June, justificando a ausência de pena por parte de June. Depois ele passa a considerar sobre a construção da história narrada no filme e o papel da personagem June para a narrativa, ou seja, lembrar a Jack como ele (e os médicos em geral) age com os pacientes e também mostrar que apesar das dificuldades trazidas pela doença, ainda é possível amar. Nesse ponto, portanto, há um importante indicativo sobre a dimensão de discriminação. , pois o aluno parece tomar partido em favor de June e quando faz isso fala "de |

| | | | |
|----|----|--|--|
| | | | dentro” da história. Ele até enuncia a voz de June. |
| 31 | A8 | Pra mim, naquela hora em que o médico coloca o nome dele dentro da pasta, eu entendo que ele é claramente o cara que está mais assim vulnerável... Foi ali que ele viu que está vulnerável e começou a perceber que o médico também é o ser humano... (incompreensível) | Sem dar prosseguimento às considerações do colega (aluno 4), o aluno 8 destaca uma cena em que o médico começa a se sentir como paciente, como “ser humano”. Neste trecho (bem como nas linhas 33 e 34 a seguir) o aluno tenta expressar sua compreensão de questões apontadas de maneira mais ou menos implícita no filme. |
| 32 | P1 | Isso culmina quando ele pega o bisturi e dá pro colega. Ele já se sentia tão vulnerável que nem conseguia mais fazer o trabalho dele. | Sem também considerar a ponderação do aluno 4, o professor tenta se apropriar das formulações dos alunos para dar mais legitimidade às suas. Ela traz as falas dos alunos para seu discurso, para sua compreensão do que deve ser entendido do filme. |
| 33 | A7 | Ah, tem também o distanciamento... Ele já não conseguia ficar assim, ele se via paciente também... | O aluno 7 parece indicar que Jack perde a segurança para atuação médica quando se reconhece também paciente, quando a distância entre médico e paciente é reduzida. |
| 34 | A3 | Ele não conseguia ver a pessoa que estava ali (na mesa cirúrgica), agora não... | O aluno 3 prossegue afirmando que o reconhecimento dessa proximidade impediu que Jack executasse uma cirurgia (aparentemente se referindo à cena 38). |
| 35 | P1 | Também muito... muito próximo também. | |
| 36 | M1 | Não sei se vocês perceberam, mesmo antes dele começar sequer a demonstrar que ia mudar de comportamento, é... primeiro, foi a primeira vez na médica, a otorrino, e ela deu aquela notícia direta a ele “Olha, você vai fazer uma biópsia amanhã” e se vocês perceberam naquele primeiro momento ali, ele já não se sentiu confortável com o jeito com que a médica falou com ele. E, nesse sentido, o que vocês acharam da atitude dela ao longo do tratamento dele? Porque assim... em momento algum ela pareceu demonstrar empatia. | Monitor busca destacar uma cena em que Jack sente pela primeira vez o que é ser paciente de um médico semelhante a ele, a cena 10. Nessa cena Jack experimenta da falta de empatia por parte da médica que o atende. Então o monitor questiona sobre as atitudes da médica ao longo do tratamento de Jack. |
| 37 | A7 | É, eu entendo assim, ela passa o equipamento de qualquer maneira, abre a laringe do cara... | O aluno dá destaque à truculência e impessoalidade com que a Dr ^a Abbot manuseia o equipamento e o paciente, Jack. O comentário do aluno converge com o direcionamento do monitor. |
| 38 | M1 | Você acha que...? | |

| | | | |
|----|----|---|--|
| 39 | A3 | Ah, eu concordo! | |
| 40 | A7 | ... mesmo ele também sendo médico. | Aqui o aluno parece entender que, por ser médico, Jack demandaria um tratamento ainda melhor da médica. |
| 41 | A3 | E o jeito dela passar a notícia para o paciente com tumor de laringe no mesmo instante. | O aluno também dá destaque à comunicação fria e despreocupada da médica como também uma expressão dessa RMP fria e distante. Este comentário do aluno também converge com o direcionamento do monitor. |
| 42 | A4 | Se reparar bem, o jeito que ela conduz uma consulta é exatamente do jeito que quando ele vai atender à mulher primeiro, ele fala as mesmas palavras que ela fala depois. Da mesma forma que ele fala com ela, ele fala: dia cheio! Ela fala: dia cheio! Então na verdade é um jogo de espelhos pra mostrar a inversão de papéis que tá acontecendo de um pro outro. Ela tá sendo atendida por ele, é literalmente ele. Uma pessoa que no caso, são de sexos opostos, entendeu, e ele como homem e ela como mulher trocando papeis ali, sendo o que ele fez com a mulher. Ele disse pra mulher de uma vez e ela poderia ter dito de outra forma, entendeu? Trata de fazer do mesmo jeito e ele não, e ele não, quer um tratamento (incompreensível) e ele é daquela classe. Ele fala: Não, mas perai! Eu não sou um paciente, eu também sou... eu sou seu colega, eu sou um amigo! | O aluno percebe a semelhança entre os comportamentos de Jack na cena 5 e Abbot na cena 10. E o aluno percebe a semelhança de atitudes, palavras e entre esses dois personagens, e destaca alguns exemplos. Ele destaca que isso se configurou como um artifício para apresentar a troca de papéis pela qual Jack passa na narrativa. Isso parece ir além dos limites que estavam sendo estabelecidos pela dupla P1 e M1 e de alguma forma sendo confirmado pelos outros alunos. O Aluno 4 identifica algo que não havia sido identificado pelos outros participantes. |
| 43 | A7 | Quer tratamento vip, né? | O aluno dá destaque à resistência de Jack em ocupar o papel de paciente, e na crença de Jack de que um papel de paciente não era algo para alguém importante (vip) como um médico. |
| 44 | A4 | É, exatamente! | |
| 45 | P1 | Por que quando uma pessoa chega e diz: O dia foi cheio! Porque a primeira frase que você falou que os dois começam dizendo "um dia cheio". O que quer dizer isso? O que isso enuncia? | Nesse ponto parece que o professor busca direcionar a discussão para aspectos da rotina do médico que também influenciam negativamente a sua prática médica. Parece querer indicar uma ponderação sobre as limitações do médico perante essa rotina. |
| 46 | T | Tentando justificar sua ausência... Falha... Imaturidade... | Todos respondem dizendo algumas palavras simultaneamente. As palavras que puderam ser entendidas não estão de acordo com a ponderação que o professor tentou encaminhar. Os estudantes acreditam |

| | | | |
|----|----|--|---|
| | | | que o atendimento ruim se deu por falha ou imaturidade dos médicos. |
| 47 | P1 | “Não me enche o saco!” “To cansada!” (risos)... né? O que você acha? “Não demanda muito”... | O professor tenta reforçar sua ponderação sobre a rotina médica como influenciadora negativamente de uma RMP ruim. |
| 48 | A4 | Eu acho que ele falou pra justificar o atraso... | O aluno persiste em seu posicionamento. |
| 49 | P1 | Ele quer justificar o atraso! É verdade. É verdade. | O professor concorda com o aluno. |
| 50 | M2 | É, desculpa, a gente vem para a consulta preparado da mesma maneira que vocês, né? | Buscando reforçar a mediação do professor, o monitor enuncia uma suposta fala sincera de um médico a um paciente, numa situação como a discutida no filme, “desculpa, também sou humano e tenho os meus problemas”. |
| 51 | P1 | Uhum. | |
| 52 | M2 | Havia um rei, e como todo rei ele tinha o seu reinado. E no seu reinado ele tinha os seus soldados e servos. Um dia, ele convocou um dos seus soldados e solicitou que ele atirasse uma pedra num dos servos. Ele teria três dias pra fazer isso e ele não chegando a uma razão adequada pra atirar uma pedra em alguma pessoa, ele pensou numa melhor maneira de fazer isso. Se ele descumprisse as ordens do rei ele seria assassinado. Então, ao final do terceiro dia ele embrulha aquela pedra numa embalagem, num jornal, num papel e atira aquela pedra. E quando ela bate no servo ela não causa estrago algum. Ele mal percebe que ele havia recebido a pancada. Então, eu acho que quando a gente vê essa situação de comunicar uma má notícia, a gente tem que jogar uma pedra, mas aí a gente tem toda uma estrutura que a gente pode criar pra evitar que aquela pancada, ela realmente machuca a pedra vai ser atirada, mas não necessariamente ela tem que causar uma ferida. | O monitor continua na tentativa de “reforço” ao argumento defendido pelo professor e conta uma fábula da mitologia (algo que ele comumente fazia durante as aulas quando oferecia suporte aos professores). A estória que ele conta tem o objetivo de mostrar que o médico deve buscar comunicar a má notícia de modo que fira o mínimo possível o paciente. |
| 53 | P1 | Será “Monitor 2”... será que você consegue dar um diagnóstico de câncer sem machucar? | Nesse ponto, apesar do monitor aparentemente ter buscado reforçar o argumento do professor, eles divergem. O professor não acha possível comunicar uma má notícia sem ferir. |
| 54 | M2 | A semana passada a aula... na semana retrasada... a última... semana retrasada, não foi? Foi! Ele falou do Protocolo SPIKES que é uma maneira de amenizar, de trabalhar essa | O monitor então relembra que na aula de duas semanas atrás havia sido destacado o papel do protocolo |

| | | | |
|----|----|--|--|
| | | ideia, de envolver um pouco, pra evitar que a pancada machuque... | SPIKES como um meio de ferir menos na comunicação de más notícias. |
| 55 | P1 | Porque eu acho que a gente pode embrulhar essa pedra num veludo, mas que vai doer, "Monitor 2", eu acho que dói! (risos) | O professor continua discordando. |
| 56 | M2 | Dói! Mas, dessa maneira que ela trata, dói, eu acho demais. Dessa maneira fere. Doer, vai doer, mas dessa maneira vai ferir. Há um tempo, quando eu fiz uma pesquisa daquele (incompreensível), a gente tinha que discutir com os (incompreensível) depois... e agora vou me abster da posição de monitor e vou pra minha posição pessoal. É... foi o que eu coloquei no momento e me choca e então por isso vou me abster da posição de monitor. No vocabulário médico tem uma palavra que falta, tem uma palavra que não tá no nosso glossário que é a palavra amor! A gente não aprendeu a lidar com o paciente com amor. Existem diversas manifestações do amor. Existe aquele amor... existe amor romântico, existe o amor que a gente tem pelos nossos familiares, mas existe esse amor... o amor pela medicina, o amor como lidar com o paciente e isso a gente infelizmente não tem disciplina, não tem eletiva que ensine, e cabe a gente cultivar esse hábito, essa maneira de lidar, porque em algum momento da vida, todos nós vamos deixar de ser médicos pra ser pacientes. O que a gente espera que o médico, que a equipe que nos trata, nos trata com amor. É... e a gente vai ficar conhecido se a gente conseguir trabalhar dessa maneira. Na segunda-feira, eu tinha que fazer a admissão de um paciente no CTI e foi muito interessante porque eu fiquei muito tempo conversando com ele, já tinha terminado o resto das coisas, aí o neto dele chegou pra buscá-lo, porque eles iam mudar de hospital e ele perguntou pra ele se ele se sentia bem. Ele falou assim: eu me sinto, porque eu tenho um anjo ao meu lado. Aí, naquela hora, assim... uma situação que mexeu muito comigo... mas, por quê? Porque antes ele tinha sido, é... quem trocou a roupa dele foi uma técnica de enfermagem, porque ele tinha reclamado comigo, porque ele trocava a roupa dele assim: vira pra lá, mexe pra cá. Muito rompante! Eu conheço ela e ela tem um jeito rompante de falar e isso deslocou muito, e o incomodou tanto que, olha, você trata essa pessoa com um pouco de amor, essa pessoa te reconhece como um anjo. Todos nós teremos essa experiência! | O monitor 2 então prossegue defendendo seu posicionamento e se coloca como estudante e apresenta um exemplo vivenciado por ele. O monitor, na posição de aluno, critica a formação médica pela ausência de uma formação que valorize mais, questões mais amplas da existência humana, como o amor. |

| | | | |
|----|----|--|--|
| 57 | P1 | E o que vocês acham? (risos). A gente tem que ter amor pra dar? Haja amor! Não dá pra tentar? Tem dias que sim, tem dias que não? (risos) O que você acha, Professor 2? | O Professor continua o rechaço (na forma de risos) e chama aos demais alunos e ao outro professor para participar, contudo o seu chamado é bastante tendencioso. |
| 58 | P2 | Professor 1, esse filme, é... eu acho muito interessante, embora a gente assista muitas vezes e há muitos anos, porque ele nos dá a oportunidade, como médicos, de mergulhar numa linguagem cinematográfica, que tem lá seus exageros, é... de mergulhar num universo humano, sobretudo humano, porque o nosso universo como médicos. É aquilo que a gente mais preza, mais deseja, quando nós, a cada período, que nós passamos nossas experiências ao alunado, não é? Alguma coisa desse conhecimento. Quando nós falamos, nitidamente ali vemos: personalidades das mais distintas, entre médicos, entre pessoas, é... nós observamos formas de manifestação, de comunicação, maneiras de comunicação e conservamos principalmente como a personalidade do médico embora, esfriando novamente, a caricatura do filme, é... matiza, né? A personalidade do médico coloca num pedestal, num lugar que, ao meu ver, não cabe... não cabe... mas infelizmente existe, infelizmente é ocupado por muitos médicos. E quem tá comigo toda semana sabe disso, que a gente procura prezar essa discussão das relações humanas, das relações entre pessoas comuns... comuns. Quer dizer, é a história que eu digo sempre: quando nós recebemos alguém, seja no nosso consultório, é comum, ou na enfermaria, no hospital, é como nós recebemos na nossa casa, é uma relação humana, sobretudo. Logo, cabe a mim, que estou recebendo, ser uma pessoa educada, ser uma pessoa cordata, ser uma pessoa afetuosa, uma pessoa que vou transmitir já na minha face, no meu gestual, a satisfação de receber aquela pessoa. Na vida profissional, não é diferente... não é diferente. O que difere é que somos procurados em uma situação especial. Então, será que essa situação especial, em que o outro está sofrendo e nós estamos no lugar do saber, é suficiente pra nos colocar nesse pedestal? Será que é suficiente pra é... nos tornar diferentes do outro que nos procura? | O Professor 2 inicia sua participação evitando inicialmente o conflito. Ele demarca aspectos da linguagem cinematográfica, exageros principalmente, que ele chama de caricaturas. O professor parece se aproximar mais do posicionamento do Monitor 2, sobretudo quando indica a necessidade de acolhimento afetuoso dos pacientes por parte do médico e que não há espaço para a supervalorização do profissional de medicina em relação ao paciente. Contudo o professor não entra na questão sobre a necessidade de amar o paciente que o Monitor 2 traz. |
| 59 | P1 | Mas será, Professor 2, que o paciente não quer botar a gente nesse pedestal? Que dessa forma ele se sinta mais seguro dessa forma? | O Professor 1 pondera que muitas vezes é o próprio paciente que por necessidade cria a assimetria na relação RMP. |

| | | | |
|----|----|---|--|
| 60 | P2 | Sim, mas o fato de... não sei. O que que vocês acham? Eu tenho minhas respostas, mas vocês? | O Professor 2 inicia uma contestação, mas evita prosseguir no debate com o outro professor e pede que os alunos participem desse debate. |
| 61 | P1 | Vocês! Vocês acham que a gente busca no médico alguém que a gente ache superior? | Professor 1 reformula a pergunta do Professor 2. |
| 62 | A2 | Eu acho, professor. Eles vêm com as doenças deles, com os problemas deles e buscam alguém que tenha o conhecimento superior que nós temos. | O aluno 2 concorda com o posicionamento do Professor 1. |
| 63 | P1 | E como lidar com isso? | O Professor 1 tenta dar prosseguimento ao desenvolvimento da ideia defendida por ele... |
| 64 | P2 | Uma outra coisa que eu estive pensando: o que que faz... o que nos faz o melhor médico para o nosso paciente? O paciente não sabe se nós estamos atualizados, o paciente não sabe se nós somos titulados, o paciente não conhece nada da nossa competência, teórica e prática, muitas vezes. É... mas, eu acho, particularmente eu acho que esse encontro de pessoas, a forma como você lida com o outro, a forma como você trata o outro é que faz com que ele te considere o melhor médico. Ele nunca vai saber se você é atualizado ou não. Agora... é claro, a linguagem que você utiliza, o modo que você o aborda, como você conversa, como você transmite notícias, o modo como você demonstra o seu afeto por ele, tudo isso, vai sendo percebido, tendo uma linguagem extra-verbal. Existe uma linguagem extra-verbal, que eu sempre exemplifico... os alunos que estão aqui comigo toda semana, já ouviram isso de mim. Nós, ao olharmos pra alguém, ao ficar... eu olhando pra ela... eu to fotografando sequencialmente de maneira que eu percebo todo o gestual dela, eu percebo o cabelo dela agora, nesse momento, até a roupa dela, coisa que eu habitualmente não reparo, mas estou reparando. Mas, mais que isso... mais que isso, nós aqui, nós quatro (dois professores e dois monitores), estamos sob os olhos de vocês todos. Então, vocês estão muito mais em condições de reparar tudo em nós. Quando nós encontramos com o paciente, a mesma coisa, a mesma coisa! Nós vamos examinando (com instrumentos) o paciente, e o paciente também vai observando tudo em nós. Observa tudo, se o cabelo tá desalinhado, a roupa tá amarfanhada, se o sapato está descascando, tudo! Então ele... isto são... esse encontro vai propiciando e vai nos dando todo esse conhecimento do outro, né? | O Professor 2 polidamente interrompe. O professor enuncia uma questão para retomar um ponto das aulas (principalmente a aula 11) em que as pesquisas indicam que para os pacientes o principal critério para saber da competência técnica do médico é sua conduta na RMP. Com isso o professor parece argumentar que não basta apenas resolver o problema do paciente, mas cuidar bem. |

| | | | |
|----|----|--|--|
| 65 | A7 | <p>Mas se não deve haver esse bloqueio, deve haver o envolvimento que ele falou (Monitor 2)... Será que todo mundo sabe o limite para que esse envolvimento não faça mal para você? Até que ponto deve haver esse envolvimento? Acho que faltou um pouco de objetividade, assim, nas aulas, tipo... é muito bonito o discurso assim... eu acho que tem que ter, mas as vezes eu fico um pouco mal em saber que um paciente, tipo o que tivemos semana passada na enfermaria, que a gente estava muito apegado, e ficamos muito mal... Agora, esse amor que você falou, como é que vamos saber sobre... sobre o limite disso na prática? Porque, se eu for cirurgiã e me apegar muito aos pacientes e muitos deles vão morrer... objetividade! Como é que eu posso aplicar objetividade com isso? Porque tem que ter objetividade pra isso!</p> | <p>O aluno pondera sobre o envolvimento (relação afetiva) do médico com paciente. Ressalta que parece muito subjetivo o discurso veiculado na disciplina, que precisava ser mais objetivo para ser melhor aplicado por eles. Essa objetividade também contribuiria para que eles melhor entendessem os limites desse envolvimento, já que esse envolvimento traz alguns danos para eles como sofrer a perda de um paciente ao qual o estudante se apegou.</p> |
| 66 | M2 | <p>Daqui há pouco eu chego aí. É... se eu pensar no <i>Sarcoptes scabiei</i> isolado, ele é <i>Sarcoptes scabiei</i>, na pele ele é escabiose. Se eu pensar no <i>Schistosoma mansoni</i> em laboratório, ele é <i>Schistosoma</i>. Se eu pensar indivíduo, ele é esquistossomose. Não existe doença, existe doente, e o doente, ele é um conjunto, ele não é simplesmente uma patologia, ele é um conjunto, ele é uma pessoa que tem um aspecto psicológico e um aspecto espiritual e um aspecto sentimental. Daí o fato d'eu levantar essa bola de tratar o doente com amor, porque eu vou tratar também da questão sentimental... entendeu? Eu vou ser também aquele que dá apoio, só que eu não posso comprar a briga pra mim. O limite é esse, o limite é esse. O paciente tem câncer, é obvio que eu vou me comover com a situação. Só que o câncer é dele. Mesmo com os nossos familiares. Quando tem alguém da nossa família doente, eu posso optar por ficar doente e desesperado junto com aquela pessoa ou eu vou ser o centro de equilíbrio naquele momento, porque é uma situação que exige de mim, ter esse equilíbrio. Então, assim, tratar com amor, não quer dizer... você viver a doença do paciente, mas é você sendo o apoio, você ser o esteio pra lidar com aquela situação. Não sei se era o que você queria ouvir.</p> | <p>Respondendo ao Aluno 7, o Monitor 2 pondera que não há doença sem pessoa, e fala da complexidade envolvida na história do paciente doente. O monitor também pondera sobre o limite do envolvimento ressaltando que o papel do médico é dar apoio ao paciente e não sofrer no lugar do paciente. Oferecer o apoio e buscar ser o ponto de equilíbrio num momento delicado da vida do paciente.</p> <p>M2 parece buscar refinar e complexificar o seu discurso para escapar das desqualificações e das ridicularizações, como a que passou quando se referiu ao amor.</p> |
| 67 | M1 | <p>Assim... eu vou ser bem sincero, quando eu estava na M6, e até hoje, é... hoje eu tô no M10, eu faço o mesmo questionamento. Você vai continuar fazendo esse seu questionamento o resto da vida, com certeza o Professor 1 faz, o Professor 2 faz esse questionamento. Não existe... não existe receita de bolo nenhuma. É... eu sei que não é isso também que você quer,</p> | <p>O Monitor 1 defende a ideia de que não há um procedimento correto, padrão e objetivo para a RMP. Segundo ele, cada RMP vai demandar um nível de envolvimento, e essa demanda sempre será objeto de questionamento constante por parte dos profissionais. Nesse ponto da</p> |

| | | | |
|----|----|--|--|
| | | <p>mas assim... não existe receita de bolo alguma pra tratar de paciente e não existe, você... cada paciente diferente... vai ter paciente que você vai se apegar mais, você vai se envolver mais mesmo e não é errado você chorar porque aquele paciente morreu. Eu tinha um paciente oncológico, ele ligou pra mim numa quarta feira e falou assim: Dr. Monitor 1, eu gostaria que o senhor viesse aqui no INCA. Eu falei assim: eu vou, assim que eu puder aqui, eu to indo. No outro dia, recebi a notícia que ele tinha falecido... entendeu? E eu chorei! Quando eu recebi a notícia, eu chorei em casa! Minha namorada tava ouvindo e ela falou: Poxa! Você tá chorando? Eu falei: To chorando! Me fez mal! Entendeu? Não... não... você... assim, você não pode deixar isso também sair de você, se você deixar esse lado de se emocionar com a história do paciente, se você deixar de lado... se você se afastar muito do paciente, você vai chegar num momento que você não consegue mais ter empatia com o paciente, você vai chegar num momento... o paciente tá lá, você tá aqui, você nunca mais vai conseguir ter... de chegar tão perto dele, tão próximo dele, a ponto de você entender ou tentar pelo menos entender qual... como é que aquele paciente tá lidando com todo aquele processo da doença, entendeu? Então, assim... vão ter vezes, várias vezes que você vai se aproximar, você vai se entristecer, vai chorar, vai afetar a sua vida e vai ter vezes que não vai acontecer nada. Entendeu? Então assim... é... não vai ter nunca uma... um... uma fórmula, entendeu, que você vá sempre resolver e se vai conseguir ter uma... um bom distanciamento, um bom envolvimento, digamos assim do paciente.</p> | <p>discussão o Professor 2 argumenta que o principal critério de satisfação dos pacientes é uma boa RMP, e não a efetividade/sucesso do tratamento médico ou técnica utilizada.</p> |
| 68 | P1 | <p>Eu acho exatamente isso e acho que sua pergunta foi central. Porque eu acho que ela faz um resumo, né da questão que vai entrar na disciplina. Até onde chega perto, né,... de mais, você perde a sua capacidade de ter algum discernimento, de menos também, você .. enfim.. Eu acho que é um equilíbrio que a gente faz todo dia. Vai depender do paciente, vai depender também do (incompreensível). Uma coisa é você ver o paciente que chega sangrando na emergência, outra coisa é o paciente que você acompanha no ambulatório, que você acompanha há muito tempo... você entende? Dependendo da situação, esse equilíbrio vai se definir todo dia. Não tem uma regra.</p> | <p>Professor 1 se dirige ao Aluno 7, expressa sua concordância com ele, mas também contempla os posicionamentos expressados pelo Professor 2 e o Monitor 1. Ele destaca a importância da busca pelo equilíbrio na PsiMed e que esse equilíbrio se desenvolve, sobretudo, de acordo com a sensibilidade de cada médico em perceber a demanda da cada paciente.</p> <p>Em alguma medida P1 se apropria das formulações do M1, como se elas já estivessem contidas nas suas ponderações anteriores.</p> |
| 69 | P2 | <p>Nós tivemos oportunidade, em nossa turma, de discutir os conceitos de transferência e contra-</p> | <p>O Professor 2 conecta a fala do Professor 1 aos conceitos de</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>transferência. Quem está aqui que estava presente, acho que todos estavam devem lembrar. É... que são conceitos justamente que dá quando essas relações afetivas, seja de parte do paciente, do médico para o paciente ou do paciente pro médico. Mas, sobretudo é necessário que nós tenhamos um certo conhecimento de nós próprios. Um certo, porque nós nunca vamos nos conhecer plenamente. À medida que nós temos um pouco de conhecimento de nós próprios, nós vamos ter um certo domínio também nestas relações que nós estabelecemos com o outro, seja paciente ou colega, um aluno, uma amiga... Existe pontos cegos de nossa personalidade, por mais que você tenha feito análise anos e anos, existe pontos cegos que você não alcança. São pontos de consciência que tem algumas situações e também nessa linguagem inconsciente, esses pontos são tocados e você não entende porque que... como é teu nome? (Nome do aluno que fez a pergunta, Aluno 7). Eu não sei porque, por exemplo, eu olhei para o Aluno 7 e achei os cabelos dele tão bonitos. (todos riem) O que você fez? Nenhum dos meus filhos tem o cabelo como o dele, portanto, não... não é uma questão de estar parecido com os meus filhos, mas vamos supor que eu achei... eu achei o cabelo dele muito bonito, emolduraram muito bem ao rosto dele e daí? É... isso é um exemplo muito trivial digamos assim. A gente pode ter com os pacientes, nós... alguns pacientes nossos, nós temos muito mais... muito mais simpatia, não to falando em empatia, é simpatia. E há também a possibilidade de nós termos antipatia. Por quê? Talvez nunca saibamos responder, nunca encontremos as respostas em nós mesmos... porque essa resposta é minha, não é do paciente. O paciente não é antipático. Eu é que o vi como antipático ou simpático. Entendeu? Então, isso é um exercício que nós vamos ao longo da nossa vida ter um próprio amadurecimento de vida, vocês hoje estão no 3º ano, estão com 20, 21 anos, daqui há pouco vocês tão formados, estão com 30 anos, já aprenderam mais, já amadureceram mais e ainda vão amadurecer, porque nós não paramos de amadurecer, a personalidade é sempre mutável. Nós estamos sempre aprimorando as nossas personalidades, as nossas relações e tendo cada vez mais domínio nessa arte de fazer medicina, nessa arte de nos relacionar com os nossos pacientes. O filme mostra, faz o retrato claro, pitoresco, por um adoecimento que transformou o médico em paciente... né? Nessa</p> | <p>Transferência e Contra-transferência de Freud para defender a ideia de que o médico também projeta no paciente as suas angústias e outros aspectos inconscientes e que por isso também precisa ser observado e “vigiado” na RMP. Então ele mobiliza o exemplo do filme dizendo que, no filme, o protagonista precisa se colocar no papel do paciente para entender como suas atitudes como médico eram danosas ao paciente, consequentemente eram complicadores da RMP.</p> |
|--|--|--|

| | | | |
|----|----|--|---|
| | | <p>medida ele fez uma revisão da vida dele. E nessa revisão, ele procurou ser generoso com aqueles que estavam aprendendo com ele, os residentes. Eu aprendi adoecer, eu não quero que vocês aprendam adoecendo de verdade. Vamos adoecer de brincadeira, tá? Então, tornou os meninos todos e as meninas todas pacientes pra experimentarem que diabos é este!</p> | |
| 70 | P1 | <p>E isso gente, é uma coisa extremamente poderosa, foi poderoso comigo ter adoecido, mudou a minha forma de ver. Eu fui recentemente num Congresso sobre Humanização em Medicina. E lá encontrei uma figura maravilhosa, era um cirurgião gastro, que tinha virado professor de PsiMed numa faculdade lá no nordeste. Como é que isso se deu? Ele teve que operar... enfartado... teve que fazer uma cirurgia de peito aberto, várias pontes, né, descobriu que ia morrer, ficou do outro lado e a partir daí ele decide largar a cátedra de cirurgia e criar a cátedra de PsiMed na faculdade dele lá no nordeste. E aí, ele conta vários casos e as pessoas que se dedicam a isso. Muitos casos são quando você vai pro outro lado. Isso traz um olhar. Um olhar de quê? Porque é assim, por mais que o amor... não dá pra amar o tempo todo, né, pô! Tem dia que a gente pode ... né? Também não sou Madre Teresa de Calcutá. Como é que o amor mínimo, o amor mínimo que a gente tem pelo ser humano e isso eu acho que todo médico tem que ter. Passa pela boa educação, o olhar nos olhos, o falar, o nome... meu nome é Doutor Professor 1... principalmente pra ele saber com quem ele tá falando... entende? Que passa de um amor de um ser humano pro outro, um amor altruísta, né, isso a gente deve ter! Eu acho que independente do nosso humor. É claro que quando o amor é muito grande, a gente nem isso faz, mas não é o certo. E, juntando também o que o Professor 2 falou, às vezes, seja por causa de um mau humor, seja por causa do nosso ponto cego, a gente erra, né, erra no diagnóstico, erra porque é grosso com o paciente quando não queria ser... porque tava com problema em casa, né... e quando o paciente então processa a gente? Quando em geral, quando a gente trata ele dessa forma! Mesmo quando a gente erra, quando você trata ele olhando nos olhos, feito outro médico, né, o tal do rabino, que ele acaba sendo rabino, que opera ele, o tal que bota a mão no ombro, é... é... esses médicos não são processados. O que faz o paciente te processar</p> | <p>O Professor 1 argumenta que não se trata de amor, talvez de um “amor mínimo” (altruísmo), ou cordialidade e “boa educação”, no atendimento ao paciente, mas que nem sempre é possível, que não é possível amar todos os dias. Em seguida, retoma a conceituação de transferência e contra-transferência para concordar com o Professor 2. Por fim, reforça o seu argumento em que parece afirmar que o mínimo de amor é saber o nome e se mostrar preocupado com o paciente.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>não é o erro médico em si, é a relação médico-paciente. Gente, tem dez mil estatísticas. Vocês não precisam amar o paciente, mas tem que dizer o nome, tem que ser educado. É assim, um certo grau de amor, né, mas um amor altruísta, eu acho que sim. Isso passa uma questão moral gente, por isso que a gente aprende isso, em geral, na porrada, ficando doente. Isso é moral, não é intelectual. Alguém quer fazer algum comentário? (palmas).</p> | |
|--|--|--|

APÊNDICE 7 – QUADRO DE ANÁLISE DO FILME WIT

| Cena | Conteúdo | Comentários |
|------|--|--|
| 1 | Médico, DR. Kelekian (Christopher Lloyd) aparece comunicando o diagnóstico à paciente, protagonista, e como será o agressivo tratamento. | <p>O filme começa com a frase “Você tem câncer” proferida pelo médico (DR. Kelekian) que olha para a câmera, que ocupa o ponto de vista da paciente. O médico fala em termos técnicos sobre a gravidade do câncer que a paciente tem no ovário, câncer metastático. A câmera alterna de lugar e agora, do ponto de vista do médico, mostra em plongê (de cima para baixo) a paciente em inferioridade. A paciente, Sra. (Vivian) Bearing (Emma Thompson), parece não estar assustada com o diagnóstico, mas também parece estar atenta ou não compreender tudo o que é dito pelo médico. O médico segue relatando quais serão os procedimentos agressivos (doses completas/totais na quimioterapia) a serem adotados, considerando a gravidade e a velocidade de alastramento do câncer. Ele conta sobre os fortes efeitos colaterais usando termos técnicos e diz esperar que ela seja forte para os suportar. Ele ressalta que ao aceitar passar por esse tratamento agressivo ela estará contribuindo para o desenvolvimento da ciência médica. Ela aceita.</p> <p>Nessa cena, o diagnóstico, tratamento e prognóstico são apresentados pelo médico e termos estritamente biomédicos, repleto de termos técnicos, o que parece não dar a Vivian a real noção do que ela tem e pelo que passará. Na cena também é possível já notar alguns traços desses personagens. O médico bastante preocupado com os procedimentos e resultados fisiológicos do tratamento, e Vivian se mostrando bastante fria e “durona”.</p> |
| 2 | <p>Vivian, já com o tratamento iniciado, apresenta efeitos colaterais, e afirma que deveria ter se informado melhor sobre este.</p> <p>Em seguida ela começa a se apresentar, como uma professora de literatura e pessoa difícil e corajosa.</p> | <p>Nessa cena, Vivian já aparece sem cabelos, com a camisola do hospital, sentada no leito. Ela começa a falar olhando para a câmera, enquanto essa se aproxima em zoom. A expectativa parece ser que o espectador se aproxime da protagonista.</p> <p>Vivian fala para esse espectador que deveria ter feito mais perguntas ao médico. Ela também conta como está sendo mais cordial no hospital, pois ela habitualmente era mais formal. Afirma que, apesar de dizer aos enfermeiros que está ótima, ela raramente se sente assim durante e após os procedimentos. Para ela essas perguntas nem deveriam ser feitas, dada a obviedade da resposta.</p> <p>Ela, então, com a câmera bem próxima, começa a explicar o seu diagnóstico ao espectador. Conta que o tratamento tem mais efeitos danosos (colaterais) do que o câncer. Conta que tem um câncer de último estágio,</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>de risco iminente de morte, e que ela entende tudo de vida e morte, pois é professora de literatura, especialista em sonetos religiosos, do escritor John Donne, que explora profundamente a mortalidade em seus textos. Ela se caracteriza como uma pessoa difícil. Uma professora exigente e intransigente, que não foge de desafios. E que por isso escolheu uma professora difícil para ser sua orientadora em sua formação acadêmica.</p> |
| <p>3 Flashback (que se mistura com cenas de Vivian no quarto do hospital) da professora sendo exigente com Vivian e desenvolvendo uma reflexão sobre a morte.</p> | <p>Nessa cena Vivian é apresentada no início de sua carreira acadêmica, insegura e tendo que lidar com a alta exigência de sua professora. Esse Flashback é entrecortado por planos de Vivian (no tempo presente) sorrindo no hospital enquanto escuta a voz de sua professora (Evelyn Ashford interpretada por Eileen Atkins), o que sugere ser a reação dela diante dessas memórias. A memória parece se confundir com o presente. A professora, então, continua sua exposição agora no quarto de hospital em que Vivian está. A reflexão que essa professora apresenta é sobre a morte, que apenas uma vírgula (como na poesia criticada) separa a vida da morte. Para a professora, a vida é separada da morte por apenas uma pausa, uma vírgula. A aluna Vivian demonstra que entendeu e afirma à professora que notar isso seria uma questão de sagacidade (<i>Wit</i>), mas a professora a corrige e diz que não se trata de sagacidade e sim de verdade. A professora a aconselha a não ir à biblioteca, mas ir viver, sair com os amigos. Vivian, já de volta ao tempo presente no quarto de hospital, afirma que não conseguiu compreender, naquele momento, a conexão entre as verdades simples da vida e a intransigência acadêmica. Então, olhando para os medicamentos que estão sendo injetados nela, Vivian relembra das palavras do médico e as recita: “Contribuição significativa ao conhecimento, oito ciclos de quimioterapia”.</p> |
| <p>4 Vivian é conduzida até a sala de exames e se sente abandonada.</p> | <p>Nessa cena, Vivian é conduzida em uma cadeira de rodas até a sala de exames. Vivian descreve como se sentiu sem atenção durante sua estadia no hospital. Ela fala isso enquanto observa outros pacientes como ela na sala de espera para a realização de exames. Essa cena parece ter ocorrido antes da anterior, uma vez que Vivian ainda está com seus cabelos longos.</p> |
| <p>5 Enquanto Vivian é examinada, continua se apresentando ao espectador.</p> | <p>Olhando para câmera, enquanto obedece às ordens (impessoais) do médico que realiza o exame, Vivian conta que é doutora em filosofia e que seu trabalho tem grande relevância para área. Contudo, isso não parece fazer diferença para o médico que a examina. Sua história pouca diferença faz nesse atendimento.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>6 Vivian continua se apresentando enquanto recebe tratamento frio do médico.</p> | <p>Nessa cena, Vivian continua se apresentando como uma professora com trajetória de sucesso, mas continua a ser tratada como um objeto pelos médicos e enfermeiros que realizam os exames.</p> |
| <p>7 Vivian passa por exame ginecológico e experimenta dois tipos de atendimento: o atendimento ruim do médico e o atendimento humanizado da enfermeira.</p> <p>O médico Dr. Jason Posner (Jonathan M. Woodward) e a enfermeira Susie (Audra McDonald) são apresentados nessa cena.</p> | <p>Vivian é levada ao quarto por outra enfermeira (Susie). Nessa cena são apresentados dois personagens relevantes à narrativa: o médico iniciante e inseguro Dr. Posner, que irá oferecer atendimento pouco humanizado a Vivian; e a enfermeira atenciosa, Susie, que lhe irá oferecer atendimento humanizado.</p> <p>Susie informa a Vivian quem irá atendê-la e o que será realizado, informação que ela não havia recebido até então. O médico, Dr. Posner, aluno, residente e bolsista do Dr. Kelekian, se apresenta. Ele lhe conta que foi aluno dela em uma matéria eletiva que ele fez para completar créditos e provar que era capaz de conseguir notas altas nas disciplinas mais difíceis da faculdade. Vivian se mostra surpresa. Ele conta que obteve uma nota bem alta na avaliação dela. Esse relato dá contornos a esse personagem, que tenta ser simpático. É vaidoso, ambicioso e inseguro.</p> <p>Posner começa a entrevistar Vivian e coletar sua história, e ela resiste por já haver contado ao Dr. Kelekian. Nessa entrevista é possível saber um pouco mais sobre Vivian. Saber principalmente que ela não tem mais familiares vivos, não teve filhos, nem marido. Ela também responde questões sobre sua história clínica e sobre o surgimento dos sintomas do câncer. A Entrevista é bastante fria. Posner olha apenas para o formulário e segue fazendo perguntas que, por vezes, a deixam constrangida, outras vezes, entediada.</p> <p>Então, Dr. Posner começa a preparar o exame ginecológico. Ele se mostra bastante inseguro e atrapalhado, evita a olhar nos olhos. Vivian se mostra bastante desconfortável com a situação. Susie questiona a Posner o porquê de ele deixar a paciente por tanto tempo em posição desconfortável. Posner examina Vivian contando a Susie sobre ter sido aluno de Vivian, então ele interrompe a fala com uma exclamação por ter tocado algo enquanto examinava, mas ele disfarça, conclui o exame e sai da sala visivelmente atordoado, enquanto Susie cuida de Vivian.</p> <p>Nessa cena já começa a ser formado um antagonismo entre o personagem médico e a personagem enfermeira quanto à qualidade de seus atendimentos à paciente.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Ao final dessa cena, Vivian deixa evidente sua preocupação e constrangimento com o atendimento que acabara de receber.</p> |
| <p>8 Vivian caracteriza como é humilhante e desconfortável ser paciente nesse tratamento e se queixa de receber menos atenção do que as medidas que os médicos coletam em seu caso.</p> | <p>Vivian, já no leito, em um quarto pouco iluminado e sozinha, já sem cabelos, comenta como foi difícil para ela ser atendida como na cena anterior. Ela afirma que um tratamento de oito meses contra o câncer é bastante educativo sobre como sofrer. Relata o desconforto de cada exame aos quais foi submetida. Conta como é embaraçoso usar camisola e ficar careca, e como foi degradante ter um ex-aluno fazendo o exame pélvico. (23min). Vivian diz que não sabia o quão humilhante seria passar por esse tratamento.</p> <p>Enquanto vomita, reflete se faria falta aos colegas de trabalho e estudantes, exatamente por se considerar uma pessoa controversa. Ela acredita que seus colegas disputariam o seu cargo, e depois lhe fariam uma homenagem com um livro sobre sua obra.</p> <p>Enquanto ela chama a enfermeira para medir a quantidade de seus vômitos, Vivian reflete sobre como há maior interesse na medição dos resultados do tratamento que nela. Contudo a enfermeira, depois de medir, oferece-lhe atenção e conversa com ela. Pergunta por que Vivian não recebe visitas. Vivian diz que não quer receber. Susie se coloca à disposição para ir ao quarto de Vivian sempre que ela precisar.</p> |
| <p>9 Vivian sentindo-se solitária e entediada</p> | <p>A câmera filma, do alto do quarto, Vivian só e fragilizada no leito. A baixa iluminação, o silêncio e as cores frias dessa cena parecem sublinhar esse abandono por ela sentido. Em seguida, a câmera focaliza a “natureza morta” do quarto de hospital (tv desligada, telefone em silêncio, um folheto com a imagem de São Sebastião cravado por flechas, corredores do hospital vazio, janelas dos quartos com poucas luzes acesas. Então, dirigindo-se aos espectadores, Vivian diz que esses são os aspectos mais interessantes de sua vida como paciente, e que se sente obrigada a documentar esses momentos por ser ela também uma acadêmica. Ela afirma que a maior parte do tempo que ela passou no hospital foi assim, uma sensação de suspensão do tempo, que passa muito lentamente. Ela diz diretamente aos espectadores que essa cena, se escrita por ela, duraria no mínimo uns 15 minutos, os convida a estar na pele dela e sentir como seria ficar 8 meses assim. (30m06)</p> |
| <p>10 Os médicos examinam Vivian, mas não são capazes de se preocupar com a pessoa. Apenas olham para</p> | <p>Vivian conta que é sexta-feira, dia de ronda, dia em que os médicos e estudantes passam em seus leitos. Nessa cena, após o anúncio feito por Vivian, os médicos</p> |

| | |
|---|---|
| <p>suas pranchetas, e a tratam como um objeto a ser avaliado.</p> | <p>adentram o quarto e cercam o seu leito. A câmara está posicionada da perspectiva de Vivian, que se vê cercada por médicos. Nessa cena há uma aparente intenção de, novamente, fazer os espectadores experimentarem estar no papel de Vivian.</p> <p>Os médicos chegam perguntando como ela está se sentindo, mas parecem não estar atento às respostas. Posner, último a entrar, sem pedir permissão, chega e levanta o lençol de Vivian, a deixando despida. Todos os médicos olham para as suas pranchetas e para a área despida de Vivian enquanto Posner apresenta informações técnicas. Então todos os médicos começam a apalpar a barriga de Vivian, que se mostra bastante desconfortável. Então, Dr. Kelekian critica os estudantes por não conseguirem notar um efeito colateral óbvio, perda de cabelos. Ou seja, eles provavelmente não haviam olhado para o rosto da paciente, apenas para a barriga e suas pranchetas. Isso explicita o distanciamento no atendimento a Vivian.</p> <p>Quando os médicos saem da sala, Vivian conta aos espectadores que se sente lida como um livro, como um objeto. Vivian ainda faz considerações sobre os termos técnicos utilizados por eles e tenta decifrar qual é o seu estado de saúde, já que os médicos nada lhe informaram.</p> |
| <p>11 Flashback sobre quando descobriu que gostava das palavras.</p> <p>É estabelecido um paralelo entre a sua infância, um relativo distanciamento de seu pai em relação a ela e o distanciamento dos médicos.</p> <p>Nessa cena Vivian parece dizer que entendeu parte do que fora dito pelos médicos em sua presença.</p> | <p>Nesse flashback, os cenários do quarto de hospital (presente) e a sala da casa de seu pai (passado), também de misturam. Nessa cena, Vivian se dedica a ler os livros infantis, pois o seu pai não lhe dá atenção enquanto lê os jornais. Nesse sentido, essa cena, além de oferecer um contexto emocional para a relação de Vivian com a sua profissão, também destaca um momento de regressão e carência vividos por Vivian logo após o atendimento pouco humanizado que ela recebera da junta médica. Seu pai só olhava o jornal, assim como os médicos a prancheta.</p> <p>Vivian conta aos espectadores que seu interesse pelas palavras também ocorria com os termos médicos, e que seu vocabulário era sua única defesa, sugerindo que, apesar dos médicos acreditarem que não, ela estava entendendo algo do que eles conversavam sobre o seu estado.</p> |
| <p>12 Vivian chega ao hospital, sentindo-se mal, com muita febre e logo é atendida por Susie. Posner lhe dá pouca atenção e se nega a reduzir as doses de medicação.</p> | <p>(36m48) Susie atende Vivian assim que ela chega passando mal ao hospital. A enfermeira chama por Posner que estava de plantão. Jason abre a porta da sala, e sem a adentrar pede algumas informações a Susie, prescreve os procedimentos e sai sem falar com Vivian. Essa cena é mais um exemplo do</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>distanciamento que o médico tem em relação ao paciente.</p> <p>Quando Posner se vai, Susie vai atrás e fala para pedir Kelekian reduzir as doses de quimioterapia, pois Vivian não estava aguentando. O médico se nega e afirma que a paciente aguenta. Isso complementa a ideia de desinteresse pelo paciente passada nessa cena. O médico não consegue nem falar, nem se colocar no lugar da paciente para perceber o quanto está sendo sofrido para ela.</p> |
| <p>13 Vivian é isolada, percebe que sempre esteve isolada e que o tratamento contra o câncer é mais letal que o câncer.</p> | <p>Vivian, em isolamento, recebe visita médica de Kelekian. Ele profere o discurso recorrente de motivação sobre ela tomar as doses completas, e diz que ela ficará apenas mais um dia em isolamento. Vivian, bastante abatida e debilitada, comenta para os espectadores que ao menos agora ela pode dizer que está literalmente isolada e que qualquer ser vivo pode significar um risco iminente à sua saúde, uma vez que a quimioterapia está destruindo o seu sistema imunológico junto ao câncer. Vivian conclui que não está isolada porque tem câncer, mas porque está recebendo tratamento contra o câncer. “Meu tratamento piora a minha saúde, e aí reside o paradoxo.”</p> |
| <p>14 Vivian imagina estar dando uma aula</p> | <p>Já fora do isolamento, Vivian, sozinha, recitando um trecho de uma poesia (“através da morte todos somos imortais”), é observada por Susie. Vivian imagina estar dando uma aula. Susie a interrompe para a levar para a realização de um exame. Vivian resiste, não quer interromper a “aula”.</p> |
| <p>15 Vivian é levada para realizar o exame. Lá chegando, é deixada só mais uma vez e ela reflete sobre como o interesse dos médicos nela é apenas científico.</p> | <p>Vivian já olha com ironia todo o descaso com que ela é atendida. Ela nem se dá o trabalho de filtrar o que irá falar numa crítica, já que os médicos mal a escutam. Solitária na sala, Vivian inicia uma reflexão sobre como a morte está se aproximando dela, de como ela se encontra debilitada, muito doente.</p> <p>Vivian se diz uma pessoa resoluta e se vangloria de ter tomado as 8 doses totais, de como isso também significa a celebridade científica para Jason e Kelekian com artigo que escreverão, não sobre ela, mas sobre os seus ovários. Ela afirma que eles agora a encaram como apenas um frasco de amostra.</p> |
| <p>16 Vivian busca saber das motivações de Posner pela medicina e reconhece que ele não tinha interesse pelas pessoas, mas apenas pela ciência.</p> | <p>De volta ao quarto, Vivian recebe a visita de Posner. Enquanto ele confere alguns dados, ela lhe pergunta por que ele escolheu oncologia. Ele responde que acha fantástica a célula do câncer e como ela funciona e se</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Nesse ponto ela se identifica com ele, reconhece que não pode cobrar dele o que ela nunca ofereceu a ninguém, e se arrepende ao lembrar de alguns momentos em que agiu assim como professora, sendo fria e intransigente.</p> <p>Vivian pede por atenção, chora, se diz confusa e com medo, e é acolhida por Susie. Vivian conta a Susie que se seu coração parar, ela não quer ser reanimada.</p> <p>Vivian se defronta com sua morte iminente.</p> | <p>multiplica infinitamente. Ele diz que pretende abrir um laboratório e continuar conduzindo pesquisas. Então ela pergunta sobre o contato com os seres humanos, e ele responde que até os melhores pesquisadores precisam passar por isso. Ela pergunta o que ele diz quando um paciente está com medo. Ele não entende por que um paciente sentiria medo e começa a achar que Vivian está delirando. Nesse trecho ela busca entender o porquê do distanciamento de Posner.</p> <p>Então ela se identifica com o médico, com a seguinte frase: "Então, o jovem doutor, assim como a professora sênior, prefere a investigação à humanidade... ao mesmo tempo, a professora sênior, no seu patético papel de vítima, deseja que o jovem médico se interesse pelo contato pessoal". Com isso, Vivian começa a rever suas ações e lembrar de quantas vezes deixou de ser afetuosa, e o quanto isso lhe faz falta agora. Vivian então entra em um flashback que ilustra esse julgamento que ela fez de si mesma. Vivian se arrepende de ter sido assim.</p> <p>Então Vivian obstrui um dos canais pelo qual é injetado o remédio nela, numa tentativa de suicídio ou de chamar a atenção. Com o alarme do aparelho, Susie vem observar o equipamento e pergunta se Vivian está bem e se precisa de algo. Vivian diz que se sente confusa e com medo. Susie diz que ela está fazendo algo muito duro ao se submeter a esse tratamento. Vivian começa a chorar dizendo que está assustada e que já não tem mais grandes certezas, que antes era bem mais segura. A enfermeira lhe acolhe, acaricia e reconforta.</p> <p>Nesse ponto do filme, fica clara a caracterização contrastante dos personagens de Jason Posner e Susie, o médico e a enfermeira, quando ao tratamento que oferecem a Vivian. Para o primeiro, Vivian é apenas a portadora de um câncer que ele pesquisa, para a enfermeira, Vivian é uma pessoa que está sofrendo.</p> <p>Outro ponto que pode ser observado nessa longa cena, é um comportamento recorrente de Vivian que sempre explica ao espectador (supostamente leigo) o significado de alguns termos médicos, ou motivo da realização de alguns procedimentos. Isso foi observado no momento que Susie lhe oferece um picolé e vai buscar para ela. Vivian termina dividindo o picolé com Susie.</p> <p>Susie aproveita o momento de descontração para conversar com Vivian sobre a situação dela. Vivian pergunta se o câncer dela está sendo curado, Susie responde que não, que apesar do tumor ter reduzido, ele se espalhou para outras áreas, que não há ainda uma cura para o caso dela. Susie fala que os médicos deveriam ter explicado isso a ela, e Vivian diz que já</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| | <p>sabia, que leu nas entrelinhas (naquilo que os médicos conversavam na sua frente). Susie diz que Vivian precisa decidir que ações devem ser tomadas se seu coração parar de bater, ressuscitar ou não. Conta que Posner e Kelekian irão tentar a convencer a ser ressuscitada, pois eles acreditam que há vida mesmo quando conectada a muitas máquinas, pois são pesquisadores. Vivian decide não ser reanimada.</p> <p>Vivian pergunta se Susie vai continua a cuidar dela. Susie responde que sim.</p> <p>Vivian reconhece como ficou piegas, mas afirma ser a única saída para ela lidar com a sua vida e a sua morte, que não são conceitos abstratos, como nas poesias. Erudição não a serve de nada agora. “Agora é tempo de bondade... eu achava que ser sagaz resolveria o meu problema... mas agora eu fui descoberta”. Vivian se encolhe e esconde, deprimida, embaixo do lençol.</p> |
| <p>17 Vivian sofre com as fortes dores.</p> | <p>(1h08min20) Nessa cena, enquanto Vivian sofre com terríveis dores, fala com muita dificuldade aos espectadores que quer lhes explicar o que sente, utilizar suas palavras, que é como se elas não existissem. Vivian fala isso olhando diretamente para a câmera, que a enquadra em close, com uma trilha sonora bem melancólica.</p> |
| <p>18 Susie chama os médicos para que eles possam tentar atenuar as dores de Vivian. Eles oferecem, mais uma vez, um atendimento pouco humanizado. Vivian os critica em seu comentário aos espectadores.</p> | <p>No meio da noite, Susie telefona a Jason Posner e a Dr. Kelekian para que eles possam vir ao hospital atender a Vivian. Susie tenta confortar Vivian, que se contorce e geme de dor, dizendo que eles irão lhe prescrever um analgésico que permite que o próprio paciente regule a dosagem.</p> <p>Kelekian e Jason chegam vestidos não com o uniforme médico. Kelekian parecer ter vindo de uma festa de gala.</p> <p>Susie conta tudo o que se passou para Kelekian, que não leva em consideração e pergunta para Vivian se ela está sentindo dores. Vivian comenta olhando para a câmera que não acredita que ele está perguntando isso, uma vez que ela está se contorcendo de dor.</p> <p>Kelekian decide usar morfina, Susie questiona por acreditar que esse medicamento a deixará sedada, pouco consciente, e que essa não seria a preferência de Vivian. Entretanto, Kelekian mantém sua decisão.</p> <p>Jason observa essa cena, aos pés do leito de Vivian, com um semblante triste, mas sem se manifestar. Ele fica mais um tempo observando, abatido, e vai embora sem interagir com Vivian.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Vivian olha para a câmera e conta que a partir daquele momento estará “ausente”, que tudo ficará na mão dos profissionais. Ela ainda faz uma crítica aos médicos que ficaram tão pouco tempo, mesmo após terem demorado tanto para chegar ao hospital.</p> |
| <p>19 Vivian recebe a dose de morfina, ri bastante com Susie e adormece.</p> | <p>Susie injeta a morfina e as duas brincam com o significado da palavra soporífico. Vivian ri bastante por Susie não saber o significado dessa palavra. As duas riem muito, enquanto a câmera se afasta lentamente do leito e, depois, do quarto. Vivian adormece e Susie calmamente fecha portas e cortinas do quarto.</p> <p>Nessa cena, em contraposição à anterior em que os médicos ficam pouco tempo, apenas prescrevem e se vão, Susie fica com Vivian e lhe presta atendimento humanizado. Essa cena reforça essa antítese entre os profissionais quanto ao seu atendimento.</p> |
| <p>20 Jason e Susie cuidam de Vivian, enquanto conversam sobre ela, e sobre o sentido da existência.</p> | <p>Nessa cena, Jason e Susie chegam juntos ao quarto conversando sobre a história de Vivian. Eles prosseguem conversando enquanto medicam Vivian, que está adormecida. Jason afirma o quanto ela não era simpática como professora.</p> <p>Susie fala, para Vivian, que irão realizar um procedimento e para ela não se preocupar. Jason a corrige dizendo que Vivian não está escutando, Susie contra-argumenta dizendo que convém fazer isso.</p> <p>Jason conta que Kelekian achava que Vivian não aguentaria as 8 doses completas de quimioterapia, e que ela se tornou muito importante para coletar dados.</p> <p>Jason continua contando sobre as aulas de Vivian, de como o conteúdo era complexo e da finalidade das poesias que ela estudava/lecionava: Ansiedade de salvação. É interessante notar que, para Jason, Vivian está mais presente quando desacordada.</p> <p>Ele se mostra um bom aluno, pois aprendeu o complexo conteúdo lecionado por Vivian e conseguiu explica-lo para Susie. Ele compara os sonetos de John Donne a uma investigação de laboratório e o quanto isso lhe é motivante. Susie questiona se um médico não deveria se preocupar mais em salvar vidas do que em investigar. Jason contesta e diz que “não podemos pensar muito no sentido da vida, senão ficaremos doidos”. Fica claro que o afastamento que Jason tem de seus pacientes consiste num mecanismo de defesa.</p> <p>Nessa cena também é possível notar que Jason e Susie parecem ficar mais íntimos, e Jason se mostra inseguro e atrapalhado novamente. O que também reforça que o</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>afastamento de Jason se dá mais em relação aos pacientes.</p> <p>Depois que Jason sai do quarto, Susie prossegue cuidando de Vivian e, com muito carinho, passa hidratante nas mãos dela. Esse momento é sublinhado por uma trilha sonora de bastante terna, como uma canção de ninar. Isso mais uma vez qualifica o atendimento oferecido por Susie.</p> |
| <p>21 Vivian recebe a visita de sua professora, é acolhida por ela, e simbolicamente se despede.</p> | <p>Antiga orientadora de Vivian, Evelyn Ashford, chega para a visitar. Essa cena também sublinhada pela mesma trilha sonora do fim da cena anterior. Evelyn chama por Vivian que lentamente desperta. Ao reconhecer sua antiga professora, Vivian se mostra bastante emocionada e começa a chorar. Evelyn acolhe Vivian, a abraça, se recosta ao lado dela no leito e se oferece para recitar uma poesia de John Donne. Vivian nega chorando. Então Evelyn começa a ler um livro infantil (Runaway Bunny) que ela havia comprado para a sua neta. Enquanto lê, Evelyn analisa a obra identificando a alegoria da alma na estória, “aonde quer que se vá, Deus irá lhe salvar”. Vivian adormece e sua professora olha para ela e diz “hora de ir embora”, se levanta suavemente, beija o rosto de Vivian, sussurrando lhe recita um trecho de uma poesia, e em silêncio se vai.</p> <p>É importante também notar que a fábula do coelho responde à cena anterior, em que Jason apresentava John Donne. Apesar da ansiedade por salvação, “aonde quer que se vá, Deus irá lhe salvar”.</p> <p>Nessa cena, Vivian recebe um acolhimento maternal da professora que foi um modelo durante sua carreira profissional. É interessante notar que, até esse momento do filme, Evelyn era caracterizada pela mesma rigidez e distanciamento de Vivian. E é exatamente essa personagem que oferece esse acolhimento maternal à protagonista. Ela até mesmo lê um livro infantil.</p> <p>Outra ideia importante nessa cena é notar que ela consiste numa metáfora para a partida da alma de Vivian.</p> |
| <p>22 Vivian morre, Jason tenta ressuscitá-la, é impedido por Susie, e a poesia de John Donne dá sentido à morte de Vivian.</p> | <p>Jason muda de postura e, ao entrar no quarto, pergunta como Vivian está, mesmo ela estando desacordada. Ele confere as informações no prontuário dela. Então, quando vai checar os sinais vitais, descobre que Vivian morreu. Ele começa as manobras de ressuscitação. Ele é impedido (com uso de força) por Susie que o lembra que a vontade de Vivian não era essa. A equipe de reanimação chega, e Jason, ao ver o empenho de Susie</p> |

| | |
|---------|--|
| | <p>em cumprir o desejo de Vivian, assume a responsabilidade por ter chamado indevidamente a essa equipe. Jason é responsabilizado pelo procedimento indevido (devidamente interrompido), se mostra arrependido, tenta ajudar Susie a cuidar de Vivian, mas Susie lhe pede que se afaste. Susie continua cuidando de Vivian com carinho, mesmo depois que esta já está morta. Esse trecho serve para reforçar o contraste entre esses dois perfis de profissionais, destacados durante todo o filme.</p> <p>Enquanto a câmera, posicionada em cima do leito, filma o corpo de Vivian e se afasta lentamente, com a mesma trilha sonora de ternura, Susie continua cuidando de Vivian, e a voz (voz off) de Vivian recita um trecho da poesia de John Donne:</p> <p><i>“Morte, Não seja orgulhosa, ainda que poderosa e terrível te possam chamar pois tal não será. Os que pensam ter deixado para trás, esses não morrem, pobre morte, nem a mim pode levar. É escrava do Destino, do acaso, de reis e dos homens desesperados. Entre veneno, guerra e doença te vejo proliferar. Se a papoula, bom sono nos pode proporcionar e até melhor que teu golpe, então porque toda essa altivez? Após um breve sono, acordamos para a eternidade, e a morte deixará de existir, vírgula, morte, você também morrerá.”</i></p> <p>Nesse trecho final, a poesia citada parece ter o sentido que afirmar que é exatamente quando Vivian morre, que ela vence a morte, que ela deixa para trás o sofrimento de morrer. A morte lhe fez menos mal do que a luta pela vida nesse hospital. Levado ao sentido do filme, morrer a libertou do sofrimento de ser “curada”. Esse parece ser o sentido da cena final.</p> |
| 23 Fim. | Créditos são exibidos sobre o fundo preto e ainda sob a mesma trilha musical das cenas anteriores. |

APÊNDICE 8 - QUADRO DE ANÁLISE DO GRUPO DE DISCUSSÃO APÓS A EXIBIÇÃO DO FILME UM GOLPE DO DESTINO

(P) Professores, (A) Alunos, (M) Monitores e (T) Todos.

| | Suj. | Fala | Análise |
|----|------|---|---|
| 1 | A1 | Quem escolheu esse filme? | Aluno inicia discussão mostrando interesse pelas justificativas da escolha do filme. |
| 2 | P1 | Nós temos alguns filmes no acervo que consideramos importantes: <i>Um Golpe do Destino</i> , <i>Wit</i> e <i>Mar a dentro</i> . Alguém aí já tinha visto esse filme? | P1 explica a existência de conjunto de filmes mais usados e coloca nova pergunta. |
| 3 | P2 | Alguém já tinha visto? | P2 reforça a pergunta. |
| 4 | | <i>Alguns alunos gesticulam não, com seus rostos</i> | |
| 5 | P1 | Quem já viu, parabéns! E o <i>Golpe do Destino</i> ? | Pergunta se alguém já havia assistido ao outro filme que também é exibido nessa disciplina. |
| 6 | | <i>Muitos falando</i> | Muitos falam, mas não é possível identificar uma resposta, nem a questão é levada a diante. |
| 7 | P2 | Então, gente, o que vocês acharam do filme? | O P2 conduz a discussão novamente para o filme que acabou de ser exibido. |
| 8 | A1 | Eu achei a “verossimilhança externa muito grande... muito fiel”, assim... bizarra (muito grande), tem uma riqueza muito grande de detalhes do nosso dia-a-dia e os | A1 destaca o quanto o universo do filme representa com muita fidelidade, aspectos que eles encontram no cotidiano médico deles, sobretudo os detalhes. |
| 9 | P1 | São convincentes? | |
| 10 | A1 | é os detalhes são muito feis, eu achei. | |
| 11 | P2 | Olha só, gente! O A1 está falando que, na realidade, o filme guarda uma semelhança muito grande com os cenários que nós estamos habituados a lidar, né! Agora, acho também que tem uma semelhança com muitas coisas que nós estamos habituados a lidar. Vocês poderiam apontar algumas dessas que vocês veem no filme e que vocês veem na prática nossa do cotidiano? | Quando observa alguma desatenção dos alunos em conversas paralelas, P2 lhes chama atenção e reproduz o argumento de A1 como um meio de tentar iniciar um debate entre os alunos. P1 pergunta se eles concordam com a posição de A1. |
| 12 | A2 | Assim... é... a primeira coisa que chamou atenção do filme é que assim... essa... o diagnóstico, é o momento do diagnóstico eu achei marcante. Na sequência, em todos os momentos que havia interação entre a equipe médica e os pacientes e a paciente, no caso, pelo menos, me levou à uma reflexão e aí em alguns momentos eu fiquei pensando assim, pareceu muito que é uma relação americanizada, né, não sei, eu não conheço não, mas me parece que é aquela coisa de | A2 destaca o momento da comunicação do diagnóstico e como as demais interações entre a equipe médica e a paciente, pareciam muito orientados por um protocolo, o que segundo ele, diz respeito a uma medicina mais americanizada, o que seria diferente da medicina nacional, |

| | | | |
|----|-----------|--|---|
| | | protocolo, de seguir... uma coisa que a gente sabe... que pelo menos aqui, eu penso, que a gente consegue humanizar um pouco mais. Em certos momentos, eu achei bastante parecido com o nosso atendimento, por exemplo, lá na Clínica Médica, chega a turma de internos, por exemplo, olha para o paciente e fala como se não fosse realmente uma pessoa (incompreensível) ... esses momentos que eu achei bastante similar. | esta, mais humanizada. Por outro lado, ele também destaca trechos em que o filme representa com fidelidade “situações possíveis” em seu cotidiano médico. |
| 13 | P2 | Eu achei uma coisa interessante é que esse tipo de filme pra você fazer um uso do filme como estratégia de aprendizagem, interessante a gente ver e rever, né... mas como eu já vi várias vezes, eu vi uma coisa nessa cena de que eu não tinha me dado conta, a quantidade de mãos em cima da barriga dela. | Concordando, P2 destaca a objetificação do paciente nessa cena. |
| 14 | TA | Isso acontece! Acontece! | A maioria dos alunos concorda. |
| 15 | P2 | Isso acontece, né! É... na nossa prática, e sobretudo como a gente naturaliza o corpo do outro, né! Não percebe o quanto nós somos invasivos e na realidade violentos ao se aproximar do corpo alheio, da dificuldade alheia. | P2 argumenta sobre a objetificação do paciente pelos médicos. |
| 16 | A3 | Eu acho que um erro nessa cena, o que chamou atenção também, foi que não deram voz a ela. Estavam falando sobre o que ela sentia, então, perguntavam para o médico dela, o mais novo, perguntaram para ele o que ela tinha e ela só ficava com os “olhos assim” (olhos assustados e curiosos) né, com os olhos assim, e em nenhum momento perguntaram pra ela, né. | O aluno prossegue e identifica outras características dessa objetificação na cena destacada. Ele argumenta como a paciente não pode mais responder por si. |
| 17 | P1 | Isso acontece! | P1 diz que isso acontece na realidade. |
| 18 | P2 | Depois, se vocês devem ter prestado atenção, teve uma enfermeira falando “Ué, mas você sabia? Eles conversaram com você?” Aí ela diz: “Não! Eu li nas entrelinhas”. Ela foi na fantasia, foi pescando uma coisa aqui, outra ali e foi compreendendo. Só que isso, dava uma angústia enorme em ficar tentando perceber alguma coisa nas entrelinhas. | P2 aponta também o quanto a paciente não estava incluída na interação entre os médicos, a ponto deles conversarem sobre o estado dela, utilizando vocabulário médico, e ela mesmo assim entende parte, e imagina outra parte. |
| 19 | A3 | Poderiam evitar falar isso na frente dela... sei lá... nem todo mundo vai pegar nas entrelinhas... teria mais facilidade, no caso... | O aluno questiona a conduta da equipe. Diz que eles poderiam ter discutido isso sem a presença dela. |
| 20 | P2 | Pior ainda, né, porque vai ela ficar nas entrelinhas, na fantasia e na fantasia tudo pode acontecer. | P2 argumenta que isso poderia ser pior, pois daria maior margem para as imaginações da paciente, o que poderia ser pior. |
| 21 | A4 | No momento do exame ginecológico também eu vi um... vi como a gente, é, na questão de estar um pouco é... atabalhoado ali, né, eles fazem uma confusão, mas não em relação à... a humanidade né, e fica um pouco técnico. Acho que eles se atrapalham um pouco por | A4 destaca a cena do exame ginecológico e a insegurança do médico residente como algo que diz respeito à realidade que eles vivem no hospital. Ele se |

| | | | |
|----|-----------|--|--|
| | | causa dessa humanização e fica sem perceber semelhanças, mas a gente tá atrapalhado ali, não sabe como faz aquilo (incompreensível) | identifica com essa situação. Mas confere essa insegurança ao fato de saber que está examinando uma pessoa (viva), e também por insegurança na execução da técnica. |
| 22 | A3 | é! Eu notei que ele não disse assim como vai ser. “Vai ser um pouco incomodo”, “Se doer, fala”. Não! Nada disso! Começou fazendo o procedimento sem falar nada! | A3 destaca que o médico inicia o exame sem desenvolver qualquer conversa com a paciente. Esse argumento reforça a ideia de objetificação do paciente. |
| 23 | A4 | É... é... | |
| 24 | A5 | E começou a falar sobre ela com a enfermeira, e ela ali né! | Destaca como o médico tinha dificuldade em se comunicar com a paciente, ao ponto de ser mais fácil se informar sobre a paciente com a enfermeira. |
| 25 | A3 | Eu acho que disso a gente pode tirar é, justamente, que nós precisamos tentar compreender essa pessoa, saber o que é importante para ela. Se for lá tirar a temperatura, pô, separa um pouco de tempo para sentar e conversar com ela... Ele sabia quem ela era, ela a professora de literatura e ele não dava importância a isso. As palavras eram muito importantes para ela, eles usam uns termos e tal, e ela confessa isso... (incompreensível) o quanto isso é importante para ela. Eu acho que ali a gente tem que tentar sim e dar muita importância para as coisas que são importantes para o paciente e conhecendo ele, né. Uma professora de literatura, leva muito em consideração o significado das palavras, quer saber... você tentar e se aproximar muito nesse sentido mesmo... a gente sabe muito do que é a nossa profissão, mas se importa muito pouco com o que é importante para as outras pessoas também... das coisas que ela sente falta... | Com base nos argumentos anteriores, A3 reforça a importância de se preocupar com a pessoa, de conhecê-la, de reservar um tempo para ouvi-la. Acrescenta que o médico se esconde no conhecimento e na técnica médica, esquecendo as pessoas que estão ali sendo atendidas. |
| 26 | A6 | Uma coisa que ela falou foi que minha única arma de defesa é o vocabulário. De certa forma se ela sentisse ameaçada pelos médicos e do jeito como eles agiam, ela se sentia passada para trás. E ela também por ser uma pessoa mais estudada, ela não conseguia expressar o que as pessoas estavam dizendo. Ela mesmo falou: se eu sou um espécime em estudo, então ela se sente coisificada, ela fica tentando correr atrás porque as pessoas, os médicos, não conseguem passar pra ela “olha, você é uma pessoa”. Pra mim que a gente tá tentando se livrar do problema. E aí ela se pergunta, o que que é isso. Aí, a pessoa com quem ela conseguia isso é uma pessoa que tocava nela, que falava com ela e quando ela se sente tocada, e ela se sente mobilizada ... | Reforça que o uso de um vocabulário médico, de difícil entendimento pelos leigos, é mais uma forma de afastar o paciente e de evitar problemas. É mais uma forma de objetificar a paciente, pois ela assim não faria parte da comunicação. E mostra que a única pessoa que a tocava, que com ela conversava, era a mesma que a mobilizava, a enfermeira. |

| | | | |
|----|-----------|---|---|
| 27 | A7 | A gente estava discutindo aqui que essa coisa, que a gente acha ser educado, mas na verdade é uma coisa óbvia, meio burro... você pergunta: "E aí, como você está se sentido? Você está bem?" Não está bem! Se estivesse bem não estava aqui, estava em casa. Entendeu? Tipo... sabe, fica meio esquisito. (risos)... É o que acontece o dia inteiro, todo mundo que vai lá, faz a mesma pergunta: "Você tá bem?". Assim, né... a gente não se toca. Isso podia ser abordado de uma maneira mais... a gente acha que está sendo um pouco humano, mas não está não... | Fala sobre como seguir protocolos no atendimento, por vezes, pode significar evitar se colocar no lugar do paciente e, por consequência, não desenvolver um atendimento humanizado. |
| 28 | P1 | Mas eu penso que o problema não seja perguntar se tá bem, o problema é dar continuidade à conversa, né, se extinguir ali naquela frase. | P1 contra argumenta que o problema não é o início da conversa, mas ela não se estender. |
| 29 | A2 | É a função fática né, é para testar ali o meio né, e seguir o protocolo perguntando se está tudo bem. | A2 complementa a fala de P1, e destaca que essa pergunta protocolar "Você está bem?" cumpre uma função fática apenas, testando o canal. Não busca desenvolver uma conversa de fato |
| 30 | A8 | É... tem um (incompreensível) que eu achei interessante é... que é uma coisa bem mecanizada e que a gente faz. E eles vão direto àquilo que eles estão pesquisando. E a gente vê isso aqui na universidade, a pesquisa vê a gente assim... é o que acontece e que eu vejo. | A8 destaca que o interesse dos médicos na pesquisa é mais um dos aspectos da desumanização do atendimento no filme, e isso se repete no hospital universitário em que eles atuam. |
| 31 | M1 | Eu acho assim que uma coisa bastante peculiar que esse filme mostra também é... assim, além de diversos pontos que você pode separar quando você olha esse filme e analisa, tem um lado paciente lá no comunicar a doença, formas de adoecimento, formas de aceitação da doença, formas de como o paciente busca se relacionar com o médico e com a equipe, entendeu? Você analisa o médico, vê a conduta do médico frente ao paciente, frente ao passar uma notícia, colaborar esse paciente ao longo do... da evolução da doença, são várias coisas que a gente pode ficar analisando, mas uma coisa bastante interessante que eu acho, o que ela comentou justamente um pouquinho depois da questão do exame ginecológico, que é quando ela começa a falar é... de exames que ela começou a fazer e ela falava de humilhações que ela sentia e ela falava assim: "ah, nada chegou perto da colonoscopia", por exemplo, entendeu, "que exame horrível!" E assim, nós... eu acho que essa parte assim bastante interessante, porque a gente como estudante, posteriormente como médico, a gente vai tender muito a olhar certos tipos de exames e assim... subvalorizar o quanto aquilo ali pode significar pro paciente. A gente vai colher um... um sangue ou vai fazer uma gasometria, qualquer coisa que a gente olha e fala assim: "ah, isso aqui é bobinho, o paciente não vai | O Monitor volta à cena do exame ginecológico e fala sobre o quanto os médicos, por vezes, não pensam no paciente no momento de prescrever exames, os naturalizam e não consideram a dimensão do paciente, a dor e o desconforto de estar submetido a esses procedimentos. |

| | | | |
|----|-----------|--|--|
| | | se importar se eu fizer.” Ah, o que a gente acha e não o que ele acha, entendeu, o primeiro passo. A gente... a gente pode achar que colheu o nosso sangue aqui não seja nada demais, mas para o paciente pode ser. | |
| 32 | A8 | É o paciente, ver sair o sangue e entrar numa ampola... aquilo pode ter uma representação muito forte (incompreensível) | A8 concorda com o monitor e ainda destaca que é preciso considerar não só a dor física e o incômodo, mas as representações que os pacientes tem dos procedimentos. |
| 33 | A9 | É... Não é só a questão relacionada ao método do exame, porque assim, a colonoscopia, se a gente pensar no método tem o preparo, tem ali o colonoscópio a posição que o paciente assume no momento e tudo mais quando essa situação de exames mais invasivos, só que por outro lado, ela reclamou também de outra coisa, por exemplo, gente, ela falou assim: “olha como é que eu fico, sabe, com esse avental” e tudo mais, e assim, são diversos aspectos que não são somente o exame, entendeu? São diversas outras coisas, às vezes, que estão englobadas, que estão juntas com aquela situação que às vezes a gente vai tender realmente a negligenciar e assim... acho que o máximo que a gente puder não fazer é... a gente tem que buscar e às vezes a gente negligencia justamente porque tá cheio de coisas pra fazer, entendeu, tá atarefado. Aquele exame é muito importante para o paciente fazer e a gente quer a todo custo que ele faça, como, por exemplo, a pesquisa, queria a todo custo que ela fizesse as doses completas, entendeu, porque ele queria ver. Ele não se importava como a paciente ia se sentir com as doses completas, o que ele queria era que o máximo de pacientes chegasse nas doses completas para ele ter a análise que ele queria, entendeu? E às vezes a gente faz isso no exame também, a gente não se importa como o paciente vai se sentir naquele exame, a gente quer que ele faça pra poder diagnosticar, entendeu? É importante? | Concorda com o A8, e destaca um exemplo no filme em que há outros incômodos para além daqueles causados propriamente pelo procedimento. Complementa ainda que o médico por vezes se preocupa mais com o bem fazer técnico do exame ou tratamento, do que com o paciente. A8 aponta que o mesmo ocorre na pesquisa. O paciente é deixado de lado por um resultado de pesquisa que tem mais interesse para o médico. |
| 34 | P2 | Pra documentar... pra documentar, essa foi uma expressão que ele usa com os alunos | P2 lembra que, no filme, o objetivo de muitos exames era apenas documentar, ou seja, gerar dados para a pesquisa. |
| 35 | M1 | ... então assim, a gente precisa realmente... A gente entende que tem muitos aqui que a gente vai ter que pedir, que vai ter que deixar de lado mesmo o que o paciente acaba achando, porque tem uma necessidade, entendeu, que tem alguma coisa mais aguda que você precisa resolver, mas acho que sempre que a gente puder a gente tem que buscar sempre pensar no paciente. Tem que pensar... cara! Como é que ele vai se sentir se eu passar tal exame, tal exame! Será que realmente esse exame tem necessidade de se pedir, | O Monitor afirma que nem sempre se pode dar atenção ao paciente, pois será preciso cuidar de outros mais graves, mas quando possível é preciso pensar no paciente. É preciso ponderar a real necessidade dos procedimentos, seus benefícios |

| | | | |
|----|------------|--|--|
| | | entendeu? É... porque assim, nem tudo o que o paciente recebe tem um benefício, não é sempre que é malefício por trás, a gente sempre tem que pensar nesse... nesse malefício, né, que é por método, medicamento, qualquer coisa que a gente faça pra esse paciente possa gerar. Eu acho que é uma coisa bastante interessante, né, da gente também levantar. | e malefícios possíveis ao paciente. |
| 36 | P2 | (15m33) O filme aponta, em vários momentos ao mostrar a paciente, a exceção da enfermeira, ninguém se preocupa de verdade de como ela tá se sentindo, nem perguntam se ela está bem. O que é melhor para ela, por exemplo, o próprio médico quando chega no final, em que dá a entender que é o fim, dá a entender que ele está chegando, ou chegando ou indo para algum evento importante, né, (incompreensível) imagina que a pessoa está em alguma situação social e ele passa muito rapidamente, sem parar para perguntar até pra aquela enfermeira que tinha um convívio maior com a paciente, o que é melhor pra ela! Isso em pacientes, por exemplo, querem estar conscientes a maior parte do tempo numa situação dessas de terminalidade, outros não, e é uma violência também você inferir que a pessoa vai ficar mais confortável que se ela ficar inconsciente. Você pode estar privando ela dos últimos momentos que significa a interação dela com ela mesma, familiares, enfim... isso é dever nosso. | P2 conduz a discussão de volta ao filme, e destaca o quanto a paciente fica isolada no hospital. Fala sobre como os médicos dispõem pouco tempo para conversar com a paciente e como a sedação pode funcionar como meio de distanciar o paciente ainda mais, o privando de consciência nos seus últimos instantes. |
| 37 | P1 | Você falando isso me chamou atenção a questão por que, o filme, ele força a barra para depois tentar ilustrar... você tem duas horas, uma hora e meia pra mostrar, talvez é ... na questão mesmo do final ali... Mas o que me chamou a atenção mesmo é que isso é uma questão cultural. A nossa cultura dificilmente uma pessoa é controlada, né, se intensifica, o latino né... não é comum uma pessoa ter tanto isolamento, né, não ter uma visita, um contato, mas em outras culturas é relativamente comum, né... uns colegas meus que passaram uma temporada na França, e como é comum, né, no hospital às vezes criança mesmo tá ali sozinha. Na nossa cultura é difícil, né! | P1 indica o quanto a linguagem fílmica precisa de alguns exageros para poder comunicar no tempo de um filme. P1 atenua um pouco as afirmações do filme quanto a morrer ser necessariamente um momento solitário e sobre a suposta verossimilhança do filme |
| 38 | P2 | É. Agora, vou fazer uma pergunta assim... provocativa, escutando um pouco assim na fala de vocês: vocês realmente acham que, nessa coisa da cultura, que há um gap tão grande entre nós e o pessoal do Norte? Digamos assim, nessa questão da humanidade, do interesse, da dedicação... É do norte, do hemisfério norte (risos). | P2 parece questiona a fala do outro professor e pergunta aos estudantes se eles concordam que há essa diferença cultural influenciando na humanização do atendimento médico. |
| 39 | A10 | É, talvez, em relação ao nosso no HU, sim, talvez em relação ao que ouço em relação a outros hospitais, não. Entendeu? Em relação aqui, parece que tem discrepância sim. Mas em relação a outros hospitais, parece que não. Parece que aqui a gente dá muito mais atenção do que fora. No meu modo de ver. | A10 acredita que não só uma diferença cultural, trata-se também de uma diferença entre instituições de ensino. |

| | | | |
|----|------------|--|---|
| 40 | P1 | É, a presença do aluno humaniza demais. | P1 concorda, e afirma que a presença do estudante no hospital é o responsável pela maior humanização desse atendimento. |
| 41 | P2 | Eu acho que vocês têm um algo de mais próximo com o paciente, mas como a presença do aluno, de algum modo, faz com que os outros profissionais tenham uma outra dedicação, uma outra postura. Engraçado, eu fiquei pensando aqui... Eu, esse ano tive uma experiência, eu fiz uma cirurgia pequena, tola, fiquei internada um dia só no hospital. Eu estava me lembrando disso, do incômodo de você se tornar paciente, né, incômodo porque eu não podia usar roupa, né, usar macacão aberto e eu fiquei enrolando para deitar na cama, eu me lembrei disso agora. O médico disse, "XXXX, deita, descansa". (risos) "Não, não, eu não quero deitar agora". (risos) Aí ele falou "deita, eu não vou fazer nada agora". "Não, não, não, muito esquisito eu deitar nessa cama! Não é o meu lugar, entendeu!" É um negócio assim... Eu fiquei sentadinho no sofá até ele ir embora, não... não me permiti! Porque é uma sensação de distinção, e ela fala o tempo todo... ela o tempo todo sinaliza, "eu sou uma professora de literatura", alguém pergunta "você é doutora?" E ela fala assim: "eu tenho PHD"... Qual é a minha história? | P2 acredita que a simples presença dos alunos faz com que os profissionais já tenham outro comportamento com os pacientes. P2 continua contando uma experiência recente que teve como paciente e como, sem perceber, se recusou a ocupar aquele lugar de menor poder, ocupado pelo paciente. Falou de como foi incômodo ficar naquele lugar. |
| 42 | P1 | A propósito disso (incompreensível), eu precisei drenar, mas pior sensação que eu tive foi andar na maca no corredor. Você vai assim (tenso – gesticulando)... entendeu, entendeu? É horrível, é horrível! A coisa boa você encontrar alguns conhecidos, (risos) ... é horrível! Sabe uma coisa que humanizou demais a minha estada, que foi rápida, no hospital? Os pacientes. Foi muito legal. A enfermaria era uma enfermaria nova, me deram maçã, pediram comida, mas foi muito legal a conversa. Tinha um português do meu lado contou como era terra da sardinha em Portugal, um outro que fazia docinho pra festa e contou... como o que ele era, ele era aposentado, mas assim, a presença dos outros ajudou demais a... e os meus amigos vieram me visitar de madrugada. | P1 também conta uma experiência sua como paciente, das sensações ruins e de como foi agradável conversar com as pessoas na enfermaria, e de como o contato com outras pessoas, o não isolamento, humanizou a sua estadia nesse hospital. Esse argumento parece defender que no serviço público de saúde há mais humanização no atendimento. |
| 43 | A10 | Isso é uma coisa assim que... eu acompanhei a internação da minha vó em hospitais é... em enfermarias e eu vi isso. Talvez porque tem mais gente, pois a maioria está ali, logo..., mas todo mundo fala logo que quer um quarto particular, acha que é melhor, que tem privacidade... a minha impressão é igual a sua assim, eu prefiro ficar na enfermaria... | A10 concorda e destaca a sua preferência por enfermaria, apesar do senso-comum dos quartos privados. Privacidade x Não-isolamento. |
| 44 | P1 | Não... | P1 discorda. |
| 45 | TA | <i>risos</i> | |
| 46 | A10 | Mas depois dessa experiência, você prefere quarto particular ou enfermaria? | Questiona qual é a preferência do professor. |

| | | | |
|----|------------|---|--|
| 47 | P1 | Quarto particular com alguém. | Segue discordando. |
| 48 | A10 | Tá. | |
| 49 | P1 | assim, foi legal o jeito de... de... | |
| 50 | P2 | Se integrar, né! | |
| 51 | P1 | ...de não ficar sozinho, né, assim... mas honestamente... eu gostei da área de convivência, mas para ir ao banheiro... | P1 pondera que não ficar isolado realmente é algo positivo no serviço público, mas a estrutura não é satisfatória. |
| 52 | P2 | Não, cama de hospital é assim, você não senhor nem do seu tempo! Isso é uma coisa que me dei conta... essas coisas são boas de ensinar nas aulas de psicologia médica. Sempre as minhas experiências intensas... assim... projetar como é que seria se... sempre imaginando que nunca vai chegar ao se. Então assim... eu me dei conta que eu não era mais senhora do meu tempo, toda hora vinha alguém, medir minha pressão, tirar temperatura, espetar alguma coisa aí trazer alguma comida, checar alguma água, não sei o quê... me oferecer não sei o que lá, eu até queria brincar, quer dizer, me distrair, ver televisão, não sei o quê... eu não consegui! Um pouquinho... daqui há pouco... a moça veio limpar o banheiro, não sei o quê, tal, tal, tal... então, assim, você não se assenhora nem do seu tempo! | P2 conta sobre uma reflexão que teve nessa experiência de internação, em que percebeu o quanto está assujeitada num leito de hospital. |
| 53 | P1 | Agora me permitam... Vocês tiveram já uma experiência assim de ter contato com outro, familiar ou equipe assim, tão frias, tão é... diferentes assim? Vocês já... vocês viveram isso já, pessoalmente? Ou teve com alguém de... alguém conhecido de vocês assim, próximo, tipo avó, assim? | P1 solicita que os alunos relatem algumas experiências dessas vividas por eles ou familiares. O que aparentemente seria para aproximar os pontos discutidos aos cotidianos desses estudantes. |
| 54 | P1 | O meu... meu pai ficou internado em vários hospitais aqui do Rio e eu tive muitas vezes essas sensações... era um local muito profissional no sentido de atenção, mas é... me chamava atenção uma certa insensibilidade... entendeu? Eu me lembro que tem auxiliar de enfermagem especificamente que eu achei muito humano. Eu até, depois que ele... que meu pai faleceu... eu escrevi uma carta e eu agradeci especialmente aquele auxiliar, né! Eu achei que ele interagiu de uma maneira mais... conversava, conversamos sobre soltar pipa, me falou como era o filho dele, quer dizer... foi um contato que ele era um bom profissional, mas mais humano, entendeu! | Diante da ausência de relatos, P1 conta de uma experiência que vivenciou na internação de seu pai, do profissionalismo e, ao mesmo tempo, insensibilidade da equipe médica, e do atendimento bastante humanizado prestado pelo auxiliar de enfermagem. |
| 55 | P2 | É... uma colega nossa, psiquiatra, teve a infelicidade de nesse sentido, porque, assim... a técnica, ela não garante a... o cuidado, a satisfação, o afeto, né, pelo contrário... muitas vezes até a boa técnica pode ser um descuido pra você não entrar em contato com o que realmente... o que realmente importa pra mim e eu espero que realmente importe pra maioria de vocês. E é | P2 cita outro exemplo, vivenciado por uma amiga, em que a psicóloga do hospital estava mais interessada num protocolo que em garantir |

| | | | |
|----|------------|---|--|
| | | um encontro humano, né, é... e essa colega, ela estava com o marido que também é médico! Isso é terrível, uma situação de muita gravidade e num hospital particular do Rio e o rapaz entrou numa situação muito grave, e... a naquele momento se achava que ele poderia falecer. E aí, ela como médica, estava acompanhando a equipe e uma psicóloga em cima dela... "eu preciso conversar com a senhora, eu preciso conversar com a senhora", não sei o quê... porque... aí eu não sei bem como foi o negócio, o diálogo e a psicóloga falou: "nós temos um protocolo de atendimento ao luto e eu preciso iniciar com a senhora!" | conforto a ela na eminência de perder seu marido. Destaca que uma ênfase na técnica pode ser uma forma de fugir do contato mais próximo com o paciente. |
| 56 | TA | <i>risos</i> | |
| 57 | P2 | Aí eu não vou dizer aqui a minha amiga elegantemente falou para ela, mas o que eu posso dizer... que ela disse, o meu marido tá morrendo e eu quero que você "uou!"... (risos) né! Pegue o seu protocolo e "uou!"... (risos)... | Relata a resposta explosiva da amiga à insensibilidade da psicóloga. |
| 58 | TA | <i>risos</i> | |
| 59 | P2 | ... faça o que achar melhor! (risos) Por que, depois que isso passou, ela estava contando isso pra gente, revoltada de como é que a gente pode cair nessa esparrela, como é que se segue uma receita de bolo em que aparentemente você está fazendo o tudo por aquela pessoa, e na verdade você não está fazendo nada... Lembro até, que de certa forma, é... como disse uma paciente minha que já faleceu, é... gentilmente cruel ... usou essa expressão a respeito do oncologista... eu acho genial! Por que, olha, a pessoa não é grosseira, não faz nada errado, mas não tá ali, não há encontro, não tem um trabalho de cuidar, né! ... E aí, mais alguma coisa que vocês perceberam, simpatizaram? | Afirma que muitas vezes esses protocolos são meios de se afastar do paciente, de desumanização. |
| 60 | A11 | Eu percebi que a gente não dá autonomia... por exemplo, quando eu vou fazer o procedimento... muitas vezes o médico decide todo o tratamento, e o paciente que tem que se virar... eu acho que você tem que levar a sua opinião e a do paciente... eu acho que a gente não está preparado para lidar com essa situação... assim como no filme, que o médico acha que a paciente tem que se submeter completamente ao tratamento, eu vi uma situação em que o médico achou isso e houve uma divergência que envolveu a família porque a paciente estava se recusando a fazer aquele tratamento. É preciso saber lidar com essa situação em que a pessoa não aceita como vai ser tratado. | A11 afirma que os pacientes não são incluídos na tomada de algumas decisões sobre a sua saúde, eles não têm voz. Aí, quando um paciente não aceita um procedimento, é tratado como obstáculo ao tratamento escolhido pelo médico. O paciente que não quer se submeter integralmente é tido como um problema pelos médicos. |
| 61 | A12 | Não... é porque você falou também... que antes de pensar na realização... eu pensei assim, até que ponto valeu a pena a realização de alta dose de quimioterapia, que ela soltou na cara dela, na primeira cena, que ela iria fazer... ela sofreu todo esse tempo, sendo que se eu acho que se tivesse rolado uma conversa no início, durante o tratamento, quem sabe ela não quisesse parar e tivesse uma qualidade de vida melhor, porque, a partir | A12 cita como um exemplo, no filme, dessa expectativa de total submissão do paciente, o tratamento quimioterápico de altas doses proposto pelo médico. Ele pergunta o quanto aquilo valeu a pena para o paciente, já que o fim foi o |

| | | | |
|----|------------|--|--|
| | | daquele momento, eu acho que ela só sofreu e ninguém perguntou mais nada, sabe! Então, não foi... eu acho que ela nem evitaria a realização, mas acho que faltou mais a conversa antes! | mesmo. Para ele, talvez um tratamento mais moderado trouxesse maior qualidade de vida à paciente. Destaca também como o médico não informou completamente a paciente sobre os efeitos adversos do tratamento. |
| 62 | A11 | é um conflito de interesses... há o interesse do médico e o do paciente... ou seja, ele não estava interessado no paciente, ele estava interessado na pesquisa dele. | A11 afirma que os interesses de médico e paciente são diferentes, e que o médico só estava interessado na pesquisa. |
| 63 | P1 | Agora, não sei se você já acompanhou, por exemplo, o procedimento de quimioterapia... para o paciente é um inferno, fica com uma mucosa toda enrugada, fica com a imunidade no zero, sofre profundamente e só fica tomando às vezes sorvete, e às vezes nem sorvete, mas depois, muitas vezes, consegue! Tem pessoas que sobrevivem àquele... eu não conheço nenhum tratamento que seja agradável, não conheço nenhum exame agradável, mas por exemplo, já fiz endoscopias muito ruim, trataram de maneira ruim, já fiz colonoscopia, quando tive câncer, não tem o que fazer, mas fui super bem... foi feito por um colega daqui, super bem tratado, quer dizer... qualquer coisa, qualquer conceito que entra em medicina, não é pra dar, mas ele pode ser feito de uma maneira bem melhor. Já fiz exames, por exemplo, de ressonância, não sei se vocês já fizeram, absolutamente não me explicaram nada, eu nem sabia o que era aquilo! Colocaram aquele tubo lá, começou a fazer um barulho, eu pensei o que, eu vou ter um treco aqui, né, um choque!... | Professor argumenta que os procedimentos por si só já são bastante incômodos, mas tratamento oferecido pela equipe pode atenuar um pouco isso. Ressalta que a falta de informação sobre os procedimentos também pode causar sofrimento. |
| 64 | TA | <i>risos</i> | |
| 65 | P1 | ...Mas eu via né, eu me repetia que eu não estava morto, né! (risos) Mas assim, é... se você não explica, né, não esclarece, olha... aquilo lá... | |
| 66 | P2 | Não... a experiência... olha... acreditem!... | |
| 67 | P1 | Tem formas e formas... | O modo de realização do procedimento faz diferença no bom atendimento. |
| 68 | P2 | ... e é impressionante, eu digo assim, o valor do "bom dia!", "bom dia!", "oi"! De algum cumprimento, porque você quando vai fazer qualquer exame (incompreensível) há qualquer coisa de um certo receio, há qualquer coisa de constrangimento... Então, ninguém faz exame assim, tão feliz da vida, né! No mínimo você está com a tua rotina um pouco alterada, de manhã né... você está (incompreensível) e as pessoas muitas vezes são... assim... grosseiras.. Elas acham aquilo trivial, corriqueiro, né, você está deitado, passa lá um gel, né, mete um "cano" e está tudo resolvido, faz uma senhora | P2 afirma como a rotina e a trivialidade de alguns procedimentos resultam no distanciamento entre médico e paciente. Muitas vezes o paciente não está familiarizado com os procedimentos e os médicos não os informam, saem fazendo, o que soa um tanto violento para o paciente. Isso é |

| | | | |
|----|-----------|--|--|
| | | diferença quando a pessoa sabe o seu nome, o que você faz... | mais uma faceta da objetificação do paciente. |
| 69 | P1 | Não vai acontecer isso agora, ó! Vai acontecer, você vai sentir isso! Faz cada etapa. | P1 exemplifica como se deveria comunicar com o paciente durante a realização de um exame. |
| 70 | M1 | A fala de vocês três com relação à pesquisa e o interesse médico acima do bem estar do paciente, é... eu tive uma experiência muito... muito parecida com essa ultimamente dentro do HU. É... eu tenho um paciente meu que é... que, o prontuário diz que ele é renal crônico e tudo mais... o pessoal até da turma de sexta conhece porque eu falei dele em uma aula... e ele apresentou uma lesão na perna, a gente foi na... na dermatologia numa semana pra poder... pra gente ver ... É... eu fui lá na dermatologia, eles avaliaram (incompreensível) e eu voltei na outra semana com ele lá, infelizmente no horário que eu voltei, a médica, tinha avaliado na semana anterior, ela não estava mais lá, eu já estava indo embora mais cedo nessa semana. E aí eu, primeiro eu pedi para um outro rapaz que estava lá... falei assim: você pode ir lá em cima, levar o paciente lá, que eu já estou subindo e ele foi lá, daqui a pouco ele desceu pra mim e falou desesperado e falou assim: "M1, não quiseram examinar o paciente"! Eu falei assim: ué, mas como não quiseram examinar? Não, falaram que olhou semana passada, entendeu, então não vão nem olhar hoje! Eu falei assim: não, mas podiam olhar de novo, semana passada foi a primeira vez e eles podiam... sei lá... dar um diagnóstico diferente, algo que não pensaram na semana passada, já que a gente não fechou nenhum diagnóstico ainda! E aí eu subi. Subi, entrei na sala, aí tinham duas residentes e staff e... e aí eu entrei e falei: boa tarde, aí os três olharam pra minha cara e continuaram falando o que estavam falando. Deixei... e falei assim... vai que... daqui a pouquinho ela está falando uma coisa importante mesmo e ela me responde depois. E eu vi que elas estavam discutindo justamente algum projeto de pesquisa que eles tinham ali e eles iam apresentar no Congresso! E aí, eu esperei mais ou menos uns cinco minutos virei pra elas e disse assim: "boa tarde, a senhora poderia me ajudar?" Ela olhou pra minha cara, baixou a cabeça e virou pra residente e continuou. Continuei porque diz que o Congresso é mais importante. Então assim, eu saí, eu virei e falei assim: "Obrigado" e saí de sala, saí irritado, obviamente, saí xingando pelo corredor, entendeu! Mas assim... são essas coisas cara, isso acontece dentro do HU, entendeu? É isso que estou falando, ... assim, vocês têm muito o que passar aqui dentro, vocês têm muita coisa pra se surpreender ainda do lado positivo e do lado negativo, entendeu! Tem muitas coisas positivas, até mais positivas do que negativas ainda, mas tem algumas negativas que são muito marcantes e | M1 relata um caso que vivenciou em que os médicos colocaram a pesquisa acima do paciente. Afirma que muitas vezes os médicos se esquecem que o foco da medicina é o paciente, e não o dinheiro ou produção científica. |

| | | | |
|----|-----------|---|--|
| | | <p>essa foi uma delas, ou seja, o Congresso dela e acertar um pequeno detalhe naquele momento, era muito mais importante do que avaliar um paciente que poderia agravar uma lesão! Graças a Deus, aquela lesão dele não agravou, está até melhorando, entendeu! Mas eu dependia de algum especialista pra dar uma analisada melhor naquela lesão, entendeu! E foi o que apareceu assim, de uma semana para outra, realmente, sabe! Então assim, acontece isso... a medicina hoje, infelizmente, acabou colocando muita coisa acima do paciente, entendeu! O médico coloca o Congresso, o médico coloca às vezes os seus interesses pessoais, o médico coloca o dinheiro principalmente acima do paciente, entendeu! O médico esquece que ele fez medicina pelo paciente. Não to falando que a gente tem que ser samaritano, entendeu, fazer bondade, franciscano, entendeu, não é isso, entendeu! A gente estudou, a gente dedicou muito tempo da nossa vida pra cuidar, confortar, tratar o paciente, entendeu, e pelo paciente. Não é pelo dinheiro... o dinheiro é consequência do seu bom trabalho, entendeu! É... então assim, a gente vê isso constantemente. Um paciente está virando segunda, terceira, quarta opção dentro de uma consulta e todas as outras coisas tão ficando mais atrativas. E isso mostra principalmente nessa questão da pesquisa. O mais importante é a minha pesquisa sair com resultado do quero porque isso é mais lucrativo.</p> | |
| 71 | P2 | <p>Não, é porque... assim... em cima disso que o M1 está falando, e tentando extrapolar um pouquinho, que é um negócio que o filme mostra com muita propriedade, né! Que diabos é que está acontecendo na nossa sociedade que está levando a isso que o M1 falou? mas só na verdade a gente tá ...</p> | <p>Na mediação, P2 se volta ao filme, e inicia a construção de um posicionamento.</p> |
| 72 | P1 | <p>Eu acho o que ... esta é a primeira questão! Está acontecendo isso? Isso é uma dúvida, entendeu! Está???</p> | <p>P1 interrompe e transforma o posicionamento em questionamento aos alunos.</p> |
| 73 | P2 | <p>É, é. E o filme aponta um pouco (incompreensível) tem duas partes do filme que fala de algo que até eu falo nas aulas da minha, para as minhas turmas que é uma coisa super importante assim no filme.</p> | <p>Sem identificar o que é, P2 convoca os alunos a identificar o que há no filme, que é importante, e é um reflexo da sociedade atual.</p> |
| 74 | A8 | <p>Aqui, no HU mesmo, mais de uma vez, em um papo com uns residentes, eles falavam mais ou menos assim: "eu não entendo porque diabos essa febre das pessoas é... quererem residência em endócrino, endócrino não tem procedimento nenhum", a especialidade tal que tem mais procedimento, ganha mais dinheiro, não sei o que... sabe, é assim... uma total mercantilização mesmo, sabe, da medicina e tal, da necessidade de escolher a residência mesmo, a especialidade que mais te trazer benefício financeiro e tal, e não uma satisfação pessoal, algo nesse sentido.</p> | <p>A8 indica que é a priorização do dinheiro nas escolhas dentro da medicina. Ele exemplifica isso com um relato sobre uma conversa em que colegas lhe falavam do por quê de determinadas escolhas de especialidades médicas, umas são mais lucrativas que outras.</p> |

| | | | |
|----|-----------|--|--|
| 75 | M1 | Uma boa remuneração é importante. | M1 pondera que é importante ter uma boa remuneração. |
| 76 | P2 | Até para você estudar, se atualizar. | P2 mostra que é preciso ter recursos para poder se aprimorar. |
| 77 | M1 | Precisa de que? Entendeu? Você precisa de dinheiro pra poder fazer as coisas. E assim, você tem que ser remunerado por aquilo que você faz! E como eu falei: por todo o esforço que você fez ao longo da vida para chegar naquele momento ali, entendeu, você tem que ser recompensado de uma certa forma. É... o problema, por exemplo, as vezes você quer escolher uma especialidade que tem mais procedimento pra ganhar mais dinheiro. Mas se você está escolhendo para ganhar mais dinheiro, mas você não está colocando dinheiro acima do paciente... beleza! O problema, a partir do momento que você tá colocando o dinheiro acima do paciente, você tá desvirtuando... o conceito, entendeu! Todo... tudo o que você faz, no seu trabalho, entendeu, você não faz por dinheiro, isso é consequência. | M1 argumenta que o dinheiro é um "prêmio" pelo esforço atrelado ao estudo da medicina. Pondera que buscar maiores ganhos não é o problema, o problema é se você colocar o dinheiro acima do paciente. |
| 78 | M2 | Eu sou monitor da quinta-feira e... peguei a discussão bem no meio do caminho. É... esse modelo de universidade que a gente encontra hoje, é um modelo alemão que é chamado modelo Wundtindiano que foi adotado pelos Estados Unidos que é um modelo muito baseado em artigo científico e acabou-se no momento em que o artigo científico pra ele muitas vezes supera um paciente. Então, essa questão do prestígio de quantos artigos são publicados muitas vezes vale mais do que como você está tratando um paciente dentro do ambiente acadêmico. É... eu sou monitor de Anatomia... já tem três anos que eu dou monitoria de Anatomia e eu trabalhei com um dos professores que era um dos professores mais dedicados àquilo e não pode concorrer ao último concurso de professor de Anatomia porque é... porque o concurso não selecionava professores de Anatomia, selecionava pesquisadores e aí acabam admitindo na universidade pessoas que não são vinculadas diretamente àquela área, mas que tem uma publicação científica talvez muito mais interessante, mas que não são voltados para o lado acadêmico e muitas vezes não são voltados pro lado médico, né! Posso fazer mais um comentário, já que to falando? | M2 argumenta que, no caso da valorização da produção científica, isso pode ser em razão dos concursos para docentes valorizarem mais uma boa produção científica, em vez de uma boa experiência médica ou docente. |
| 79 | P2 | Pode. (risos) | |
| 80 | P1 | (incompreensível) (risos) | |
| 81 | M2 | No semestre passado a gente teve a oportunidade de conversar com a outra turma sobre paciente crônico e eu dei aula com o Henrique e esse ano e esse semestre o M1 deu aula e a gente fez uma avaliação, eu gosto muito de Filosofia, de História e a gente lembrou um pouco de uma... um evento mitológico que é quando | M2 muda o foco da discussão, contando a estória de um mito grego, Asclépio e Quirón, para afirmar que a atuação do médico |

| | | | |
|----|-----------|--|---|
| | | <p>Apolo engravida a deusa Corônís, engravida a mortal Corônís, então, é... revoltado com esse processo ele que era um arqueiro muito hábil, ele dá uma flechada no coração daquela mulher e antes que ela morresse, ele faz a primeira cesárea da história e arranca dessa barriga o seu filho. Esse filho recebe o nome de Esculápio e como ele não gostou muito daquela gestação, ele deixa que seu filho seja criado por um centauro, o centauro Quíron é aonde tem o termo quiropraxia é aonde vem o termo cirurgia. Quíron então é o médico da época... é aquele que tem habilidade de curar e ele transfere essa habilidade a Esculápios. Quando Alexandre domina a região da Grécia, é... e forma-se a cultura Helenística, Esculápio vai receber o nome de Asclépio pela junção dessa cultura Helenística (incompreensível) à cultura grega. O importante dessa história é ... o importante dessa história é a gente entender que a medicina não deriva de um deus, mas deriva de um semideus e nem sempre a gente vai conseguir curar!</p> | tem limites, que eles não são deuses. |
| 82 | TA | <i>risos</i> | |
| 83 | M2 | <p>... Nem sempre não consegue o poder de Deus! Então, muitas vezes o paciente ali que não quer receber o tratamento... ele não quer receber o tratamento. E eu, infelizmente, quantas vezes o paciente quer receber o tratamento e eu quero curá-lo, mas eu não sou Deus, eu sou um semideus!</p> | Limites da medicina. |
| 84 | TA | <i>risos</i> | |
| 85 | P2 | <p>Uma coisa que aparece ali no filme é que a velha professora que fala para estudante que fala do texto é a seguinte: não basta só estudar. A matéria da onde a gente vai tirar, o sentimento e a capacidade de entender o que o poeta quer dizer é a mesma matéria da onde vocês vão tirar arcabouço para entender o que que uma pessoa deseja ou não, se ela quer morrer ou quer viver. Pra gente ter essa capacidade de entender um filme, né, de poder é... vamos dizer assim... ser meio que o fiel da balança numa história assim, você tem que entender de vida. Então é isso que a professora fala para ela no filme. Você vai pra... não vai para a biblioteca, vai pros parques, vai pra festa, vai... vai conhecer gente, vai namorar, vai trocar... vai encontrar com outras pessoas, (incompreensível). Então, não adianta só estudar, em ponto de vista do formal.</p> | P2 vai conduzir a discussão de volta ao filme, e afirmar que a formação humana vai além dos estudos formais e além da medicina. Para isso, destaca uma cena do vídeo em que a professora da protagonista lhe pede que vá viver, e não para uma biblioteca, mas viver para se desenvolver e conseguir escrever melhor. |
| 86 | P1 | <p>Eu não sei o que esse filme provocou reflexões em vocês, mas eu vou falar um pouco uma experiência que eu tive aqui hoje. Hoje de manhã eu fui atender um paciente, um paciente muito difícil e nós fomos... enquanto a gente ia atender esse paciente, eu, a estagiária e um residente, eu estava falando a eles, que a gente tinha que tomar um certo cuidado nesse caso porque a gente ouvia falando tantas dificuldades com o</p> | P1 relata uma reflexão que o filme lhe provocou. Ele conta que, pela manhã, atendeu um paciente tão grave, que lhe causou tanta preocupação, que não conseguiu dar tanta atenção a ele, mas sim ao seu problema. P1 conta que gostaria de voltar à |

| | | | |
|----|-----------|--|---|
| | | paciente que a gente devia se preocupar como a gente ia atender o paciente, mas aqui pensando, fiquei pensando o seguinte: eu acho que eu... todo o esforço que a gente fez, nesse caso especificamente, eu não cuidei muito do paciente. Eu fiquei de tal forma... eu já conhecia o paciente, preocupado com o que podia acontecer, me dei conta de... me sintonizar com aquele paciente, fiquei pensando nisso agora... sobre isso... entendeu, que naquele momento ali eu fiquei muito influenciado pelos meus preconceitos mesmo e fiquei até... honestamente eu queria voltar pra voltar pra enfermaria, perguntar pro paciente o que que ele queria, porque a gente ficou muito preocupado ali com o que nós queríamos fazer com ele, isso exatamente tomou conta da consulta ali com ele, quer dizer, eu acho que, uma refle... eu não sei o que vocês pensaram sobre esse filme, mas acho interessante se a gente... | enfermaria para poder voltar a falar com o paciente. |
| 87 | P2 | Então, em que que o filme bateu em você? Quais as cenas mais...? | P2 interrompe e reconduz a discussão de volta ao filme. Encaminha uma pergunta sobre que cenas foram mais marcantes, mas também é interrompido. |
| 88 | A2 | Então, tem uma cena ali que mostrou que quando ela não tá sentindo mais nada e foi fazer exame nela e no dia mesmo ela foi obrigada a falar e fazer... e essa semana eu fui tentar colher laboratório (incompreensível) eu falei: não avisei a ela que eu ia colocar a agulha, sabe, porque como médico me inibiu assim para falar... eu não queria falar pro paciente que... mas aí alguém falou e aí durante o procedimento eu fui ficando nervosa, nervosa... aí alguém falou, “nossa, ninguém falou com a paciente nem conversou com a acompanhante que aquele procedimento não era para o mal dela, era justamente para se investigar!”. Logo que eu coloquei a agulha, ela começou a contrair o braço. | A2 relaciona uma cena do filme em que a protagonista é submetida a um procedimento contra a vontade, com sua experiência como aluna em colher amostras de sangue de uma paciente sem falar com ela, e como a paciente expressou a dor, e como a estudante começou a ficar nervosa com isso. |
| 89 | A9 | (47m20) Eu tenho visto direto residentes não fazer xilocaína no paciente, entendeu! Assim... eu não vejo uma explicação porque técnico só não pode fazer (incompreensível) porque pode cair na rede sanguínea (incompreensível) eu não sei, mas fazer (incompreensível) na corrente femoral, deve ter bastante assim. | A9 relaciona isso a uma percepção sua de a maioria dos residentes não utilizarem anestésico nesse tipo de exame, que é muito doloroso. Ele diz não saber o motivo da não utilização do anestésico. |
| 90 | P2 | Na femoral, pode. | |
| 91 | A9 | Femoral, não? | |
| 92 | P2 | E na femoral deve doer mais ainda. | |
| 93 | M2 | Tem duas coisas que o pessoal lá orienta... eu sou a favor de fazer anestésico nesse caso. Uma coisa é que uma agulhada dói menos que duas agulhadas, seria a agulhada da anestesia. Na verdade, é porque a xilocaína faz vasoconstrição, então, a pessoa teria mais | M2 apresenta duas justificativas para o não uso do anestésico na situação discutida. |

| | | | |
|-----|-----------|---|--|
| | | dificuldade para acessar a artéria depois. Na verdade, na prática... | |
| 94 | A6 | O que dá mais problema é isso, os pacientes têm um acesso muito difícil! Não é uma agulhada, é uma agulhada num lugar que alterou. | A6 concorda com a explicação de M2. |
| 95 | | Todos falam juntos. | |
| 96 | P2 | Olha só gente, é o seguinte, mal comparando, (incompreensível) essa história de fala ou não fala com o paciente, eu cheguei à conclusão de que você deve de falar... eu tive filho... O recém nascido ele ainda tá com muita... pouca possibilidade de comunicação com o meio externo, apesar das crianças de hoje já nascerem bem mais espertinhas do que antigamente, já nasce com o olho aberto, já fica mais durinho, enfim... Mas eu me dei conta que tem uma comunicação que vai pra além da palavra, que vai na música da palavra e vai na alma também e aí permite que os procedimentos que você vai fazer, no caso são os procedimentos cuidado de mãe, né, mas eu fico imaginando muita coisa... que pro médico seja mais ou menos a mesma coisa... que guardam uma semelhança, né, você falar o que você vai fazer, você não só vai tá acalentando o paciente de algum modo como também vai tá se acalmando, se posicionando, o que é bom, né, você vai organizar na tua cabeça as etapas de tudo o que você vai fazer, então é legal! | P2 sustenta sua posição de comunicar ao paciente o que ocorre durante os procedimentos médicos, por acreditar que isso dá menor margem à fantasia e por isso mantém o paciente mais calmo. |
| 97 | P1 | Fora que o paciente vai se não for comunicado, ele ouve as coisas... | P1 concorda. |
| 98 | P2 | Sim | |
| 99 | P1 | ... hoje a gente foi falar sobre uma paciente que estava muito grave eu e os alunos fomos passar visita... lá no leito da paciente sobre ela... existia a possibilidade dela morrer... mas ela estava... você falava ela não respondia, mas se você desse um estímulo muito forte ela respondia, quer dizer, ela devia tá ouvindo a gente falando dela, mas nessa situação é complicado, eu já tive o interesse de falar, o paciente não estava ouvindo, na hora que vendo o paciente fez com a mão o sinal de positivo, eu achava que ele não estava ouvindo nada e eu estava me despedindo dele porque eu ia viajar e falei: vou falar... vou falar, e... | P1 exemplifica com um caso em que, supondo que o paciente estava inconsciente, conversou sobre o seu diagnóstico (passando o caso na frente dele). E quando percebeu que ele estava ouvindo (não falava), ficou inseguro quanto a falar com o paciente ou não. |
| 100 | M2 | Isso me lembra o significado do que que é neurocirurgião. Por que você sabe que a diferença de neurocirurgião pra Deus é que Deus sabe que ele não é neurocirurgião. | M2 conta um chiste sobre uma suposta soberba dos neurocirurgiões. |
| 101 | | Todos os alunos (risos) | |
| 102 | M2 | Então o neurocirurgião pôs no prontuário, o paciente estava com Glasgow 3, ele trocou o plantão, o neurocirurgião seguinte colocou que era Glasgow 4. Na hora que ele soube, ele falou: não, vamos dar um | O chiste serviu como introdução ao relato de um caso que M2 testemunhou em que dois médicos divergiram na aferição |

| | | | |
|-----|-----------|---|--|
| | | estímulo para dor, foram as palavras dele. Ele chegou no testículo do paciente e apertou assim... e o paciente fez assim com a boca... viu como ele reage a dor? Pronto, é Glasgow 3. Então assim, a gente vê que muitas vezes pra conter um ego e tipo assim... um pontinho no glasgow que não vai alterar tanto a conduta, muitas vezes a pessoa vai submeter o paciente a algo que ninguém gostaria de ser submetido, né! | da escala Glasgow (escala de nível de consciência) a um paciente, e para poder provar que estavam corretos, submeteram o paciente a sofrimento. |
| 103 | TA | <i>risos</i> | |
| 104 | TA | <i>Todos falam juntos e muitos estudantes visivelmente criticam tal conduta</i> | |
| 105 | P1 | Vocês ouviram o que ela falou? | Em meio à discussão generalizada sobre o caso, P1 e P2 destacam uma fala de um estudante. |
| 106 | P2 | É! Vocês estão perdendo! | |
| 107 | A2 | (incompreensível) no momento que eu fiz esse procedimento, a acompanhante meio que se exaltou e a interna foi meio bruta, grossa com ela sabe e eu achei assim desnecessário. E aquilo ali mesmo piorou e eu fazendo um procedimento, porque eu não trataria o acompanhante da minha paciente assim, jamais! E... e eu não... eu tenho essa difi... eu não consegui falar pra residente interna que eu não gostei da forma como eles agiram, sabe, nem com a acompanhante, nem com a paciente, sabe! De alguém está te orientando num procedimento ou ali no reduto acadêmico, você se posicionar, sabe, sendo orientado por eles sem gerar um conflito, entendeu! Discordar da forma como eles agiram sem gerar conflito com eles. | A2 conta de uma experiência em que estudante de medicina em fase de internato discutiu com uma acompanhante da paciente na qual A2 realizava um procedimento. A2 conta que discordou da atitude da interna que lhe ensinava a realização de um procedimento. |
| 108 | P1 | No meu livro eu perguntava para as pessoas é, que aspectos foram importantes em sua formação né. Muitos colegas falaram assim: “olha, eu sou muito grato aos bons exemplos, mas eu sou muito grato também aos maus exemplos que me ensinaram tudo o que eu não podia fazer”. Uma situação dessa, acho que você... eu acho fora do contexto ali, né, você poderia perguntar: “vem cá teria outra maneira de a gente fazer isso? Poderia ter sido feito dessa forma?” Eu acho que tem situações que são mais rápidas ainda e mas... requer aí um outro tipo de intervenção, mas você pode questionar o contexto certo e não talvez não ali naquele momento assim, mas... | P1 responde utilizando um trecho de uma produção sua para sustentar que esses exemplos, os bons e os ruins, são importantes na formação do médico sobre o que fazer e não fazer. |
| 109 | A2 | Eu acho assim, acho que eles nem percebem. | A2 pondera que talvez a interna nem tenha se dado conta do que fez. |
| 110 | P1 | Talvez ... | |
| 111 | A2 | Há alguma coisa que poderia ser feita? Há sim, a coisa correta! | Reforça a sua desaprovação do que foi feito. |

| | | | |
|-----|-----------|--|--|
| 112 | P2 | Olha, o mais grave, o que mais que me preocupa, e acho que preocupa a todos nós, engajados na medicina, é que muito provavelmente essa interna é nossa aluna, né, passou por aqui e talvez tenha falado exatamente isso que você está falando, nem dois anos, nem três eles a frente e ela já está agindo dessa forma. A batalha da gente é tentar mostrar para vocês uma coisa que do filme fala ali de uma forma linda sobre, na verdade a diferença entre vida e morte, mas eu acho que vale também como diferença entre boa medicina e medicina qualquer. É uma vírgula que nos separa da vida e da vida eterna... é uma vírgula, é uma pausa... o que nos separa a boa prática de uma prática qualquer de uma prática técnica, é uma pausa. | P2 alerta que essa interna criticada, provavelmente estudou as mesmas coisas e discutiram os mesmos temas que eles estão ali discutindo na disciplina. E destacando um trecho do filme, afirma que a diferença entre a boa e a má medicina é tênue e pode estar nos detalhes (vírgula, nas pausas, segundo o filme). |
| 113 | P1 | ouvindo isso, é... eu acho que o exercício que a gente tem que fazer na vida é... e se aquela pessoa ali fosse eu ou se aquela pessoa fosse ser a minha mãe ou minha avó? Eu acho que a gente tem que fazer de tudo na vida com esse raciocínio. Aquela que bateu no meu carro, a pessoa caiu na rua, a pessoa que eu vou atender, se ela fosse minha mãe, se ela fosse minha irmã, se ela fosse eu, o que que eu gostaria que fosse feito? Eu acho que isso é um raciocínio que eu aprendi na minha casa assim, entendeu! Eu aprendi na faculdade, mas na minha casa eu também aprendi isso. Esse é um bom exercício pra gente fazer na vida, no dia-a-dia... se aquele paciente, que eu vou furar a femoral, se fosse a minha mãe, como eu gostaria de fazer? Eu acho que tudo tem que se esforçar para fazer o melhor, né... se fosse a gente, se fosse o nosso filho... é um exercício interessante que a gente pode fazer... se fosse alguém que eu tivesse fazendo uma pesquisa, como eu gostaria de... se tivesse lidando comigo ou com alguém da minha família? Nada contra a pesquisa, muito pelo contrário, as pesquisas ajudam a medicina a avançar, mas eu acho um exercício interessante. | P1 complementa que, para evitar esse tipo de acontecimento, é preciso exercitar a empatia. |
| 114 | A8 | Professor P2, aquilo que você falou sobre a pausa, a linha entre a morte e a vida, teve um semestre que eu consegui perceber o quão suave é a transição entre a vida e a morte... quando eu olhei ela já estava morta... eu achei isso refletido em tudo que ela disse ali no filme... E essa questão da interna, isso me abre o olho sobre como eu vou atender daqui a 2 anos. | A8, aproveitando que P2 havia destacado um trecho do filme em que falava das "pausas", na linha tênue entre a vida e morte, e relata sua experiência em observar a morte de um paciente, e de o quanto ele viu isso refletido ali no filme. E retoma a fala de A2 e diz que isso irá lhe abrir os olhos para quando ela for interna. |
| 115 | P2 | Então fiquem atentos! | P2 reforça essa postura. |
| 116 | M1 | Principalmente porque você vai passar agora um bom período sem voltar a esses temas. Eu estou no M9 e não vi mais nada. | M1 acrescenta que nos próximos períodos, esses estudantes não terão muitos espaços para discutirem esses temas. |

| | | | |
|-----|------------|---|--|
| 117 | A12 | Eu acho que nesse sentido, a gente aprende muito pouco sobre isso de ir para a vida... sabe? Porque a gente não tem muito tempo. Ficamos muito nessa dessa de estudar, a vamos pegar nos livros... a gente não tem muito incentivo de ah além... além das doenças mais comuns, além das patologias, você tem que entender quais são as realidades mais comuns disso aqui. Se não conhece a Maré, não conhece a população na qual ela está inscrita... não conhece, não conhece a realidade de uma população. Isso é muito ruim na formação do médico. É uma profissão que precisa entrar em contato com todos os tipos de gente. Tem muito pouco aqui. | A12 afirma que é difícil aprender com a vida, como “sugere” o filme, por conta de sua rotina extensa de estudos. Ele ainda pondera que é pouco saber o nome das doenças, e não conhecer os sujeitos e seu contexto social. O aluno ainda acrescenta que isso é uma deficiência na formação médica. |
| 118 | P2 | É preciso uma visão mais ampla. | P2 concorda. |
| 119 | A12 | A gente não teve discussão sobre, por exemplo, sexualidade, não tivemos essas coisas aqui. Você vai atender um transgênero mais cedo ou mais tarde, e você não sabe como atender. | A12 continua destacando algumas deficiências/ausências na formação médica, sobretudo aquelas relacionadas à falta de conhecimento da realidade social. |
| 120 | M1 | O problema aqui na faculdade é que a gente tem uma medicina centrada na doença e pouco na pessoa, entendeu? Por isso que os poucos espaços que existem e te ensinam a praticar uma medicina centrada na pessoa, você precisa aproveitar porque vão ser os únicos momentos durante a sua formação que vão influenciar na sua vida médica posterior, entendeu, então assim... é... são... são os únicos momentos aproveitem. Porque aí se você não aproveitar, a oportunidade vai passar, você vai chegar lá na frente e vai falar, “é... passou”. E vai ter residência, tem isso vai ter aquilo outro, são funções que você agrega e você não vai conseguir voltar atrás para poder tentar recuperar o tempo que passou. | M1 concorda e afirma que, por esse motivo, é preciso aproveitar os poucos espaços em que se “ensina” a praticar uma medicina mais humanizada. |
| 121 | P1 | Eu acho que o aprendizado é constante. A faculdade é essa, o hospital é esse... cabe também a vocês procurar complementar isso e aprender tudo na vida. Acho que todo dia a gente está aprendendo, o futuro vai compensar, entendeu. Agora eu acho que, sobre a faculdade, num dado assim, a gente pode também influenciar nela. Eu, particularmente, gostaria de ter um hospital melhor e espero que possa lutar por isso também e não se acomodar. Agora, eu acho que o que vocês falaram, tem a ver ... tem que buscar talvez alguns estágios, complementar isso e isso aí foi uma ideia de pessoa para a pessoa. Pode ser que para vocês sejam demandas diferentes, em coisas diferentes. Agora, a formação de vocês se dá através da vida. | P1 pondera que, mediante as limitações da formação médica, cabe aos estudantes buscarem oportunidades de complementação dessa formação. |
| 122 | M2 | Tem uma coisa interessante, a minha irmã está fazendo medicina lá na UFMG, aí quando eu fui lá na faculdade, fui entrar e observei: a primeira estante de livros, a hora que você entra não tem nenhum livro de medicina. Tem Guimarães Rosa, tem livros de literatura. Eu vou te | M2 reconhece que há poucos espaços para essa formação em medicina, e que o estudante também pode buscar formação |

| | | | |
|-----|-----------|--|--|
| | | confessar que no M9 você não aprende nada que não seja da matéria e se você não aprende dentro da matéria, quanto mais, fora... mas no semestre que exista um tempinho extra, vale a pena alguns autores, vale a pena ir a um teatro. Tem direto peças com Nelson Rodrigues que eu acho é indicado de ver e retrata muitas coisas assim íntimas com as muitas questões humanas e que vale a pena ver. Tem coisa que ele não tem como trazer para dentro da faculdade, o currículo não vai abarcar isso. A Psicologia Médica é só um semestre, tem algumas aulas com a Professora M antes, mas é só um semestre. Não dá para contar tudo, né. | complementar pelo consumo cultural mais amplo. |
| 123 | P1 | Uma coisa boa em medicina também é você viver a sua vida, tá! Complementem a formação médica, vivam a vida. | P1 reverbera o que diz o filme reforçando que viver complementa a formação médica. |
| 124 | P2 | Gente, a gente encerra aqui a aula. | P2 encerra a discussão; |
| 125 | TA | (aplausos) | |

APÊNDICE 9 – QUESTIONÁRIO APLICADO APÓS A EXIBIÇÃO DO FILME UM GOLPE DO DESTINO

NOME: _____

1. Que história o filme conta?

2. Que cena foi mais marcantes? Por que?

3. Qual personagens mais lhe chamou mais a atenção? Por que?

4. Por quais conflitos passa o protagonista do filme?

APÊNDICE 10 – QUESTIONÁRIO APLICADO APÓS A EXIBIÇÃO DO FILME WIT

NOME: _____ E-mail: _____

12. Que história o filme WIT conta?

13. Em sua opinião, que cena foi mais marcantes? Por que?

14. Qual personagem mais lhe chamou mais a atenção? Por que?

15. Por quais conflitos passa a protagonista do filme?

Se você tivesse a oportunidade de refazer o filme, você faria algo de diferente? O que? Por que?

20. Você acredita que o filme contribui para você melhor compreender algum assunto das aulas de Psicologia Médica? Quais e por que?

21. Você considera que disciplina contribuiu para alguma mudança na sua prática médica? Se sim, quais?

ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
((HUCFF/ UFRJ))



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Recepção de vídeos de Educação Médica

Pesquisador: LUIZ AUGUSTO COIMBRA DE REZENDE FILHO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 07677213.7.0000.5257

Instituição Proponente: NUCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAUDE ((NUTES/UFRJ))

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 245.053

Data da Relatoria: 11/04/2013

Apresentação do Projeto:

Protocolo 002-13 do grupo III. Reposta recebida em 27.3.2013. Constan os seguintes documentos: 1. Carta de encaminhamento; 2. Respostas às pendências; 3. Nova versão do TCLE.

Objetivo da Pesquisa:

ver parecer n° 189.102 de 24.01.13

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

ver parecer n° 189.102 de 24.01.13

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

ver parecer n° 189.102 de 24.01.13

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

ver parecer n° 189.102 de 24.01.13

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Resposta às pendências

1. No TCLE(Resolução 196/96, item IV.1):

a) há termos ou expressões que podem não ser facilmente entendidos: recepção fílmica, espaços

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
((HUCFF/ UFRJ))



formais

de educação e análise fílmica.

b) deve constar apenas o nome do pesquisador responsável como referência para os sujeitos da pesquisa. Solicita-se adequação.

Resposta: As solicitações a cima descrita foram atendidas e implementadas na nova versão do TCLE submetida no dia 25 de janeiro de 2013. Contudo, por se tratar de apenas um tópico de adequações solicitadas, referente a um documento, consideramos, equivocadamente, que o reenvio do TCLE modificado já configuraria uma resposta às solicitações.

Análise: pendência atendida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

1) De acordo com o item VII.13.d, da Resolução CNS n.º 196/96, o pesquisador deverá apresentar relatórios anuais (parciais ou finais, em função da duração da pesquisa). Nos trabalhos sobre fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos ou não registrados no país, os relatórios deverão ser semestrais (Resolução CNS n.º 251/97, item V.1.c).

2) Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas, com justificativa, ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada.

RIO DE JANEIRO, 13 de Abril de 2013

Assinador por:
Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 21.941-913

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2562-2480

Fax: (21)2562-2481

E-mail: cep@hucff.ufrj.br