

Estado da publicação: Não informado pelo autor submissor

Medicina Narrativa e Compaixão: des(encontros) no conto Marido, de Lidia Jorge

Sara Maria Cunha Bitencourt Santos, Simone Nacaguma, Marcelo Demarzo, Dante Marcello
Claramonte Gallian, Hércules Zacharias Lima de Morais

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.3670>

Submetido em: 2022-02-21

Postado em: 2022-02-22 (versão 2)

(AAAA-MM-DD)

**MEDICINA NARRATIVA E COMPAIXÃO: DES(ENCONTROS) NO CONTO
MARIDO, DE LÍDIA JORGE**

**NARRATIVE MEDICINE AND COMPASSION: DIS(ENCOUNTERS) IN THE
HUSBAND TALE, BY LÍDIA JORGE**

SARA MARIA CUNHA BITENCOURT SANTOS¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0480-9619>

SIMONE NACAGUMA²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0154-0709>

MARCELO MARCOS PIVA DEMARZO¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7447-1839>

DANTE MARCELLO CLARAMONTE GALLIAN²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9979-6787>

HÉRCULES ZACHARIAS LIMA DE MORAIS¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7693-1616>

Resumo: Este artigo tem como objetivo discutir os principais pressupostos da medicina narrativa, sua articulação com a compaixão e aplicabilidade para análise de um conto literário. O artigo está dividido em quatro partes. Uma breve introdução, que situa o leitor a partir do referencial teórico da medicina narrativa e sua contraposição ao modelo biomédico tradicional. Em seguida serão articuladas convergências teórico-práticas entre a medicina narrativa e a compaixão. Posteriormente, é trazido o conto “Marido”, de Lígia Jorge (1997), sob as lentes da medicina narrativa e da compaixão. As considerações finais elucidam o lugar central da compaixão na medicina narrativa,

¹Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), “Mente Aberta” – Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção da Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, São Paulo, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas (EFLCH).

privilegiando o alívio do sofrimento humano como função primordial. Espera-se aproximar o leitor da potência que têm a medicina narrativa enquanto atuação ética e humana, e suscitar insights que aproximem a teoria de uma prática médica singular, compassiva e cuidadosa.

Palavras-chave: Medicina narrativa. Compaixão. Empatia. Literatura.

Abstract: This article aims to discuss the main assumptions of narrative medicine, its articulation with compassion and its applicability for the analysis of a short story – “Marido”. The article is divided into four parts. A brief introduction, which places the reader from the theoretical framework of narrative medicine and its opposition to the traditional biomedical model. Then, theoretical-practical convergences between narrative medicine and compassion will be articulated. Subsequently, the short story “Marido”, by Lígia Jorge (1997), is brought under the lens of narrative medicine and compassion. The final considerations elucidate the central place of compassion in narrative medicine, privileging the alleviation of human suffering as a primary function. It is hoped to bring the reader closer to the power of narrative medicine as an ethical and human action, and to raise insights that bring the theory closer to a unique, compassionate and careful medical practice.

Keywords: Narrative medicine. Proposal. Empathy. Literature.

Resumen: El artículo tiene como objetivo discutir los principales presupuestos de la medicina narrativa, su articulación con la compasión y aplicabilidad para análisis de un cuento literario – “Marido”. El artículo está dividido en cuatro partes. Una breve

introducción, que ubica el lector desde su referencial teórico de la medicina narrativa y su contraposición al modelo biomédico tradicional. Después, se articularán convergencias teórico prácticas entre la medicina narrativa y la compasión. Posteriormente, es traído el cuento “Marido”, de Ligia Jorge (1997), bajo las lentes de la medicina narrativa y de la compasión. Las consideraciones finales elucidan el lugar central de la compasión en la medicina narrativa, privilegiando el alivio del sufrimiento humano como función primordial de la práctica médica. Se espera acercar el lector de la potencia que tiene la medicina narrativa mientras actuación ética y humana, y suscitar *insights* que puedan aproximar la teoría de una práctica médica singular, ética, compasiva y cuidadosa.

Palabras llave: Medicina narrativa. Compasión. Empatía. Literatura.

Introdução

Apenas nós, entre todos os animais, “sabemos que nascemos e que vamos morrer”. Somente nós temos a intuição “do que é uma vida inteira”, porque percebemos a nossa vida “como uma trajetória dotada de sentido”, isto é, com direção e significado. Ou seja, “apenas nós percebemos a nossa existência como uma narrativa”. É, portanto, a narrativa que “confere à nossa vida uma dimensão de sentido que os outros animais ignoram”¹ (p. 18). Inventamos o tempo, nós o humanizamos porque necessitamos organizar os eventos da nossa vida, e de toda a realidade externa, em busca de sentidos. A narrativa é uma forma humana de conhecimento de si e do mundo. É por meio de narrativas que apreendemos o mundo, nos situamos nele e damos sentido à nossa existência².

Esses pressupostos ensejam a medicina narrativa, que foi desenvolvida pela americana Rita Charon² et al.³ como instrumento de humanização da prática médica, tendo como premissa abordar o adoecimento sob uma perspectiva biopsicossocial, mediada pela narrativa. Ou seja, privilegiando a história do paciente em sua amplitude, não restrita aos marcadores biológicos que caracterizam o adoecimento em si. A medicina narrativa considera, portanto, a perspectiva singular do paciente em relação ao seu adoecimento, sob um prisma que extrapola o modelo biomédico. Nesse sentido, ela adota como ferramenta a literatura e o estudo da linguagem, possibilitando um encontro autêntico, aberto e respeitoso entre médico e paciente, oportunizando uma melhor compreensão da sua história de vida, não restrita à história da doença. Deixar-se compreender, falar, reposicionar-se e, por vezes, corrigir a percepção médica equivocada e parcial oferece um retorno da dignidade humana, muitas vezes ceifada ou perdida pelo adoecimento. Essa postura pode trazer inúmeros benefícios para os envolvidos, sejam eles pacientes, familiares, médicos, equipe multiprofissional e/ou sociedade.

É oportuno pensar o quanto a medicina narrativa, na sua proposta de olhar o sujeito sob uma perspectiva integral, encontra eco no compromisso firmado pela saúde coletiva em sua perspectiva histórica e como campo teórico-prático, qual seja: esforçar-se para responder às necessidades e demandas de saúde emergentes na sociedade⁴. A missão da medicina narrativa está amparada em desenvolver uma profunda e genuína atenção aos relatos compartilhados no contexto da atenção à saúde por todo aquele que procura ajuda profissional. Ela reúne aspectos fundamentais da sua concepção e prática e reconhece a importância da literatura

² Rita Charon tem formação em Biologia, Educação Infantil e Medicina Interna e PhD em literatura. Em 2000 ela criou o Programa de Medicina Narrativa da Columbia University, o qual dirige até hoje.

como ferramenta que conecta o leitor com as histórias, sofrimentos e vivências do outro, oportunizando reflexões e reposicionamentos pessoais e profissionais a partir desse contato³.

Nesse sentido, acolher as histórias narradas pelos pacientes fortalece o cuidado em saúde, uma vez que permite a aceitação de diferentes olhares, reconhecendo a dinâmica intersubjetiva que se constitui na relação médico-paciente. Através da narrativa é possível colocar o julgamento do suposto saber médico entre parênteses, despindo-se da tentativa de corrigir afetos ou silenciá-los. Abre-se espaço para reduzir o medo por vezes provocado pela conexão com emoções e/ou vivências desagradáveis e muito frequentes no processo de adoecimento, permitindo formas alternativas de nomeá-las e expressá-las, como mágoa, angústia, desespero, tristeza, desesperança ou irritabilidade, por exemplo⁵.

Um dos aspectos mais difíceis envolvidos no ato de escutar é focar a atenção no que está sendo dito e não ao que se esperaria ouvir⁶. Para a medicina narrativa, é de fundamental importância dedicar um lugar central ao ato de escutar o paciente, considerando que isso possibilita a promoção de um cuidado empático. Atenção que é direcionada não apenas às palavras e histórias trazidas pelo paciente, mas a todos os aspectos sutis que poderiam passar despercebidos em outras abordagens. Observar a entonação, movimentos não verbais, gestos corporais, tempo de fala, silêncios, lacunas e qual ponto de vista o narrador assume na história são alguns dos aspectos preciosos a serem privilegiados pela abordagem narrativa e que a literatura, sem dúvida, é um rico e poderoso meio de aprendizado e de contínuo aperfeiçoamento. A experiência de leitura da obra literária convida o médico, na sua relação com o paciente, a adotar o lugar de leitor, o que lhe permite resgatar o fio de complexidade que está presente nas relações e experiências humanas⁷.

A narrativa utilizada como método pela medicina não está restrita à linguagem oral, produzida pelo narrar e escutar as histórias trazidas pelos pacientes, sendo ampliada para a escrita de narrativas, através do registro das histórias clínicas em prontuário, por exemplo. Quando escrevemos, elaboramos e, desse modo, cerzimos as nossas partes cindidas⁸. Esse movimento dinâmico da medicina narrativa favorece um encontro de significados para a experiência vivenciada pelo paciente e que é refletida na relação médico-paciente, seu diagnóstico, sintomas e tratamento.

A partir dessa conexão, é esperado que emergjam pistas úteis a uma compreensão mais ampla do processo de adoecimento, considerando-o em sua complexidade, o que abarca as suas diversas nuances e gera novas hipóteses diagnósticas e/ou de conduta médica. É interessante perceber que o caráter dinâmico da medicina narrativa é revelado na imbricada relação entre narrador e ouvinte, ou paciente e médico, cujos diferentes pontos de vista modificam o curso da narrativa sobre a doença, diagnóstico e tratamento. O oposto disso, tão presente na medicina tradicional, remonta ao perigo da história única, aquela que é fechada em si mesma e cristalizada por um único ponto de vista, aparentemente “o correto” e impresso por quem detém o poder e, conseqüentemente, o lugar de fala, frequentemente assumido pelo médico.

Segundo Dunker⁶, o controle é inversamente proporcional à qualidade do encontro. Onde há excesso do primeiro, o segundo fica escasso e limitado. Pensar a respeito sob a lógica da medicina tradicional, cercada por anamneses, diagnósticos, perguntas fechadas e espaços breves para respostas “sim” e “não”, favorece a percepção da escassa qualidade desses momentos e o risco de serem produzidas “histórias únicas”, limitadas e incompletas. A medicina narrativa não é contra as anamneses médicas e entrevistas estruturadas, mas chama a atenção para o que

registrar, como escutar e para a importância de compartilhar com o paciente a narrativa, bem como para a importância de o médico estar aberto a alterações no registro, em consenso com o paciente⁹. Esses são alguns diferenciais que a medicina narrativa traz na humanização da escuta médica, não engessada ou restrita aos protocolos utilizados.

O termo “perigo de uma história única” é muito associado a Chimamanda Adichie, autora nigeriana com mestrado em escrita criativa pela Universidade John Hopkins e de Artes em Yale. A história única pode ser traduzida como estereótipo ou mesmo verdade incompleta. Ela é formada ao se evidenciar apenas uma característica da pessoa, seja a sua doença, a sua cor, a sua condição socioeconômica, o seu trabalho etc. Ao se colocar em evidência uma característica e silenciar as outras é como se o narrador notasse e confirmasse que a pessoa é apenas aquilo que relatam sobre ela. O grande risco é que a pessoa sobre a qual se fala acabe acreditando ser constituída por essa parcialidade¹⁰.

Ora, quantas vezes o modelo biomédico tradicional usual adota a história única como forma de aproximação e diagnóstico do paciente? O quanto essa abordagem pode gerar desconexão, dificuldade de adesão ao tratamento e evolução negativa dos sintomas? Essa postura aparece com frequência na clínica médica ao se dirigir ao paciente como aquele com “carcinoma”, ou “do leito 01” ou “em condição terminal”. Esses são apenas alguns dos rótulos que podem amputar a complexidade e riqueza das histórias que cada sujeito traz consigo. Histórias únicas roubam a dignidade, negligenciam o espaço de conexão potente na relação médico-paciente, desumanizam e interditam a humanidade compartilhada decorrente da percepção de que todos são frutos de inúmeras e diversas histórias¹⁰.

A medicina narrativa propõe, assim, uma desconstrução dessa forma de comportamento e de olhar sobre o outro, destacando que o adoecimento é apenas uma, e não a única, narrativa que compõe outras narrativas que estão na tecitura complexa da vida daquele que se narra, ou se silencia, a depender do convite apresentado pelo médico com quem fala.

Assim sendo, faz-se mister destacar que a medicina narrativa é relevante não apenas para o paciente – e se somente assim o fosse já justificaria a sua potência –, mas também para o profissional de saúde que o assiste, visto que ela também favorece ao médico o desenvolvimento de habilidades humanas tão necessárias e ao mesmo tempo escassas na sua prática profissional. Alguns exemplos dessas habilidades estão na sensibilidade para reconhecer o sofrimento do paciente e motivação para aliviá-lo, bases da compaixão, além da validação da narrativa trazida e sua integração ao registro em prontuário, entre outras^{11, 10}.

Nesse sentido, uma escuta aberta, permeada por empatia, trocas de turno respeitadas e conectadas, expressões acolhedoras e amparadas em uma postura compassiva frente ao sofrimento que o paciente traz consigo são alguns dos benefícios que a literatura evidencia sobre o tema. Portanto, a competência narrativa desenvolvida pelo médico e ancorada na atenção integral ao paciente permite que ambos, médico e paciente, construam um sistema de saúde que olhe para além da doença e integre eficácia, compaixão e cuidado¹².

A partir do exposto, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre os principais pressupostos que constituem a medicina narrativa, os seus pontos de encontro com a compaixão e a sua aplicabilidade, a partir da leitura e discussão do conto “Marido”, de Lídia Jorge. Espera-se que esse itinerário informe o leitor acerca da potência que tem a medicina narrativa como prática ética e humana, e suscite nele

insights que aproximem a teoria de uma prática médica singular pautada em ética, compaixão e cuidado.

Medicina narrativa e compaixão: pontos de encontro

A medicina narrativa, tal como concebida por Charon³ et al, constitui-se em três movimentos: atenção, representação e afiliação. A atenção se refere a uma profunda conexão entre médico e paciente no momento presente, com escuta aberta não apenas ao que é dito verbalmente, mas incluindo também a expressão não verbal do que ele pretende comunicar. Não é incomum, por exemplo, que o paciente demonstre o seu sofrimento pela postura corporal, por vezes coluna encurvada, ombros caídos, cabeça baixa, movimento corporal mais lento e expressão facial com olhos semi-cerrados, sobrancelhas encurvadas e boca em movimento horizontal, com pouca disposição para estar aberta e esboçar sorrisos, por exemplo. Segundo Couto⁹, o melhor método para essa etapa é não escrever, apenas escutar e observar o paciente.

A representação diz respeito a dar forma ao que foi percebido para possibilitar a apreensão e aprendizado. É neste momento que escrever a narrativa do paciente e compartilhá-la com ele para que possa validar ou corrigi-la é uma ação altamente recomendada pela medicina narrativa. Este movimento acontece na prática quando, por exemplo, o médico registra em prontuário a história clínica narrada pelo paciente e em seguida compartilha com ele o que foi escrito, com abertura a alterações do que porventura não tem sentido ou foi percebido de modo incorreto ou distorcido. O terceiro momento é o da afiliação, tido por Charon³ et al. como o objetivo central do cuidado, através do qual emerge o sentido da medicina. É a afiliação que permite a longitudinalidade, reconhecida pela Medicina de Família como a vivência do vínculo

no tempo⁹. A afiliação se dá na prática através da vinculação estabelecida entre médico e paciente, esta que é demonstrada pelo profissional, por meio da sua disposição em acolher e cuidar, e recebida pelo paciente, que se sente atendido nas suas necessidades, de modo cuidadoso e compassivo.

Faz-se importante, assim, trazer esse conceito para a psicologia evolucionista e do desenvolvimento. Nesta, a Teoria do Apego ganha fundamental relevância, mediante o legado deixado pelo seu criador, John Bowlby, desde 1969, e até hoje considerada uma teoria essencial para compreensão dos vínculos humanos. Segundo Bowlby¹³, os humanos têm um Sistema inato de afiliação, sem o qual não seria possível a sobrevivência. Considerado como Sistema de Apego, ele é principalmente acionado em crianças pequenas, toda vez que elas percebem que estão em perigo e instintivamente buscam proteção dos pais ou cuidadores responsáveis. A constância das respostas que obtém dos adultos responsáveis, no sentido de proteção e cuidado ou negligência e indiferença, vai influenciar como essa criança, na idade adulta, se afiliará às pessoas ao seu redor, e quais emoções estará mais propensa a ativar. A depender de como foi cuidada, ela pode se sentir mais segura ou insegura nas relações que estabelece.

A Teoria do Apego revela que o ser humano é biologicamente preparado para dar e receber afeto, conectar-se às pessoas, construir vínculos e mantê-los ao longo do tempo. Isso não é apenas importante, mas fundamental para a sobrevivência, reprodução e manutenção da espécie. A título de exemplo, conforme elucida Gerhardt¹⁴, o bebê já aprende desde cedo a coordenar os seus sistemas com os das pessoas com quem convive. Nesse sentido, se ele tem uma mãe deprimida, acostuma-se à baixa estimulação e a escassez de sentimentos positivos.

O significado de compaixão tem a sua raiz no latim *compati*, traduzido por “sofrer com”¹⁶. Considerado pela literatura como termo polissêmico; umas das definições mais compartilhadas pela academia vem de Goetz¹⁷ et al, que afirmam que a compaixão é “o sentimento que surge ao se presenciar o sofrimento do outro e que envolve um desejo de ajudar”. Segundo Marti¹⁷ et al, a compaixão está ancorada na afiliação, tem o apego seguro como base e é parte do movimento de reconhecer o sofrimento como inerente ao humano e, portanto, compartilhado pela espécie.

A partir do exposto, é interessante perceber a medicina narrativa como método potente para despertar e desenvolver a compaixão dos médicos pelos seus pacientes. Instigando-lhes a prontidão de estar sensível ao sofrimento de quem o procura, oferecendo a seus pacientes disposição para escuta e busca de alívio para seus sofrimentos, não só físico como também psíquico. De acordo com Cecílio¹⁸, a identidade do profissional de saúde tem na sua composição o cuidado e alívio do sofrimento como resultado da sua prática e constitui uma tecnologia de saúde imaterial, ou seja, a tecnologia da escuta. Cecílio¹⁸ retoma o quanto a tecnologia da escuta pode ser considerada uma tecnologia leve, que emerge no encontro entre profissional de saúde e paciente e tem a sua aliança na necessidade humana de vinculação/afiliação.

Nesse sentido, o adoecimento pode ser percebido como uma das formas de ativar o Sistema de Apego Inato, sendo esperado que através de uma escuta empática e acolhedora, o vínculo médico esteja disponível como via de acesso do paciente ao cuidado, afiliação e senso de proteção. O vínculo é então estabelecido através de uma escuta atenta, ampla, aberta e interessada em identificar as necessidades de saúde do paciente e desenvolver formas singulares de cuidado.

Escutar com qualidade implica aprendizagem e envolve técnica e prática, exercício e disposição, o que começa escutando a si mesmo. Percebe-se aqui um movimento de mão dupla envolvido na humanização do cuidado através da medicina narrativa e compaixão. Sob esse prisma, na medida em que o médico se coloca disponível para leitura de contos e apreensão dos seus significados, ele começa a treinar a sua habilidade para escutar narrativas, ampliando para si e para os seus pacientes. Essa prática permite maior conexão com a sua humanidade e do outro, e maior sensibilidade para notar os sofrimentos que emergem, seguido do compromisso de aliviá-los. Nessa ciranda que envolve cuidar de si e do outro, com abertura e conexão ao que ocorre no momento presente, se dá uma prática ética e comprometida com esse cuidado recíproco, base que estrutura o vínculo e sua duração no tempo.

A escuta efetiva e de qualidade envolve quatro elementos: (1) hospitalidade – acolher o que o outro diz, na sua linguagem e tempo peculiar; (2) hospital – cuidar do que é dito, como se cuida de quem está debilitado; (3) hospício – estar aberto ao estrangeiro, ao estranho em nós e no outro, comportando todas as incoerências e contradições; (4) hospedeiro – carregar consigo a experiência vivida. A escuta é, desse modo, um processo de aprendizado, uma experiência, uma jornada⁶. Ela é, portanto, uma condição essencial para o estabelecimento e desenvolvimento da vinculação e da compaixão.

Tecer encontros entre a compaixão e a medicina narrativa, ou mesmo reconhecer a presença da primeira na segunda, é fundamental para percebermos a centralidade da narrativa na relação médico-paciente, ou seja, a relevância da escuta do paciente pelo médico. Assim sendo, uma postura compassiva do médico, que busca notar o sofrimento do paciente e expressa disposição para aliviá-lo, implica abertura à escuta do paciente, de suas narrativas de vida, de sua narrativa do

adoecimento, de suas dores, aspectos não médicos que estão impregnados nos sintomas trazidos. Como aponta Couto⁹, alguns médicos mais experientes já notaram a potência do alívio que o narrar de suas dores e dos eventos traumáticos propicia aos doentes, sobretudo àqueles em condições crônicas e com inúmeras limitações. Limitações estas que são por vezes expressas em dores físicas, restrições de movimentos, oscilação de humor, cansaço acentuado e outros sintomas, estes que por vezes impactam na sua funcionalidade e percepção de qualidade de vida.

Saindo da história única, desenvolvendo a escuta empática e a compaixão: uma experiência de leitura do conto “Marido”, de Lídia Jorge

As competências narrativas esperadas do médico requerem abertura para uma escuta empática e compassiva, isto é, requerem que ele seja um bom leitor, detentor de habilidades criativas e afetivas para perceber diferentes estruturas narrativas, sua complexidade, nuances e identificar metáforas.

Assim, investir na leitura e interpretação de textos literários – em razão da diversidade e complexidade de narrativas e personagens que somente a literatura oferece – certamente promove o desenvolvimento dessas habilidades no médico: “Através das obras literárias, tomamos contato com a vida, nas suas verdades eternas, comuns a todos os homens e lugares, porque são as verdades da mesma condição humana”¹⁹.

O exercício de leitura, interpretação e discussão de uma grande obra literária nos ajuda, portanto, a (re)lembrar “quem somos e aonde chegamos”. A diegese e as personagens espelham “mecanismos” subjetivos, comportamentos, lembranças e emoções esquecidas, ocultas ou adormecidas que são, desse modo, (re)conhecidas

e se tornam objetos de reflexão do leitor³. Ocorre, dessa maneira, o processo de autoconhecimento e de conhecimento do outro, condição fundamental para o desenvolvimento da jornada da escuta empática e da compaixão. É nesse contexto que trazemos a análise do conto “Marido”, de Lídia Jorge, sob a perspectiva da medicina narrativa e da compaixão.

A sua personagem central, a Porteira, assim nomeada em todo o conto, desempenha a função de porteira e zeladora em um edifício de classe média em uma cidade portuguesa. O conto expressa o drama cotidiano da Porteira com o retorno ao lar do marido alcoólatra, que, sempre aos gritos, chama por ela – Lúcia! Ó Lúcia! –, acordando os vizinhos. Todos sabem de seu martírio.

Todos os dias ela acende a vela à *Regina*, reza profunda e desesperadamente para que a Santa o proteja, pede pelo Marido – Salve Regina –, “gemendo e chorando neste vale de lágrimas”. Escondida entre as gaiolas dos pombos para que ele não a encontre, ao mesmo tempo, acabrunhada e profundamente envergonhada, busca desesperadamente uma forma de acalmá-lo para que logo se silencie, “derrotado” e jogado no sofá.

O conto nos faz refletir não apenas sobre a impotência da pessoa que vive sob uma estrutura opressiva de violência, como a de um casamento com um alcoólatra, mas sobre uma estrutura opressiva maior, uma estrutura estruturante²⁰, em que se insere o drama da Porteira, uma vez que marcam profundamente tanto a sociedade portuguesa quanto a brasileira, o patriarcado, o machismo e a religiosidade. Contexto esse agravado na contemporaneidade, uma vez que a sociedade atual não promove, ou até mesmo desvaloriza, a escuta, do que decorre o silêncio e o silenciamento. Atualmente se debate intensamente o lugar de fala, o poder da fala, mas exclui-se

dessa reflexão a importância, o poder e o lugar da escuta. É nessa perspectiva, sobretudo, que se faz urgente a reflexão que este conto suscita.

A porteira, protagonista deste conto, representa muitos e muitas que têm as suas dores e emoções negadas, retidas, não escutadas e/ou invisibilizadas pela própria estrutura social e política que se constituem em alguns paradoxos: se, por um lado, houve uma grande ampliação do acesso à Saúde, dos Direitos Humanos e da garantia de espaços de falas e de direitos das minorias; por outro, as mesmas instituições responsáveis por implementar políticas públicas de atenção à Saúde e proteção de Direitos mostram-se “surdas” e pouco dispostas a compreender a complexidade dos sujeitos atendidos e de suas subjetividades.

Voltando ao conto, o Marido da Porteira trabalha em uma oficina automotiva, larga o trabalho pontualmente às 16h45 e se dirige ao bar antes de voltar para casa. Toca a campainha, mal consegue abrir a porta e diante dela já vocifera: LUCIA! LUCIA! Seus gritos acordam os vizinhos, denunciam a violência sofrida pela porteira e expõem a sua intimidade. Na esperança de “controlar o incontrolável”, a personagem deixa Regina de lado e assume o protagonismo da salvação de seu marido e de seu casamento, do que decorre a sua morte.

O reduzido espaço de seu apartamento, no qual se desenvolve todo o conflito, expressa uma sensação de confinamento e de claustrofobia, que é tensionado e potencializado por um terrível silêncio opressor, eis o “cenário” de seu drama:

Salve, Regina, mater misericordiae, vita, dulcedo, spes, imensa doçura, *salva* e vem. Vem e *abafa* a vida, a roupa, a sala e o fogão, *abafa a espera* com teu doce bafo. Ampara a vela, acende o fósforo, concentra o ar, protege da aragem a chama da vela até ele vir. *Abafa o som*, protege o som da ira dos inquilinos até ele tocar. Esconde-te invisível, acocora-te, vita, advocata, mãe suprema, *minha* Regina, para que não *me* deslargues, não desesperes, não *me desconfines*. Porque esperas? Abre as asas e protege já, protege de seguida, protege contínuo, sem intervalo, sem desfalecimento. Protege desde hoje, desde ontem, desde as duas, desde as dez da noite, desde as

cinco, protege baixo, protege alto, protege depois, protege ora, dentro de dois minutos, daqui a duas horas, protege à tarde, et nunc, et sempre, et amanhã, et seculorum, bem como agora e na hora da nossa morte, ámen.²¹ (p. 4, grifos nossos).

Este é o primeiro parágrafo do conto e constitui uma espécie de síntese tanto do drama da porteira quanto da estrutura do conto, a qual, por sua vez, replica a mesma estrutura dessa oração (saudação + súplica) e da Ave Maria, que finaliza não apenas este primeiro parágrafo, como também o próprio conto. Esse parágrafo se inicia, assim, com *Salve Regina*, em latim, saudando-a, invocando-a e termina com um clamor pela proteção do Marido. Vale notar que é apenas nesses trechos pontuais, por meio dos pronomes que marcam uma primeira pessoa do discurso, que identificamos a voz da porteira, depois passa a predominar no conto a terceira pessoa. Todo o conto constitui uma longa súplica, em terceira pessoa; nele encontramos catorze vezes o uso dos verbos abafar e proteger.

No entanto, esses verbos vão adquirindo sentidos diversos e, muitas vezes, encontramos uma ambiguidade providencial que expressa a complexidade do contexto e do drama em que está inserida a Porteira. Ela suplica à Regina - “Vem e abafa a vida, a roupa, a sala e o fogão, abafa a espera com teu doce bafo. [...]. Abafa o som, protege o som da ira dos inquilinos até ele tocar”²¹ (p. 4) -, ou seja, ela pede à Santa que oculte “com teu doce bafo” o som que denuncia a violência do marido alcóolatra, como se a doçura de Regina e o seu hálito de Vida e bênção pudessem “neutralizar” a violência e/ou a exposição dessa violência que desperta “a ira dos inquilinos”. A porteira pede à Regina que assim o faça “até ele tocar”. Tocar o quê? A campainha? A porta? Ou tocar nela própria, na Porteira? Ela certamente aguentará tudo em silêncio, sem incomodar os vizinhos.

É preciso, pois, manter a Ordem; a súplica é, portanto, por ter algum “controle” sobre o que, na verdade, não se tem controle algum: o alcoolismo e seus efeitos. Ela

clama por ajuda para manter outro tipo de Ordem - o matrimônio -, que, para ela, mais do que uma Ordem civil, é, sobretudo, religiosa. Não é por acaso que o conto se intitula “Marido”, é esse protagonismo masculino que impera nessa estrutura social. *Desprender-se, ser largada* de ambas as ordens representaria para a Porteira retirar todo o sentido de sua vida, de sua existência, por isso ela suplica à Santa: “Não me desconfinas”, “não me solte”.

Como já mencionado, o primeiro parágrafo se inicia com Salve Rainha, o resgate dos mais desvalidos, e termina com um trecho final da oração Ave Maria, em que é mencionada a extensão da proteção até “na hora da nossa morte”. A morte foi a “única saída” para essa Porteira. Também não é à toa que ela não é nomeada por nenhum dos inquilinos; é pelos gritos do Marido que sabemos o nome da Porteira. Assim, a sua história é narrada por uma voz em terceira pessoa, o que pode representar qualquer um e todos nós ao mesmo tempo, isto é, o conjunto da sociedade que assiste ao seu drama, uns mais comovidos, outros mais distantes, mas todos igualmente *surdos* a ela, por isso não é por acaso que predomina a voz de um terceiro, que está longe de acessá-la e, efetivamente, auxiliá-la a encontrar uma saída que não fosse esta última e mais trágica:

Como acende o isqueiro, como os olhos dele brilham sem ruído sob o isqueiro aceso. Lambe os lábios sob a chama, o marido da porteira, sem ruído. **Nem ela produzirá uma única palavra. Será muda** durante a noite, ela, e as paredes dela também serão mudas para que jamais alguém se atreva a insinuar uma vingança forçada, uma separação desventurosa, um desquite profano. Mater, misericórdia, advocata nostra.[...]. Ele toma a vela, traz a vela, traz a vela do Rex e da Regina até junto da porteira, puxa-lhe a roupa, aproxima a vela da camisa de nylon, com brilho e em silêncio. Ateia. Ateou? Ateou a camisa?[...] Levem-na, Regina e Rex, com vossas quatro mãos, vossos quatro pés, deste lacrimarum valle, eia ergo, ad nos converte. **Levem-na sem ruído, sem sirene, sem apito, sem camisa, sem cabelo, sem pele,** post hoc exilium, ostende²¹(p. 7-8, grifos nossos).

A forma como a narrativa é construída no conto levanta a hipótese do quanto a Porteira é reconhecida como *dotada de* uma história única: a esposa à espera da violência sofrida pelo marido alcoolizado. Era assim que o narrador em terceira pessoa via Lúcia. Era desse modo que ela se percebia e que os vizinhos a (re)conheciam. Também foi assim que lemos Lúcia e a sua narrativa? Em relação aos vizinhos, eles lhe ofereceram “conselhos” e “ajuda” para a única saída - a separação conjugal - afinal, “de facto, tudo era uma questão de papéis”²¹ (p. 5):

Primeiro foi o advogado. O advogado do quinto, simulando um recibo perdido, chamou-a para lhe dizer que, se ela desejasse separar-se do marido, ele mesmo asseguraria a papelada da separação. Esclareceu, com o recibo na mão, *como era só uma questão de papéis*. E dobrou por fim o recibo para demonstrar a facilidade com que se dobrava um papel sob o vigor da lei. Bastavam umas testemunhas, mas segundo o advogado do quinto, em cada andar do prédio havia duas pessoas dispostas a testemunhar pela porteira e pela lei. Também o médico. O médico do segundo andar encontrou-a como por acaso e disse-lhe, sem qualquer preâmbulo, que lhe passaria os atestados de que ela precisasse para mostrar em tribunal, reforçando a ideia de que *de facto tudo era uma questão de papéis*. Levava na mão a asa duma pasta, mas era como se também tivesse um recibo e o dobrasse diante da porteira. O médico do segundo estava à disposição da porteira. Contudo, mais esclarecedora tinha sido a assistente social do terceiro, naquele mesmo dia. Chamou-a para lhe falar de direitos, com a veemência com que habitualmente se fala de deveres²¹ (p. 5).

Muitas reflexões são suscitadas, mas aqui vale a pena destacarmos os impactos da história única e de como a medicina narrativa poderia auxiliar a porteira, compreendendo-a, valorizando a sua subjetividade, possibilitando-lhe uma existência mais plena, conectada com a sua essência e com os seus propósitos. Etimologicamente, Lúcia significa Luz! Trazê-la à luz significaria, portanto, trazê-la à consciência de si e de seu contexto.

Lúcia não consentia com as opções que os seus vizinhos - o advogado, o médico, a assistente social - disponibilizaram a ela: a seu ver, parcial e sem marido. A narrativa nos mostra que Lúcia reconhece que os vizinhos não acessam a história

completa da sua vida, das outras narrativas que se conectam à história do alcoolismo e da esposa resignada. Mas ela também não narra essas outras histórias, o que acaba reforçando o rótulo nela adesivado por todos e que a consome tal qual a vela em chamas. Lúcia silenciou-se e foi silenciada por uma estrutura surda, parcial e condenatória: Ah, “ela não quer ser ajudada” era o eco comum no seu entorno. Sua voz só conseguiu se expressar em oração, fragmentada, desesperada, solitária e abandonada.

Lúcia se “consome” em chama, torna-se a própria vela na tentativa de manter aquelas duas Ordens. Inexiste a possibilidade da separação na perspectiva de alguém que é “formatada” pela ideia do casamento como sacramento e da inexistência de sentido na vida para uma mulher descasada. A essa lógica estruturante e, portanto, profundamente forte, soma-se a força centrípeta do alcoolismo, que também estrutura a dinâmica interpessoal entre a porteira e o seu marido.

Medicina narrativa e compaixão: potências para modificar estruturas estruturantes

De acordo com o Bourdieu²⁰, a estrutura é sempre estruturante. Ainda que seu núcleo se apresente praticamente imutável, como supõe a noção de “estrutura estruturada”, residindo nisso a sua “força”, essa estrutura está continuamente se construindo e reconstruindo, num movimento perpétuo, porque não está fechada à História. É pois, uma “estrutura aberta”, isto é, apresenta fissuras, rachaduras, pelas quais atuam, com certa liberdade, os agentes por onde se infiltra a história e, por essa razão, a estrutura se modifica. Sob essa perspectiva, caberiam às “autoridades” (advogado, médico, assistente social) vislumbrar essas “fissuras”, encontrar as

“trincas” que possibilitam modificar a estrutura de violência e de sofrimento em que Lúcia vivia. Mas para isso era preciso se aproximar dessa estrutura e conhecê-la.

Só possui liberdade de ação o agente que assimilou profunda e devidamente as regras do campo, aquele que as conhece e as reconhece. É nessa perspectiva que a Literatura constitui uma experiência fundamental, visto que ela oferece inúmeras e inimagináveis possibilidades de conhecimento e de reconhecimento dessas estruturas estruturantes e, a partir da sua identificação nas obras literárias, podemos reconhecê-las em nós mesmos, em nossas vidas e nas relações humanas que cultivamos.²² O “efeito” humanizador da literatura tem sido largamente estudado e constitui uma linha de pesquisa bastante consolidada no **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**³ da **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**⁴ há quase **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**.

Atuando diretamente na relação médico-paciente, a medicina narrativa e a compaixão podem identificar a estrutura de sofrimento do paciente em suas várias histórias e as fissuras que permitem uma mudança dessas estruturas. Para isso, é necessária uma escuta aberta, conectada com a humanidade do outro e sensível a aliviar o sofrimento presente. Ora, nem todos passamos por uma vida conjugal com um alcoólatra, como a porteira do conto, e por tantas outras situações complexas, como a de um assassinato ou de um suicídio, mas a grande literatura nos oferece uma riqueza imensurável de experiências. Depois da leitura e discussão deste conto, somos convidados a partilhar de algumas centelhas da porteira. Assim, podemos entrar um pouco na perspectiva de Lúcia, escutar o seu sofrimento, compreender a

³ Para conhecer a linha de pesquisa **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Para conhecer a sua produção científica, acesse os links: **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**.

⁴A obra **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**

sua estrutura, vislumbrar as trincas e (re)conhecer outras Lúcias, outras porteiras, seja em nós mesmos, seja na pessoa do outro.

Através do conto, de sua conexão com a medicina narrativa e com a compaixão, podemos também sair um pouco das nossas histórias únicas e compreender melhor a complexidade presente em diversos contextos, mesmo que esses não sejam diretamente os nossos. Por meio dessa abertura e deslocamento, exercitamos a nossa flexibilidade e compaixão em sermos mais sensíveis ao sofrimento que está presente, às vezes, em algum vizinho real ou simbólico. Adotar essa postura é reconhecer a nossa humanidade compartilhada, elemento basilar das relações humanas.

Pensando o conto no âmbito da medicina narrativa, podemos imaginar como se daria o encontro de Lúcia com um médico disposto a escutá-la, a ouvir as suas narrativas buscando conhecer os fios da sua história de vida. Essa escuta seria provida de encontro, de abertura, de não julgamento, de conexão e compaixão. A escuta seria pausada, sem conselhos ou tentativas de conserto. O objetivo principal seria permitir que Lúcia se encontrasse consigo mesma e se permitisse perceber novas possibilidades e fazer escolhas. A finalidade da medicina narrativa seria favorecer à Lúcia uma descoberta da sua subjetividade, da sua “luz”, marcada no significado do seu nome. Essa descoberta estaria dissociada do risco que a chama externa lhe causou, custando-lhe a própria vida, tal como os conselhos externos que, pouco implicados com um respeito à integralidade da pessoa de Lúcia, acabaram também por queimá-la e roubar-lhe a vida.

Em especial, vale destacar o papel que a medicina narrativa teria ao abrir espaço para que Lúcia se conectasse com as emoções que emergiam dos seus processos, indo na contramão do movimento de auto-silenciamento que costumava

adotar. Didi-Huberman²³, em interessante reflexão sobre a emoção como movimento social, retoma Charles Darwin ao reconhecer que chorar é um gesto primitivo que expressa através do corpo uma dor física ou interior. Para o filósofo, a emoção traz consigo uma ideia de moção, movimento em direção ao externo, ou em outras palavras, de pôr para fora. Sob esse prisma, ele exemplifica que, ao observar uma criança chorando, pode-se notar que a boca abre, como se ela estivesse comprometida com o sair daquela emoção que movimenta o choro, e os olhos fecham, como se naquele momento ela interditasse receber algo do externo. Essa revelação implica, segundo ele, um ato de honestidade e coragem ao demonstrar e explicitar socialmente o que é sentido.

A emoção seria, portanto, uma forma de conexão com o mundo, um movimento para fora de si e que permite uma transformação dos que se conectam com ela. Aqui o sentido de transformação é trazido como sinônimo de atravessar um estado em direção ao outro. Há ainda uma relação importante das emoções com os sabores e cores, ou seja, são infinitos e se revelam nas suas extremidades e nuances, por vezes de modo claro e explícito, por outras de modo confuso, misturado, paradoxal e complexo²⁴.

O que teria acontecido à Lúcia se ela se deparasse com a medicina narrativa e através dela se conectasse com as emoções que costumava silenciar? Quais transformações poderiam ter acontecido na porteira e através dela? Enquanto simbólico lugar de passagem, de estar à espera, a porteira poderia talvez se perceber reorientando a sua passividade para um movimento ativo e transformador. E o que também poderia ter acontecido com o marido de Lúcia, se ele tivesse a oportunidade de encontrar-se com um médico ou profissional de saúde que lhe apresentasse a

humanidade como compromisso e se permitisse escutá-lo em todas as suas ambivalências, paradoxos e complexidade?

Entrar em contato com esse conto e percebê-lo pela ótica da medicina narrativa e da compaixão implica uma atitude de substituir o ponto final pela vírgula e abrir espaço para as interrogações. Não interrogações inquisidoras e policiais, que transmitem desconfiança e imprimem medo, mas interrogações abertas, gentis, curiosas e interessadas em perceber o outro que se aproxima em sua inteireza. Interrogações que reconhecem humildemente uma humanidade compartilhada pelas Lúcias e Maridos internos que se cumprimentam na pessoa do outro. Interrogações que permitem que o espelhamento das incoerências, adoecimentos e passividade levanten questões e convidem a transformações significativas, sempre sendo permeadas por uma sensibilidade em notar o sofrimento e compromisso em aliviá-lo, aspectos basilares da compaixão. Aceita o convite?

Considerações finais

A medicina narrativa reconhece a importância de acessar o contexto de vida dos pacientes e não apenas a sua doença. Ela busca compreender como os eventos de vida costumam interferir no curso do adoecimento. Nesse sentido, envolve observação atenta, escuta, empatia, compaixão, vínculo e, portanto, adoção de um aporte teórico biopsicossocial que extrapola a doença enquanto evento fisiopatológico. Nessa perspectiva, inclui-se os prejuízos emocionais, pessoais e relacionais do adoecimento e busca-se compreender o lugar que eles ocupam junto a outras histórias que constituem a vida do paciente. Segundo Grossman⁷, é interessante perceber que essa postura não beneficia apenas o paciente e a prática

profissional do médico, ela oferece à pessoa do médico uma conexão consigo, uma possibilidade de compreender os seus sentimentos e como o seu corpo é afetado pelo que escuta.

A medicina narrativa vem resgatar a humanidade destituída na postura médica tecnicista, enraizada no modelo biomédico e cumpridora de protocolos com a finalidade de detectar a doença e debelá-la. Conforme Charon²⁴, através da medicina narrativa é possível questionar a postura médica tradicional e investir em políticas públicas que coloquem o paciente na centralidade do seu processo, devolvendo-lhe a dignidade e respeitando o seu relato. A medicina narrativa considera a reconstrução dos pacientes através das suas narrativas, possibilitando uma maior adesão ao tratamento, alívio de alguns dos sintomas e reposicionamento frente a eles e às histórias produzidas e/ou sustentadas pelos mesmos. Por meio da medicina narrativa a relação médico-paciente abre espaço para um encontro de humanidades, favorecendo um cuidado ético e político que extrapola a conduta técnica uma vez que considera a integralidade daquele que fala.

Ante o exposto, o presente artigo buscou evidenciar alguns pontos de encontro entre a compaixão e a medicina narrativa, considerando a primeira enquanto componente basilar da segunda. Grossman⁷ reforça o que foi posto ao desenvolverem o raciocínio do quanto o alívio do sofrimento humano, componente central da compaixão, deve ser uma função primordial da prática médica, mais do que curar a doença. Para tal, o médico com habilidade narrativa precisa estar disponível para se mobilizar diante do sofrimento do paciente e validá-lo, ou seja, confirmar e espelhar para o paciente o seu valor. Precisa também demonstrar cuidado singular, respeito e interesse por suas narrativas. São esses aspectos que favorecem uma conexão

intersubjetiva, fundante de um vínculo fortalecido entre médico-paciente e delineador de um tratamento ético e humano.

Por fim, Charon²⁴ aponta para o grande desafio que é permanecer atento ao relato do paciente, quando a sobrecarga de tarefas cotidianas convida o médico constantemente a distraí-lo do aqui-agora e da conexão com o paciente que narra a sua história. Nesse sentido, Grossman⁷ traz a leitura de textos literários como um bom treino médico que pode sustentar a atenção em histórias de outros e desenvolver assim a habilidade narrativa para escuta dos pacientes. Essa prática da medicina narrativa não está dada *a priori*, mas pode ser aprendida, treinada e desenvolvida. Sendo assim, começar por reflexões que apontem para a sua relevância e lance mão de estratégias que ajudem no seu desenvolvimento pode ser um caminho promissor à atuação médica. É o que se pretende com este artigo.

Referências

1. Houston N. A espécie fabuladora: um breve estudo sobre a humanidade. Porto Alegre: L&PM; 2010.
2. Culler J. Narrativa. Teoria literária: uma introdução. Trad. Sandra Vasconcelos. São Paulo: Beca Produções Culturais Ltda; 1999.
3. Charon R, Dasgupta S, Hermann N, Irvine C, Marcus E, Colón E, et al. The Principles and Practices of Narrative Medicine. New York: Oxford University Press; 2017.
4. Almeida-Filho N, Paim J, organizadores. Saúde Coletiva como campo de saberes e práticas: abordagens e perspectivas. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 41-45.

5. Carrió S. Aproximaciones a la medicina narrativa. *Rev. Hosp. Ital (B. Aires)*. 2006; 26(1): 14-19.
6. Dunker CIL, Thebas C. O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas. São Paulo: Planeta do Brasil; 2019.
7. Grossman E, Cardoso MH. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev. Brass de Educ. Méd.* 2005; 30(1): 06-14.
8. Petit M. Ler o mundo: experiências de transmissão cultural nos dias de hoje. Tradução: Julia Vidile. São Paulo: Editora 34; 2019.
9. Couto CR. Ora direis, ouvir histórias! Sobre os fundamentos da medicina narrativa. *Slowmedice. Reflexões*. “Disponível em <https://www.slowmedicine.com.br/ora-direis-ouvir-historias-sobre-os-fundamentos-de-medicina-narrativa/>”.
10. Mallet AL, Andrade L, Geovanini F, de Carvalho SB. Medicina Narrativa: para além de uma história única. *Internat. Journ. of Card. Scienc.* 2016; 29(3), 233-235.
11. Brasil LG, Oliveira MF, Cupertino MC. Medicina Narrativa no ensino médico e a construção do raciocínio clínico na arte do cuidado. *Researc. Society and Develop.* 2021; 10(14), 01-13.
12. Jiménez C. Medicina Narrativa: el paciente como “texto”, objeto e sujeto de la compasión. *Acta Bioeth.* 2017; 23(2): 351-359.
13. Bowlby J. Apego: a natureza do vínculo. 3a ed. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
14. Gerhardt S. Por que o amor é importante: como o afeto molda o cérebro do bebê 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.

15. Strauss C, Taylor BL, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones R, et al. What is compassion and how can we measure it? A review of definitions and measures. *Clinic. Psych. Rev.* 2016; 47: 15–27.
16. Goetz JL, Keltner D, Simon-Thomas E. Compassion: an evolutionary analysis and empirical review. *Psych. Bull.* 2010; 136(3): 351-374.
17. Marti AC, Garcia-Campayo J, Demarzo M. A ciência da Compaixão. Tradução: Denise Sanematsu Kato. 1a ed. São Paulo: Palas Athena; 2018.
18. Cecílio LC, Lacaz, FA, organizadores. O trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2012. p. 07-35.
19. Coutinho A. Notas de Teoria Literária. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1976.
20. Bourdieu P. A dominação masculina. Tradução: Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.
21. Jorge L. Marido e outros contos. 4a ed. Lisboa: Dom Quixote; 1997.
22. Gallian DM. A Literatura como remédio: os clássicos e a saúde da alma. São Paulo: Martin Claret; 2017.
23. Didi-Huberman, G. Que emoção! Que emoção?. 34a ed. São Paulo: Editora 34; 2016.
24. Charon R. The Patient-Physician Relationship. *Narrative Medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust.* JAMA. 2001; 286(15): 1897-1902.

DECLARAÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO:

Todos os autores realizaram a concepção, redação e revisão do manuscrito. E estiveram de acordo com a sua versão final.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE:

Os autores declaram que não há conflito de interesse com o presente artigo.

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.