

DIVERSITATES

revista internacional

EDIÇÃO TEMÁTICA

MEDICINA NARRATIVA



V. 13, N. 3 (2021)

ISSN: 1984-5073

Editora-chefe

Maria Clara Dias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Editor-adjunto

Fabio Alves Gomes Oliveira, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Equipe editorial

Carlos Dimas Martins Ribeiro, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Fabio Alves Gomes Oliveira, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Jefferson Lopes Ferreira Jr., Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Lucas Nascimento Ferreira Lopes, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Maria Clara Dias, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Milena Cristina Carneiro Peres, UNIP, Brasil

Renato Amantino Pereira, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Coordenação do volume especial:

Ana Mallet, Universidade Estácio de Sá, Brasil

Eloisa Grossman Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Fátima Geovanini, Universidade Estácio de Sá, Brasil

Marta Orofino, Grupo Hospitalar Conceição, Brasil

Capa:

Lucas Nascimento Ferreira Lopes, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Conselho Editorial Científico

- Alexandre Silva Costa**, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Ana Lúcia Abrahão, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Andréia Patrícia Gomes, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Antonio Augusto Rossotto Ioris, Universidade de Edimburgo, Reino Unido
Antonio Fernando Lyra da Silva, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Bruno David Henriques, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Carla Ribeiro Guedes, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Colin Crawford, Tulane University, Estados Unidos da América do Norte
Daniel Pagnin, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Daniel Henao Nieto, Universidad de Antioquia, Colômbia
Debora Cristina Bertussi, Universidade São Caetano do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Gabriela Bittencourt Gonzalez Mosegui, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Ivia Maksud, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil
José Sérgio Duarte da Fonseca, Universidade Federal do Piauí, Brasil
Julio Alberto Wong Un, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Universidade de São Paulo, Brasil
Luciano Bezerra Gomes, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Luiz Carlos Hubner Moreira, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Luiz Guilherme Vergara, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Manuel Villoria Mendieta, Universidad Rey Juan Carlos., Espanha
Marcelo Gerardin Poroid Land, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Marcos Antônio Albuquerque de Senna, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Maria de Fatima Lima Santos, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Maria Paula Cerqueira Gomes, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Mônica de Castro Maia Senna, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Mônica Villela Gouvêa, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Rafael R. Ioris, University of Denver, Estados Unidos da América do Norte
Ricardo Luiz Narciso Moebus, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil
Rita Leal Paixão, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Rodrigo Siqueira-Batista, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Rogério Lopes Azize, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Brasil
Rosângela Minardi Mitre Cotta, Universidade Federal de Viçosa, Brasil
Rossana Staeve Baduy, Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Túlio Batista Franco, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Valeria de Queiroz Pagnin, Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanessa Oliveira Batista Berner, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Editorial

Esta edição da revista *Diversitates* se dedica a discutir a educação médica a partir de relatos de experiências, reflexões e pesquisas sobre a contribuição da Medicina Narrativa para a formação de médicos e demais profissionais da saúde. As narrativas sempre estiveram presentes na medicina, mas a estruturação da Medicina Narrativa (MN) como campo de conhecimento, com um arcabouço teórico e metodologia próprios, se concretiza a partir do ano 2000 sendo o nome mais reconhecido nesse processo o da professora Rita Charon, da Universidade de Columbia. Charon desenvolve a MN a partir do referencial teórico de diversos campos do saber como a filosofia, a antropologia, a bioética e a sociologia, enriquecendo este campo de atuação. Outros nomes de destaque são os dos ingleses Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz, que em 1997 publicavam cinco famosos artigos sobre a importância das narrativas para o cuidado em saúde.

A MN se encontra em um momento de expansão em diversos países da Europa e da América Latina. Acompanhando esse movimento, reunimos, nesta edição, artigos de estudantes e de profissionais de diversos ramos que nos últimos anos vêm se dedicando à pesquisa, à produção teórica e à prática da MN, contribuindo para a sua divulgação no cenário brasileiro.

Este volume surgiu a partir do encontro quinzenal de profissionais e estudantes de diversas áreas, através de plataformas virtuais, que buscaram esse espaço para sobreviver ao distanciamento social, às incertezas e medos decorrentes da pandemia de Covid-19. A discussão teórica sobre a importância das narrativas nos cuidados em saúde, permeada pelas experiências compartilhadas, foi o solo no qual a semente foi germinada. Para compor esta edição procuramos selecionar artigos que apresentassem um amplo espectro de atuação e as discussões contemporâneas que permeiam esse campo, tanto na formação, quanto na assistência e pesquisa. Dessa forma, os leitores serão contemplados com uma variedade de temas apresentados em discussões e relatos de experiências que, em um genuíno diálogo interdisciplinar, tiveram como objetivo principal o aprimoramento do cuidado, procurando diminuir o distanciamento ainda presente entre profissionais e pacientes.

Reforçamos a dimensão criativa da medicina enquanto arte do encontro que, muitas das vezes, parece ficar esquecida diante da primazia tecnológica e de um olhar centrado em procedimentos, indicadores e resultados que ignoram o doente por trás da doença, desumanizando o ato médico.

Desejamos a todos uma ótima e inspiradora leitura.

Fátima Geovanini, Ana Mallet, Eloisa Grossman e Marta Orofino

Sumário

- La Medicina en busca de sentido, una introducción **A01 até A12**
Ricardo Teodoro Ricci
- O impacto da Medicina Narrativa na formação médica: uma revisão bibliográfica **B01 até B18**
Fátima Geovanini, Luiza Otero, Susana Teixeira
- Anatomia comparativa: contribuições da arte para o ensino-aprendizagem na medicina..... **C01 até C18**
Catia Helena de Almeida Lima Massari, Adriano Ferreira Silva, Tais Harumi de Castro Sasahara, Maria Angélica Miglino
- Riscando os excessos: o registro do que nos contam os docentes pela semiologia e pela medicina narrativa **D01 até D10**
Fátima Geovanini, Flávia Gebran, Gabriela K. Lopes, Juliana Abreu, Luiza Otero, Yohana Amorim, Ana Mallet
- Da cardiologia a outras especialidades: livros e filmes como recursos para o desenvolvimento de competências narrativas **E01 até E16**
Monica de Cassia Firmida, Ieda Maria Barbosa Aleluia, David Kestenberg, Ana Luisa Rocha Mallet, Cristiane Alves Villela, Lucia Azevedo, Vania Maria C. Silva
- Narrativas na formação de estudantes de medicina: relatos de experiências **F01 até F21**
Denise Espírito Santo, Eloísa Grossman, Fátima Geovanini, Luciana Andrade, Maria Tereza Fonseca da Costa, Viviane Manso Castello Branco
- Oficinas em Medicina Narrativa no internato integrado em Medicina da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro **G01 até G18**
Maria Cristina Reis Amendoeira, Maria Katia Gomes, Lúcia Maria Soares Azevedo, Bruno Pereira Stelet, Beatriz Elias Ribeiro, Joana Campos, Luiza Otero Villela, Maria Tavares Cavalcanti
- Reflexões sobre Oficina em Medicina Narrativa para Docentes da Faculdade de Medicina da UFRJ..... **H01 até H11**
Maria Cristina Reis Amendoeira, Ana Lucia Ferreira, Lúcia Maria Soares Azevedo, Erotildes Maria Leal
- A sensibilidade na medicina – um trajeto do exame à escuta, pela mão da medicina narrativa **I01 até I20**
Munira Aiex Proença, Ana Ribeiro Rosa, Agnes Cruvinel, Manuela Rodrigues Muller
- Era uma vez A.: narrativas de integralidade do cuidado..... **J01 até J09**
Ananyr Porto Fajardo, Diego Monroe Kurtz, Elisandro Rodrigues, Marta Orofino, Nára Gaertner Azeredo, Renata Pekelman, Simone Lima Leistner

A Medicina Narrativa no cotidiano na prática médica..... **K01 até K09**

Lívia Rangel Lopes Borgneth, Ivan Carlos Ferreira Antonello, Renata Pekelman

Decisão Compartilhada: um porto de Interseção entre a Medicina Narrativa e a Relação Médico-Paciente ... **L01 até L13**

Roberta Pereira Coelho, Mirhelen Mendes de Abreu

Medicina Narrativa, José Saramago e a Pandemia **M01 até M10**

Luciana Andrade, Ana Paula de Jesus Ferreira Fernandes, Thais Batalha Campello

La Medicina en busca de sentido, una introducción

A medicina em busca de sentido, uma introdução

Medicine in search of meaning, na introduction

Ricardo Teodoro Ricci¹

Resumen: El presente trabajo pretende ser una introducción al tema de la Medicina Narrativa. Esa introducción o presentación incluye un somero repaso de las distintas fuentes filosóficas y epistemológicas que subyacen como fundamentos sólidos se esta actividad eminentemente práctica que es la Medicina Narrativa.

Palabras Clave: Medicina Narrativa, Introducción, Fundamentos, Epistemología

Resumo: O presente trabalho pretende ser uma introdução ao tema da Medicina Narrativa. Esta introdução ou apresentação inclui uma breve revisão das diferentes fontes filosóficas e epistemológicas que sustentam como sólidos fundamentos desta atividade eminentemente prática que é a Medicina Narrativa.

Palavras-chave: Medicina Narrativa, Introdução, Fundamentos, Epistemologia

Abstract: The present work tries to be an introduction to the subject of Narrative Medicine. This introduction or presentation includes a brief review of the different philosophical and epistemological sources that underlie as solid foundations of this eminently practical activity that is Narrative Medicine.

Key Words: Narrative Medicine, Introduction, Foundations, Epistemology

¹ Professor, doutor, ex Titular de la Cátedra de Antropología Médica - Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Tucumán - ARGENTINA



Presentación

Quizás la mejor manera de comenzar un texto acerca de la Medicina Narrativa sea haciendo una somera presentación. Fue nombrada del modo en que hoy se la conoce allá por las décadas finales del siglo XX, aunque se pueden registrar abordajes similares y parentescos muy cercanos a partir de algunas décadas antes. Desde entonces, y particularmente en lo que va del siglo XXI, la bibliografía al respecto ha ido en permanente crecimiento en los países de habla inglesa, en algunos de Europa y en unos cuantos de la América Latina. La mayoría de estos documentos intentan presentar, ilustrar y justificar el surgimiento y el rápido desarrollo de este modo de realizar la práctica médica. Esa proliferación de textos, nos advierte acerca del peso específico de la propuesta, de su creciente vigencia y de la necesidad de incentivar su aplicación en la práctica médica a nivel mundial.

Desde sus comienzos la Medicina Narrativa (MN) se ha postulado así misma como un puente concreto y viable entre la Medicina y las Humanidades. La primera, en el último siglo, a juicio de propios y extraños (médicos y pacientes) ha ido poco a poco desbarrancándose hacia una práctica deshumanizada. Claro, humana sin dudas, pero carente de empatía, cercanía y compasión. Ya se ha hablado hasta el cansancio del desbalance entre el desarrollo de la ciencia biomédica y las realidades humanas, entre la evidencia y la empatía; me voy a abstener de insistir en ello.

En este texto intentaremos un abordaje que nos guie a encontrar la raíces que fundamentan la propuesta y la práctica de la MN. A ese camino, en recuerdo y homenaje del memorable libro de Viktor Frankl, hemos decidido denominarlo: “La medicina en busca de sentido”.

¿Por qué las historias, los relatos, son valiosos para la medicina? ¿Cuáles son los fundamentos que permiten proponer a la MN como un apoyo firme e indispensable de la práctica clínica?

¿Una estrategia eminentemente práctica?

Se podría sostener en principio, que la propuesta de la Medicina Narrativa no requiere de demasiado sustento filosófico, particularmente epistemológico. Desde sus orígenes fue presentada como una práctica, cuyo propósito y objetivos son los de consolidar y potenciar la medicina clínica. En los primeros intentos de presentación se pone todo el énfasis en el logro de una habilidad, de una competencia por parte de los médicos, que les permita ensayar una apertura al paciente mediante la escucha atenta de sus relatos. Se insiste en el aspecto humano de la atención hacia ese otro que habitualmente corre el riesgo de resultar opacado por el desarrollo científico tecnológico.

¡Tantas veces nos hemos quejado de lo mismo! Tantas veces hemos escuchado en Congresos, Jornadas y Foros de Educación Médica palabras como estas: “...muchos pacientes experimentan un

tratamiento impersonal y deshumanizante.” Se trata de un fenómeno que constituye una verdadera crisis dentro de los sistemas del cuidado de la salud. En esta realidad, a menudo se hace sentir a los pacientes como “el riñón de la cama 4” o “el hígado de la 8”, en lugar de personas con una historia única, de una enfermedad única. “Por tanto, la búsqueda de un mayor respeto a la dignidad humana sigue siendo hoy una tarea imprescindible para la humanización de la salud.”²

Para muchos médicos esto no constituye una afirmación relevante, para otros sí. Finalmente, para aquellos que se hallan emocionalmente más próximos y se sienten más comprometidos con sus pacientes, constituye un problema que requiere ser abordado y solucionado con urgencia y de manera eficiente. Los pacientes, por su parte, han hecho escuchar a gritos su reclamo. Se sienten descuidados afectivamente, perciben el abandono de sus médicos sordos a sus comentarios y necesidades, los acusan de insensibilidad y de expresarse en un lenguaje inentendible y aplicable, en forma neutra, a todos los casos similares. Dicen: “El médico está tratando la diabetes del libro y de los *Updates*, me abandonó a mí y a mi enfermedad. Se han dejado seducir con las rutilantes lucecitas de los aparatos de última generación.”

La medicina, encarnada en una miríada de profesionales de la salud, ha intentado en los últimos años hacer un camino hacia la humanización, una concreta búsqueda de su sentido.

Los esfuerzos comenzaron a concretarse efectuando una fructífera relación con la literatura. Allí surgieron algunas voces clarificando el escenario y haciendo intentos concretos de aproximación a las personas de los pacientes. Más recientemente, la medicina en busca de su sentido, parece haber llegado a un hito concreto en el cual hacer pie para continuar con su camino sin fin. Sin dudas ese hito lo constituye la Medicina Narrativa que, presentada por pioneros como Rita Charon³ y Trisha Greenhalgh⁴, aparece como un modo eminentemente práctico de complementar, ampliar y fortalecer eficientemente la medicina clínica. Para dejarlo bien en claro, no se trata de una propuesta de sustitución, sino de complementación. La medicina Narrativa en esta versión final parece reconocer antecedentes inmediatos en Kleiman (1988)⁵, quien sostiene que las narrativas son el modo en que los enfermos modelan, configuran y dan sentido a su sufrimiento.

La medicina narrativa permite advertir claramente el *carácter sistémico* del padecimiento – una enfermedad se produce siempre en el seno de un sistema humano –, y su *carácter cultural*: la

² Carlos Alberto Rosas Jimenez, “Medicina Narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión”, *Acta Bioethica* 23, 2 (2017): 351 – 359

³ Rita Charon, *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness* (New York: Oxford University Press, 2006)

⁴ Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, *Narrative Based Medicine*, (London: BMJ books, 1998).

⁵ Arthur Kleiman, *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition* (New York: Basic Books, 1988).

enfermedad se produce dentro de la cosmovisión y rasgos de una cultura determinada y cumple con sus valores y significados. Para una medicina en busca de sentido, las contribuciones de Kleiman resultan trascendentes, ya que instan a dejar de ver la enfermedad como una afección propia de un individuo aislado, para entenderla como el sufrimiento de una persona que pertenece a un sistema humano que posee valores, códigos y significados. Además, nos confirma que, por pertenecer a una cultura definida, la persona tiene el modo de enfermar característico de su propio contexto cultural.

Por su parte Hyden (1997)⁶ años más tarde, consolida esta perspectiva al afirmar que la enfermedad, que ocupaba un lugar periférico en los estudios sociológicos, en la actualidad ocupa un lugar más expectante ya que se reconoce la pertenencia del padecimiento a contextos culturales y sociales específicos.

Este sociólogo propone tres escenarios que nos ayudan a comprender la relación entre el narrador, la narrativa y la enfermedad. Se trata de una propuesta muy original, que permite hacernos una idea inicial de la vastedad del campo de la narración como colaboradora de la práctica concreta de la medicina.

1) *La enfermedad como narrativa*. Narrador, narrativa y enfermedad se condensan en una sola persona, el paciente. Son las narraciones que los pacientes les relatan a sus médicos respecto de las generalidades y particularidades de su padecimiento. Son narraciones preñadas de elementos personales, míticos, imaginativos, propios de su entorno familiar y de su pertenencia cultural.

En ese relato invaluable el paciente aporta datos sobre su contexto socio histórico, el lugar que él ocupa en medio de una sociedad compleja, la cultura que lo cobija y condiciona su mirada, y finalmente, algo de inmenso valor: el lenguaje empleado por él y su grupo.

Esto pone de manifiesto que la Medicina Narrativa como práctica y como actitud intelectual, va más allá de lo meramente biológico del paciente para adentrarse en sus modos de pensar y decir. Aspira a conocer las relaciones humanas de las cuales participa el enfermo, sus emociones, su contexto de salud integral y preventiva y su ingreso al mundo de la enfermedad⁷.

Constituye un paso de enorme valor, ya que permite un abordaje más incluyente e integrador encarando a la enfermedad en toda su complejidad y abarcándola en su dimensión fenomenológica.

⁶ Lars-Christer Hyden, "Illness and Narrative". *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

⁷ Lars-Christer Hyden, "Illness and Narrative". *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997), <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>

Esto implica observar aquello que está allí, frente al médico, poniendo el énfasis en contemplar “todo” lo que está allí, como dijimos: la totalidad en su realidad polifacética.

Más adelante insistiremos en esto: la percepción de lo complejo, de lo interrelacionado e integrado. Comprobaremos que la comprensión de lo simbólico y lo metanarrativo exige que el médico adquiera competencias comunicacionales y narrativas desde su etapa formativa. De ese modo, tendrá acceso a la persona sufriente, a su realidad existencial, a lo propio y lo compartido con las personas con las que cotidianamente vive. Ese médico entrenado captará la mayor información posible dentro del original modo en el que el paciente narra aquello que le está sucediendo. Valorará la narrativa como un todo y detectará sesgos y acuerdos explícitos y tácitos. Estará en condiciones de obtener aún mayor información relevante de la que el paciente está dispuesto a compartir mediante el lenguaje oral.

2) *Las narrativas sobre la enfermedad.* Se trata de las narrativas que los médicos se hacen entre ellos acerca de la enfermedad de sus pacientes. Todos tenemos experiencia de presentación de pacientes en las revistas de sala o en los ateneos clínicos. Allí ocurre una traducción, se infravalora el modo del paciente de narrar, y la información se vierte - deformada, homologada – en términos propios de la jerga médica. De ese modo la narrativa pierde su particularidad y ‘color’ original. La narrativa es introducida en el mundo simbólico de los médicos. Aquel dolor precordial que el paciente refiere como “una plancha caliente quemándome el pecho”, pasa a ser una precordialgia más tratada en ese servicio.

La competencia a desarrollar por los médicos consiste en mantener la fidelidad del relato del paciente.

Sabemos por la tradición milenaria que todo traductor es un traidor, "*traduttore, traditore*". La traducción al lenguaje médico implica hacer un esfuerzo por comunicar a los colegas los modismos y las singularidades del relato del enfermo.

En su relato el paciente aporta claramente: un sentido o significado, un contexto y una perspectiva. Esos tres elementos son los que el médico informante debe respetar para sí y para sus colegas.

Conviene que los médicos sean entrenados en escritura creativa, les será de inmenso provecho acostumbrarse a escribir acerca de sus propios estados de ánimo, de sus emociones y de sus miedos. Eso posibilitará una mayor fidelidad en la expresión, estará en mejores condiciones de interpretar y difundir el sentir del enfermo. Quién sabe expresar sus propios sentimientos, desarrolla una aptitud para percibir y escribir acerca de los de sus pacientes.

Los componentes esenciales de toda narrativa a tener en cuenta son:

a) Incluir siempre el factor tiempo en el relato. Toda historia se desarrolla en un determinado período de tiempo. Eso le confiere un comienzo, un desarrollo y un desenlace.

b) Toda narración se construye desde por lo menos un punto de vista. Este es ajeno al oyente y puede variar permanentemente. Por ejemplo: un dolor puede ser narrado desde el que lo padece, desde los familiares que lo vieron, desde la evaluación del personal de guardia que ingresó al paciente.

c) Las narraciones contienen personajes individuales que siguen lógicas particulares. Son personajes complejos con miradas originales, que hacen sus propias evaluaciones y valoración de los contextos.

d) Las narraciones consisten en información discrecional por parte del narrador. El narrador (el paciente) cuenta lo que quiere y se guarda el resto, su memoria esta sesgada y el mecanismo del olvido también hace su trabajo. El paciente cuenta lo que cuenta, y lo hace del modo que puede o quiere.

e) La narración ocupa todo el espacio de atención del narrador. Lo absorbe todo, excluye lo no pertinente y lo irrelevante según la mirada del narrador. El relato es contado para que ocupe a su vez toda la atención del oyente. La narración es absorbente y nos brinda la posibilidad de “vivir a través” del relato.⁸

Es todo un trabajo por parte del médico esforzarse en ser fiel a las historias alternativas que respetan el punto de vista del paciente.

3) *La narrativa como enfermedad o padecimiento*. Son aquellos casos en los que la misma enfermedad genera disturbios en la narrativa. Ejemplos de ellos son aquellas enfermedades neurológicas o degenerativas del encéfalo que comprometen gravemente la cognición y la comunicación de la persona afectada. Se trata de pacientes que carecen de los recursos para mantener la coherencia y la fluencia de sus relatos. Estos últimos pueden aparecer como incoherentes e incluso contradictorios, deshilachados y paradójicos. En muchos trastornos mentales ocurre algo similar, nos encontramos con discursos alucinatorios o delirantes, verdaderos mundos alternativos cargados de significado.

Para el médico debidamente entrenado es un desafío mayúsculo entresacar sentido en la vorágine del sin sentido, o de la aparente carencia de información del silencio absoluto. Actos, gestos, movimientos, lugares frecuentados, costumbres en general, pueden estar llenos de significación e información relevante. Se trata verdaderamente de un todo diferente a ser interpretado.

⁸ Trisha Greenhalgh and Brian Hurwitz, “Why study narrative”. *BMJ* 318 (1999), <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>

“Los relatos históricos tal como los médicos, no pueden depender solamente de sus supuestos contenidos fácticos - es decir de los hechos – pues las explicaciones que los hombres producen sobre sí mismos, los otros y las cosas son, la mayoría de las veces, más determinadas por lo que dejan fuera que por aquello que sobresale o se destaca en ellas. Se hallan influenciadas por aquello que cada uno hace de sí, por la exigencia de buscar un sentido, por lo tanto de la fábula como forma de creación.”⁹

Buscando los fundamentos de la Medicina Narrativa

“Ahora bien, el diálogo en un planteo científico reduccionista no puede existir. En el diálogo el camino es exactamente el opuesto: se va de lo nuestro a lo diverso, para ampliar lo nuestro, para dilatar nuestra visión, no para asimilar lo otro, porque lo otro en el fondo es inasimilable, porque lo otro es distinto de nosotros, pero nosotros podemos «abrirnos a lo otro». El diálogo amplía nuestra visión, no la achica.”¹⁰

Hacer el intento de ir en busca de los fundamentos filosóficos y epistemológicos de una actividad eminentemente práctica, puede acarrearlos innumerables sorpresas y descubrimientos imprevistos. Muchos ya lo han intentado, hacer un nuevo intento desde las propias percepciones e intuiciones es una aventura apasionante. De pronto advertimos que, al asomarnos a lo que nutre a la práctica, observamos trozos y retazos de innumerables y variadas vertientes epistemológicas.

De hecho, además de reconocer rasgos múltiples de la filosofía antigua que no me atrevo a encarar, la Medicina Narrativa encuentra fundamentos en la mayoría de las corrientes filosóficas del siglo XX. Dadas las limitaciones y el objetivo mismo de este artículo, no vamos a hacer una penetración profunda en esos fundamentos, antes bien nos vamos a limitar a destacar algunas de esas fuentes, aquellas que, a nuestro juicio, falible sin lugar a dudas, parecen ser las más representativas.

Podríamos decir en primer lugar que en la Medicina Narrativa se reconoce una marcada influencia, neta e imprescindible, de la epistemología del constructivismo.

Los seres humanos conocemos el mundo, a los otros y a nosotros mismos mediante la sumatoria vital de experiencias cargadas de sentido. Tanto los individuos humanos como la realidad, no se presentan de manera directa, tienen que ser contruidos. Nuestro acceso a la realidad depende de nuestras construcciones culturales, sociales y de género. Lo central de esta perspectiva filosófica es la importancia que se le atribuye a la edificación de significados. Es un proceso continuo, complejo y recurrente, es el mismo devenir de la vida el que organiza las experiencias en una ‘estructura’ personal que se expresa en una distintiva interpretación de sí mismo. Se trata de un proceso preciso y delicado que resguarda coherencia e integridad al punto de consolidar el sentimiento de la propia identidad personal.

⁹ Emilio Komar, *La estructura del diálogo* (Buenos Aires: Sabiduría Cristiana, 2007)

¹⁰ Iván Almeida, “Conjeturas y mapas. Kant, Peirce, Borges y las geografías del pensamiento”, *Variaciones Borges* 5 (1998).

Por su parte, en la construcción de los relatos interviene la hermenéutica, la ciencia de la interpretación, a la sazón otra corriente filosófica de absoluta vigencia. Nada debe ser dado por

supuesto ya que todos los eventos humanos - y la relación médico paciente lo es - están sometidos a la interpretación. Todas las narrativas, incluida aquella que involucra a nuestras personas, resultan ser interpretaciones de narrativas preexistentes. Al decir de los hermeneutas, los relatos nunca son copias fieles del mundo y de los hechos, no son imágenes fotográficas, son interpretaciones.

Podemos evidenciar esa diferencia observando la fotografía un campo de girasoles o de un cielo estrellado, y luego pinturas de Vincent Van Gogh que expresan exactamente lo mismo, en óleo sobre tela desde la mirada del pintor (figuras 1 a 4)



Netamente observamos la diferencia entre reproducir la realidad e interpretarla. De hecho, nuestra afirmación no es completamente verdadera, la misma foto es una interpretación; los colores, el revelado, la selección del ángulo, la perspectiva son modos de cargar de subjetividad aquello que intentamos mostrar con objetividad. Los seres humanos han hecho esfuerzos ingentes para medirlo todo, para poner límites y fronteras claras. Ello claramente funciona en muchos casos, aceptamos esos convencionalismos, sin embargo, en general no podemos dejar de ver las cosas con nuestros ojos, es decir a nuestro modo.

Situados en este punto, podemos afirmar que la construcción del relato de la enfermedad es una situación natural, propia de los seres humanos. Es aquí en donde se plantea el desafío de la escucha como competencia médica. Se trata de escuchar atendiendo a los hechos y la construcción que con ellos el paciente ha efectuado, se trata de interpretarla y de hacer una hipótesis sobre su proceso. El paciente ha construido un relato de su enfermedad con los recursos que posee, teniendo eso en cuenta, el médico deberá esforzarse en la interpretación para aproximarse al sentido que se halla dentro de lo que el paciente dice, hace y oculta. Propiamente podemos decir el sentido del texto. Se trata de un desafío emocionante. Dejar que se vaya construyendo una hipótesis o conjetura de sentido con los elementos que el paciente nos da, sumados a los que con preguntas oportunas podemos lograr completar.

“Conjeturar es afirmar (tímidamente) algo sin tener suficiente fundamento objetivo. Se trata, sin duda, de la más frecuente actividad intelectual de los humanos. Las conjeturas de la vida cotidiana abarcan desde la afirmación de la existencia de Dios hasta las estrategias para encontrar un objeto perdido, pasando, desde luego, por análisis de textos, diagnósticos médicos, hipótesis científicas e investigaciones policiales.”¹¹

La hermenéutica de la interacción con los pacientes, se transforma en un evento fascinante si además advertimos que nos podemos ver a nosotros mismos como observadores en el acto de observar. Se trata de la acción recursiva de metacomunicación. Nos ubicamos en una posición ‘meta’ de observación completa del sistema, incluidos nosotros mismos, y apreciamos cómo se producen los movimientos de acercamiento, confianza, retaceos, fluencia de personalidad e información, coherencia del relato, actitudes corporales nuestras y del paciente. Debemos reconocer en esta actividad el enorme aporte de la teoría de la Comunicación Humana y de los Sistemas Humanos. El entrenamiento en este tipo de encuentros humanos nos permitirá advertir nuestros sesgos, prejuicios, generalizaciones apresuradas y algo de la mayor importancia, nuestros propios límites.

Encontraremos sentido en las narraciones de los pacientes, y la vez, iremos haciendo la sintonía fina para precisar esa narración que somos.

Naturalmente lo que venimos desarrollando supone experiencias dialógicas. La Medicina Narrativa propone una revalorización del diálogo como experiencia humana bidireccional. En ello se ve una neta influencia de otra de las corrientes filosóficas importantes del siglo XX. Me estoy refiriendo a la Filosofía del Diálogo de Martin Buber y Franz Rosenzweig. Según Buber hay dos modos básicos y relacionales de asomarse al indispensable mundo del diálogo: La relación Yo – Ello que objetiva, distingue, mide, compara, disecciona, separa. Propia de las relaciones con los objetos, con todo aquello

¹¹ Ibid.

que consideramos distinto a nosotros. Digamos de paso que en general tenemos encuentros humanos caracterizados por este modo relacional. Y la relación Yo – Tu, que por su parte ocurre esporádicamente y se caracteriza por el acercamiento, la proximidad, la fusión y la unidad, la subjetivación, la empatía. Lo podríamos resumir en la frase: Ser el otro, o ser uno con el otro.

“La propuesta dialógica de Martin Buber es conocida como filosofía del diálogo, filosofía del yo-tú o filosofía personalista. Su punto de partida es concebir que no existe un yo aislado, sino siempre en relación con el otro. El otro para Buber es el tú, que adquiere, según la forma de relación implementada, propiedades de tú (persona), de ello (mundo objetual) y de Tú (lo divino). En cualquier caso, el yo entra en relación con el tú y establece los tres tipos de relaciones anteriores, por lo que nunca está solo. Concebir el yo en solitario es concebirlo fuera de la historia, y eso para Buber no es posible.”¹²

Deseo que se me perdone la posible caricaturización que acaso surja de este intento de apretada síntesis. Estoy forzado a comprimir en un espacio reducido la multiplicidad de fuentes en las que abrevia la Medicina Narrativa. Reconozco que en ese intento puedo pecar de injusto con una o todas las miradas filosóficas. Sepan disculpar y usar mi texto como un trampolín a sus propias investigaciones y profundizaciones. Agrego, en ese intento no olviden el Psicoanálisis.

Advierto que estoy dejando de referirme incluso a aportes monumentales que solo mencionare brevemente: La epistemología narrativa de Jerome Brunner, para quien hay fundamentalmente dos modos de pensar y concebir la realidad. Mediante un pensamiento lógico matemático y mediante un pensamiento narrativo¹³. La Teoría de la comunicación humana, la que en el primero de sus axiomas básicos sostiene firmemente que “*es imposible no comunicar*”¹⁴

Otras fuentes para estudiar a conciencia son: La Filosofía Hermenéutica de Paul Ricoeur, la Filosofía de la Conversación de H. G. Gadamer, la sociología del ‘*Habitus*’, y los campos culturales de Pierre Bourdieu, la Sociología de la Máscara y la representación de Erwin Goffman, la Teoría de la Complejidad, etc.

Permítame, estimado lector, incluir un comentario a la obra de Ricoeur para jerarquizar este texto e invitarlo a la reflexión:

“La imaginación narrativa conlleva una doble alteridad: la del yo narrador y la del ser al que el narrador se dirige en su propia estructura sintáctica en donde el pronombre yo implica un pronombre tú. El discurso vislumbra un ser-en-el-mundo que el escritor comparte con su interlocutor, lo que permite a la imaginación creadora habitar el mundo de distintas maneras, cada vez más amplias, consciente de sí mismo, consciente del otro, en la búsqueda común de

¹² Vivian Romeu, “Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica”, *Dixit* 29 (2018), <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>

¹³ Jerome Brunner, *Realidad Mental y Mundos posibles* (Barcelosa: Gedisa, 2001)

¹⁴ Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin and Don D. Jackson, *Teoría de la comunicación humana* (Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 2002)

la libertad, por una vida buena con los otros, para los otros, en medio de instituciones justas.”¹⁵

Tratar cada una de estos fundamentos de manera sumaria sería una mutilación imperdonable de verdaderos cuerpos de teoría y praxis. Permítanme que me abstenga de cometer semejante aberración. Describir uno a uno los fundamentos básicos que, reconozco, forman las bases de la Medicina Narrativa, ameritaría la confección de un libro completo. Aún en ese caso estoy convencido que quedarían innumerables aspectos importantes sin considerar.

Concluyendo

La intención es que el presente escrito funcione como una introducción a una variedad de textos acerca de la Medicina Narrativa. Afortunadamente, ellos profundizarán y mostrarán los diferentes escenarios en los que puede aplicarse esta praxis. Estoy seguro que mostrarán la metodología, compartirán experiencias y resultados, presentarán modos innovadores que permitirán valorar a la Narrativa como un modo privilegiado de aproximación al paciente. Además, pondrán en evidencia que la Narrativa permite expresar la interioridad del médico en particular y del personal de la salud en general. Ese aspecto, poco contemplado en la actualidad, permite preservar la salud mental y emocional de los integrantes del equipo de salud, facilita el genuino trabajo en equipo, y hasta se considera un recurso de importancia para disminuir la prevalencia del *burnout* en el personal afectado al cuidado de los pacientes en general.

El aparato científico – tecnológico tiende a engullir al ser humano y a transformarlo en un engranaje más de un insensible mecanismo de producción. La persona, el profesional se revela, se resiste, se enferma, se deprime y se quema.

La Medicina Narrativa como complemento esencial de la Medicina Clínica puede hacer un aporte sustancial para ayudarla a encontrar el sentido que la resguarde, un significado proactivo que le devuelva la mayor estima.

Referencias bibliográficas

- Almeida, Iván. “Conjeturas y mapas. Kant, Peirce, Borges y las geografías del pensamiento”. *Variaciones Borges* 5 (1998): 7-36.
- Brunner, Jerome. *Realidad Mental y Mundos posibles*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2008.

¹⁵ Geison Loschi, “Paul Ricoeur, en busca del ser”, *Revista Críterio*, 2016. Disponible em: https://www.revistacriterio.com.ar/bloginst_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/

- Fernandes, Isabel., Cabral, Maria de Jesus. “Vozes do discurso: acolhendo narrativas em contexto de saúde”. In *Literatura na Vida, Experiências de ler e escrever*, editado por Luís Augusto Fischer e Marta Orofino, 209-213. Rio Grande do Sul: Editora da UFRGS, 2020.
- Greenhalgh, Trisha., Hurwitz, Brian. “Why study narrative”. *BMJ* 318 (January 2, 1999), Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.318.7175.48>
- Greenhalgh, Trisha., Hurwitz, Brian. *Narrative Based Medicine*. London: BMJ books, 1998.
- Hyden, Lars-Christer. “Illness and Narrative”. *Sociology of Health & Illness* 19, 1 (1997). Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>
- Kleiman, Arthur. *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books, 1988.
- Komar, Emilio. *La estructura del diálogo*. Buenos Aires: Sabiduría Cristiana, 2007.
- Loschi, Geison “Paul Ricoeur, en busca del ser”, Revista Critério, 2016. Disponível em: https://www.revista-criterio.com.ar/bloginst_new/2016/01/06/paul-ricoeur-en-busca-del-ser/
- Romeu, Vivian. “Buber y la filosofía del diálogo: Apuntes para pensar la comunicación dialógica”. *Dixit* 29 (2018), <https://doi.org/10.22235/d.v0i29.1696>
- Rosas Jimenez, Carlos Alberto. “Medicina Narrativa: El paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión”. *Acta Bioethica* 23, 2 (2017): 351 – 359.
- Watzlawick, Paul., Janet Helmick Beavin, and Don D. Jackson. *Teoría de la comunicación humana*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 2002.
-

O impacto da Medicina Narrativa na formação médica: uma revisão bibliográfica

The impact of Narrative Medicine in medical training: a literature review

El impacto de la Medicina Narrativa en la formación médica: una revisión de la literatura

Fátima Geovanini¹

Luiza Otero²

Susana Teixeira³

Resumo: Este estudo apresenta uma revisão integrativa da literatura sobre avaliação e validação dos resultados da Medicina Narrativa – MN. O objetivo foi identificar as atividades empregadas no campo da MN, o público-alvo, os modelos metodológicos mais utilizados para avaliação e os resultados alcançados. O levantamento inicial gerou 808 artigos. Com os critérios estabelecidos, 693 artigos foram excluídos e 115 indicados para análise e discussão. Ao final 15 artigos, exclusivamente de pesquisa, foram selecionados e analisados quanto aos objetivos propostos. Dentre os resultados identificados: 1- a MN apresenta impactos positivos; 2- o modelo qualitativo tem sido o mais empregado para avaliação dos resultados; 3- a manutenção dos benefícios adquiridos pode estar atrelada à continuidade do trabalho; 4- a junção da teoria com a prática pode potencializar os resultados adquiridos. Os estudos sugerem que novas pesquisas devem ser feitas no campo da MN.

Palavras-chave: narrativas, medicina narrativa, humanidades médicas.

Summary: This study consists of an integrative literature review on the assessment and validation of the results of Medicine Narrative. The aim of literature review is to identify the activities used in the field of NM, the target audience of the proposed activities, the methodological models most commonly used for evaluation and the results achieved by them. The initial survey generated 808 articles. Based on the established criteria, 693 articles were excluded and 115 were selected for analysis and discussion among the researchers. At the end, 15 articles, exclusively research articles, were selected and analyzed according to the proposed objectives. Among the results identified we can highlight that 1- the MN presents positive impacts; 2- the qualitative model has been the most used for evaluation of the results; 3- the maintenance of the acquired benefits may be linked to the continuity of the work; 4- the junction of theory with practice can enhance the acquired results. All studies suggest that new research must be done in the field of NM.

Keywords: narratives, narrative medicine, medical humanities

Resumen: El presente estudio consiste en una revisión bibliográfica integradora sobre la evaluación y validación de los resultados de la Medicina Narrativa. El objetivo de la revisión fue identificar las actividades utilizadas en el ámbito de la NM, el público objetivo de las actividades propuestas, los modelos metodológicos más utilizados para la evaluación y los resultados obtenidos por ellos. La encuesta inicial generó 808 artículos. Según los criterios establecidos, se excluyeron 693 artículos y se seleccionaron 115 para su análisis y discusión entre los investigadores. Al final, se seleccionaron 15 artículos, exclusivamente de investigación, y se analizaron de acuerdo con los objetivos propuestos. Entre los resultados identificados podemos destacar que: 1- el MN presenta impactos positivos; 2- el modelo cualitativo ha sido el más utilizado para la evaluación de los resultados; 3- el mantenimiento de los beneficios adquiridos puede estar ligado a la continuidad del trabajo; 4- la unión de la teoría con la práctica puede potenciar los resultados adquiridos. Todos los estudios sugieren que deben realizarse nuevas investigaciones en el campo de la NM.

Palabras clave: narrativas, medicina narrativa, humanidades médicas.

1 Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá

2 Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá

3 Universidade do Porto, Universidade Fernando Pessoa, Universidade Católica Portuguesa; Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Introdução

O crescimento exponencial da Medicina Narrativa é notável em diversos países da Europa, Ásia e América Latina, desde a sua criação na virada do século XXI, pela médica e literata americana Rita Charon. Charon desenvolveu uma prática que, voltada inicialmente para a formação médica e, posteriormente estendida a todos os profissionais da área da saúde, busca minimizar a hiância observada entre o profissional e o paciente, ou ainda, entre o que é ensinado e o que é exigido na dinâmica relacional que se estabelece na prática clínica. Para a autora, a MN é uma prática exercida com competência narrativa, constituída por um conjunto de habilidades voltadas para reconhecer, absorver, interpretar e agir a partir das histórias contadas pelos doentes.

Embora a relação da literatura com a medicina seja antiga, a criação da MN como área do conhecimento interdisciplinar que integra a literatura, a produção narrativa e outras linguagens artísticas na sua metodologia constitui algo inovador. Nos workshops organizados por Charon e seus colaboradores já participaram, desde 2006, mais de 2000 participantes. Em 2009 foi criado o mestrado em MN da Universidade de Columbia. Desde então, a MN vem sendo utilizada em diversas universidades e cenários clínicos, tendo três linhas de atuação: educação, assistência e pesquisa, cujo foco principal é promover o cuidado com o paciente, familiares e profissionais.⁴

Atualmente, após vinte anos de prática, crescem as discussões em torno dos possíveis efeitos e impactos da MN na formação dos profissionais da saúde, bem como sobre o desenho metodológico mais adequado à validação de seus resultados. Esses questionamentos motivaram a elaboração desta pesquisa, impulsionada a partir de três perguntas principais: 1- Qual é o impacto da MN na formação do estudante de medicina? 2- Qual é a modalidade de pesquisa – qualitativa ou quantitativa – mais adequada à validação de seus resultados? 3- Será que o impacto da MN precisa ser validado através de pesquisa científica?

Objetivos

Identificar os modelos metodológicos utilizados para avaliar e validar o impacto das práticas de MN na educação médica e discutir a pertinência dos modelos metodológicos de pesquisa empregados em MN.

Percurso metodológico

4 Rita Charon. *The Principles And Practice Of Narrative Medicine*. 1st ed. Oxford: Oxford University Press, 2016

Para o alcance dos objetivos propostos optou-se pela realização de uma revisão integrativa da literatura consistindo, a partir do delineamento do tema, no cumprimento das seguintes etapas: definição dos critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; categorização do estudo; e análise dos resultados, conforme descritos detalhadamente a seguir.

A revisão integrativa da literatura foi a metodologia eleita para a pesquisa por ser definida como um método capaz de apresentar resultados de uma pesquisa de forma objetiva, sintetizada e ordenada, proporcionando um acesso rápido aos resultados mais relevantes de um determinado tema pesquisado contribuindo, dessa forma, para o aprofundamento teórico do tema selecionado.⁵

O levantamento bibliográfico foi realizado entre agosto e dezembro de 2020, nas plataformas *Portal Regional da BVS, SciELO, Periódicos CAPES e PubMed*. Foram utilizados os seguintes descritores: *medicina narrativa, educação médica, narrative medicine e medical education*, em artigos publicados em português, inglês, francês e espanhol, entre os anos de 2010 e 2020.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: artigos em duplicidade; publicados em período anterior ao ano de 2010; em língua estrangeira fora das estabelecidas; os que não estavam disponíveis na íntegra e os que, embora apresentassem os descritores compatíveis com a busca, fugiam ao tema proposto sendo, em sua maioria, narrativas de experiências individuais.

Devido à enorme quantidade de artigos encontrados, em inglês e português, no periódico CAPES – aproximadamente 25.000 - optou-se, nesta plataforma, pela utilização exclusiva dos descritores em língua portuguesa. Todos os artigos encontrados foram inseridos e catalogados através do programa *Mendeley*, desenvolvido para gestão de referências bibliográficas que permite adicionar, buscar, organizar e compartilhar artigos científicos. Através deste programa todos os artigos foram lidos, selecionados e fichados.

O levantamento inicial gerou 808 artigos: 334 da BVS, 180 do PubMed, 189 da Scielo e 105 do Periódicos CAPES. Neste primeiro levantamento foram descartados 693 artigos, de acordo com os critérios de exclusão estabelecidos. Todos os 115 artigos selecionados foram inseridos em uma pasta e renomeados de forma numérica, sendo lidos, fichados e discutidos entre os pesquisadores através de suas catalogações ordinais. Destes, foram encontrados 44 artigos exclusivamente teóricos e 71 com relatos de atividades práticas, com ou sem pesquisas de campo. A revisão destes 71 artigos pretendeu identificar a pesquisa descrita, analisar os seus objetivos, o público-alvo, o método utilizado para avaliação e validação dos resultados e as conclusões apresentadas. Para análise e discussão

5 Dsar Vosgerau, Romanowski, Joana Paulin. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, 41, 14 (2014): 65-189.

neste estudo foram privilegiados 15 artigos que apresentaram metodologia consistente e clareza em sua estruturação e avaliação dos resultados, seja por método qualitativo ou quantitativo. As 56 publicações restantes, por não se tratarem de pesquisa, foram utilizadas para fundamentação teórica deste artigo.

Resultado

Os 15 artigos selecionados foram catalogados de acordo com as seguintes informações: ano de publicação, país de origem, tipo de atividade realizada, objetivo da pesquisa, sujeitos participantes, metodologia, instrumentos utilizados para avaliação dos dados e resultados apresentados, conforme demonstrados nas tabelas abaixo.

Ano de Publicação

ANO	ARTIGOS
2010	1
2012	2
2013	2
2014	1
2016	1
2017	1
2018	5
2019	1
2020	1
Total	15

País de Origem

PAÍS	ARTIGOS
EUA	5
BRASIL	4
CHINA	2
FRANÇA	1
REINO UNIDO	1
IRÃ	1
MULTICÊNTRICO	1
TOTAL	15

Atividade Realizada

Neste aspecto optou-se por dividir os artigos em dois grupos, considerando os que realizaram todas as etapas de uma oficina de Medicina Narrativa, a saber, leitura cerrada, produção narrativa e discussão, e os que fizeram apenas uma, ou duas, dessas atividades.

ATIVIDADE	ARTIGOS
MN Completa	10
MN Incompleta	5
Total	15

Objetivos da Pesquisa

Todos os artigos selecionados tiveram como objetivo principal validar o impacto da Medicina Narrativa, mais especificamente, identificar o seu impacto com relação aos seguintes temas: empatia; *burnout*; relação médico-paciente; relações interprofissionais; trabalho em equipe; habilidades de escuta, negociação e tomada de decisão; segurança do paciente; aumento do autoconhecimento; desenvolvimento de competências afetivas; preparar o estudante para a entrada no internato; e identificar o tipo de programa de MN mais eficaz a ser aplicado.

Metodologia

METODOLOGIA	ARTIGOS
Qualitativa	10
Quantitativa	4
Qualitativa-Quantitativa	1
Total	15

Instrumentos para Avaliação dos Dados

INSTRUMENTO	ARTIGOS
Questionário	2
Narrativa	2
Questionário e Narrativa	1
Questionário, Narrativa, Grupo Focal	1
Escala de Empatia - JSPE	2
Escala de Reflexão - Reflect	1
Narrativa e Prova	1
Questionário e Depoimentos	1
Questionário e Entrevista	2

Entrevista, Observação do Participante e Diário de Campo	1
Relatos	1
Total	15

Dados Gerais

Nº	ARTIGO	ANO	LÍNGUA	PAÍS	PARTICIPANTES	METODOLOGIA	AValiação
1	Can literature enhance oncology training? A pilot humanities curriculum	2010	Inglês	EUA	11 Residentes de oncologia, oncologia pediátrica, radiologia oncológica e neuro-oncologia.	Qualitativa	Questionário
2	L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade?	2012	Francês	França	40 Estudantes de medicina	Qualitativa	Questionários e narrativas
3	Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial	2018	Inglês	China	180 Estudantes do 3º ano de enfermagem	Quantitativa e longitudinal	Escala de Empatia JSE- HP
4	Implementing a narrative medicine curriculum during the internship year: an internal medicine residency program experience	2018	Inglês	EUA	13 Residentes em medicina interna	Qualitativa	Questionário e depoimentos
5	Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: Feasibility and program evaluation	2019	Inglês	EUA	104 Médicos e enfermeiros	Qualitativo longitudinal	Questionário e entrevista
6	Patients as teachers: a randomised controlled trial on the use of personal stories of harm to raise awareness of patient safety for doctors in training	2014	Inglês	Inglaterra	283 Médicos em treinamento para segurança do paciente	Quantitativo, caso-controle (APSQ e PANAS)	Questionário
7	The writing of narratives and the development of collaborative practices for teamwork	2016	Inglês	Brasil	146 profissionais de educação física, fisioterapia, psicologia, nutrição, assistência social e terapia ocupacional.	Qualitativa exploratória descritiva	Questionário e entrevista
8	Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina	2018	Português	Brasil	80 Estudantes de medicina do 5º período em uma disciplina entre 2012 e 2015	Qualitativa	Narrativas

9	Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico	2013	Português	Brasil	39 Estudantes de medicina	Qualitativa exploratória transversal	Narrativas
10	Impact of a narrative medicine programme on healthcare providers' empathy scores over time	2017	Inglês	China	142 Profissionais da saúde	Quantitativa (Jefferson Scale of Medicine)	Escala de Empatia JSE- HP
11	Impact of a narrative medicine program on reflective capacity and empathy of medical students in Iran	2020	Inglês	Irã	135 Internos de medicina	Quantitativa	Escala Reflect Escala de Empatia JSPE
12	Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde	2018	Português	Brasil	25 Estudantes de medicina e enfermagem do 2º e 3º ano	Qualitativa (fenomenologia hermenêutica)	Entrevista, observação participante e diário de campo
13	Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies	2012	Inglês	EUA	12 Estudantes de medicina do 4º ano	Qualitativa e longitudinal	Narrativas, questionário e grupo focal
14	Navigating uncertainty: Narrative medicine in pregnancy options counseling education	2018	Inglês	EUA	103 Estudantes de medicina	Quantitativo e Qualitativo (OSCE)	Narrativa e prova
15	The use of abstract paintings and narratives to foster reflective capacity in medical educators: a multinational faculty development workshop	2013	Inglês	Áustria, Irlanda, Israel, Países Baixos, Nova Zelândia, Noruega, Romênia, Singapura, Espanha, Inglaterra	23 Médicos	Qualitativa	Relatos

Quanto aos Resultados Apresentados

Todos os artigos analisados apresentaram resultados que reafirmam o impacto positivo da Medicina Narrativa. Dentre os efeitos identificados, nos vários estudos analisados, foram apontados aumento no nível da empatia, da compaixão e do autoconhecimento; promoção das habilidades de comunicação, escuta e negociação; melhora nas relações interpessoais e redução dos níveis hierárquicos entre as equipes; incremento da postura autorreflexiva e do engajamento emocional; além da identificação de pontuações mais altas nas avaliações de desempenho clínico e técnico globais.

Foi identificada a importância da continuidade das atividades práticas para a manutenção das habilidades conquistadas. Um estudo observou melhores resultados quando as intervenções foram complementadas com o estudo teórico da Medicina Narrativa e quando o participante demonstrou interesse em participar das atividades propostas.

Discussão

A análise das publicações permitiu observar que as falhas na graduação médica, no que tange ao ensino das humanidades médicas, é identificada em diversos países, ainda que estes apresentem significativas diferenças socioculturais. Consideramos esse um ponto relevante na medida em que, dificuldades na formação profissional do médico estão relacionadas, de fato, à origem da Medicina Narrativa e, provavelmente, à sua expansão nos últimos dez anos.

Dentre os artigos selecionados, EUA e Brasil foram os países que se destacaram em termos quantitativos de publicações. Esses dados são compatíveis com que se observa na prática uma vez que a MN nos EUA, além de ter como precursora a médica Rita Charon da Universidade de Columbia, apresenta forte influência na formação de profissionais da saúde, através de seus workshops. Por outro lado, observamos que o Brasil vem se destacando, através de estudos, atividades práticas e disciplinas ministradas na graduação médica, realizando atividades em universidades e hospitais, em cidades como o Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, dentre outras. A MN no Brasil tem recebido forte contribuição de Portugal, através das parcerias realizadas entre os pesquisadores desses dois países, principalmente pelos programas *SHARE* - Universidade de Lisboa, e *GERMEN* - Universidade Católica Portuguesa, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.⁶

É possível observar que o crescimento exponencial da MN tem estimulado a busca pelo conhecimento de seus efeitos e impactos, promovendo o aumento de pesquisas que procurem dar respostas a esses questionamentos. A modalidade qualitativa foi a mais prevalente nos artigos analisados mostrando-se, de fato, mais compatível e coerente com a proposta e a filosofia da MN, uma vez que consideram o discurso e a narrativa dos sujeitos participantes de grande valor para a análise dos resultados. No entanto, não podemos desconsiderar que os estudos apoiados em metodologias quantitativas, ou mistas, também trouxeram resultados significativos.

⁶ Ana Luiza Novis, Fátima Geovanini, and Lorraine Veran. *Medicina Narrativa: A Arte Do Encontro*. 1st ed. (Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021).

Estudos voltados para habilidades de comunicação, *escuta* e, com maior relevância, empatia, mostraram-se os mais recorrentes. A promoção da empatia e o desenvolvimento das habilidades de comunicação, têm sido usualmente associados à prática da MN. Reafirmando essa relação, os resultados apresentados nos artigos, que se propuseram a avaliar o impacto desses aspectos, mostraram-se bastante positivos. Segundo a literatura, os grupos de estudantes com alta empatia, desde a entrada na graduação de medicina, tendiam à queda dessa qualidade durante o curso enquanto os com baixa capacidade empática tendiam ao crescimento, sendo o nível de empatia mais sensível à mudança do que as habilidades de comunicação.⁷

Vários instrumentos têm sido desenvolvidos com o objetivo de medir a empatia, em sua maioria por autorrelato, sendo eles *The Hogan Empathy Scale*, *Adjective Check List Empathy Scale*, *Jefferson Scale of Empathy*. Alguns deles são aplicáveis ao contexto médico, sendo o último o mais encontrado em estudos sobre a aplicação da Medicina Narrativa.^{8,9}

A despeito de um certo otimismo, que pode contaminar a análise dos dados, visto que provavelmente todos esses pesquisadores já se mostravam previamente favoráveis à MN, não foram desconsideradas as principais condições para o alcance dos seus objetivos, a saber: o participante estar aberto e favorável à realização das atividades e à continuidade do trabalho, visto que a prática diária das atividades clínicas pode contribuir para o declínio das habilidades emocionais e, conseqüentemente, relacionais. Um artigo destacou que ter resultados positivos, ao final das atividades de MN, não podem garantir uma boa prática clínica. Os resultados das duas pesquisas, que identificam um aumento nas pontuações nos exames referentes às avaliações médicas e técnicas globais, desassociadas da relação médico-paciente, podem estar relacionados a um aumento de habilidades de interpretação textual, mais interesse pelo conteúdo, por menores taxas de *burnout*, entre outros. Pesquisas que aprofundem os motivos para essa melhora no desempenho acadêmico devem ser desenvolvidas no futuro.¹⁰

Para uma prática médica consciente, os processos de reflexão na ação e a experiência afetiva, que elabore um aprendizado duradouro são essenciais. A reflexão pode estimular a empatia e a sabedoria prática, orientando profissionais de saúde na clínica. A atitude reflexiva está associada ao uso

7 Natália Medeiros, Thaís Santos, Eliana Trindade, and Karlo Almeida. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 37, 4 (2013): 515-525.

8 Darryl Cross, and C. F. Sharpley. "Measurement Of Empathy With The Hogan Empathy Scale". *Psychological Reports* 50, 1 (1982): 62-62.

9 Barbara May, and Martha R. Alligood. "Basic Empathy In Older Adults: Conceptualization, Measurement, And Application". *Issues In Mental Health Nursing* 21, 4 (2000): 375-386.

10 Arntfield, Shannon L., Kristen Slesar, Jennifer Dickson, and Rita Charon. 2013. "Narrative Medicine As A Means Of Training Medical Students Toward Residency Competencies". *Patient Education And Counseling* 91 (3): 280-286.

eficaz de feedback na educação médica e o valor de treinar professores como “treinadores reflexivos” tem sido muito enfatizado. A reflexão não é necessariamente intuitiva para alunos ou professores, portanto, desenvolvedores de programas de graduação são desafiados a conceber uma pedagogia inovadora que promova a capacidade reflexiva. As humanidades, as artes em geral e a literatura e as narrativas, em particular, servem como recursos valiosos para promover a reflexão. Sob o guarda-chuva da medicina narrativa, o estudo da literatura e a escrita reflexiva podem promover a reflexão na atenção médica, construir habilidades de observação e interpretação clínica e fortalecer a atenção empática aos pacientes, desenvolvendo a competência narrativa necessária à prática clínica.^{11,12,13,14}

Dentre os demais fatores analisados, houve destaque também para a gestão das emoções e o autocuidado, embora apenas dois tenham citado o *burnout*, que é tão diretamente relacionado ao cuidado – do outro, do paciente, da equipe - um dos principais objetivos da MN. Nenhuma pesquisa buscou os impactos na criatividade, ainda que Charon argumente que a segurança em grupos melhora a confiança e a criatividade e outros estudos afirmem que a segurança psicológica pode facilitar a adesão de comportamentos essenciais, como solicitar ajuda ou assumir erros. Isso aponta para o potencial da arte e da literatura como ferramentas capazes de democratizar relações e suas posições hierárquicas, contribuindo para a qualidade das relações multiprofissionais.^{15,16}

Um único artigo identificou, através de grupo controle, melhor eficácia nos resultados quando foi possível associar a prática aos estudos teóricos.¹⁷ Considera-se esse dado relevante, podendo contribuir significativamente para a elaboração de novas propostas no campo da MN. Diversos cursos de graduação médica, de Universidades do Rio de Janeiro – UNESA, UERJ, UFRJ e a Faculdade Souza Marques – vêm incluindo disciplinas, optativas ou obrigatórias, cuja metodologia se baseia na MN. Representantes dessas instituições têm trabalhado de forma pioneira, com o intuito de oferecer aos alunos uma formação ampliada, desenvolvendo habilidades de comunicação, empatia, escuta, postura reflexiva e competência narrativa contribuindo para que esses estudantes possam, ainda durante a

11 Howard S. Schwartz, and Donald A. Schon. "The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action.". *Administrative Science Quarterly* 32, 4 (1987): 614.

12 Robert G Bing-You. "Why Medical Educators May Be Failing At Feedback". *JAMA* 302, 12 (2009): 1330. doi:10.1001/jama.2009 .1393.

13 Melissa Nothnagle, Roberta Goldman, Mark Quirk, and Shmuel Reis. "Promoting Self-Directed Learning Skills In Residency: A Case Study In Program Development". *Academic Medicine* 85, 12 (2010): 1874-1879.

14 Paul George, Shmuel Reis, Margaret Dobson, and Melissa Nothnagle. "Using A Learning Coach To Develop Family Medicine Residents' Goal-Setting And Reflection Skills". *Journal Of Graduate Medical Education* 5, 2 (2013): 289-293.

15 Rita Charon, Nellie Hermann, and Michael J. Devlin. "Close Reading And Creative Writing In Clinical Education". *Academic Medicine* 91, 3 (2016): 345-350.

16 Amy C Edmondson, Monica Higgins, Sara Singer, and Jennie Weiner. "Understanding Psychological Safety In Health Care And Education Organizations: A Comparative Perspective". *Research In Human Development* 13, 1 (2016): 65-83.

17 Barbara May, and Martha R. Allgood. "Basic Empathy In Older Adults: Conceptualization, Measurement, And Application". *Issues In Mental Health Nursing* 21, 4 (2000): 375-386.

graduação, associar os ensinamentos da MN às demais disciplinas cursadas, como por exemplo, às aulas de propedêutica onde aprendem o modelo tradicional de anamnese. Estendendo a atuação para além do território formal das universidades e, com o objetivo de propagar a MN na educação em saúde, teve início em maio de 2020 um Grupo de Estudos *online*, via plataforma *zoom*, agregando profissionais, docentes e discentes de todo o Brasil, contando ainda com a participação e apoio de representantes de Portugal - Universidade de Lisboa e Universidade do Porto. Além disso, o grupo foi contemplado com a participação especial da própria precursora, a médica e literata Rita Charon.

Conclusão

O crescimento exponencial das humanidades médicas e da Medicina Narrativa traz uma forte esperança para o campo da Educação Médica. Esperança por uma formação ampla, onde a arte possa contribuir para diminuir a aridez da medicina enquanto ciência, valorizando a medicina enquanto arte. Esperança por médicos que ouçam as histórias dos pacientes e possam valorizá-las, dando assim destaque ao doente e não exclusivamente à doença. Esperança por médicos com competência narrativa para que consigam ser tocados e agir em prol do cuidado – dele próprio, do paciente e seus familiares e da sua equipe.

Embora desde o século XIX a literatura, e as artes em geral, já tenham sido incluídas nas escolas médicas, sabemos que a MN, enquanto proposta metodológica, mostra-se ainda um campo recente. Com sua crescente e forte atuação acreditamos que muitas pesquisas que busquem identificar a sua eficácia devam ainda ser desenvolvidas. Neste estudo identificamos um número exponencial desses estudos, sendo a maioria deles de base qualitativa, apenas quatro foram quantitativos e um quali-quantitativo. Importante destacar que consideramos legítimo o intuito de conhecer melhor a MN, porém achamos que este não deve justificar a tentativa de encaixar a MN em avaliações exclusivamente quantitativas, tal como acontece nas demais áreas no campo da saúde. Se optamos e estimulamos a escuta das histórias, das vozes de nossos pacientes, porque não considerar e valorizar o discurso dos participantes em nossas atividades de formação e pesquisa?

A MN pode oferecer um forte potencial transformador. No entanto, muitas das vezes as transformações provocadas não serão necessariamente mensuráveis quantitativamente. No que ela atua pode ser invisível aos números, mas não escapará ao discurso, à escuta de uma história, em suas diversas formas narrativas. Afinal, somos seres históricos, vivemos e existimos na história e pelas histórias.

Referências Bibliográficas

- Afanador, Amaya. Simulación clínica y aprendizaje emocional. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 41, (2012):44–51.
- Almeida, Hércia, *et al.* Desenvolvendo competências em comunicação: uma experiência com a medicina narrativa. *Revista Brasileira de Educação Médica* 29, 3 (2020):208-216.
- Alves, Paulo Cesar. The Death of Ivan Ilyich and multiple dimensions of illness. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 23, 2 (2018).
- Appalasaamy, Jamuna Rani *et al.* The effectiveness of culturally tailored video narratives on medication understanding and use self-efficacy among stroke patients: A randomized controlled trial study protocol. *Medicine* 97, 22 (2018):10876.
- Aragão, Júlio Cesar Soares, *et al.* A jornada do acadêmico de Medicina - Um modelo simbólico da formação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 42, 1 (2018):40-46.
- Arntfield, Shannon, *et al.* Narrative medicine as a means of training medical students toward residency competencies. *Patient Education and Counseling* 91, 3(2013):280-286.
- Baines, Rebecca, *et al.* 2018. The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: a systematic review. *BMC Medical Education* 18, 1 (2018):173.
- Bastos, Daniela, Antônio Cunha and Alicia de Souza. The experience of family medicine interns conducting McGill ILLNESS narrative interview with non-compliant chronic patients. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42, 3 (2018):178-188.
- Bello, Alejandra, and Volnei Garrafa. Crítica à instituição médica moderno-industrial a partir do microssistema linguístico de Ivan Illich. *Saúde em Debate*, 42, 116 (2018):263-273.
- Benedetto, Maria Auxiliadora and Dante Gallian. Narrativas de estudantes de medicina e enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 22, 67 (2018):1197-1207.
- Bing-You, Robert. Why medical educators may be failing at feedback. *JAMA* 302, 12 (2019):1330.
- Bokhour, Bárbara G., *et al.* Can stories influence African-American patients' intentions to change hypertension management behaviors? A randomized control trial. *Patient Education and Counseling* 99, 9 (2016):1482–1488.
- Callwood, Alison, *et al.* Personal domains assessed in multiple mini interviews (MMIs) for healthcare student selection: A narrative synthesis systematic review. *Nurse Education Today* 64, (2018): 56–64.
- Cardoso, Maria Helena Cabral de Almeida. História e medicina: a herança arcaica de um paradigma. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 6, 3 (2000):551–575.
- Castro, José Renato, *et al.* Abordagens de ensino e pesquisa na pós-graduação em saúde: da realidade da disciplina a “utopia” transdisciplinar. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 15, 39 (2011):1025.
- Centanaro, Meza and Gabriel Adolfo. Enfoque holístico al paciente neurológico: el aporte de Oliver Sacks. *Acta Neurológica Colombiana* 31, 3(2015):342-349.
- Charon, Rita, Nellie Hermann and Michael J Devlin. Close reading and creative writing in clinical education. *Academic Medicine* 91, 3 (2016):345-350.

- Charon, Rita, *et al.* *The principles and practice of narrative medicine*. Nova York, NY: Oxford University Press, 2017.
- Chen, Po-Jui, Chien-Da Hung and San-Jou Yeh. Impact of a narrative medicine programme on healthcare providers' empathy scores over time. *BMC Medical Education* 17, 1 (2017).
- Chunming, Wang Michael, *et al.* Burnout in medical students: a systematic review of experiences in Chinese medical schools. *BMC Medical Education* 17, 1 (2017):217.
- Claro, Lenita and Anna Alice Mendes. Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 22, 65 (2018):621-630.
- Colares, Karla T. Pereira, and Wellington de Oliveira. Metodologias ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. *Sustinere - Revista de Saude e Educação* 6, 2(2018):300.
- Constantin, Francismo Gelman. Poesia e humanidades médicas no Cone Sul: algumas proposições a partir da obra de Virna Teixeira. **Physis**, Rio de Janeiro, 29, 4(2019).
- Cordeiro, Alexander Margno, *et al.* Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 34, 6(2007):428-431.
- Cordeiro, Franciele Roberta, and Maria Henriqueta Luce Kruse. A produção do currículo do final da vida por meio do dispositivo pedagógico da mídia. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 19, 55(2015):1193.
- Coret, Alon, *et al.* Patient narratives as a teaching tool: a pilot study of first-year medical students and patient educators affected by intellectual/developmental disabilities. *Teaching and Learning in Medicine* 30, 3(2018):317–327.
- Cross, Darryl, *et al.*. Measurement of empathy with the Hogan Empathy Scale. *Psychological Reports* 50, 1(1982):62.
- Daryazadeh, Saeideh, *et al.* Impact of a narrative medicine program on reflective capacity and empathy of medical students in Iran. *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 17(2020):3.
- Davenport, Nancy H M. Medical residents use of narrative templates in storytelling and diagnosis. *Soc Sci Med* 73, 6(2011):873-881.
- De Araújo Júnior, José Sebastião, *et al.* O ensino de anatomia humana no contexto da educação médica: uma retrospectiva histórica. *Research, Society and Development* 9, 7(2020):958975173-958975173.
- De Oliveira, Filipe, *et al.* A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. *Interface - Comunicação Saúde Educação* 17, 44 (2013):201.
- Dobler, Claudia, *et al.* Impact of decision aids used during clinical encounters on clinician outcomes and consultation length: a systematic review. *BMJ Quality & Safety* 28, 6(2019):499-510.
- Dunker, Christian Ingo Lenz. Discontent, suffering and symptom: a Lacanian diagnostic re-reading via animist perspectivism. *Tempo Social*, São Paulo, 23, 1(2011):115–136.
- Edmondson, Amy, *et al.* Understanding psychological safety in health care and education organizations: A comparative perspective. *Research in Human Development* 13, 1(2016):65-83.
- Farquhar, Morag, *et al.* What are the key elements of educational interventions for lay carers of patients with advanced disease? A systematic literature search and narrative review of structural

components, processes and modes of delivery. *Journal of Pain and Symptom Management* 52, 1(2016):117-130.

- Favoreto, Cesar Augusto Orazem, and Cristiane Coelho Cabral. Narrativas sobre o processo saúde-doença: experiências em grupos operativos de educação em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 13, 28(2009):7-18.
- Favoreto, César Augusto, and Kenneth Rochel de Camargo Jr, et al. La narrativa como herramienta para el desarrollo de la práctica clínica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 15, 37 (2011):473-483.
- Fernandes, Isabel. A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar* 30, 5(2014): 289-290.
- Fernandes, Isabel. Leituras holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 19, 52(2015):71–82.
- Fonsêca, Graciela Soares, and João Victor Garcia de Souza. A narrativa de um percurso formativo: (re) significando a formação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23 (2019).
Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180059>
- George, Paul, Shmuel Reis, Margaret Dobson and Melissa Nothnagle. Using a learning coach to develop family medicine residents' goal-setting and reflection skills. *Journal of Graduate Medical Education* 5, 2(2013):289-293.
- Gillis, Amy, Marie C Morris, and Paul F Ridway. Communication skills assessment in the final postgraduate years to established practice: a systematic review. *Postgrad Med J* 91, 1071(2015):13-21.
- Ginsburg, Shipra, et al. Reading between the lines: faculty interpretations of narrative evaluation comments. *Medical Education* 49, 3(2015):296-306
- Gomes, Romeu and Valeria Vernaschi Lima. Narratives on educational processes in health. *Ciência & Saúde Coletiva* 24, 12(2019):4687.
- Gorniewicz, James, et al. Breaking bad news to patients with cancer: A randomized control trial of a brief communication skills training module incorporating the stories and preferences of actual patients. *Patient Education and Counseling* 100, 4(2017):655-666.
- Goupy, François, et al. L'enseignement de la médecine narrative peut-il être une réponse à l'attente de formation des étudiants à la relation médecin-malade? *La Presse Médicale* 42, 1(2013):1-8.
- Gowda, Deepthiman. et al. Implementing an interprofessional narrative medicine program in academic clinics: feasibility and program evaluation. *Perspectives on Medical Education* 8, 1(2019):52-59.
- Grossman, Eloísa, and Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 30, 1(2006):6-14.
- Harrison, Madaline B., and Nicole Chiota-Mccollum. Education Research: an arts-based curriculum for neurology residents. *Neurology* 92, 8(2019):879-883.
- Hatala, Rose, et al. Using in-training evaluation report (ITER) qualitative comments to assess medical students and residents: a systematic review. *Academic Medicine* 92, 6(2017):868-879.

- Ianni, Aurea Maria Zollner. The thematic field of the social sciences in health in Brazil. *Tempo Social*, São Paulo, 27, 1(2015):13-32.
- Jha, Vikram, *et al.* Patients as teachers: a randomised controlled trial on the use of personal stories of harm to raise awareness of patient safety for doctors in training. *BMJ Quality & Safety* 24, 1(2014):21-30.
- Jiménez, Rosa C. A. Medicina narrativa: el paciente como “texto”, objeto y sujeto de la compasión. *Acta Bioethica* 23, 2(2017):351-359.
- Johna, Samir, Brandon Woodward, and Sunal Patel. 2014. What can we learn from narratives in medical education? *Perm J* 18, 2(2014):92-94.
- Juárez, Lorenzo, *et al.* Cuidados basados en narrativas: redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería* 22, 2(2013):55-59.
- Junior, Helvo, Laura Feuerwerker and Marcelo Land. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciência & Saúde Coletiva* 20, 2(2015):537.
- Khorana, Alok, Michele Shayne and David N Korones. Can literature enhance oncology training? A pilot humanities curriculum. *Journal of Clinical Oncology* 29, 4(2011):468-471.
- Konttila, Jenni, *et al.* Healthcare professionals’ competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 28, 5-6(2019):745-761.
- Kottow, Miguel ¿Bioética narrativa o narrativa bioética? *Revista Latino -Americana de Bioética* 16, 2(2016):58-69.
- Kumagai, Arno K. Perspective: acts of interpretation. A philosophical approach to using creative arts in medical education. *Academic Medicine* 87, 8(2012):1138-1144.
- Lekhtsier, Vitaly, and Anna Gotlib. Medicina narrativa enfocada a la investigación empírica social: el contexto ruso. *Salud Colectiva* 13, 2(2017):239-252.
- Marco-Gómez, Bárbara, *et al.* O processo de adoecimento dos médicos e as suas consequências acerca do profissionalismo. *Acta Bioethica* 24, 2(2018):199-210.
- Marin, Maria José, *et al.* Ensino em saúde: aprendizagem a partir da prática profissional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 5(2019). Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04412019>
- Maudsley, Gillian, and David Taylor. Analysing synthesis of evidence in a systematic review in health professions education: observations on struggling beyond Kirkpatrick. *Medical Education* 25, 1(2020):1731278.
- May, Barbara, and Martha R. Alligood. Basic empathy in older adults: conceptualization, measurement, and application. *Issues in Mental Health Nursing* 21, 4(2000):375-386.
- Medeiros, Natália, *et al.* Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* 37, 4(2013):515-525.
- Meisel, Zachary F. and Jason Karlawish. Narrative vs evidence-based medicine: and, not or. *JAMA* 306, 18(2011):2022-2023.
- Mello, Carolina, *et al.* Metodologias de ensino e formação na área da saúde: revisão de literatura. *Revista CEFAC: Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação* 16, 6(2014):2015.

- Moon, Margareth, *et al.* Analyzing reflective narratives to assess the ethical reasoning of pediatric residents. *Narrat Inq Bioeth* 3, 2(2013):165-174.
- Moore, M. Moore, *et al.* Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *The Cochrane database of systematic reviews* 7, 7(2018):CD003751.
- Nicklas, Daniel, *et al.* Using Digital Stories to Reflect on the Culture of Overuse, Misuse, and Underuse in Medicine and Enhance the Patient-Provider Relationship. *Acad Pediatr* 17, 6(2017):694-696.
- Nothnagle, Melissa. *et al.* Promoting self-directed learning skills in residency: A case study in program development. *Academic Medicine* 85, 12(2010):1874-1879.
- Novis, Ana Luiza, Fátima Geovanini and Lorraine Veran. *Medicina Narrativa: a arte do encontro*. 1. ed. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021.
- Nunes, Everardo Duarte. A sociologia da saúde no Brasil: a construção de uma identidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 19, 4(2014):1041.
- O'Mahony, Seamus. Against narrative medicine. *Perspect Biol Med*, vol. 56, 4(2013):611-619.
- O'Mara-Eves, Alison, *et al.* Using text mining for study identification in systematic reviews: a systematic review of current approaches. *Systematic reviews* 4, 1(2015):5.
- Oliveira, Claudia Maria, Nildo Alves Batista, Sylvia Helena Batista, Lúcia Uchôa-Figueiredo. A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 20, 59(2016):1005-1014.
- Oshman, D Lauren, and Gene N Combs. Integrating motivational interviewing and narrative therapy to teach behavior change to family medicine resident physicians. *Int J Psychiatry Med*, 51, 4(2016):367-378.
- Palácio, Maria Augusta Vasconcelos, Laís Barreto Gonçalves, and Miriam Struchiner. A narrativa do aluno de medicina na formação em atenção primária à saúde: potencializando espaços de aprendizagem mediados pelas tecnologias digitais. *Revista Brasileira de Educação Médica* 43, 1(2020):330-340.
- Pastor Junior, Américo, *et al.* Recepção audiovisual na educação médica: leituras de um vídeo educativo de psicologia médica por estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica* 36, 4(2012):516-523.
- Pelgim, Elisabeth A. M, *et al.* Quality of written narrative feedback and reflection in a modified mini-clinical evaluation exercise: an observational study. *BMC Medical Education*, 12, (2012):97.
- Peña Lora, Marianela Rosa. La Narración oral: Alternativa para el desarrollo de una experiencia educativa con perspectivas de género. *Revista História de la Educación Latinoamericana* 17, 24(2015):73-92.
- Polly, Wc Li, and Doris Sf Yu. A modeling-based narrative intervention to promote timely care-seeking in patients with acute myocardial infarction: A pilot randomized controlled trial and feasibility analysis. *European Journal Of Cardiovascular Nursing: Journal Of The Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology* 18, 3(2019):215-223.
- Quaintance, Jennifer L., Louise Arnold and George S Thompson. What students learn about professionalism from faculty stories: an appreciative inquiry approach. *Academic Medicine* 85, 1(2010):118-123.

- Ramis Olivos, Álvaro. Bioética narrativa y salud intercultural mapuche: Aportes a su fundamentación y complementación. *Veritas* 34(2016):93-116.
- Rian, Johanna, and Rachel Hammer. The practical application of narrative medicine at Mayo Clinic: imagining the scaffold of a worthy house. *Cult Med Psychiatry* 37, 4(2013):670-680.
- Rivlin, Katherine and Carolyn L. Westhoff. Navigating uncertainty: narrative medicine in pregnancy options counseling education. *Patient Education and Counseling* 102, 3(2019):536-541.
- Rocha, Sheyla Ribeiro, *et al.* Avaliação de Habilidades de Comunicação em Ambiente Simulado na Formação Médica: Conceitos, Desafios e Possibilidades. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43, 1(2020):236-245.
- Rosário, Francisco S. Anamnese Versus História de Vida na Compreensão do Sofrimento do Outro. *Medicina Interna* 25, 3(2018):233-236.
- Ross, David A, *et al.* A narrative-based approach to teaching diagnostic criteria. *Acad Psychiatry* 38, 6(2014):706-708.
- Rothlind, Erica, *et al.* The informal curriculum of family medicine - what does it entail and how is it taught to residents? A systematic review. *BMC Family Practice* 21, 1(2020):49.
- Rowland, Paula, *et al.* Patient involvement in health professionals' education: a meta-narrative review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice* 24, 3(2019):595-617.
- Sánchez Mendiola, Melchor. Liderazgo en medicina: ¿debemos enseñarlo y evaluarlo? *Investigación en Educación Médica*, 4, 14(2015):99-107.
- Santillán-Doherty, Patricio. Medicina, narrativa y ser. *Neumología y Cirugía de Tórax* 73, 2(2014):102-105.
- Sarangi, Srikanth. Reconfigurando self/identidade/status/papel: o caso do desempenho de papel profissional em encontros na área da saúde. *Veredas - Revista de Estudos Linguísticos* 18, 2(2014):321.
- Schon, Donald, *et al.* The reflective practitioner: how professionals think in action. *Administrative Science Quarterly* 32, 4(1987):614.
- Sevalho, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface - Comunicação Saúde Educação* 22, 64(2018):177.
- Silva, Georgia. A construção do ser médico e a morte: significados e implicações para a humanização do cuidado. *Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, São Paulo, 2006.
- Soares Brandão, Carolina *et al.* Centros de simulação e projeto pedagógico: dois lados da mesma moeda. *Scientia Médica* 28, 1(2018)
- Soares, Márcia Oliveira Mayo. Anamnesis impact to an integrated care: Portuguese students' view. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, 29, (2016):66-75.
- Sousa, Islândia, *et al.* Medicina Tradicional Complementar e Integrativa: desafios para construir um modelo de avaliação do cuidado *Ciência & Saúde Coletiva* 23, 10(2018):3403-3412.
- Steinert, Yvonne, Laura Naismith, and Karen Mann. Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 19. *Medical Teacher* 34, 6(2012):483-503.

- Stelet, Bruno Pereira, *et al.* 2017. Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 21, 60(2017):165-176.
- Stelet, Bruno Pereira, *et al.* Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 21, 60(2016):165-176.
- Thistlethwaite, Jill Elizabeth, *et al.* The effectiveness of case-based learning in health professional education. A BEME systematic review: BEME Guide No. 23. *Medical Teacher* 34, 6(2012):421-444.
- Urday-Fernández, Dayanara, and María Sofia Cuba-Fuentes. Medicina narrativa. *Anales de la Facultad de Medicina* 80, 1(2019):109-113.
- Val, Alexandre Costa, *et al.* Psicanálise e Saúde Coletiva: aproximações e possibilidades de contribuições. *Physis* 27, 4(2017):1287-1307.
- Van-Beusekom, Mara, *et al.* Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: a systematic review. *BMJ Open* 9, 4(2019):025420.
- Vosgerau, Dilmeire and Joana Paulin Romanowski. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional* 14, 41(2014):165.
- Wesley, Tiffany, Diana Hamer and George Karam. Implementing a narrative medicine curriculum during the internship year: an internal medicine residency program experience. *The Permanente Journal*, 2018.
- Yang, Ningxi, *et al.* Does narrative medicine education improve nursing students' empathic abilities and academic achievement? A randomised controlled trial. *Journal of International Medical Research* 46, 8(2018):3306-3317.
- Yeates, Peter *et al.* Relatively speaking: contrast effects influence assessors' scores and narrative feedback. *Medical Education* 49, 9(2015):909-919.

Riscando os excessos: o registro do que nos contam os doentes pela semiologia e pela medicina narrativa

Trimming the excesses: students' report of what they learned by joining semiology and narrative medicine

Recortando los exesos: relato de los alumnos de lo aprendido al incorporarse a la semiología y la medicina narrativa

Fátima Geovanini²
Flávia Gebran¹
Gabriela K. Lopes¹
Juliana Abreu¹
Luiza Otero¹
Yohana Amorim¹
Ana Mallet²

Resumo: Este artigo consiste em um relato de experiência e pretende apresentar uma reflexão acerca do ensino médico atual, discutindo as percepções de alunos de medicina ao iniciar o ciclo clínico, através das aulas de semiologia e concomitante participação nos estudos e oficinas de Medicina Narrativa. Para o alcance dos objetivos optou-se por apresentar trechos de narrativas produzidas pelas estudantes autoras deste artigo durante essas oficinas, realizadas em uma universidade particular do Rio de Janeiro. Observa-se que embora necessário algum modelo ao iniciante da prática médica, o formato atual de anamnese ensinado pode ser limitador e pouco abrangente frente à complexidade das relações estabelecidas com os pacientes. Considera-se a medicina narrativa uma proposta que, ao valorizar e estimular a escuta atenta às histórias dos doentes, torna-se fundamental para complementar a formação do acadêmico de medicina.

Palavras-chave: educação médica; anamnese; semiologia; medicina narrativa; humanidades médicas.

Summary: This article intends to present a reflection about the current medical teaching, discussing the experience and the report of medical students, at the beginning of the clinical cycle, through semiotics classes and concomitant participation in studies and practical workshops of Narrative Medicine. It is an enriching period, when the student's direct contact with the patient begins. It is understood that, although some models are necessary for the beginner in medical practice, the current format of anamnesis that is taught can be limiting and not comprehensive in view of the complexity of the relationships established with the patients. Narrative medicine is considered a proposal that, by valuing and stimulating attentive listening to patients' stories, becomes essential to complement the training of medical students.

Keywords: medical education; anamnesis; semiology; narrative medicine; medical humanities.

Resumen: Este artículo pretende presentar una reflexión sobre la enseñanza médica actual, discutiendo la experiencia y el relato de los estudiantes de medicina, al inicio del ciclo clínico, através de clases de semiótica y participación concomitante en los estudios y talleres prácticos de Medicina Narrativa. Es un período enriquecedor, cuando comienza el contacto directo del alumno con el paciente. Se entiende que, si bien es necesario algún modelo para el principiante de la práctica médica, el formato actual de anamnesis enseñado puede ser limitante y exhaustivo dada la complejidad de las relaciones que se establecen con el paciente. La medicina narrativa se considera una propuesta que, al valorar y estimular la escucha atenta de los relatos de los pacientes, se vuelve imprescindible para complementar la formación de los estudiantes de medicina.

Keywords: educación médica; anamnesia; semiología; medicina narrativa; humanidades médicas.

¹ Discentes¹ da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro,Rj

² Docentes² da Faculdade de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro,Rj.

Introdução

O estudante ingressante no curso de Medicina traz consigo um modelo educativo norteador do vestibular, limitado ao desenvolvimento da produtividade e do desempenho acadêmico, distante da importância de se explorar e construir um pensamento crítico pautado em valores, perspectivas e visões de mundo. Ao adentrar os primeiros anos na faculdade, os alunos se deparam com uma experiência próxima daquela já vivida, o que pode ser explicado a partir de uma estrutura de sistema educacional regular, que enquadra tanto a educação básica, quanto a educação superior. Dado isso, compreende-se a base do organismo humano e de todas as suas enfermidades, com grande ênfase nas disciplinas como anatomia, microbiologia, fisiologia e imunologia, evidenciando assim que a primeira imersão do estudante de medicina é focada nas ciências básicas.³

Dessa forma, é perceptível que em um primeiro momento de ensino não é contemplado, a contento, o que se espera atualmente do médico, ou seja, não é ensinado aos alunos uma visão mais humanista da medicina, reduzindo-a apenas a um estudo biomédico das doenças.

O curso de medicina divide-se em ciclos básico e clínico, que inclui o internato. Espera-se que cada um deles seja de grande relevância para o desenvolvimento do aluno, visto que a cada novo ciclo transforma-se o foco da aprendizagem. No ensino clínico, o estudante começa a ter contato com o ambiente hospitalar, aprendendo a registrar histórias e a examinar o paciente, aprendendo a desenvolver o raciocínio clínico. Contudo, o que se observa é que ao iniciar o ensino clínico, o paciente - a essência desta nova etapa - se perde através de uma limitada análise substancial e objetiva da doença e não do processo de adoecimento. Consequentemente, a principal ferramenta para entender o paciente e sua doença - a *anamnese* - perde a sua essência, dando continuidade à imersão biomédica do conhecimento que, embora essencial, mostra-se insuficiente.⁴

Semiologia: aprendendo a fazer *anamnese*

Após o ciclo básico, inicia-se a etapa clínica. No ensino clínico, na disciplina de *Propedêutica*, também conhecida por *Semiologia*, aprende-se a colher e a registrar as histórias da doença, a examinar o paciente e as manobras que devem ser utilizadas. Assim, pouco a pouco, os acadêmicos moldam e começam a dar forma ao pensamento clínico predominante.

³ Maria Alexandra de Carvalho Meireles, et al., "Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior". *Revista Brasileira de Educação Médica* [online] 43,2 (2019): 67-78.

⁴ Joaquim Edson Vieira et al., "Identificação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina pelos Alunos da Universidade de São Paulo." *Revista Brasileira de Educação Médica* .São Paulo 27, 2 (2021): 96-103.

Qualidades importantes no acolhimento e atendimento, tais como a escuta e a atenção à história do doente, ao invés de serem incentivadas e desenvolvidas desde o início são, muitas das vezes, consideradas menos relevantes ou postergadas para um momento posterior do ensino. Isso mostra como somente tardiamente os graduandos de medicina são preparados e ensinados a ter um contato humano e próximo às pessoas em situação de vulnerabilidade, como nos momentos de adoecimento.⁵

Em Propedêutica, o registro dos fatos contados é chamado de anamnese. A palavra *anamnese* (do grego *ana*, trazer de novo, e *emnesis*, memória)⁶ tem um significado importante na prática médica, pois ela é a porta de entrada para o contato direto com o paciente, uma vez que é o instrumento utilizado para registrar o que o paciente fala, de forma organizada e em ordem cronológica.

Com uma boa anamnese escrita é possível expressar e observar o processo de adoecimento do corpo, da descrição e dos sintomas dos pacientes, da manutenção das relações e do próprio curso da doença, compreendendo-se assim uma história no contexto de outras histórias, pelas relações intensas e profundas entre o paciente, o médico, a narrativa, a doença e o tempo.

Para o estudante, iniciar a disciplina de Propedêutica, configura-se em um momento de grande expectativa, como podemos observar nas narrativas apresentadas pelas autoras:

“Colocar minha roupa branca. Meu primeiro dia no hospital foi mágico, realização de um sonho.” - Juliana Abreu – Aluna 6º Período

“Depois de passar por várias reviravoltas na vida e mudando meu pensamento do que seria a 'medicina ideal', esperava ter na matéria de propedêutica uma luz.” -Yohana Amorim – Aluna 6º Período

Por outro lado, parece que se espera que, nesse momento, a postura médica discutida nos períodos iniciais já esteja formada. Como se esta fosse uma característica enrijecida e capaz de se adquirir de imediato, tal qual se instala um programa de computador já pronto para o uso. O transpasse dessa ideia ao longo do curso insere aos alunos, jovens e inexperientes, certa pressão já que, a partir de determinado momento, eles precisam "agir como médicos". Nesse momento, eles se perguntam sobre como deve ser esse agir, esperando encontrar na disciplina de Propedêutica, pelo menos parcialmente, a resposta para tal questionamento, a fim de mimetizá-lo em seu contato com o paciente. Assim, o profissionalismo médico e a humanização da saúde, sempre fortemente associados, deveriam se aproximar ainda mais nesse marcante momento da formação médica.

⁵ Izabel Cristina Rios, “Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina”. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online] 40, 1 (2016):21-29.

⁶Celmo Celeno Porto, *Semiologia médica* (Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 7, 2013)

Swick (2000)⁷ aponta alguns comportamentos que caracterizam o profissionalismo médico, como a busca por padrões éticos e morais; o compromisso contínuo com a busca de excelência; o aprimoramento devido à constante aquisição de conhecimento; a capacidade para lidar com a complexidade e a incerteza; e a manifestação do que o autor chama de valores humanísticos, que inclui empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; respeito pelos outros, lealdade e, finalmente, reflexão sobre decisões e ações. Ainda que nem sempre saibam nomeá-las, a expectativa dos alunos é encontrar em seus preceptores, ações que concretizem essas características.

Segundo Porto (2011)⁸, a *anamnese* colabora com a construção de um diagnóstico pautado nas queixas do paciente, desvendando a sua doença, sempre baseada na relação médico-paciente, com respeito e confiabilidade. Ainda, ela faz com que a clínica seja soberana e contribua para essa relação, levando o estudante de medicina a recuperar ou a desenvolver melhor algumas qualidades que não foram ainda estimuladas plenamente nos primeiros anos de faculdade.

Apesar de todos os benefícios e funcionalidades do uso da *anamnese*, consegue-se perceber que o foco da história contada é a **doença** em si, colocando em escanteio o verdadeiro personagem principal - o sujeito doente.

Queixa principal (motivo principal que levou o paciente a procurar o médico, repetindo, se possível, as expressões por ele utilizadas):

História da doença atual (Permita ao paciente falar de sua doença. Determine o sintoma-guia. Descreva o sintoma com suas características e analise-o minuciosamente. Use o sintoma-guia como um fio condutor da história e estabeleça relações das outras queixas com ele em ordem cronológica. Verifique se a história obtida tem começo, meio e fim. Não induza respostas. Apure evolução, exames e tratamentos já realizados).

Figura 1 :Roteiro de anamnese do Livro: Semiologia Médica, de Porto, Arnaldo Lemos, Porto, Celmo Celeno

Ao longo das aulas de propedêutica é ensinado ao estudante a filtrar as informações do paciente, a diferenciar o que é importante para a descoberta do diagnóstico e o que pode ser "riscado" estimulando assim o aluno a aprender "o que" e "como" perguntar e a selecionar as informações que devem ser dignas de nota, ou seja, relevantes à escuta clínica, de acordo com o referencial biomédico. Como podemos observar nos depoimentos a seguir, também das estudantes autoras desse artigo:

"Primeira lição: escutar o paciente. Fiquei muito feliz em saber que ao menos uma convicção minha estava certa e que ainda estava no caminho certo. Segunda lição: escute o paciente, mas registre somente o que importa para a história clínica. Confusa, eu me senti na estaca zero." -Yohana Amorim – Aluna 6º Período

"Explicou que nem tudo que o paciente diz é importante e digno de nota e, muitas vezes, é necessário direcionar a conversa, para que o paciente não se disperse." - Juliana Abreu – Aluna 6º Período

⁷ Herbert M Swick, "Toward a normative definition of medical professionalism", *Academic medicine* 75, 6 (2000): 612

⁸ Celmo Celeno Porto, *Semiologia médica* (Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 7, 2013)

Acontece do estudante, muitas das vezes, ter suas observações referentes à história de vida do paciente cortadas e riscadas pelo seu professor para que seja escrito e destacado o que “realmente” importa no ensino clínico. O aluno, pretendendo alcançar o objetivo esperado pela faculdade e adquirir uma boa nota de avaliação, se rende ao modelo pedagógico predominante. Dessa forma, experiências, emoções e sentimentos ouvidos e experienciados durante a *anamnese* são conseqüentemente cortados e apagados do seu registro, posto que são considerados como dados não essenciais, impactando negativamente na formação humanística do estudante.

“Ter o seu trabalho corrigido ao vivo ainda é humilhante, mesmo aos 23 anos de idade, principalmente quando a professora risca linhas inteiras de suas anamneses falando que são desnecessárias.”- Gabriela K. Lopes – Aluna 5º Período.

Esse tipo de aprendizado pode gerar uma quebra de expectativa e conseqüente decepção no aluno, além de inúmeras dúvidas, especialmente para aqueles que ao cursarem previamente disciplinas do eixo humanístico esperavam observar nos seus preceptores a continuidade do discurso e da prática humanística, onde as histórias dos doentes ganham valor de destaque.

“Sinto que perdi dentro de mim uma acadêmica que ansiava pelo diferencial na medicina, que estava apta para aprender o que seria ver o paciente holisticamente.” -Yohana Amorim – Aluna 6º Período

Medicina Narrativa: o que podemos fazer com as histórias que ouvimos?

Inúmeros fatores vêm ameaçando a humanidade da profissão médica, aumentando a distância entre médicos e pacientes. Conseqüentemente, estudantes de medicina que conseguem expressar compaixão, humanidade e colaboração interprofissional antes de entrarem em seus anos de clínica, muitas vezes ficam consternados quando, no cenário hospitalar, presenciaram cuidados desumanizados, ambientes de trabalho passivo-agressivos e interações emocionalmente estéreis que se tornaram rotina. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCNs), estabelecidas em 2014, estimularam as instituições de ensino superior a promover a formação de um perfil profissional diferenciado dando, assim, um importante passo em direção à reflexão e ao aprimoramento do ensino médico. Segundo as DCNs, espera-se que as instituições de ensino superior formem o profissional médico com perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo. Acredita-se que, desse modo, o profissional seja capaz de atuar baseado em princípios éticos no atendimento à saúde, à doença e ao sujeito doente, em seus diferentes níveis de atenção, promovendo a prevenção, a recuperação e a reabilitação no processo de saúde, com responsabilidade e compromisso social, tendo em vista a saúde integral do seu paciente. Estas críticas foram essenciais para promover alterações curriculares e fortalecer novos modos de compreender o processo de ensino-aprendizagem na área da

saúde, sendo possível observar estudos e práticas que refletem um novo modo de compreender a educação médica e que buscam atender esses desafios profissionais requeridos ao futuro profissional médico.⁹

A Medicina Narrativa, abordagem que vem se expandindo em vários países, busca oferecer uma contribuição a essa instrumentalização através de uma metodologia diferenciada. O termo, criado em 2000, pela médica Rita Charon, é definido como: “A prática da medicina reforçada pela competência narrativa, ou seja, a capacidade de reconhecer, absorver, interpretar, e agir de acordo com as histórias e dificuldades dos outros. A medicina praticada com competência narrativa, denominada medicina narrativa, é proposta como modelo de prática médica humana e eficaz.”¹⁰

A Medicina Narrativa utiliza a arte de uma maneira geral e, mais especificamente, a literatura e a produção narrativa, como recurso de trabalho, com foco na assistência, na pesquisa e na educação como forma de promover o cuidado, através de um atendimento centrado nas histórias do paciente, buscando valorizar a singularidade de cada pessoa. Com isso, visa não só validar a experiência do paciente, mas também estimular a criatividade e a autorreflexão no médico e demais profissionais de saúde.

Em anos recentes, diversas escolas de medicina vêm incorporando práticas narrativas em seus currículos com o objetivo de formar profissionais capazes de reconhecer a importância do relato do paciente tanto para a compreensão da doença quanto para a constituição do plano de cuidado.

Por meio de oficinas, os alunos são incentivados a refletir sobre aspectos de sua prática médica que lhes tenham criado desafios e tensões pessoais, a identificar suas interações com os pacientes, podendo criar textos reflexivos que expressem de que forma são afetados por essas experiências. Esses relatos e produções narrativas podem estar relacionadas às reflexões desencadeadas a partir de obras literárias ficcionais, ou não.

A medicina narrativa espera contribuir no processo de ensino-aprendizagem inclusive para o autoconhecimento¹¹ do aluno capacitando-o a saber o que fazer com as histórias dos pacientes, bem como lidar com suas próprias emoções e ponderações conforme essas, inevitavelmente, surjam no cotidiano. Essa aptidão é o que os permitirá se tornarem médicos capazes de receber as narrativas de seus pacientes, interpretando-as de forma que permitam tomar decisões terapêuticas compartilhadas, considerando o doente em sua integralidade.

⁹Eveline. Barbosa Pott et al. “Mapeando os estudos sobre educação médica no Brasil: tendências e perspectivas” *Revista Sustinere* [Online] 7 (2019). <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.38418>

¹⁰ Rita Charon, *Narrative medicine: honoring the stories of illness* (New York: Oxford University Press, 2008), 8.

¹¹ Rita Charon, *Narrative medicine: honoring the stories of illness* (New York: Oxford University Press, 2008), 11

Rita Charon propõe em seu livro *Narrative Medicine – Honoring the stories of illness*, o que seria o “prontuário clínico ideal”¹², teorizando que além do prontuário clínico clássico deveria se fazer um “prontuário do paciente”, sendo que esse permaneceria na posse do próprio doente. Nesse documento deveria ter espaço para os registros médicos oficiais - cópias das anotações dos médicos atendentes, cópias das imagens e resultados dos exames laboratoriais e, se possível, anotações de outros profissionais que estejam dispostos a participar dessa prática.

Do outro lado desse registro haveria espaço para as anotações do próprio paciente, sobre suas experiências, suas perguntas, relatórios de suas leituras do glicosímetro ou monitoramento da pressão arterial, além de espaço para as reflexões dos membros da família- *“a filha cuja mãe demente não se lembra mais de quem ela é, o pai desolado pela deficiência profunda de seu recém-nascido prematuro”*. Deveria ainda permitir a possibilidade para a escrita no “prontuário paralelo”¹³ dos profissionais de saúde que escrevem sobre aspectos do cuidado deste paciente que não pertencem ao prontuário hospitalar de ampla circulação.

Essa mudança no mapeamento do registro da vivência do paciente teria ainda como objetivo proteger a privacidade do paciente, enquanto afirma de forma oficial que a sua voz é o ponto cerne do cuidado médico.

Discussão

Estudar Semiologia e Medicina Narrativa pode representar para o aluno uma contradição, visto que ambas se caracterizam, infelizmente, como dois polos opostos na graduação médica, cada qual estimulando, por exemplo, formas completamente diferentes de registro de casos. Essa contradição precisa ser considerada na vivência do estudante, como é possível observar nos relatos a seguir:

“Não possuo a experiência necessária para discernir o clinicamente importante para se realizar um diagnóstico médico, e o que eu considerava importante para o cuidado do paciente.”- Gabriela K. Lopes – Aluna 5º Período.

“Presto atenção, anoto, revejo, aprendo. Tento entender a teoria, o contexto em que foi feito, o objetivo e o propósito do roteiro, pois apesar de ser simpática a uma das causas, ainda pertenço ao exército oposto. (...) Porém tenho que saber... que lado está certo. Qual o errado? Por que manteriam um sistema vigente se fosse considerado arcaico por todos?” - Gabriela K. Lopes – Aluna 5º Período.

No entanto, a Medicina Narrativa não foi criada em oposição ao modelo biomédico tradicional, ao prontuário clássico, e sim como um complemento a esse sistema, de forma a atender tanto a demanda dos pacientes, quanto a dos profissionais de saúde, privilegiando, acima de tudo, o cuidado.

¹² Ibid.,190

¹³ Ibid. 158-172.

O contato com a Medicina Narrativa permite ao estudante do curso médico desenvolver a capacidade de comunicação por meio de duas fases: na primeira, ouvir e compreender o paciente, suas experiências de vida e como a doença faz parte dela; em segundo lugar, falando, explicando o diagnóstico a ele, bem como o tratamento e seu acompanhamento. Portanto, é possível construir uma conexão direta com o paciente, permitindo uma troca de conhecimentos entre este e o aluno, futuro médico.¹⁴

Os estudantes de medicina, ainda em processo de formação, adentram nas vidas dos pacientes em momentos de grande fragilidade, deparando-se com situações narrativas de alta complexidade e subjetividade, na qual muitas das vezes os avanços científicos e tecnológicos são insuficientes para a sua compreensão. Com grande dificuldade em lidar com tais conjunções, uma vez que evidenciam sentimentos de incerteza, incapacidade e frustração, esses estudantes iniciam, muitas vezes, um processo de negação e distanciamento, isolando-se dos sentimentos e suas histórias.

O papel das emoções em suas vidas e a evidente dificuldade em conviver com elas, demonstra a necessidade de um ensino que permita a compreensão do ser humano em sua totalidade, visto que não se trata de abolir o modelo biomédico, mas sim de incorporar novos modelos que possam suprir as deficiências concernentes à formação humanística na área da saúde.

Embora a doença seja um fenômeno biológico, a resposta humana a esse acontecimento não é biologicamente determinada, ou mesmo, calculada. A singularidade de cada caso somente é percebida no ato de narrar e, para tal feito, é preciso seguir o fio da narrativa, dar sentido a sua linguagem, permitir sua expressão e principalmente, imaginar a doença pela perspectiva de quem a vive. Sendo assim, a forma como o paciente fala de sua doença, o modo como o médico a registra no prontuário, a maneira como os residentes a discutem nos *rounds clínicos* e, como os alunos são movidos a sentir e a pensar, se complementam entre si no cuidado ético.¹⁵

Nesse sentido, a Medicina Narrativa busca desenvolver a habilidade da escuta com atenção, compaixão e empatia, voltada para as histórias dos doentes e familiares, visto que suas narrativas que, muitas vezes não são sequer reconhecidas, podem contribuir para uma relação entre o estudante e seu paciente, antes mesmo de sua formação. Além disso, a escuta atenta estimula ainda a reflexão, permitindo que aqueles estudantes da área da saúde conheçam aspectos das vidas de seus pacientes e do seu relacionamento com os mesmos que antes eram inacessíveis ou pouco observados.¹⁶

¹⁴ Stefano Coaccioli. "Narrative medicine: the modern communication between patient and doctor." *La Clinica terapeutica* 162, 2 (2011): 91–2

¹⁵ Ana Luiza Novis et al., *Medicina Narrativa: a arte do encontro. A interface da medicina e a literatura* (Rio de Janeiro: Editora Thieme Revinter 1, 2021): 3-9

¹⁶ *Ibid.*, 9-12

Conclusão

Diante da realidade que se apresenta, no campo dos cuidados em saúde, entendemos que inúmeras propostas e alternativas precisam ser criadas, de forma a desenvolver no estudante de medicina habilidades humanísticas que, estimuladas na graduação médica, possam ser incorporadas a sua prática médica profissional. O Prontuário Paralelo, como proposto inicialmente pela MN, tem se mostrado como mais uma alternativa, dentre outras que esperamos que possam ainda surgir. Sabemos das dificuldades para a sua implantação, principalmente em função dos novos prontuários eletrônicos que tornam ainda mais difíceis os registros dos aspectos subjetivos relacionados ao sujeito no seu processo de adoecimento. No entanto, se por um lado temos dúvidas sobre a forma como deve ser feito, temos também a certeza de que alguma coisa precisa mudar, principalmente a partir do primeiro contato do estudante com a semiologia e o paciente adoecido, e que isso deve ser uma prioridade nas discussões no currículo de medicina sob a pena de cada vez mais nos afastamos daqueles que nos procuram.

As reflexões e as narrativas aqui apresentadas neste artigo são frutos de uma pesquisa de Iniciação Científica, realizada por um grupo de professores e alunos de medicina que acreditam no potencial transformador da MN. Acreditamos ainda na possibilidade de que novas propostas venham a surgir no campo da educação médica, visando sempre o desenvolvimento das humanidades médicas e seu potencial não só na transformação das relações, mas também em diagnósticos e tratamentos mais prudentes e eficazes.

Agradecemos o apoio da UNESA e do CNPQ pelo incentivo para a realização desta pesquisa.

Referências

- Barbosa Pott, Eveline., Pott Junior, Henrique. "Mapeando os estudos sobre educação médica no Brasil: tendências e perspectivas" *Revista Sustinere* [Online] 7, 1(2019). Doi: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2019.38418>
- Coaccioli, Stefano. "Narrative medicine: the modern communication between patient and doctor". *La Clinica Terapeutica*. 162, 2 (2011): 91-2
- Charon, Rita. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press, 2008.
- Meireles, Maria Alexandra de Carvalho, Cássia do Carmo Pires Fernandes, and Lorena Souza Silva. "Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação médica: expectativas dos discentes do primeiro ano do curso de medicina de uma instituição de ensino superior." *Revista Brasileira de Educação Médica* 43, 2 (2019): 67-78.
- Novis, Ana Luiza., Geovanini, Fátima., Veran, Lorraine. *Medicina Narrativa: a arte do encontro A interface da medicina e a literatura*. Rio de Janeiro: Editora Thieme Revinter 1, 2021

- Porto, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan 7, 2013
- Rios, Izabel Cristina, “Humanidades Médicas como Campo de Conhecimento em Medicina”. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*. 40, 1 (2016):21-29
- Swick, Herbert M. "Toward a normative definition of medical professionalism.", *Academic medicine* 75, 6 (2000): 612-6.
- Vieira, Joaquim Edson; Lopes Júnior, Ademir; Basile, Maria Aparecida; Martins, Milton de Arruda. “Identificação das diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina pelos alunos da Universidade de São Paulo.” *Revista Brasileira de Educação Médica*, 27, 2 (2021): 96-103.

**Da cardiologia a outras especialidades:
livros e filmes como recursos para o desenvolvimento
de competências narrativas**

*From cardiology to other specialties: books and films as resources for the development
of narrative skills*

*De la cardiología a otras especialidades: libros y películas como recursos para el desarrollo
de habilidades narrativas*

Monica de Cassia Firmida¹
Ieda Maria Barbosa Aleluia²
David Kestenberg³
Ana Luisa Rocha Mallet⁴
Cristiane Alves Villela⁵
Lucia Azevedo⁶
Vania Maria C. Silva⁷

Resumo: A Medicina Narrativa busca contribuir para a formação do profissional médico almejado nas diretrizes curriculares de 2014: humanista, ético, com responsabilidade social e com capacidade crítica para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Esse desafio pressupõe competências narrativas que a medicina narrativa busca desenvolver ao utilizar obras literárias e filmes, entre outras manifestações artísticas, no ensino médico. Nesse artigo apresentamos exemplos de inserção de três filmes e um texto literário em disciplinas que se caracterizam por conteúdos extensos e eminentemente técnicos, com pouco espaço para discussão de questões do processo de adoecimento que vão além desses aspectos. Essa fragmentação no ensino se reflete numa fragmentação no cuidado e nesse artigo apresentamos algumas sugestões de como introduzir nas disciplinas de conteúdos mais específicos, através das artes, discussões extremamente relevantes para o cuidado integral ao paciente.

Palavras-chave: Medicina Narrativa, Educação Médica, Literatura e Medicina, Humanidades Médicas, Medicina e Arte

Abstract: Narrative Medicine seeks to contribute to the training of the medical professional desired in the curricular guidelines of 2014: humanist, ethical, with social responsibility and with critical capacity to act at different levels of health care. This challenge presupposes narrative competencies that narrative medicine seeks to develop when using literary works and films, among other artistic manifestations, in medical education. In this article we present examples of the insertion of three films and a literary text in disciplines that are characterized by extensive and eminently technical contents, with little room for discussion of issues of the illness process that go beyond these aspects. This fragmentation in teaching is reflected in a fragmentation in care and in this article we present some suggestions on how to introduce in the disciplines of more specific contents, through the arts, discussions extremely relevant for comprehensive patient care.

Keywords: Narrative Medicine, Medical Education, Literature and Medicine, Humanities, Medicine and art

¹ Pneumologista Pediátrica, Professora Adjunta, Departamento de Doenças do Tórax, Coordenadora de Extensão, Faculdade de Ciências Médicas - UERJ, Médica do Hospital Federal de Bonsucesso.

² Médica, pneumologista, professora adjunta do curso de medicina da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da UNEB. Membro do NDE das duas instituições e do Programa de Desenvolvimento Docente da Escola Bahiana. Editora chefe da Revista Internacional de Educação e Saúde (RIES). Fellow Faimer Brasil, 2009.

³ Gastroenterologista e Professor Universidade Estácio de Sá.

⁴ Doutora em Cardiologia, Professora da Universidade Estácio de Sá, Médica da UFRJ (NUBEA e CPST) e HGB.

⁵ Professora titular de Hepatologia da UFRJ.

⁶ Professora Associada de Dermatologia.

⁷ Professora associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Resumen: La Medicina Narrativa busca contribuir a la formación del profesional médico deseado en las directrices curriculares de 2014: humanista, ético, con responsabilidad social y con capacidad crítica para actuar en los diferentes niveles de atención a la salud. Este desafío presupone competencias narrativas que la medicina narrativa busca desarrollar al utilizar obras literarias y películas, entre otras manifestaciones artísticas, en la educación médica. En este artículo presentamos ejemplos de la inserción de tres películas y un texto literario en disciplinas que se caracterizan por contenidos extensos y eminentemente técnicos, con poco espacio para la discusión de temas del proceso de la enfermedad que van más allá de estos aspectos. Esta fragmentación en la enseñanza se refleja en una fragmentación en el cuidado y en este artículo presentamos algunas sugerencias sobre cómo introducir en las disciplinas de contenidos más específicos, a través de las artes, discusiones extremadamente relevantes para la atención integral al paciente.

Palabras clave: Medicina Narrativa, Educación Médica, Literatura y Medicina, Humanidades Médicas

"Médicos geralmente entram na medicina para melhorar a vida das pessoas e ajudá-las a viver melhor, mas em algum lugar ao longo do caminho nos perdemos em sistemas de órgãos e doenças. Nós nos afogamos em relatórios laboratoriais frequentes e em sinais vitais flutuantes. E perdemos o panorama geral."⁸

Introdução

A medicina enfrenta grandes desafios no processo de formação do futuro médico, entre os quais destacamos o volume e a velocidade da produção de conhecimentos e o desenvolvimento de novas tecnologias diagnósticas e/ou terapêuticas. Os cursos de graduação costumam ser fragmentados em disciplinas, cada uma com suas especificidades, mas todas com conteúdo cada vez maior a ser “ensinado” ao graduando, no mesmo (ou menor) espaço de tempo. No decorrer da graduação, a progressiva complexidade das disciplinas e das situações clínicas vai demandando mais foco para os estudos, assim como aumenta o risco de sedução oferecido pelas tecnologias. Desta forma, os estudantes tendem a se distanciar de uma atitude altruísta que a maioria demonstra no início do curso. Nas disciplinas ligadas a especialidades clínicas (cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, entre outras) estes desafios se tornam ainda maiores, com risco de termos egressos lógicos e objetivos, que teoricamente conhecem muitas doenças e procedimentos, mas muitas vezes não conseguem entender o processo saúde-doença e cuidar do ser humano na complexidade de contextos reais⁹.

A Medicina Narrativa (MN) tem se apresentado como mais uma aliada no desenvolvimento de habilidades almeçadas ao graduando de medicina. Ela não é um “manual de normas e condutas para se tornar um bom médico”, nem é outra especialidade médica, mas um campo de ensino, prática e pesquisa em saúde, com instrumentos que visam o desenvolvimento e/ou o aperfeiçoamento de

⁸ Jessica Kalender-Rich. “The Challenge of Knowing.” *JAMA* 325, 21 (2021): 2155. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.7850>.

⁹ Lucas Alves Silva, Camila Muhl, Maria Marce Moliani. “Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina” *Psicologia Argumentação* 33, 80 (2015): 298–309. Doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>.

competências narrativas¹⁰. Estas competências permitem o reconhecimento da história narrada pelo indivíduo em toda sua complexidade e variedade de sentidos, assim como sua representação ao recontar, registrar e valorizar o que é contado na tomada das decisões clínicas. Consequentemente, contribuem para o estabelecimento de uma relação profissional-paciente baseada em vínculo e confiança, valorizando as múltiplas dimensões do encontro clínico e promovendo maior chance de resolutividade¹¹. Neste caminho, a MN vai ao encontro da formação do médico almejado no art. 3º, capítulo I, das Diretrizes Curriculares de Graduação em Medicina (2014):

“O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença”¹²

A MN baseia-se no tripé clássico de **atenção, representação e vínculo**. A atenção se refere à escuta atenta, uma escuta radical – como se suspendêssemos o tempo e nos puséssemos num vazio, sendo penetrados pela história contada pelo paciente. A leitura atenta de textos literários e a análise de filmes, assim como de outras artes, promovem o desenvolvimento e o aprimoramento de habilidades para a escuta e o olhar atentos também para a prática médica. A representação depende, além da escuta atenta, da capacidade de visão holística e de interpretação. Uma das maneiras de promover o desenvolvimento de habilidades de representação é através de exercícios de escrita reflexiva, estimulada por meio de um material deflagrador. Estes estímulos podem ser um texto, uma imagem, uma cena de filme, uma charge etc. Após a leitura/interpretação destes materiais deflagradores, propõe-se a escrita reflexiva, realizada em poucos minutos e, posteriormente, o compartilhamento destas produções entre os envolvidos na atividade. Esta fase colaborativa geralmente surpreende os participantes pela riqueza e multiplicidade de abordagens encontradas nos textos a partir de uma mesma provocação. Esse ato criativo compartilhado muitas vezes nos revela algo que sabíamos, mas que não sabíamos que sabíamos, e pode contribuir no lidar com emoções que talvez não tivessem se descortinado sem a mediação pela obra de arte. O processo de atenção e representação, presente no encontro

¹⁰ Rita Charon. “Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics.” *Annals of Internal Medicine* 134, 1 (2001): 83-7. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00024>.

¹¹ Rita Charon, Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colón, Danielle Spencer, and Maura Spiegel. “The Principles and Practice of Narrative Medicine.” (Oxford: Oxford University Press, 2017).

¹² BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. 2014. “RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014.”

clínico, possibilita o alcance do vínculo entre os sujeitos desse encontro, paciente e médico/profissional de saúde, indispensável para o cuidado efetivo. Estas mesmas etapas ocorrem em situações análogas de compromisso e vínculo, como na relação professor-aluno¹³.

A utilização de filmes e de textos literários na graduação médica tem ampla aplicabilidade, tanto na abordagem de aspectos técnicos de condições clínicas, como também na percepção do processo de adoecimento de um indivíduo em particular. Estes recursos podem contribuir para o desenvolvimento de competências para a visão ao mesmo tempo holística e cuidadosa, indo desde habilidades para a construção da história clínica da pessoa, até a análise minuciosa de exames complementares, como exames de imagem¹⁴.

Neste artigo, tomando a cardiologia como exemplo, trataremos em particular de filmes que apresentam a doença cardíaca sob diferentes aspectos e de uma experiência com a utilização de um texto literário utilizado numa prova de cardiologia.

Cinema, literatura e o ensino de especialidades médicas

Cinema

Filmes costumam ter grande popularidade e aceitação pelos alunos. Por isso, alguns filmes utilizados com estas finalidades já se tornaram “clássicos” entre educadores da saúde e têm alta probabilidade de serem apresentados ao estudante de medicina ao longo da sua formação, como "Patch Adams", "Um golpe do destino", "Mar adentro", "Cisne negro", "Melhor é impossível" e “Uma lição de vida”. A variedade de filmes disponíveis é enorme e inclui exemplos afins à medicina geral e a diferentes especialidades. No quadro 1 encontram-se sugestões de filmes e livros que permitem discussões muito mais profundas que as doenças que abordam.

Discutiremos três filmes, dois deles bastante premiados em 2016, que oferecem diversas oportunidades de aplicação na disciplina de cardiologia e que abordam, sob diferentes aspectos, uma das condições cardiológicas mais prevalentes no mundo - a insuficiência cardíaca (IC): "Manchester à beira-mar", "Eu, Daniel Blake" e “Um ato de coragem”.

O primeiro filme, “Manchester à beira-mar”, de Kenneth Lonergan, vencedor do Oscar de 2016 de melhor ator (Casey Affleck) e de melhor roteiro original, tem como tema central a volta de um homem à sua cidade natal após a morte do irmão. Diante da necessidade inevitável de cuidar do

¹³ Rita Charon “Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics.” *Annals of Internal Medicine* 134, 1 (2001): 83-7. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00024>.

¹⁴ Anne Hunsaker Hawkins, Marilyn Chandler McEntyre. *Teaching Literature and Medicine*. (Nova Iorque: Modern Language Association of America. 2000).

sobrinho de 16 anos, esse homem precisa encarar um grande trauma do passado. Destacamos a cena que se passa em menos de três minutos, na qual o diagnóstico de IC é comunicado ao irmão que vem a falecer.

Durante uma internação hospitalar, a médica conversa com o paciente e sua família (esposa, irmão e pai) sobre o diagnóstico da IC, apresentando uma série de inferências prognósticas, apesar de enfatizar que são dados estatísticos relacionados a essa doença em geral e que podem não representar um paciente em particular. Esta única cena abre uma grande janela de oportunidades de discussões, a começar por aspectos da própria IC: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico, tratamento, risco de morte etc. Mas vai muito além. A partir dela, é possível discutir a comunicação do diagnóstico de situações difíceis, a relação médico-paciente, a “autoridade” médica e, parafraseando Michael Balint, “o médico como remédio”, incluindo seus “efeitos colaterais” (iatrogenias)¹⁵. As reações apresentadas pelo paciente e por sua mulher narram claramente tudo isso em poucos segundos e cada espectador sente à sua maneira.

Conversas que versam sobre a revelação de diagnósticos e prognósticos de doenças ameaçadoras da vida, também nomeadas por más notícias, são consideradas uma das mais difíceis atribuições imputadas ao médico. Más notícias podem ser consideradas, no campo da saúde, como qualquer informação cujo conteúdo vai afetar drasticamente a perspectiva de futuro de quem a recebe e a de seus familiares. Dificuldades na comunicação de más notícias fazem com que as discussões sobre a fase terminal da doença, a proximidade da morte e indicação para cuidados paliativos exclusivos só sejam discutidas com o paciente e sua família^{16,17,18}.

O espaço de convivência que se cria, a partir do compartilhamento das percepções individuais dos estudantes, além de estimular a escuta atenta e a percepção da experiência do outro permite que a discussão se amplie. Por exemplo, é possível levantar questões espinhosas como: o que dizer quando o paciente nos pergunta "quantos anos de vida eu tenho, doutor(a)?", "eu vou conseguir ver meu filho se formar?", "eu vou ver meu neto crescer?". Incontáveis perguntas podem surgir na mente nestes

¹⁵ Michael Ballint. 2005. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Atheneu. 9788573797435.

¹⁶ Walter F Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Gloger, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka. “SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.” *The Oncologist* 5, 4 (2000): 302–11. Doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.

¹⁷ Fátima Geovanini., “Apoderando-Se Do Câncer ‘Dos Outros’: Contribuições Da Ética Das Virtudes Ao Estudo Da Comunicação de Prognósticos de Câncer a Pacientes e Familiares.”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12845/1/ve_F%c3%a1tima_Cristina_ENSP_2015.pdf.

¹⁸ Sandra Ragan, Elaine Wittenberg, Harry T. Hall. “The Communication of Palliative Care for the Elderly Cancer Patient.” *Health Communication* 15, 2 (2003): 219–26. Doi: https://doi.org/10.1207/S15327027HC1502_9.

momentos. Sem esta oportunidade, é possível que o médico sofra mais diante de situações semelhantes e que tenda a assumir a posição de “não se envolver”, delegando a outros profissionais esta abordagem, fragmentando o cuidado, comprometendo a comunicação e quebrando o vínculo. Aprender a lidar com situações análogas e a trabalhar em equipe, colaborativamente, é fundamental para evitar o *burnout* do médico e dar direito ao doente e sua família de entender e elaborar o processo de adoecimento e até de fim de vida, quando for o caso¹⁹.

O segundo filme que também trata da questão da IC, mas agora sob uma ótica bem mais social, é "Eu, Daniel Blake", exibido em 2016, dirigido pelo premiado Ken Loach e Palma de Ouro no Festival de Cannes. Na Inglaterra, Daniel Blake, interpretado por Dave Johns, sofre um ataque cardíaco e, então, é desaconselhado pela médica a retornar ao seu trabalho de carpintaria. Assim começa sua via *crucis* em busca de seus direitos e dos benefícios concedidos pelo governo aos pacientes que se encontram nessa situação. Ele enfrenta a burocracia do sistema, a frieza das instituições que supostamente existem para facilitar a vida dos pacientes, as dificuldades que são amplificadas pelo seu analfabetismo digital e todo um processo que pode nos remeter inclusive ao livro "O Processo", de Franz Kafka, que aborda o angustiante, sem sentido e perverso processo burocrático a que os cidadãos são frequentemente submetidos.

Este filme pode trazer para discussão temas que raramente são abordados em aulas que tratam de infarto ou de IC, mas que invariavelmente fazem parte da prática médica. Quem já não ouviu a pergunta: "Doutor(a), eu posso voltar a trabalhar?", "Doutor(a), eu tenho direito a me aposentar?", "Como eu faço para ter meu benefício?", "Doutor(a), eles tiraram meu benefício. E agora, o que eu faço?". Estas situações tão frequentes para os que acompanham pacientes pós-infarto do miocárdio e pacientes com IC, mostram a relevância de se aprender sobre direitos do paciente, legislações relacionadas à saúde do trabalhador e como redigir um laudo para perícia médica.

Outra potencialidade é propor a reflexão sobre a nossa realidade a partir de situações exibidas no filme. Durante suas inúmeras idas aos departamentos governamentais, Daniel Blake encontra uma mulher branca que acaba de se mudar para a cidade e que também busca apoio social. Essa mulher tem dois filhos, sendo um deles uma menina negra, e também enfrenta muitas dificuldades e sofre diante da insensibilidade da seguridade social. Em que aspectos somos semelhantes ou diferentes no Brasil?

¹⁹ Fátima Geovanini. “Apoderando-Se Do Câncer ‘Dos Outros’: Contribuições Da Ética Das Virtudes Ao Estudo Da Comunicação de Prognósticos de Câncer a Pacientes e Familiares.”. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12845/1/ve_F%c3%a1tima_Cristina_ENSP_2015.pdf.

O terceiro filme é “Um Ato de Coragem” (2001), no qual John Q. Archibald (Denzel Washington) luta para conseguir um transplante cardíaco para seu filho Michael, diagnosticado com cardiomiopatia. A situação fica ainda mais dramática quando ele é informado que o seguro de saúde da sua família não cobre os custos necessários ao tratamento da criança. Outro exemplo em que a riqueza de oportunidades de discussões vai muito além da própria doença: o drama dos pais, a falta do seguro saúde em um país sem “SUS”, peculiaridades da forma de abordagem dos profissionais etc.

Como já dito, o cinema vem sendo utilizado em vários momentos da formação médica para a discussão de questões relacionadas principalmente à ética e à prática médica. O cinema, ao aliar a história contada à imagem, em um tempo geralmente mais curto que a leitura de um livro, nos coloca diante de imagens e sons que afetam nossa sensibilidade de uma maneira diversa da experiência estética da leitura. Ambas, literatura e cinema, permitem um nível de interiorização e catarse que é difícil de se atingir utilizando apenas a literatura técnica médica. Nos livros médicos encontramos a descrição das células, dos órgãos, das doenças, o diagnóstico, o tratamento, o prognóstico e as complicações. Na literatura e no cinema as doenças se descortinam associadas a outros problemas, conforme vivenciadas pelos personagens, oferecendo a experiência do adoecimento contextualizado e representado sob os mais variados ângulos ²⁰.

Atividades deste tipo são facilmente identificadas em disciplinas de conteúdo tradicionalmente humanístico como bioética, psicologia médica e psiquiatria, por exemplo. Apesar da riqueza potencial, poucas vezes estes recursos são usados nas disciplinas especializadas focadas em algumas áreas (cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, neurologia, entre outras) ²¹. Talvez, isto ocorra por não ser percebido o potencial das artes também no desenvolvimento de outras habilidades essenciais à prática médica.

Literatura

Rita Charon ²² e Isabel Fernandes ²³ propõem a leitura cuidadosa e atenta de textos literários, o *close reading*, para desenvolver habilidades em reconhecer as narrativas dos pacientes. A afinidade

²⁰ Ana Luisa Rocha Mallet, Luciana Andrade, Maria Clara Marques Dias. “Literatura e Cardiologia.” *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences* 28, 4 (2015): 335–37. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150048>.

²¹ Lucas Alves Silva, Camila Muhl, Maria Marce Moliani. “Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina” *Psicologia Argumentação* 33, 80 (2015): 298–309. Doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>.

²² Rita Charon. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. (New York: Oxford University Press, 2000).

²³ Isabel Fernandes, Cecilia Beecher Martins, Armandio Reis, Zuzanna Sanches. *Creative Dialogues: Narrative and Medicine*. 1a ed. Cambridge: Cambridge Scholars Pub, 2015.

entre a palavra como matéria prima da literatura e da medicina, assim como as oportunidades de acesso a incontáveis experiências humanas nestas duas áreas, talvez sejam explicações para a existência de tantos médicos escritores, como Tchekvov, Conan Doyle, Guimarães Rosa, J.J. Camargo, entre inúmeros outros citados por Moacyr Scliar, que também era um deles ²⁴.

Laplatine, em seu livro “Antropologia da Doença”, apresenta o que definiu como a “verdadeira contribuição do texto literário à medicina”, não sob a forma de biomedicina, mas de olhares que oferece: sob a forma de auto-observação (se o próprio escritor estiver doente) e da observação de outrem (os doentes e também os médicos). No seu trabalho, envolvendo o estudo de cerca de 450 textos literários e 119 filmes, dividiu as obras em três grupos: as que consideram a doença do ponto de vista do médico (o “romance médico”) em que a doença é abordada “na terceira pessoa”, aquela em que o personagem principal se confronta com a doença do outro (doença “na segunda pessoa”) e aquelas em que o próprio escritor ou herói estão doentes (doença na “primeira pessoa”) ²⁵.

Para exemplificar este potencial da união da literatura com a medicina, compartilhamos uma experiência aplicada em uma prova de cardiologia no 6º período da graduação médica, em uma escola privada, a partir de um trecho do livro “Memórias de Adriano”, de Marguerite Yourcenar ²⁶. Nesse livro, o imperador Adriano relata seu sofrimento com a IC, descrevendo sinais e sintomas da doença bem como seu comportamento diante da perspectiva do final de vida próximo. Foram realizadas cinco perguntas (quatro delas com conteúdo eminentemente técnico) e verificado o percentual de erros e acertos dos alunos, seguidos de reflexões e debate das respostas. Segue o trecho deflagrador desta atividade:

“Meu caro Marco, estive esta manhã com meu médico Hermógenes... Deitei-me sobre um leito depois de me haver despojado do manto e da túnica. Poupe-te detalhes que te seriam tão desagradáveis quanto a mim mesmo, omitindo a descrição do corpo de um homem que avança em idade e prepara-se para morrer. É difícil permanecer imperador na presença do médico e mais difícil permanecer homem. O olho do clínico não via em mim senão um amontoado de humores, triste amálgama de linfa e sangue. Esta manhã, pela primeira vez, ocorreu-me a ideia de que meu corpo, este fiel companheiro, este amigo mais seguro e mais meu conhecido do que minha própria alma, não é senão um monstro sorrateiro que acabará por devorar seu próprio dono. [...] minhas pernas intumescidas já não me podem sustentar durante as longas cerimônias romanas. Sufoco! Esse fim tão próximo não é necessariamente imediato: deitei-me ainda, cada noite, com a esperança de acordar pela manhã. [...] **Dizer que meus dias estão contados nada significa! Assim foi sempre. E assim sempre será para todos nós.** Mas a incerteza do lugar, da ocasião e do modo, incerteza que nos impede de ver distintamente esse fim para o qual avançamos inexoravelmente, diminui para mim à medida

²⁴ Moacyr Scliar. “Literatura e Medicina: O Território Partilhado.” *Caderno de Saúde Pública* 16, 1 (2000): 245–48. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100026>.

²⁵ François Laplatine. *Antropologia Da Doença*. 4a ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

²⁶ Marguerite Yourcenar. *Memórias de Adriano*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

que progride minha mortal enfermidade. Qualquer um de nós pode morrer a qualquer instante, mas um enfermo sabe, por exemplo, que não mais estará vivo dentro de dez anos. Minha margem de hesitação já não abrange anos, apenas alguns meses. Correr, mesmo no mais curto percurso, ser-me-ia hoje tão impossível quanto para a pesada estátua de um César de pedra. Posso, entretanto, lembrar-me de minhas carreiras de criança [...] seguro de que o coração perfeito e os pulmões intactos restabeleceriam o equilíbrio”.

O grifo foi colocado intencionalmente pelos professores.

Foi apresentada aos estudantes a seguinte proposição:

"Esse trecho do livro "Memórias de Adriano" trata de uma das condições mais prevalentes na prática clínica. Em relação a este quadro, pergunta-se:

- 1) Que diagnóstico você daria ao imperador?
- 2) Cite dois achados no texto que sugerem esse diagnóstico.
- 3) Quais os dois principais mecanismos de morte nessa condição clínica?

4) Vamos supor que você atenda um paciente com essas mesmas queixas. Como iniciaria o tratamento e que drogas utilizaria para melhorar a sobrevida desse paciente considerando que durante o exame físico você tenha verificado a existência de uma terceira bulha no foco mitral?

- 5) A que o imperador se refere quando diz "Assim foi sempre"?"

A questão foi respondida por 137 alunos. Foi marcante a diferença de acerto entre as perguntas técnicas (1 a 4) e a pergunta 5, que envolvia a interpretação sobre o que o paciente estaria expressando com "Assim foi sempre": na pergunta 5, 64% dos alunos receberam nota zero enquanto nas outras 4 questões, 3 a 20% dos estudantes tiraram zero.

Algumas respostas que receberam nota zero à pergunta 5:

"o paciente já podia apresentar queixas/sintomatologia anteriormente, que somente progrediu. Já deveria ser cardiopata, apresentar hipertensão arterial, por exemplo"

"provavelmente é porque ele já sabia do seu diagnóstico, isso aponta, por exemplo, para etiologias como cardiopatia reumática ou congênita"

"ele indica que a condição dele se faz presente "desde sempre", provavelmente desde o início de sua vida, sua juventude. Tal fato aponta para uma condição congênita, ou seja, uma provável miocardiopatia congênita que culminou na insuficiência cardíaca congestiva"

"talvez ele tenha miocardiopatia hipertrófica, ou seja, uma hipertrofia ventricular de longa data, que teve início quando era jovem"

"tendo em vista a progressão da IC ao longo dos anos, podendo ser exemplificado pela elevação da categoria funcional NYHA e as limitações que esses pacientes apresentam, tanto social quanto os sinais clínicos apresentados (ex: congestão)"

Esta atividade mostra o quanto, em uma primeira leitura, a atenção e a interpretação do texto literário (e aqui poderia ser um paciente em situação real) estão direcionadas à doença e às verdades

científicas. A grande maioria dos estudantes foi incapaz de reconhecer que o trecho grifado provocava um questionamento filosófico sobre a vida e sua finitude. Dos 137 alunos, 87 deles (64%) nem sequer fizeram menção à palavra “morte” ao interpretar o trecho: “Assim foi sempre. E assim sempre será para todos nós”. Estas respostas equivocadas destoam do desempenho do grupo nas outras 4 questões que exigiam conhecimentos técnicos, com foco na doença.

Na etapa de discussão das respostas, chamaram a atenção colocações como: “*eu nunca vi isso numa prova de cardiologia*” e “*se fosse numa prova de saúde da família ou psicologia médica eu responderia de outra forma, mas como era prova de cardiologia...*” Estas narrativas, inevitavelmente, provocam reflexões acerca da percepção destes alunos sobre o ensino médico. Que valores estamos transmitindo? Será que estes comportamentos “padronizados” se repetirão na prática assistencial com atitudes diferentes ao atender pessoas na clínica privada ou no serviço público de saúde, por exemplo?

Reflexões sobre estas artes como recursos para o ensino médico

As artes em geral têm despertado interesse crescente no ensino médico, como demonstra a recente revisão sistemática realizada por autoras brasileiras²⁷. A experiência de alguns membros deste grupo com a utilização de filmes e textos literários na formação médica faz parte de uma trajetória de alguns anos e conta com publicações acessíveis para interessados em pesquisar e agregar conhecimento nesta área^{28,29}. Estas se somam às de outros autores que também vêm pavimentando este caminho da MN no Brasil^{30,31,32}.

Sob a ótica da filosofia da educação, conforme nos provoca Antônio Severino no artigo “A busca do sentido da formação humana: tarefa da filosofia da educação”³³, nos questionamos o quanto

²⁷ Lúcia Trindade da Silva Mairot, Beatriz Biasi Gin da Costa, Thaís Pedrosa Moraes Heringer, Raquel Camargos Borges, Eliane Perlatto Moura. “As Artes Na Educação Médica: Revisão Sistemática Da Literatura.” *Revista Brasileira de Educação Médica* 43, 4 (2019): 54–64. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20180146>.

²⁸ Ana Luisa Rocha Mallet, Luciana Andrade, Maria Clara Marques Dias. “Literatura e Cardiologia.” *International Journal of Cardiovascular Sciences* 28, 4 (2015): 335–37. <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150048>.

²⁹ Ana Luisa Rocha Mallet, Fatima Geovanini, Luciana Andrade, David Kestenberg. 2018. “Cinema e Cardiologia: Uma Potente Ferramenta de Ensino.” *International Journal of Cardiovascular Sciences* 31, 4 (2018): 20241–63. Doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180029>.

³⁰ Eloísa Grossman, Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso. “As Narrativas Em Medicina: Contribuições Da Prática Clínica Ao Ensino Médico.” *Revista Brasileira de Educação Médica* 30 (2006):6–14.

³¹ Dante Marcello Claramonte Gallian. “Literatura e Formação Humanística Em Medicina: O Experimento Do Laboratório de Humanidades Da EPM/UNIFESP.” *Revista de Medicina* 91, 3 (2012): 174. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p174-177>.

³² Luís Augusto Fischer, Marta Orofino. *Literatura Na Vida. Experiências de Ler e Escrever Na Educação e Na Saúde*. 1a ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2020.

³³ Joaquim Severino, Antônio. “A Busca Do Sentido Da Formação Humana: Tarefa Da Filosofia Da Educação”. *Educação e Pesquisa* 32, 3 (2006): 619–34.

estamos (ou não) indo ao encontro das ambiciosas metas da formação médica. Sabemos que questionamentos deste tipo não são novos e que fazem parte da história da educação dos futuros médicos. Por outro lado, são reflexões necessárias para o realinhamento de processos e podem gerar movimentos transformadores e enriquecedores. Assim aconteceu quando o termo “Medicina Narrativa” foi cunhado pela Dra Rita Charon, na Universidade de Columbia³⁴.

Na medida em que o Sistema de Acreditação de Educação Médica dos Estados Unidos (EUA, 2002)³⁵ criou a exigência de competência nas áreas de comunicação, colaboração e profissionalismo, visando a residência médica, foi aberta uma oportunidade para a MN. Além dos EUA, sua incorporação ao currículo ocorreu também no Canadá. Autores de um estudo realizado na *Columbia University College of Physicians and Surgeons*, que avaliou alunos após um mês de imersão em um curso de MN, sem outras atividades, admitiram que o currículo tradicional não capacitaria os futuros médicos para as exigências do sistema de acreditação. Os estudantes identificaram a MN como uma estratégia pedagógica fundamentada na aprendizagem colaborativa, através de interação, reflexão e reformulação de suas percepções³⁶. Um outro estudo realizado na mesma instituição, desta vez com a totalidade dos estudantes do segundo ano médico, descreveu as experiências dos discentes, com ganhos em representação visual e escrita, além de crescimento pessoal, ao compartilhar suas experiências em seminários e, ainda, um aprimoramento na capacidade de atenção, percepção e observação das pessoas sob seus cuidados³⁷.

No entanto, mesmo em cursos que aparentemente valorizam as chamadas humanidades médicas em seu currículo, a identificação e incorporação destes aspectos que deveriam ser longitudinais na graduação médica, dificilmente ocorre nas disciplinas de especialidades clínicas, de conteúdo essencialmente técnico. Este compromisso fica delegado às disciplinas já tradicionalmente dedicadas a uma abordagem mais ampla, como Bioética, Saúde da Família e Psicologia Médica³⁸. Por isso o uso do cinema e da literatura nas outras especialidades causa estranhamento tanto para os discentes quanto

³⁴ Rita Charon. “Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics.” *Annals of Internal Medicine* 134, 1 (2001): 83-7. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00024>.

³⁵ Paul Batalden, David Leach, Susan Swing, Hubert Dreyfus, and Stuart Dreyfus. “General competencies and accreditation in graduate medical education.” *Health Aff (Millwood)*. 21, 5 (2002):103-11. Doi: 10.1377/hlthaff.21.5.103. PMID: 12224871.

³⁶ Shannon Arntfield, Kristen Slesar, Jennifer Dickson, and Rita Charon. “Narrative Medicine as a Means of Training Medical Students toward Residency Competencies.” *Patient Education and Counseling* 91, 3 (2013): 280–86. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.014>.

³⁷ Eliza Miller, Dorene Balmer. “Sounding Narrative Medicine: Studying Students’ Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons.” *Acad Med* 89, 2 (2014) 335–42. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000098>.

³⁸ Lucas Alves Silva, Camila Muhl, Maria Marce Moliani. “Ensino médico e humanização: análise a partir dos curriculos de cursos de Medicina” *Psicologia Argumento* 33, 080 (2015): 298–309. Doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>.

para os docentes. Talvez isto corra por não ser percebido o potencial das artes também no desenvolvimento de outras habilidades essenciais à prática médica.

Considerações finais

É incomensurável a contribuição das tecnologias duras à prática médica e indiscutível a necessidade do estudante aprender a lidar com este universo. A Medicina Narrativa não é um movimento contrário à inovação técnico-científica, mas um conjunto de metodologias que promove o desenvolvimento de outras habilidades e competências auxiliares à tomada de decisões mais adequadas, responsáveis e, por que não dizer, de menor custo para o sistema de saúde. A maioria dos problemas de saúde encontrados na prática médica não dependem de tecnologias duras para sua condução. Sofrimento, depressão, alienação, doença crônica e incapacidade – problemas que dizem respeito à condição humana e que necessitam de acuidade de percepção e habilidade de comunicação – requerem um outro tipo de *expertise*, que pode ser adquirido ou desenvolvido através das artes.

A literatura e o cinema têm sido utilizados como uma possibilidade concreta de auxiliar no processo de sensibilização do médico, permitindo expandir a experiência humana, ampliar o imaginário e a capacidade de impressão e expressão. A emoção estética, o acesso a outras realidades e histórias podem contribuir para a aproximação e o encontro com o outro e para um exercício de escuta mais disponível e generoso.

Apesar da tentativa de introdução das chamadas "humanidades" no currículo médico e de algumas tentativas de inserção da MN, essas ainda são percebidas como apêndices "interessantes" na formação médica e não como indispensáveis ao exercício da profissão.

Uma prática médica mais comprometida e inclusiva, tanto individual como socialmente, envolve um olhar crítico para o que temos realizado e uma busca pela ampliação das nossas experiências humanas e um compartilhar de nossas incertezas. A MN, incorporando a arte como uma facilitadora e provocadora nesse movimento, pode ser uma forte aliada para que o tripé atenção, representação e vínculo se fortaleça e permita um melhor cuidado.

A inserção da MN no currículo médico, porém, pode esbarrar na própria limitação dos preceptores e daqueles responsáveis pela formação dos alunos em enxergar o quanto é urgente sua integração ao conhecimento técnico. Isso nos leva a pensar no desenvolvimento docente de uma forma mais ampla. Talvez todos nós precisemos refletir sobre a melhor forma de promover essa integração para que o exercício da medicina seja mais acolhedor, com menos sofrimento, tanto para o paciente como para o médico. Desta forma, é possível que se consiga retomar a atitude altruísta que a maioria

dos alunos demonstra ao entrar na faculdade, permitindo que ele exerça não a medicina da doença, mas a medicina da pessoa.

Referências

- Arntfield, Shannon L., Kristen Slesar, Jennifer Dickson, Rita Charon. “Narrative Medicine as a Means of Training Medical Students toward Residency Competencies.” *Patient Education and Counseling* 91, 3 (2013): 280–86. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.01.014>.
- Baile, Walter F., Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale, and Andrzej P. Kudelka. “SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.” *The Oncologist* 5, 4 (2000): 302–11. Doi: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
- Ballint, Michael. *O Médico, Seu Paciente e a Doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005.
- Batalden, Paul, David Leach, Susan Swing, Hubert Dreyfus, Stuart Dreyfus. 2002. “General competencies and accreditation in graduate medical education.” *Health Aff (Millwood)*. 21, 5(2002):103-11. Doi: 10.1377/hlthaff.21.5.103. PMID: 12224871.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, and CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. 2014. “RESOLUÇÃO No 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014.”
- Charon, Rita. “Narrative Medicine: Form, Function, and Ethics.” *Annals of Internal Medicine*. 134, 1 (2001): 83-7. Doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-134-1-200101020-00024>.
- Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Charon, Rita, Sayantani DasGupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric R. Marcus, Edgar Rivera Colón, Danielle Spencer, Maura Spiegel. “The Principles and Practice of Narrative Medicine.” Oxford: Oxford University Press, 2017.
- Fernandes, Isabel, Cecilia Beecher Martins, Armandio Reis, and Zuzanna Sanches. *Creative Dialogues: Narrative and Medicine*. 1a ed. Cambridge: Cambridge Scholars Pub, 2015.
- Fischer, Luís Augusto, and Marta Orofino. 2020. *Literatura Na Vida. Experiências de Ler e Escrever Na Educação e Na Saúde*. 1a ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS.
- Laplantine, François. *Antropologia Da Doença*. 4a ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.
- Gallian, Dante Marcello Claramonte. 2012. “Literatura e Formação Humanística Em Medicina: O Experimento Do Laboratório de Humanidades Da EPM/UNIFESP.” *Revista de Medicina* 91, 3 (2012): 174. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v91i3p174-177>.
- Geovanini, Fátima. 2015. “Apoderando-Se Do Câncer ‘Dos Outros’: Contribuições Da Ética Das Virtudes Ao Estudo Da Comunicação de Prognósticos de Câncer a Pacientes e Familiares.” Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015, Tese de Doutorado. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/12845/1/ve_F%c3%a1tima_Cristina_ENSP_2015.pdf.
- Grossman, Eloísa, and Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso. “As Narrativas Em Medicina: Contribuições Da Prática Clínica Ao Ensino Médico.” *Revista Brasileira de Educação Médica* 30 (2006): 6–14.

- Hawkins, Anne Hunsaker, Marilyn Chandler McEntyre. *Teaching Literature and Medicine*. Nova Iorque: Modern Language Association of America, 2000.
- Severino, Antônio Joaquim. “A Busca Do Sentido Da Formação Humana: Tarefa Da Filosofia Da Educação,” *Educação e Pesquisa* 32, 3 (2006): 619–34.
- Kalender-Rich, Jessica. 2021. “The Challenge of Knowing.” *JAMA* 325, 21 (2021): 2155. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.7850>.
- Mairot, Lúcia Trindade da Silva, Beatriz Biasi Gin da Costa, Thaís Pedrosa Moraes Heringer, Raquel Camargos Borges, Eliane Perlatto Moura. “As Artes Na Educação Médica: Revisão Sistemática Da Literatura.” *Revista Brasileira de Educação Médica* 43, 4 (2019): 54–64. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4rb20180146>.
- Mallet, Ana Luisa Rocha, Luciana Andrade, Maria Clara Marques Dias. 2015. “Literatura e Cardiologia.” *Internacional Journal of Cardiovascular Sciences* 28, 4 (2015): 335–37. Doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20150048>.
- Mallet, Ana Luisa Rocha, Fatima Geovanini, Luciana Andrade, David Kestenberg. “Cinema e Cardiologia: Uma Potente Ferramenta de Ensino.” *International Journal of Cardiovascular Sciences* 31, 4 (2018): 20241–63. Doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20180029>.
- Miller, Eliza, Dorene Balmer. 2014. “Sounding Narrative Medicine: Studying Students’ Professional Identity Development at Columbia University College of Physicians and Surgeons.” *Acad Med* 89, 2 (2014): 335–42. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000098>.
- Ragan, Sandra L., Elaine Wittenberg, Harry T. Hall. “The Communication of Palliative Care for the Elderly Cancer Patient.” *Health Communication* 15, 2 (2003): 219–26. Doi: https://doi.org/10.1207/S15327027HC1502_9.
- Scliar, Moacyr. “Literatura e Medicina: O Território Partilhado.” *Caderno de Saúde Pública* 16, 1 (2000): 245–48. Doi: <https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0102-311X2000000100026>.
- Silva, Lucas Alves, Camila Muhl, Maria Marce Moliani. “Ensino médico e humanização: análise a partir dos currículos de cursos de Medicina” *Psicologia Argumento* 33, 80 (2015): 298–309. Doi: <https://doi.org/10.7213/psicol.argum.33.080.AO06>.
- Yourcenar, Marguerite. *Memórias de Adriano*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2019.

Quadro 1 – Algumas sugestões de livros e filmes que podem ser empregados na graduação a partir das doenças que aborda

Recursos	Diretor/Autor	Ano	Doença abordada
Filmes			
A Cinco Passos de Você*	Justin Baldoni	2019	Fibrose Cística
Bárbara	Christian Petzold	2013	Meningite
Clube de Compra Dallas	Jean-Marc Vallée	2013	SIDA
Colegas	Marcelo Galvão	2013	Síndrome de Down
Diários de Motocicleta*	Walter Salles	2004	Asma
Elsa & Fred	Michael Radford	2014	Saúde do Idoso/Doença Renal
Filadélfia	Jonathan Demme	1993	SIDA
Gritos e Sussurros	Ingmar Bergman	1972	Câncer
Mãos Talentosas	Thomas Carter	2009	Gêmeos siameses
Mary e Max: Uma amizade diferente	Adam Elliot	2009	Síndrome de Asperger
Meu Pai	Florian Zeller	2020	D. de Alzheimer
Milagres do Paraíso*	Patricia Riggen	2016	Doença Intestinal
Minha Vida	Bruce Joel Rubin	1993	Câncer
O Anjo Embriagado	Akira Kurosawa	1948	Tuberculose
O Homem Elefante	David Lynch	1980	Neurofibromatose X Síndrome de Proteus
Obrigado por Fumar	Jason Reitman	2006	Tabagismo
Quase Deuses	Joseph Sargent	2004	Tetralogia de Fallot
Rain Man	Barry Levinson	1988	Autismo
Sol da Meia Noite	Scott Speer	2018	Xeroderma Pigmentoso
Sonhos Tropicais	Moacyr Scliar	2001	Peste, Sífilis e outras
Um Golpe do Destino	Randa Haines	1991	Câncer
Um Homem entre Gigantes	Peter Lendesman	2015	Encefalopatia traumática crônica
Uma Lição de Vida	Mike Nichols	2001	Câncer
Uma Prova de Amor	Nick Cassavetes	2009	Leucemia
Viver duas vezes	Maria Ripoll	2019	D. de Alzheimer
Literatura			
11o Mandamento	Abrahan Verghese	2011	Vários
A Cidadela	A J Cronin	1937	Pneumoconiose

A Ridícula Ideia de Nunca Mais Te Ver	Rosa Montero	2013	Câncer e Morte Acidental/
A Vida Imortal de Henrietta Lacks*	Rebecca Sklot	2017	Câncer/Sífilis
Capitães da Areia*	Jorge Amado	1937	Varíola
Enquanto Eu Respirar	Ana Michelle Soares	2019	Câncer
Espectros	Henrik Ibsen	1881	Sífilis
Floradas na Serra*	Dinah Silveira de Queiroz	1974	Tuberculose
Inocência	Visconde de Taunay	1872	Malária
Longe da Árvore	Andrew Solomon	2012	Várias doenças, em filhos
Madame Bovary*	Gustav Flaubert	1856	Deformidade no pé
Maleita	Lúcio Cardoso	1934	Varíola
Morte em Veneza*	Thomas Mann	1912	Cólera
Nêmesis	Philip Roth	2011	Pólio
O Amor nos Tempos do Cólera*	Gabriel Garcia Marques	1985	Cólera
O Demônio do Meio Dia	Andrew Solomon	2001	Depressão
O Doente	André Viana	2014	Câncer
O Doente Imaginário	Molière	1673	Hipocondria
O Papel de Parede Amarelo*	Charlotte Perkins Gilman	1892	“Histeria”
Os irmãos Karamazov	Fiódor Dostoiévski	1880	Epilepsia
Oscar e a Senhora Rosa	Eric-Emanuel Schmitt	2003	Câncer
Para Sempre Alice*	Lisa Genova	2015	D. Alzheimer
Quarto de Despejo	Carolina Maria de Jesus	1958	Asma
Um vela para Dario (conto)	Dalton Trevisan	2005	Morte Súbita
Veia Bailarina	Ignácio de Loyola Brandão	1997	Aneurisma cerebral

Narrativas na formação de estudantes de medicina: relatos de experiências

Narratives in the training of medical students: experience reports

Narrativas en la formación de estudiantes de medicina: relatos de experiencia

Denise Espírito Santo¹

Eloísa Grossman²

Fátima Geovanini³

Luciana Andrade³

Maria Tereza Fonseca da Costa³

Viviane Manso Castelo Branco⁴

Resumo: O estudo das narrativas tem recebido considerável atenção nas ciências humanas e sociais há algum tempo. Na medicina, o estudo das narrativas e a preocupação com a formação de profissionais com essa competência são mais recentes, nos últimos anos. Tem alcançado maior destaque no ensino médico, como estratégia pedagógica fundamental para a humanização da assistência à saúde da população. Os autores apresentam suas experiências em disciplinas curriculares e eletivas em diferentes escolas de medicina da cidade do Rio de Janeiro.

Palavras chave: Medicina Narrativa; Educação Médica; Humanidades

Abstract: The study of narratives has received considerable attention in the humanities and social sciences for some time. In medicine, the study of narratives and the concern with training professionals with this competence are more recent, in recent years, it has achieved greater prominence in medical education, as a fundamental pedagogical strategy for the humanization of health care for the population. The authors present their experiences in curricular and elective subjects in different medical schools in the city of Rio de Janeiro.

Keywords: Narrative Medicine; Education, Medical; Humanities

Resumen: El estudio de las narrativas ha recibido una atención considerable en las humanidades y las ciencias sociales durante algún tiempo. En medicina, el estudio de las narrativas y la preocupación por formar profesionales con esta competencia son más recientes, en los últimos años. Ha logrado un mayor protagonismo en la educación médica, como estrategia pedagógica fundamental para la humanización de la atención de la salud de la población. Los autores presentan sus experiencias en materias curriculares y optativas en diferentes facultades de medicina de la ciudad de Río de Janeiro.

Palabras clave: Medicina Narrativa; Educación Médica; Humanidades

¹ Instituto de Artes / Programa de Pós-graduação em Artes, Universidade do Estado do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil

² Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

³ Curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Escola de Medicina da Fundação Técnico-Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução

Em nosso cotidiano sempre estaremos em contato com o ato narrativo, quer seja como ouvintes ou como agentes ativos da criação de uma narrativa. Profissionais de saúde estão frequentemente co-criando histórias com colegas de equipe, estudantes, pacientes, famílias e comunidades. Médicos e professores de escolas médicas estão imersos no ato de ouvir e contar histórias; a narrativa é o fundamento da semiologia e da difusão do saber médico. Paulo Freire⁵ diz que a leitura verdadeira nos compromete com o texto que nos é dado e para o qual nos doamos e de cuja compreensão nos vamos tornando também sujeitos. Por analogia, esse mesmo compromisso acontece com as histórias que nos são oferecidas em troca de cuidado.

Charon⁶ introduziu o termo Medicina narrativa e definiu a importância da competência narrativa no cuidado das pessoas. Esse movimento deu grande impulso ao reconhecimento de sua importância na clínica, definindo-a como aquela que é praticada com a competência narrativa para reconhecer, interpretar e ser levado a agir pela situação crítica dos outros.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (2001⁷ e 2014⁸) preconizam a inclusão de dimensões éticas e humanísticas nos cursos de medicina, explicitando como eixos fundamentais a humanização do cuidado, a comunicação com empatia com pacientes, familiares e equipe, dentre outras propostas, que em síntese, compõem um perfil de egresso com formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética.

Algumas escolas iniciaram mais precocemente processos de renovação de seus projetos pedagógicos em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001³, outras mais tardiamente.

As experiências aqui apresentadas apontam para a possibilidade de busca de diferentes caminhos e formatos, consonantes com os projetos de cada escola e com as trajetórias, experiências de formação e profissionais dos docentes, bem como, em função das parcerias estabelecidas.

⁵ Paulo Freire, *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa* (Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2013), 29.

⁶ Rita Charon, “Narrative Medicine: a Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust”, *JAMA* 286 (2001), 1897-1902.

⁷ Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

⁸ Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 116, de 3 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Breve história sobre uma longa parceria entre arte, saúde e educação

Narrativas imagéticas e/ou visuais constituem uma abordagem pioneira e exitosa para os estudos sobre o inconsciente e as relações entre arte e saúde mental. Uma de suas primeiras defensoras e responsável por uma revolução no campo clínico e no tratamento de pessoas acometidas por transtornos psíquicos foi a Dra. Nise da Silveira⁹ (1905-1999), fundadora do Museu de Imagens do Inconsciente. Em uma de suas primeiras experiências no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, para onde fora transferida após uma breve passagem pelo Manicômio de Pedro II, dirigido pelo médico Juliano Moreira, Dra. Nise recusou-se a aplicar um eletrochoque em um paciente, recusa essa que significou o início de um trabalho com os internos do hospital, que ela sabiamente nomeou como "terapia ocupacional", ressignificando completamente o que o termo designava como trabalhos manuais e muitas vezes, trabalho não remunerado realizado pelos internos dos hospitais e manicômios psiquiátricos.

O trabalho da Dra. Nise, absolutamente singular para um conjunto de saberes vinculados ao tema da loucura, das artes, da clínica e da crítica, representa um divisor de águas para as correntes da psiquiatria e veio a ser um dos principais vetores para a Reforma Psiquiátrica, para o surgimento da psiquiatria social e outras abordagens que cresceram a partir da segunda metade do século XX não só no Brasil, mas também no mundo inteiro.

Se o trabalho com a arte em suas diferentes linguagens, técnicas e procedimentos fez dos ateliês localizados no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro, um grande laboratório para o acesso às imagens que povoam os "inumeráveis estados do ser", como a Dra. Nise entendia o espectro da loucura em muitos dos seus "clientes", por outro lado, esse trabalho inaugurou um campo disciplinar novo que vem contribuindo para os estudos da linguagem, para as teorias da cognição, para as possibilidades de contato entre o que nomeamos como mundo e o que jaz submerso a este. Por outro lado, há que se considerar também que o trabalho com arte nos ateliês do Engenho de Dentro contribuiu para o surgimento de grandes artistas, poderíamos até dizer de talentos extraordinários que hoje são reconhecidos dentro do próprio circuito da arte brasileira contemporânea.

Em meados de 2013, quando uma das autoras desse artigo foi procurada pelo professor Pavão, médico e na época diretor da Unidade Docente de Atendimento Psiquiátrico do HUPE para uma

⁹ Localizado no Hospital do Engenho de Dentro, Rio de Janeiro, o Museu de Imagens do Inconsciente foi criado pela Dra. Nise da Silveira em 1946, junto à Seção de Terapêutica Ocupacional. Dentre as diferentes atividades realizadas como pintura, desenho, escultura e modelagem, o trabalho com arte revelou-se como um meio excepcional de acesso ao mundo das imagens dos pacientes. Para maiores informações, acessar: <http://mii2.hospedagemdesites.ws/>

parceria com o Instituto de Artes da UERJ, que redundou na criação do primeiro ateliê de artes na Vila da Psiquiatria, descobriu-se que havia ali um interesse recíproco, acenando para a criação de um novo laboratório voltado para os pacientes acompanhados semanalmente no ambulatório daquela unidade de saúde. Construimos então, com a ajuda do professor Aldo Victorio, um grupo de trabalho formado inicialmente por estudantes de Artes Visuais e Medicina, Residentes, Assistente Social e outros profissionais da saúde. Não demorou muito para que encontrássemos na modelagem e na cerâmica o caminho ideal para a criação deste ateliê, que após a conquista de um edital Faperj possibilitou a criação de um novo laboratório bem equipado, contando com ceramistas auxiliados pelo grupo de trabalho. Seguiram-se outras ações relativas a esse projeto: o Seminário Arte e Loucura, ocorrido no Instituto de Artes em 2015, recebeu convidados importantes que configuram a história das políticas públicas no campo da saúde mental no Brasil, além de despertar nos estudantes de artes e medicina igual interesse.

Como se pode observar, nossa singela contribuição para o prosseguimento dessa pesquisa que procura descortinar as relações, diálogos, aproximações e contágios entre as áreas da arte, saúde, educação, deve-se sobretudo a um aspecto molecular de toda atividade artística e também criativa, ou seja, a partilha do sensível segundo Rancière¹⁰. Pensado como plataforma movente que se desloca por muitos outros espaços, ampliamos o raio dessa experiência em 2018, quando aportamos com nosso ateliê itinerante no NESA - Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, outra unidade de saúde do Hospital Universitário Pedro Ernesto, da UERJ, oferecendo oficinas de artes plásticas para o público infanto-juvenil, seus pais e responsáveis. Mais uma vez, nos deparamos com a recepção favorável deste trabalho no cotidiano daquela clínica e nos surpreendemos com os "efeitos curativos" que essas oficinas proporcionam, nos desafiando a escrever sobre essa experiência, acolher outras pesquisas semelhantes e abrir-nos para uma experiência curricular que acabou aportando na Faculdade de Medicina da UERJ, mas essa história levamos para o próximo parágrafo.

Foi a partir de um encontro com a professora Eloísa Grossman, da Faculdade de Medicina, e o professor Aldo Victorio, do Instituto de Artes, que a disciplina "Corpo, cultura, imagem" começou a ser elaborada como uma possibilidade de germinação deste debate do corpo, das suas epistemologias, como um tema central para incitar uma pequena abertura, no sentido de ampliar os referenciais conceituais, filosóficos, estéticos do corpo em contextos curriculares tão distintos, quanto o da medicina e das artes. Em linhas gerais a disciplina se propõe a "problematizar o corpo, sua história e

¹⁰ Jacques Rancière, *A partilha do sensível* (São Paulo: Editora 34, 2009).

padrões, como resultante de múltiplas relações biológicas, biopolíticas, estéticas, culturais e ambientais". Contudo, aspectos como a produção de si como realização poética, a autoimagem individual e coletiva, os processos identitários e os processos instituidores das igualdades e das diferenças são abordados e discutidos junto aos estudantes, recorrendo dentre fontes diversas à história da representação dos corpos na Arte e demais instâncias da Cultura Visual. Em nossos encontros fomentamos o interesse por um vastíssimo repertório de imagens que constituem narrativas significativas para a compreensão da rede complexa que opera o corpo, a sociedade, a linguagem, e os dispositivos contemporâneos, daí valorizarmos nesta fase de implementação da disciplina os relatos que nos chegam ao final de cada semestre, que procuram subsidiar essa pesquisa e aprimorar os conteúdos nela implicados. Ao longo dos 2 últimos semestres a disciplina reuniu alguns comentários atribuídos aos estudantes dos cursos de artes e medicina que são dignos de registro pela abertura que essa abordagem inspira no tocante aos currículos e à formação desses futuros profissionais:

Sair do automatismo corporal e expressivo sempre foi algo difícil para mim... Foi através dessa disciplina que consegui transpor algumas barreiras antigas autoimpostas e que se obstuíram ainda mais com a pandemia...

De antemão, eu quero considerar uma palavra-chave no intuito de expressar o que a disciplina significou para mim: autoconhecimento... cada aluno expôs sua avaliação com base em suas experiências vividas... Com base no que acabei de dizer, essa disciplina despertou mais ainda minha condição humana rumo à descoberta de quem realmente eu sou. E essa busca é por toda a vida...

A disciplina Competência narrativa na prática médica

*Na face do velho
as rugas são letras,
palavras escritas na carne,
abecedário do viver.
(Conceição Evaristo)*

Há abundante literatura sobre os argumentos que justificam uma mudança radical no currículo da escola médica tradicional. O foco dos cuidados de saúde deslocou-se das condições agudas para as condições crônicas de adoecimento e do hospital para a comunidade. A centralidade do aluno substituiu a centralidade do professor e a tecnologia implicou em mudanças nas formas de cuidar e de ensinar.

Instigados por essa necessidade, em 2018 participamos da discussão e implementação de um novo projeto político-pedagógico e de uma nova versão do currículo da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A disciplina integradora Competência narrativa

na prática médica foi incluída na grade curricular do curso, no quarto semestre, inserida no eixo das Humanidades médicas. Resultou de uma convicção e de uma perplexidade; de uma convicção da importância da história clínica e da semiologia no raciocínio clínico e da perplexidade de perceber a progressiva desvalorização dessa importância, bem como, a dificuldade crescente dos alunos em integrar diferentes conhecimentos estudados de forma fragmentada.

A disciplina foi desenhada a partir da discussão com professores e estudantes, através de um diálogo franco de aprendizagem mútua. Na disciplina não são apresentadas fórmulas, são oferecidas ferramentas que visam contribuir para melhorar a competência dos alunos em juntar informações (orais, escritas e imagens) para criar histórias e, ao mesmo tempo, saber como transformar essas histórias em narrativas médicas, imprescindíveis para a discussão dos casos particulares e para o levantamento de hipóteses diagnósticas. Para exercer seu ofício de forma adequada, médicos precisam integrar conhecimentos e, do resultado, deduzir coisas diferentes do que sua mera adição.

Histórias só existem quando são contadas. Narrar é uma das manifestações da nossa humanidade, uma das formas pelas quais procuramos sentido para a nossa existência e ensaiamos respostas para as nossas perplexidades¹¹. As pessoas que procuram cuidados médicos necessitam compartilhar suas experiências, percepções e medos. Para que isso aconteça, precisam sentir-se seguras e ter a percepção de que há um ouvinte interessado nas várias histórias simultâneas que vêm à memória, muitas vezes em desordem. Essa relação de afeto, proximidade e lealdade é diametralmente oposta a uma pretensa neutralidade, que ganha eco em alguns discursos sobre a prática profissional do médico. A partir do vínculo de confiança construído é possível selecionar, combinar, fazer arranjos, dando para o disperso uma sintaxe. Por outro lado, é fundamental que através de um processo de autocohecimento não sejam abafadas com o *slogan* da igualdade a grande força política das diferenças - das diferenças que importam e que constituem as pessoas e das diferenças que foram forjadas e as excluem de direitos e de acesso, relativas a raças, grupos, gêneros e orientações de vontades, desejos e gostos¹².

Para alcançar os objetivos de aprendizagem elencados, foi proposto o envolvimento da arte na educação médica, através da utilização de narrativas literárias, fragmentos de filmes e artes visuais. Apostamos no potencial da arte em promover reflexão, interpretação e imaginação; em facilitar a autoconsciência; em estimular o envolvimento afetivo e em auxiliar a lidar com a ambiguidade e a

¹¹ Teresa Casal, *Narrativa e Medicina: A Perspectiva da Primeira Pessoa no Encontro Clínico*. In: *Narrativa e Bioética*, org. António Barbosa. (Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética; 2015), 60.

¹² Roberto Correa Santos, *Modos de saber, modos de adoecer: o corpo, a arte, o estilo, a história, a vida, o exterior* (Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999), p.58.

compreensão mais sutil e profunda¹³. Dentre as atividades propostas destacam-se a escrita criativa a partir da leitura de textos literários, pinturas, fotografias, músicas e filmes e de disparadores pré-definidos, assim como, o compartilhamento das narrativas e discussão em pequenos grupos. A disciplina tem a carga horária de 40 horas e integra professores das disciplinas de Clínica médica; Psicologia Médica; Farmacologia e Medicina Integral, Familiar e Comunitária. É dividida em módulos: a narrativa na prática clínica; a narrativa das imagens médicas; as narrativas e a competência cultural; e a voz do paciente e de seus familiares - as narrativas em primeira pessoa. Transversalmente, em todos os módulos é dada ênfase às narrativas do cuidado na clínica, bem como, à relação médico-paciente/ familiares, médico e equipe de saúde, estudante e professor/preceptor. A escolha dos materiais utilizados é dinâmica, discutida a cada versão, e não necessariamente tem a obrigatoriedade de versar sobre experiências de adoecimento. A arte é utilizada para permitir aos estudantes a aproximação com a experiência do outro, permitindo o contato com mundos antes desconhecidos.

A disciplina foi oferecida pela primeira vez em 2019. A pandemia da COVID-19 determinou a busca de soluções num momento de tantas incertezas. Em poucos meses, a disciplina foi reconfigurada para o ensino remoto, apoiado nas plataformas digitais, através de uma proposta de desenvolvimento de atividades síncronas e assíncronas. A partir de uma avaliação preliminar, identificamos que, apesar das inúmeras dificuldades e da insegurança, as atividades propostas e os *feedbacks* oferecidos após a sua realização envolveram professores e estudantes em um procedimento significativo de aprendizagem. Observamos, ainda, a necessidade de melhor exploração das possibilidades de comunicação da comunidade de aprendizagem.

Para concluir, tomo por empréstimo as palavras de uma aluna: *Tudo na vida é uma narrativa, a própria vida em si é uma. A medicina narrativa para mim é a habilidade que o médico tem de fazer uma escuta ativa, observação cuidadosa aos sinais não verbais e criar um nexos entre essas características*. Elas nos fazem acreditar que o desenvolvimento de competência narrativa está associado a um cuidado médico mais ético e menos fragmentado, bem como, a um maior crescimento pessoal e profissional dos estudantes de medicina.

¹³ Paul Haidet et al., “A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis”, *Med Educ* 50, 3 (2016): 320.

Narrativas no cotidiano da sala de aula e dos campos de prática do primeiro ano

Tudo pode ser página. Depende apenas da intenção de descoberta do nosso olhar.

Queixamo-nos de que as pessoas não leem livros. Mas o déficit de leitura é muito mais geral. Não sabemos ler o mundo, não lemos os outros. (Mia Couto).

A Escola de Medicina Souza Marques insere todos os alunos do primeiro ano nos campos de prática, por meio da Disciplina de Medicina Social. Após um período de formação, os estudantes desenvolvem atividades de observação e promoção da saúde em escolas públicas e unidades de saúde. Além dos conteúdos especificamente relacionados à Saúde Coletiva, as docentes buscam potencializar o desenvolvimento de habilidades e atitudes que contribuam para a formação humanística.

A preparação dos estudantes para as atividades práticas envolve dinâmicas e técnicas, como os jogos do Teatro do Oprimido, que trabalham relações de poder, criatividade, escuta ativa e desenvolvimento de potencialidades. Filmes, vídeos, séries, animações, letras de músicas, textos literários, poesias, fotografias, cartuns, obras de arte, são usados de diferentes formas para ampliar o olhar e estimular a sensibilidade, a criatividade, o pensamento simbólico e a capacidade de interpretação. Dessa forma, ajudam a discutir empatia, preconceitos, comunicação, solidariedade e outros aspectos que serão relevantes nas atividades de grupo e na relação com colegas, alunos das escolas e pacientes. Algumas ferramentas da Medicina Narrativa, propostas por Rita Charon¹⁴, incorporadas recentemente nas aulas online, vêm contribuindo para aprofundar essa reflexão.

As discussões sobre temas que serão trabalhados nas escolas tais como alimentação, cultura da paz e sexualidade incluem diferentes vozes e pontos de vista, propiciadas por materiais como os vídeos elaborados pelos jovens de comunidades populares do RAP da Saúde (Rede de Adolescentes e Jovens Promotores de Saúde), projeto da Secretaria Municipal de Saúde-RJ e do Centro de Promoção da Saúde, Cedaps. Eventualmente, os próprios jovens do RAP da Saúde são convidados para debates em sala de aula. O documentário *Janela da Alma*; trechos da série *Grey's Anatomy*; programas de TV *Aquela Conversa* (MultiRio); trailers da *Maria Farinha Filmes*; vídeos dos canais *Ter.a.pia*, *Jout Jout de Saia* e outros que estejam circulando nas redes sociais são exemplos de materiais utilizados para reflexão em dinâmicas diversas. Estas estratégias trazem à tona vivências dos próprios alunos, favorecendo a expressão de emoções, o autoconhecimento, o senso crítico e a troca de experiências.

¹⁴ Rita Charon et al., *The Principles and Practice of Narrative Medicine* (New York, NY: Oxford University Press, 2017), 42 – 59.

O primeiro trabalho de campo é uma pesquisa sobre os bairros da área da faculdade e dos cenários de prática localizados no subúrbio carioca. Os estudantes fazem entrevistas presenciais ou por meio das redes sociais para conhecer o discurso dos moradores sobre os bairros. Eles se encantam com as histórias, os diferentes personagens e reveem ideias preconcebidas. Dessa forma, começam a compreender um pouco das condições de vida da população com a qual terão contato nas escolas e unidades de saúde.

As atividades incluem também visitas a museus. Merece destaque o Museu de Arte do Rio, MAR, porque o acervo e as exposições temporárias permitem repensar a cidade, sua história e seus habitantes, em especial a população negra. Uma valiosa contribuição é dada pela equipe de mediadores que fazem provocações instigantes, tensionando as percepções dos alunos.

Dentre as narrativas relevantes para a formação dos estudantes, destacam-se aquelas que resultam dos encontros cotidianos nas atividades práticas em escolas e unidades de saúde. Os alunos narram suas reflexões, observações, sentimentos e aprendizados para a vida pessoal e profissional em portfólios reflexivos.

Antes da elaboração das atividades de educação em saúde, os estudantes fazem uma visita à escola onde irão atuar; entrevistam profissionais (diretores, professores, merendeiras etc.) e conversam livremente com os alunos, num diálogo mais horizontal. Conhecem suas histórias de vida, expectativas e trocam experiências. Esse intercâmbio, que acontece nas diversas atividades práticas, traz importantes aprendizados, como demonstram estes depoimentos extraídos dos portfólios. Os nomes são fictícios.

“Ver aqueles alunos quase da minha idade, com uma realidade diferente, porém com as mesmas inseguranças e carências, mexeu muito com a minha parte humana”. (Ana)

“É o nosso primeiro contato com ‘pacientes’, momento para aprendermos a escutar, a conversar e, acima de tudo, a respeitar diferenças e opiniões”. (Bento)

A contribuição dessas vivências para a prática médica começa a ficar clara para os alunos: “Foi muito útil na hora de abordar as pessoas na clínica”. (Clara)

Para os estudantes do primeiro ano o ponto alto da prática são as atividades na unidade de Atenção Primária e a visita à Maternidade no final do ano. Eles conversam com os pacientes, participam de grupos, de atendimentos com profissionais de diversas áreas e acompanham visitas domiciliares. São também incentivados a observar a relação dos profissionais com os usuários, valorizando a escuta das histórias, as demandas e sentimentos expressados. As percepções dos discentes sobre as diversas narrativas são discutidas em roda ao final de cada manhã e, por vezes, dramatizadas e debatidas. Alguns estudantes se sentem muito tocados por essa experiência.

“O dia da sala de curativos foi muito significativo para mim. Não somente por ter visto as feridas nos pés dos pacientes como todo aspirante a médico, de maneira até um pouco sádica e egoísta, ‘gosta’. O mais marcante e enriquecedor foi a conversa com esses pacientes e o contato com a dor de viver com limitações há anos me sensibilizou muito. (...) Houve um momento em que me senti muito privilegiada por poder entrar em contato com essas pessoas como pessoa que não é médica, encarando a situação de outra maneira.” (Dora)

Neste processo, eles se percebem “desenvolvendo a sensibilidade necessária para uma boa prática médica” (Enzo); “tentando se colocar na situação daqueles pacientes” (Flora).

Identificam a necessidade de “prestar atenção no que eles dizem, não necessariamente pelas palavras; a linguagem corporal e a expressão facial podem demonstrar o que eles estão sentindo” (Gina).

Este trabalho impacta positivamente as atividades de educação e saúde que os alunos desenvolvem nas escolas e unidades de saúde, geralmente criativas, sensíveis e cuidadosas. As estratégias descritas podem contribuir para o desenvolvimento de habilidades éticas, empáticas, comunicativas e cooperativas. Para isso, demandam disponibilidade afetiva dos estudantes para se entregarem a novas experiências bem como um esforço das docentes para dar sentido às vivências que, segundo alguns, parecem que “não têm muito a ver com Medicina” (Heitor).

Estas iniciativas valorizam a emoção, afetam as próprias professoras e geram maior conexão entre docentes e discentes. Contribuem para o desenvolvimento de potencialidades e identificação de talentos que talvez não se manifestassem em outros contextos. A Liga de Humanidades, um dos subprodutos deste trabalho, vem sendo um importante elemento multiplicador das Artes na faculdade, por meio do protagonismo, da sensibilidade e da criatividade dos estudantes.

A experiência do uso da literatura e medicina narrativa em uma disciplina eletiva

No ano de 2012, um grupo diferente se formou no curso de medicina da Universidade Estácio de Sá, que ainda ocupava o campus Arcos da Lapa. Esse grupo, Humanidades, Medicina e Arte, trouxe a proposta de juntar literatura e medicina num projeto único. Com um grupo inicial de 14 alunos e 6 professores iniciou-se um trabalho de leitura de clássicos que resultou num livro, em sua maior parte, escrito pelos alunos participantes e já em sua segunda edição¹⁵.

Ao longo dos anos após sua criação o grupo passou a integrar algumas disciplinas de teor humanístico do currículo. Assim, essas disciplinas, sejam obrigatórias ou eletivas, são ensinadas por

¹⁵ Mallet e Andrade (eds), *Literatura e medicina: uma experiência de ensino*, (Rio de Janeiro, Livros Ilimitados, 2017).

² Ibid

professores do grupo Humanidades, Medicina e Arte. Entre elas estão as disciplinas eletivas Aperfeiçoamento da Linguagem e Sociologia. A experiência da utilização da literatura e medicina narrativa em Aperfeiçoamento da Linguagem é trazida aqui.

A disciplina Aperfeiçoamento da Linguagem geralmente é iniciada com a proposta da escolha de um livro a ser lido por todos durante o curso. O livro é escolhido por votos entre os alunos. Os títulos são sugestões das professoras e também dos alunos. Assim, a lista de livros sugeridos varia a cada semestre, em parte porque os alunos trazem novas sugestões, mas também porque costuma-se incorporar títulos de romances recém-lançados. Esse momento de sugestão é rico e gera boa conexão entre todos, de certa forma fazendo uma espécie de apresentação de cada um. É interessante observar que nas sugestões dos alunos sempre estão presentes livros de não-ficção, a grande maioria com caráter de autoajuda. Mas o livro mais votado é aquele com o qual se segue. Os alunos são então divididos em duplas para apresentação de um capítulo por aula. Após a apresentação segue-se uma discussão. Nessa discussão, as professoras tentam sempre incorporar os princípios da medicina narrativa de Rita Charon², colocando, na história lida exemplos de atenção ou escuta atenta, representação e vínculo, o tripé da medicina narrativa.

Para o trabalho com de leitura semestral, sempre há a sugestão de “Todo paciente tem uma história para contar” de Lisa Sanders¹⁶. Embora o livro traga muito sobre a arte do diagnóstico e aborde muitos casos de doenças raras, Sanders traz a cada capítulo a importância do cuidado na relação entre os profissionais de saúde e os pacientes, além de inúmeros exemplos de sucessos e insucessos ao longo dos anos na prática médica. Por exemplo, ao contar a história de uma médica que tentava descobrir o diagnóstico de uma paciente, ela diz que “a médica se fez a pergunta que todos os médicos devem se formular ao final de uma consulta: o que ela poderia fazer pela paciente naquele dia”?

A experiência de leitura desde a primeira turma da disciplina tem sido sempre diferente. Houve a turma que votou no livro “Intermitências da Morte” de José Saramago¹⁷, uma leitura bastante difícil que costumava ser realizada na própria aula, para que as professoras pudessem explicar as diferentes vozes na narração. Ao final do semestre os alunos encenaram alguns trechos do livro de forma livre, trazendo a história para o contexto do século XXI e ainda produziram um vídeo com fundo musical de Raul Seixas, Canto para minha Morte.

¹⁶ Lisa Sanders, *Todo paciente tem uma história para contar* (Rio de Janeiro, Zahar, 2009, edição brasileira).

¹⁷ José Saramago, *As Intermitências da Morte* (São Paulo, Companhia das Letras, 2005)

Já outras turmas escolheram títulos como “A Mulher que escreveu a Bíblia” de Moacyr Scliar¹⁸ ou “O Poder do Agora” de Eckhart Tolle¹⁹. Com esse último, foi interessante verificar que era possível trazer a discussão para o universo da prática em saúde e até incorporar a algumas situações o tripé da medicina narrativa (escuta atenta, representação e vínculo) mesmo com um livro de não-ficção.

Além das apresentações de capítulos lidos de livros escolhidos, são ainda realizados exercícios de escrita a cada aula. Os exercícios são propostos a partir de crônicas, por exemplo “Pá pá pá” de Luiz Fernando Veríssimo²⁰ para se discutir formas de linguagem, ou “Mineirinho” de Clarice Lispector²¹ para uma discussão sobre excessos cometidos pelos seres humanos; contos como “Zaíta esqueceu de guardar os brinquedos” de Conceição Evaristo²², para trazer uma discussão sobre violência, preconceito e diferença social; ou poesias como “Guardar” de Antonio Cícero²³ (1996), para se falar dos diferentes significados de uma palavra. Ainda são propostos exercícios de escrita a partir de alguns vídeos como a palestra TED “O perigo de uma História Única” de Chimamanda Ngozi Adichie²⁴, de forma a se falar também sobre preconceito.

Em uma outra dinâmica de ensino, são propostas leituras de imagens que podem ser obras de pintores atuais ou clássicos, ou cenas de cinema. O exercício de escrita proposto ocorre a partir de uma frase disparadora proposta após e se baseia no princípio da Literacia Visual²⁵, incorporado pelas professoras a partir de curso realizado com o grupo da Dra. Isabel Fernandes da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa em 2018. Esses exercícios provocam reações muitas vezes inesperadas nos alunos, a partir das leituras posteriores do que escreveram e das diferentes histórias que imaginaram, trazendo a certeza de que a leitura, seja de textos ou de imagens, provoca diferentes sentimentos em cada um. Essas costumam ser as aulas que mais geram respostas positivas por parte dos alunos.

Ao final do curso solicita-se a cada um a indicação de três diferentes manifestações artísticas que eles acreditam poderem ser de bom uso na disciplina. E com uma discussão sobre a razão de suas escolhas encerra-se o curso. É importante dizer o quanto as professoras também aprendem a partir do

¹⁸ Moacyr Scliar, *A mulher que escreveu a Bíblia* (São Paulo, Companhia das Letras, 1999, 2a reimpressão).

¹⁹ Eckhart Tolle, *O poder do agora* (Rio de Janeiro, Sextante, 2000).

²⁰ Luis Fernando Veríssimo, *Comédias para se ler na escola* (Rio de Janeiro, Editora Objetiva, 2001).

²¹ Clarice Lispector, *Todas as crônicas* (Rio de Janeiro, Editora Rocco, 2018).

²² Conceição Evaristo, *Olhos D'água* (Rio de Janeiro, Editora Pallas, 2014).

²³ Antonio Cícero, *Guardar* (Rio de Janeiro, Editora Record, 1996).

²⁴ Chimamanda Ngozi Adichie, O perigo de uma história única (TED Talk, 2014, https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt).

²⁵ Isabel Capelloa Gil, *Literacia Visual: estudos sobre a inquietude das imagens* (Lisboa, Edições 70, 2011).

material trazido pelos alunos, o que transforma essa disciplina numa via de mão dupla na relação aluno-professor.

Atualmente, a disciplina de Aperfeiçoamento da Linguagem ocorre também num novo curso de Odontologia da mesma escola; esse curso tem por característica possuir o mesmo ciclo básico dos cursos de medicina. Com a primeira turma, o trabalho de leitura foi realizado com “A Morte de Ivan Ilitch”²⁶ e os demais exercícios já comentados. O final dessa primeira experiência foi a incorporação da escuta atenta ao paciente em trabalhos apresentados para outra disciplina, no qual os alunos falaram sobre a importância da atuação dos profissionais de Odontologia em equipes de Saúde da Família.

Todo aluno tem uma história para contar: medicina narrativa em sala de aula

Escrita e literatura desde sempre estiveram presentes na medicina, especialmente na formação dos futuros profissionais. Na Europa do século XIX a educação médica fazia uso das artes, através da literatura, da pintura e da música para compor uma educação ampla do médico, levando-o à leitura de textos clássicos e, conseqüentemente, a diversas produções literárias²⁷.

Na segunda metade do século XX a literatura foi introduzida formalmente nas escolas médicas americanas, inicialmente em 1972 e, posteriormente em 1982, em uma escola médica de San Diego, por Lawrence Schneiderman – professor do departamento de medicina de família²⁸.

Também no século XX, no Brasil, a importância das artes para a prática clínica vinha sendo defendida através do médico, professor e escritor Moacyr Scliar, que sustentava a importância da leitura e da escrita para a medicina. Scliar chamou a atenção para a forte relação entre a medicina e a literatura, fato verificado através das inúmeras obras literárias produzidas por médicos escritores, tais como Pedro Nava, Conan Doyle, João Guimarães Rosa, Oliver Sacks, Antônio Lobo Antunes, dentre tantos outros.

Literatura e medicina têm muitos pontos em comum, pois ambas lidam com a palavra e com histórias. Além disso, há uma mútua contribuição – a literatura faz uso das experiências médicas, da

²⁶ Leon Tolstói, *A morte de Ivan Ilitch* (Porto Alegre, L&PM Pockets, 2020).

²⁷ Moacyr Scliar, *A Paixão Transformada* – história da medicina na literatura (São Paulo, Companhia das Letras, 1996).

²⁸ Maria Auxiliadora De Benedetto “Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes”, *O Mundo da Saúde*, 34-3 (2010): 311-319.

relação médico-paciente, do processo de adoecimento para sua criação ficcional, enquanto que a medicina tem na literatura uma forte contribuição para a formação médica, no que diz respeito ao desenvolvimento e aprimoramento das habilidades humanísticas necessárias à prática assistencial²⁹.

É consenso o reconhecimento de um certo desencontro na relação médico-paciente atribuída, muitas das vezes, à primazia dos recursos tecnológicos na prática clínica e na crença absoluta na medicina, mais como ciência, do que como arte^{30,31}.

Os cursos de graduação médica, acompanhando essa realidade, têm procurado enfatizar a importância da humanização do cuidado, estabelecendo para isso a inclusão de diversas disciplinas do eixo das humanidades médicas, tais como ética, bioética, sociologia, dentre outras. Dessa forma, a UNESA – Universidade Estácio de Sá, que oferece o curso de medicina desde 1997, incluiu na sua grade curricular a disciplina de Sociologia e Humanidades Médicas, a partir do primeiro semestre de 2016.

Desde então, a disciplina vem sendo ministrada de acordo com a metodologia baseada na construção teórico-prática da Medicina Narrativa, conforme desenvolvida pela médica e literata Rita Charon². Sendo assim, os conteúdos abordados, relacionados à história da medicina, à formação médica, à relação médico-paciente, ao processo de adoecimento, à morte e ao luto são discutidos tendo como recurso disparador a arte, através da literatura, pintura, cinema e música e da produção artística dos alunos, conforme será apresentado a seguir.

A disciplina tem início com as aulas sobre a história da medicina e a formação médica, abordadas a partir da exposição de pinturas clássicas que revelam os grandes momentos de desenvolvimento da medicina retratados, por exemplo, por Rembrandt em “Lição de Anatomia do Dr. Tulp” (1632) e, também através de filmes como “O Primeiro Ano” (França, 2019), “Hipócrates” (França, 2014) e “O Físico” (Alemanha, 2014).

Os demais temas – processo de adoecimento, relação médico-paciente, morte e luto - são apresentados e discutidos a partir da literatura ficcional, ou patografias, onde são usados livros, poemas, contos ou crônicas que tratam do tema. Ao final de cada aula é realizada uma oficina narrativa, conforme o modelo desenvolvido nos workshops de Medicina Narrativa, a saber: leitura atenta, frase disparadora, produção narrativa reflexiva e discussão.

²⁹ José Camargo, *A interface da Medicina e da literatura* in: Novis et al. *Medicina Narrativa: a arte do encontro* (Rio de Janeiro, Thieme Revinter, 2021).

³⁰ João Lobo Antunes, *A nova medicina* (Lisboa, FFMS, 2012).

³¹ João Lobo Antunes, *Ouvir com outros olhos* (Lisboa, Gradiva Publicações, 2016).

² Ibid

O livro “A Morte de Ivan Ilitch” - de Léon Tolstói²² é o que suscita um trabalho mais amplo em termos de produção artística e de narrativas. O livro é todo lido individualmente e, em conjunto, são lidos e discutidos alguns de seus trechos. Ao final do semestre os alunos realizam uma apresentação, em grupo, através de diferentes expressões artísticas – dramatização, música, poesia, pintura, ilustrações, esculturas, dentre outros recursos. Inicialmente os alunos, quando é proposta a realização desta atividade, mostram-se preocupados, pois muitos alegam não ter nenhuma habilidade artística. No entanto, ao final, todos se surpreendem com a capacidade criativa que surge a partir do estímulo oferecido. Muitos alunos conseguem inovar recontando a história, com bastante originalidade e das mais diferentes maneiras. Dessa forma, já foi possível presenciar – a criação de um *instagram* do Ivan Ilitch, onde o próprio Ivan relata o seu processo de adoecimento; a montagem de um programa de TV intitulado “casos de família”, onde Ivan Ilitch e seus familiares levam para o público os seus conflitos diante do adoecimento; poemas e músicas compostas especialmente para recontar a sua história; além de dramatizações onde Ivan Ilitch é trazido para os dias atuais e é atendido pelo SUS; ou ainda dramatizações feitas por bonecos de *papel marché* ou fantoches confeccionados pelos alunos.

Atualmente, após seis anos de realização deste trabalho, já chegamos ao total de 12 turmas, alcançando aproximadamente 360 alunos que participaram da disciplina. A seguir, apresentamos alguns depoimentos de alunos que podem ilustrar as suas considerações a respeito dos possíveis efeitos e contribuições das atividades propostas.

Depoimento 1: “A disciplina foi muito engrandecedora para mim tanto quanto pessoa, quanto futura profissional. ... me sensibilizou de forma mais humana nos assuntos que considerava essencial à objetividade e racionalidade, como morte e luto. ... me estimulou a escrever sobre meus problemas e angústias do mundo médico e pessoa...me preparou melhor para enfrentar as fragilidades emocionais, entendendo-as em primeiro lugar”.

Depoimento 2: “Fiz a disciplina após ter passado por propedêutica, mas consigo fazer relação entre as duas, principalmente em um conto que lemos, sobre um homem desesperado por ter pego raiva”.

Depoimento 3: “Sempre tive o hábito de ler, mas desde o vestibular não me permitia ter tempo para ler nada que me gerasse lazer. A disciplina me fez repensar a minha conduta. A leitura é minha maior aliada, principalmente para conter a ansiedade. Agora a escrita foi o que mais me tocou, desde que fui estimulada a escrever (...) eu consegui perceber que a escrita ajuda a organizar sentimentos e pensamentos. Nos meus momentos de angústia a escrita é minha melhor amiga. Depois da disciplina já escrevi diversos poemas.”

Depoimento 4: “Era um momento do meu dia leve e ao mesmo tempo reflexivo. Um dos principais momentos foi quando li um texto que falava de uma experiência minha com a morte e onde perceber que toquei muitas pessoas de forma profunda, repercutiu até mesmo fora de sala e eu me senti ouvida pelos colegas de classe que estão sempre em uma competição infernal para ser o melhor médico, melhor da turma, sempre em disputas por pódios invisíveis. Pude enxergar a humanidade neles também”.

Depoimento 5: “Lembro da sensação de alívio que eu tinha do dia que havia a disciplina. Era um tempo em que eu estava completamente presente na sala de aula, com vontade de discutir os assuntos levantados. No ciclo básico da faculdade as disciplinas eram maçantes e era preciso memorizar conteúdos infinitos diariamente, sem qualquer exercício de crítica ou debate. Ter a oportunidade de poder discutir sobre o contexto de todo aquele aprendizado foi extremamente favorável para meus estudos”.

Depoimento 6: “A disciplina me ajudou a desenvolver a empatia e a capacidade de lidar com os pacientes, bem como a enfrentar a morte de forma mais madura e sensata”.

Depoimento 7: “Lembro de uma redação que fizemos logo no início da disciplina, nela tivemos que relatar a morte de alguém próximo... escrever me fez recordar de acontecimentos que tinham se perdido”.

Depoimento 8: “(...) devia ser incluída na grade curricular. Além de ser leve e super bacana (...). Estimula o aluno a pensar fora da caixinha e a perceber que todo paciente tem uma história pra contar”.

Os depoimentos apresentados reforçam a importância da Medicina Narrativa na Educação Médica. Despertar no aluno a percepção de que todo paciente tem uma história para contar deve ser, sem dúvida, um dos objetivos da nossa proposta e, ao que tudo nos indica, podemos alcançá-lo quando também valorizamos as histórias dos nossos alunos.

Médicos e estudantes contando casos

Médicos e estudantes de medicina costumam gostar de contar casos trazidos de suas vivências profissionais. De algum modo, contar essas histórias sobre vidas, pessoas e adoecimentos, vai sendo substituído, durante o curso de medicina, por um formato de apresentação padrão, dos chamados casos clínicos, nos quais desaparecem os nomes e ampliam-se as siglas para indicar queixas e sinais físicos. Neste relato de experiência está descrito o desenvolvimento de uma disciplina curricular regular do curso de medicina da Universidade Estácio de Sá (UNESA), no Rio de Janeiro, envolvendo todo o universo de alunos das turmas, a cada período, com professores de diferentes áreas, em que a inclusão da construção de narrativas tem sido desenvolvida.

Na estrutura curricular da graduação em medicina da UNESA estão estabelecidas disciplinas denominadas Seminários Integrados, oferecidas como obrigatórias do 1º ao 8º períodos. No 7º período, a disciplina de Seminário Integrado VII tem como campo estruturante o da bioética aplicada à formação e prática médica, organizada com grupos de 10 alunos, que são orientados por um professor relacionado a uma das disciplinas regulares do período, visando a realização de um trabalho por grupo, a ser apresentado ao final. A partir do ano de 2017, houve uma proposição docente de que no desenvolvimento dos diferentes trabalhos fossem elaboradas narrativas de casos em formas de livre escolha. Um dos destaques dessa experiência diz respeito ao fato de que participam do Seminário

Integrado VII cerca de 12 professores, na maioria médicos de diferentes especialidades e sem vinculação direta com a bioética. Além da vantagem de variedade nos casos que são apresentados, pode ser vista como uma estratégia de desenvolvimento docente, na medida em que estes também passam a agregar competências articuladas às humanidades.

Professores e estudantes são provocados a apresentar os casos como narrativas de vivências, histórias de pessoas, sejam essas baseadas em situações reais ou ficcionais. Criatividade e emoções estão liberadas, sendo altamente recomendado o protagonismo dos estudantes nas escolhas de fatos, temas, referências e formato das narrativas. A livre escolha temática e dos casos pelos estudantes aponta um ótimo potencial para o envolvimento pleno dos membros do grupo no trabalho. Há quatro anos essa atividade curricular se desenvolve e a cada período se consolida o caminho escolhido, visando a ampliação de vivências com diferentes formas de narrativas. Identifica-se como uma estratégia de inserção curricular que não somente amplia as possibilidades da bioética na educação médica, como também está voltada ao desenvolvimento docente em cenário interdisciplinar e democrático.

Os trabalhos finais da disciplina são apresentados numa estrutura onde está sugerida a apresentação do caso em formato de narrativa livre. Além do texto, os grupos têm 20 minutos para uma apresentação final, em qualquer formato que escolham, seguida de discussão com a turma e professores por mais 20 minutos. Desde 2020 que as atividades de encontros semanais com os professores orientadores, assim como as de apresentação final, têm se mantido através da plataforma digital de modo remoto e síncrono, por conta das recomendações decorrentes do quadro sanitário da pandemia da Covid-19.

Além dos textos com as narrativas de casos, os grupos utilizam várias linguagens nas apresentações: exposições com apoio em formatação gráfica variada; referências de filmes, literatura e outras artes; dramatização ao vivo ou apresentada em filmes produzidos pelos alunos; metodologias interativas, entre outras, com qualidade, beleza e criticidade impressionantes.

Um painel de assuntos e casos, selecionados como exemplos para esse relato de experiência, nos aponta que situações tão complexas da prática médica podem ser experimentadas de outro modo, quando contamos histórias de pessoas, famílias e profissionais, trazendo-nos dimensões de afetividade e empatia, não dispensáveis nas boas práticas médicas. Os títulos e as partes de textos dos trabalhos, apresentados a seguir, constituem material do arquivo da coordenação da disciplina e estão aqui descritos de modo adaptado, considerando as reservas necessárias à preservação dos direitos originais de autoria. Entretanto, mesmo nesta forma adaptada, permitem concluir esse relato de experiência com narrativas, objetivo central deste artigo.

Um relato de caso na psiquiatria: *“Numa tarde nublada na cidade do Rio de Janeiro com temperatura agradável o suficiente para qualquer tipo de roupa.... ao encerrar a conversa com aquela mulher de 30 anos, com uma despedida um pouco mais calorosa do que um até logo, ela veio em minha direção com um abraço.....”*

Desafios no tratamento do idoso renal crônico: *“Ela alega que esse tratamento mudaria a dinâmica da casa, incluindo a alimentação e que mais custos com transporte, cuidadora, entre outros fatores, inviabilizariam a terapia. Além disso, alega já ter idade muito avançada para se submeter a um tratamento tão complexo.....”*

Aborto em caso de estupro: *“Mirela sonhou tanto com a sua aprovação no vestibular de medicina..... Depois de tanto esforço e persistência, a jovem de 18 anos decidiu comemorar com amigas indo a uma festa. Na hora da saída, uma de suas amigas não a encontra e as outras pessoas não a viram pelo local.....”*

Conflitos na ordem de não ressuscitar: *“Nosso paciente, a quem vamos chamar de Thiago, tem 75 anos, é branco e do sexo masculino. Ele é do sexo masculino. Deu entrada na emergência de um hospital geral no Rio de Janeiro, aonde chega inconsciente, desidratado e em fibrilação atrial. Possui uma tatuagem no corpo onde está registrado que não deseja ser reanimado, em caso de parada cardíaca.....”*

Dilemas no cuidado da pessoa idosa: *“Na manhã do dia 06/08 do ano seguinte, seu sobrinho entrou em contato com sua médica pois, ao visitar sua tia, achou que ela estava prostrada e com dificuldade para respirar..... A doutora então explicou para o sobrinho e para a própria paciente que indicava internação para tratamento hospitalar, ao que a paciente recusou prontamente, argumentando que já estava muito velha, que sua vida não tinha mais sentido.....”*

Racismo nas instituições de saúde: *“Como mulher negra, na faculdade descobri o quão violenta e racista a medicina pode ser. Na falta de outros colegas negros na minha turma, na falta de professores negros, fui percebendo que havia um lugar para os corpos negros no ambiente médico, e esse lugar era exclusivamente o lugar dos corpos a serem estudados, seja no anatômico ou como pacientes”*

Transfusão sanguínea e testemunhas de Jeová: *“Após avaliação médica e dos exames laboratoriais, os médicos consideram que a transfusão de sangue era o melhor tratamento. Por razões religiosas, a família é Testemunha de Jeová, os pais recusam e não autorizam o tratamento. Sua crença*

condena a hemotransfusão, e caso a criança passe pelo procedimento seria expulsa da comunidade religiosa....”

Cuidados Paliativos e Autonomia: *“Então foi assim que se sentiu Ivan Ilitch, pensou seu Horácio, trabalhador da Biblioteca Nacional, ao perceber que passava, enfim, pelo seu processo de morte. Apaixonado por livros e por seu trabalho, sempre carregava consigo algum exemplar. Morador de Olaria, tinha no transporte público um momento de relaxamento de seus afazeres e acesso a outra realidade. Ao ler a morte de Ivan Ilitch, aos 30 anos, ressignificou sua ideia do que seria uma morte digna e, desde então, construiu sua opinião sobre como lidaria com seu processo.....”*

Conclusão

A valorização das narrativas e de outros aspectos relacionados às humanidades na formação médica surgiu como uma tentativa de resposta à pretensa neutralidade e ao distanciamento envolvidos no cuidado em saúde. Diante desse cenário, os cursos de graduação médica foram impulsionados a refletir sobre novas estratégias que pudessem contribuir para uma ampla formação dos profissionais, estabelecendo mudanças curriculares que, como já mencionado, culminaram na inserção de novas disciplinas e metodologias de ensino.

Uma das importantes iniciativas foi a aproximação entre medicina e literatura. A estruturação de uma fundamentação teórica e metodológica desenvolvida por Charon, organizou um campo de conhecimentos nomeado por ela de medicina narrativa. O seu modelo de *workshops* foi se expandindo e impulsionando a sua ampla utilização nos diversos espaços acadêmicos. O objetivo deste artigo, através de relatos de experiências, foi apresentar a utilização de narrativas como espaço de partilhas do sensível em diferentes cenários, atividades, propostas e recursos, que alcançaram diferentes resultados, de acordo com cada realidade, preferências e estilos dos grupos, seus coordenadores e seus participantes.

A arte de uma maneira geral, em suas diversas linguagens de expressão, e as estratégias que favoreçam o desenvolvimento de competência narrativa são importantes recursos no desenvolvimento de habilidades e competências que podem auxiliar na promoção do cuidado e no favorecimento das relações em saúde. Não podemos afirmar que a realização dessas atividades será capaz de beneficiar a todos os envolvidos. Ou mesmo por quanto tempo os efeitos conquistados serão mantidos. Atualmente inúmeras pesquisas têm sido realizadas, buscando mensurar e apresentar os efeitos da utilização de recursos artísticos na graduação médica e, de fato, os resultados são promissores. No entanto, entendendo que a medicina trata de incertezas, muito mais do que de certezas, precisamos

destacar que também aqui, não há garantias. Mas a arte pode abrir inúmeras possibilidades, estimulando a criatividade e a inovação e, por isso, apostamos no seu efeito humanizador, como uma possibilidade para lidar com o que há de humano, demasiadamente humano, em cada um de nós.

Sugestões de materiais para atividades de Medicina Narrativa

Produção Audiovisual

Aquela Conversa – Programas de TV sobre promoção da saúde (MultiRio/PCRJ) <https://youtube.com/playlist?list=PLPdaje007PViI6MFnNJ038ls7jFvVpAQa>

Começo da Vida (trailer) - Tema: Primeira Infância. Maria Farinha Filmes. <https://www.youtube.com/user/mariafarinhafilmes>

Criança, a Alma do Negócio (trailer) - Tema: O impacto da publicidade na alimentação e na saúde das crianças. Maria Farinha Filmes. <https://www.youtube.com/user/mariafarinhafilmes>

Gentileza – Vídeo elaborado pelos jovens do projeto RAP da Saúde (SMS-RJ e Cedaps) – Tema: Preconceitos <https://youtu.be/0yxcgyL7wLU>

Grey's Anatomy – Série sobre temas médicos. Disponível no Netflix

Janela da alma – Documentário de João Jardim e Walter Carvalho. Tema: Pessoas com deficiência visual falam como se vêem e como percebem o mundo. https://youtu.be/_I917upG0DI

Nossas Verdades – Vídeo elaborado pelos jovens do projeto RAP da Saúde (SMS-RJ e Cedaps) – Tema: A primeira vez <https://youtu.be/rLkeJSwYHUA>

Ter.a.pia. – Pessoas contam histórias enquanto lavam a louça <https://www.youtube.com/channel/UChmjYEZRia5JAmLi1aFaMlg>

Referências bibliográficas

Adichie, Chimamanda. O perigo de uma história única. TED Talk, 2014, https://www.ted.com/talks/chimamanda_ngozi_adichie_the_danger_of_a_single_story?language=pt

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 116, de 3 de abril de 2014. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES 4, de 7 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Camargo, José. *A interface da Medicina e da literatura*. In: Ana Luiza Novis, Fátima Geovanini e Lorraine Veran (eds.): *Medicina Narrativa a arte do encontro*. Rio de Janeiro: Thieme Revisiter, 2021.

Capelloa Gil, Isabel. *Literacia Visual: estudos sobre a inquietude das imagens*. Lisboa: Edições 70, 2011.

- Casal, Teresa. *Narrativa e Medicina: A Perspectiva da Primeira Pessoa no Encontro Clínico*. In: *Narrativa e Bioética*, org. António Barbosa. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa: Centro de Bioética; 2015, p. 55-71.
- Charon, Rita, Sayantani Dasgupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric C. Marcus, Edgar R. Colón, Danielle Spencer, Maura Spiegel. *The Principles and Practice of Narrative Medicine* - New York, NY: Oxford University Press, 2017.
- Charon, Rita. Narrative Medicine: a Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA* 286 (2001):1897-902.
- Cícero, Antonio. *Guardar*. Rio de Janeiro: Editora Record, 1996.
- De Benedetto, M.A.C. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *O Mundo da Saúde*, 34-3 (2010): 311-319.
- Evaristo, Conceição. *Olhos D'água*. Rio de Janeiro: Editora Pallas, 2014.
- Freire Paulo. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2013.
- Haidet, Paul, Jody Jarecke, Nancy Adams, Heather Stuckey, Michael Green, Daniel Shapiro, Cayla Teal, Daniel Wolpaw. A guiding framework to maximise the power of the arts in medical education: a systematic review and metasynthesis. *Med Educ* 50, 3 (2016): 320-31.
- Lobo Antunes, João. *A nova medicina*. Lisboa: FFMS, 2012.
- Lobo Antunes, João. *Ouvir com outros olhos*. Lisboa: Gradiva Publicações, 2016.
- Mallet, Ana L.R. e Andrade, L.P.L.S. (eds). *Literatura e medicina: uma experiência de ensino*. Rio de Janeiro: Livros Ilimitados, 2017.
- Ranciére, Jacques. *A partilha do sensível*. São Paulo: Editora 34, 2009.
- Sanders, Lisa. *Todo paciente tem uma história para contar*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.
- Santos, R.C. *Modos de saber, modos de adoecer: o corpo, a arte, o estilo, a história, a vida, o exterior*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1999.
- Saramago, José. *As Intermitências da Morte*. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- Scliar, Moacyr. *A mulher que escreveu a Bíblia*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999, 2a reimpressão.
- Scliar, Moacyr. *A Paixão Transformada – história da medicina na literatura*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- Tolle, Eckhart. *O poder do agora*. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.
- Tolstoi, Leon. *A morte de Ivan Ilich*. Porto Alegre: L&PM Pockets, 2020.
- Veríssimo, Luis F. *Comédias para se ler na escola*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001. Lispector, Clarice. *Todas as crônicas*. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 2018.

**Oficinas em Medicina Narrativa no internato integrado
em Medicina da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva
da Universidade Federal do Rio de Janeiro**

Workshop on Narrative Medicine in the integrated internships of Family and Community Medicine, Mental Health and Collective Health of Universidade Federal do Rio de Janeiro

Talleres de Medicina Narrativa en el internado integrador en Medicina de la Familia y Comunidad, Salud Mental y Salud Colectiva de la Universidade Federal do Rio de Janeiro

Maria Cristina Reis Amendoeira¹
Maria Katia Gomes²
Lúcia Maria Soares Azevedo³
Bruno Pereira Stelet⁴
Beatriz Elias Ribeiro⁵
Joana Campos⁶
Luiza Otero Villela⁷
Maria Tavares Cavalcanti⁸

Resumo: Após contextualizar a construção do internato integrado em Medicina da Família e Comunidade, Saúde Mental e Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o debate da Medicina Narrativa (MN) na Atenção Primária à Saúde (APS), relatamos a experiência das oficinas fundamentadas na metodologia da MN como um recurso no processo ensino-aprendizagem. A pandemia COVID19 trouxe para o internato atividades remotas. Entre estas, as oficinas de Medicina Narrativa. O relato, recente e em andamento, aponta a necessidade de ampliações de metodologias ativas que valorizem e estimulem o contato do estudante com suas emoções e o aprimoramento da sua criatividade. Destacamos a experiência pioneira dos diários de campo semanais, implantados desde 2006, que se constituem em narrativas livres e reflexivas sobre as experiências vividas pelos discentes no cotidiano do estágio nas Clínicas da Família.

Palavras-chave: Medicina Narrativa – Narrativa – Educação Médica – Internato – Atenção Primária à Saúde.

Abstract: After contextualizing ‘the construction’ of an integrated internship in Primary Health Care, Mental Health and Collective Health in Universidade Federal do Rio de Janeiro and the debate on Narrative Medicine (MN) at the Primary Health Care, this article will describe the experience of based Narrative Medicine workshops as a resource of the teaching-learning process. The pandemic made internship activities remote. Among them, Narrative Medicine workshops. A recent and ongoing report points out to the need of further active methodologies that will enhance and stimulate students’ contact with their emotions and creativity. It is worth mentioning the pioneer experience of a detailed Family Clinic weekly report, implanted in 2006, composed of free and reflexive narratives about the practices undergone by the students during their daily internship.

Keywords: Narrative Medicine – Narrative – Medical Education – Internship – Primary Health Care

¹ Pesquisadora do CNPq (Membro do grupo de pesquisas “Memória, Museus e Patrimônio”; linha de pesquisa: Memória, Arte e Loucura - do Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM). <http://lattes.cnpq.br/2381615777689226>

² Professora adjunta da Faculdade de Medicina da UFRJ/ Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde/DMAPS.

³ Professora Associada da Faculdade de Medicina da UFRJ; Departamento de Clínica Médica.

⁴ Médico de Família e Comunidade Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF).

⁵ Estudante da Faculdade de Medicina da UFRJ.

⁶ Estudante da Faculdade de Medicina da UFRJ.

⁷ Estudante da Faculdade de Medicina Estácio de Sá do Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁸ Professora Titular da Faculdade de Medicina da UFRJ, Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

Resumen: Después de contextualizar la organización del internado integrador en Medicina Familiar y Comunitaria, Salud Mental y Salud Colectiva de la Universidade Federal do Rio de Janeiro y de debatir la Medicina Narrativa en los Cuidados Primários de Salud, este artículo comenta la experiencia de los talleres basados en dicha metodología como recurso en el proceso enseñanza-aprendizaje. La pandemia COVID-19 introdujo actividades remotas; entre ellas, talleres de Medicina Narrativa. El relato, reciente y en curso, corroboró la necesidad de ampliar metodologías activas que valoren y estimulen emociones, perfeccionamiento y creatividad del estudiante. Se destaca la experiencia pionera de los diarios de campo, implementados desde 2006, que resultan narrativas libres y reflexivas sobre experiencias vividas por los discentes en el cotidiano de sus prácticas en las Clínicas da Família.

Palabras claves: Medicina Narrativa – Narrativa – Educación Médica – Internados – Cuidados Primários de Salud

O cenário

O contexto em que iniciamos a experiência das oficinas em Medicina Narrativa no internato integrado de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) pode ser caracterizado como um período excepcional na história da formação médica nesta Universidade. Para compreender a complexidade do período em que vivemos, precisamos recorrer ao passado recente.

Ano de 2015. Várias reuniões e visitas às clínicas da família do município do Rio de Janeiro. A decisão coletiva de que o internato em saúde mental aconteceria no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), de forma integrada ao internato de Medicina de Família e Comunidade, em curso desde 2006 de forma eletiva e a partir de 2009, na modalidade obrigatória, compondo uma das grandes áreas do internato.

O projeto “ABEM 50 anos: 10 anos das DCN para graduação em Medicina”, promoveu oficinas sobre “Competências do Internato”, contribuindo para a inclusão da área Saúde Mental (SM), nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN)-2014/Lei 12.871. Até 2014, a UFRJ oferecia no Instituto de Psiquiatria (IPUB), internato eletivo em SM direcionado aos alunos decididos a fazer residência em Psiquiatria. Estava posto o desafio de conceber um novo modelo, direcionado à formação generalista de todos os internos.

A coordenação geral do Internato promoveu encontros com os professores da Psiquiatria, que já vinham discutindo que a APS e a rede de atenção psicossocial (RAPS) seriam os melhores cenários para a formação do médico generalista em saúde mental, tendo em vista a alta prevalência de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde (APS) e o fato de que o médico generalista encontra as pessoas portadoras de transtornos mentais em seus cotidianos de prática e não nos centros especializados. O passo seguinte foi incluir nesta discussão o departamento de Medicina, Família e Comunidade, atual Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde (DMAPS), que ressaltou a necessidade de investimento no campo da SM entre Médicos de Família e Comunidade (MFCs). A experiência do internato em MFC, implantado desde 2006, possibilitou a construção coletiva do internato integrado.

A partir de abril de 2015, duplas de professores (SM + MFC) passaram a atuar como supervisores docentes, uma vez por semana, a partir das leituras dos diários de campo (DC), nas Clínicas da Família (CF) onde os internos são supervisionados diariamente por preceptores da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Atividades como consultas médicas e de enfermagem, discussões de casos, visitas domiciliares são refletidas nos DC. Ambos os campos (MFC/SM) realizam conjuntamente as sessões clínicas para os internos e a avaliação dos alunos segue um modelo mais formativo. Foram discutidas as competências em SM para o médico generalista, a melhor forma de capacitá-los, avaliando-se a necessidade ou não de cenários específicos da SM e que cenários seriam esses. Este modelo de atenção à SM na rotina da CF reforça a ideia do cuidado integral e qualifica ensino e serviço.

Ferramentas como grupos Balint e Medicina Narrativa têm sido experienciadas para compor a formação dos discentes na rodada Internato Integrado em Medicina de Família e Comunidade, Saúde Mental. Desde 2018, a Saúde Coletiva foi integrada, segundo as DCN/2014, que preconizam que:

o graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença (DCN, 2014).

Na APS os atributos da territorialização, vínculo, longitudinalidade, integralidade, responsabilização, componentes comunitários e cultural foram fortalecidos pelos conceitos revisitados da psiquiatria e saúde mental como Medicina Centrada na Pessoa, Escuta Qualificada, identificação de rede de apoio familiar, para garantir cuidado adequado.

A transição para o ensino híbrido: tempos de pandemia

A pandemia COVID-19 trouxe a suspensão oficial de todas as atividades acadêmicas na UFRJ. Os trinta e oito professores do internato integrado em MFC, SM e SC assumiram parceria com a Secretaria Municipal de Saúde no enfrentamento da pandemia, supervisionando de forma remota, os alunos bolsistas SUSEME, vinculados a diversas Instituições de Ensino Superior (IES), públicas e privadas. Foi assim iniciada a experiência do Telemonitoramento das pessoas com sintomas respiratórios como atividade de ensino-aprendizagem.

Juntos, professores e alunos, aprendemos sobre telessaúde, telemedicina, telemonitoramento, telecuidado e teleconsultas. O telemonitoramento das pessoas suspeitas de COVID-19 se constitui no acesso ao telecuidado de pacientes e familiares. Acometidos por doenças crônicas em isolamento

social, gestantes e crianças na fase de puericultura estão sendo cuidadas à distância ou de acordo com os problemas apresentados, sendo encaminhadas para avaliação presencial nas CF.

Esta experiência de ensino-aprendizagem em habilidade de comunicação por telefone, que permite o cuidado à distância em tempos de pandemia, tem se mantido como uma das atividades do internato integrado na APS, agora híbrido, com estágio presencial e atividades docentes remotas, como o acolhimento de novos alunos e os momentos de reflexões como a supervisão docente semanal, seminários, oficinas. O denominado Período Letivo Excepcional 1 (PLE 1) transcorreu de 13 de julho a 4 de outubro de 2020. Na sequência, o PLE 2. As oficinas remotas de MN e grupos Balint têm sido espaços importantes de formação, promovendo reflexões sobre as inseguranças de alunos e professores nestes tempos de pandemia.

A presença das narrativas nos diários de campo

A escrita dos diários de campo é um dos elementos que compõem a proposta de prática narrativa no internato desde 2006. De 2006 até julho de 2021 totalizaram 2762 alunos que construíram suas narrativas nos diários de campo. Atualmente, temos cerca de 110 alunos por semestre. Os alunos relatam experiências, sentimentos, sensações e refletem sobre o que experimentaram ao longo das consultas e atividades realizadas nas CF/APS. De forma livre e aberta, constroem textos narrativos e incluem poemas, frases de reflexão, músicas, entre outros. Os diários são elaborados semanalmente e refletem as principais atividades do internato integrado MFC, SM e SC. Ressalta-se a participação ativa do aluno como membro de uma das equipes da estratégia de saúde da família (ESF), da CF na qual realiza o internato, acompanhando e conduzindo consultas sob supervisão, participando de atividades de vigilância em saúde, vacinação, visitas domiciliares, além da permanência durante um certo período em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Os diários são lidos e respondidos pelos professores e discutidos em encontros de supervisão semanais. Ao final de cada turma do internato, um vasto portfólio de diários de campo é construído.

A comunicação efetiva, estratégia muito estudada e protagonizada pelo médico de família e comunidade, porém pouco abordada durante a graduação de medicina, é o elemento central no desenvolvimento dos diários de campo. Trata-se de atividades narrativas, com propostas de desenvolver reflexões sobre o exercício da medicina e o entendimento da importância de estratégias comunicativas. Para um aluno, escrever o diário de campo é sempre um desafio. Já tivemos alunos que consideraram, em seus relatórios finais, as atividades fora do atendimento nas CF uma pura perda de tempo. Seguiremos com alguns relatos de alunas, autoras desse artigo, Beatriz e Joana, ambas alunas do

décimo primeiro período da Faculdade de Medicina da UFRJ, cursando o internato no atual semestre (até agosto de 2021); e Luiza, aluna do décimo primeiro período da Faculdade de Medicina Estácio de Sá do Rio de Janeiro:

É um momento em que me sento para colocar em palavras as experiências vivenciadas na semana. Sentimentos mistos, como uma consulta com um paciente com quem houve mais transferência, uma visita domiciliar em pacientes vulneráveis, desafios e dificuldades que se fazem presentes no cotidiano dos médicos de família. Cada semana é única, com vivências únicas. A importância dos relatos se centra na necessidade de entender muitas vezes os sentimentos vivenciados. Mais do que uma estratégia de aprendizado, a escrita é também terapêutica - posso reviver momentos e ressignificar sentimentos vividos naquela semana. (Beatriz, 11º período da Faculdade de Medicina da UFRJ).

O trecho abaixo do diário de campo de uma aluna do internato integrado da UFRJ representa um pouco da dimensão do quanto este instrumento reflexivo pode ser sensível na captura e na transmissão das vivências dos alunos:

Semana 5 – 19/04-23/04/2021 – O que se espera da fila de espera. [...] No contexto da Clínica da Família, esses anseios ficam evidentes na fila de espera. Há três semanas eu estava escrevendo sobre as divergências e convergências de expectativas entre médicos e pacientes (semana 2) dentro do consultório. Desde então, dei muitas voltas pelo corredor e aprendi que o atendimento já começa e muitas vezes já se desdobra na própria fila de espera. O que ainda estou lutando para aprender, no entanto, é conciliar a expectativa do paciente e o que é, de fato, possível de ser feito – principalmente em um corredor de fila de atendimentos. [...] O tempo foi passando e eu fui percebendo que passei mais tempo deste dia conversando com pacientes no corredor do que dentro do consultório, o que era uma experiência nova para mim. No final do dia, eu estava ainda mais exausta do que eu estaria se tivesse passado o dia todo dentro do consultório... E verdade seja dita: o dia todo me senti patinando com patins largos em um lago de gelo fino. O lago, por sua vez, era simultaneamente a fila de espera no acolhimento e os pacientes dentro do consultório. (Joana, 11º. Período da Faculdade de Medicina da UFRJ).

Mais um depoimento nos indica a potência das narrativas para a formação dos alunos de medicina:

Acredito que a Medicina Narrativa tenha estado presente na minha vida muito antes de eu saber que ela existia. Como escritora e poeta, sempre mantive um diário e acreditei que ele me auxiliava, tanto quanto a terapia, a entender as minhas complexidades. Mesmo que a frequência de escrita variasse, sempre levei essa atividade muito a sério, acreditava que escrever, pelo menos uma vez por semana, me ajudaria a construir a minha própria narrativa. Nas poesias, por vezes as inspirações surgiram de quadros, músicas, livros e poemas de outros autores. Como um exercício inconsciente de MN. Cursando a faculdade, foi possível perceber como o conteúdo do meu diário foi mudando. Eu falava mais sobre o outro e em algumas das minhas poesias, assumia o olhar do paciente, como se vivesse em sua pele (Luiza, 11º. período da Faculdade de Medicina Estácio de Sá do Rio de Janeiro).

Como nesse trecho do diário, que gerou dois poemas escritos poucos dias depois:

23 de janeiro de 2021, 19:43. Hoje não foi um dia fácil. Cheguei no Servidores e descobri que o seu R. faleceu durante a noite. Pensei em suas filhas, em tudo que conversei com ele e no quão carente de afeto ele se sentiu no fim da vida. Eu sei que o staff acredita que ele foi

um paciente difícil, rebelde, porque senti um tom de “tá vendo, isso que dá não obedecer a gente”. Mas eu tenho certeza de que, na semana passada, ele só provocou a sua piora porque foi colocado em um quarto isolado, no meio de uma pandemia, onde ninguém, além de mim, pode realmente visitá-lo. Seu R. foi muito importante pra mim. Eu precisei do seu afeto tanto quanto ele. Tem sido difícil chegar em casa, me isolar no quarto para tirar a máscara e estar tanto tempo sem abraçar a minha mãe.

[...] Então segurar sua mão, perguntar como foi o seu dia e me sentar, na cadeira do acompanhante, pra ouvir ele falar, sabendo que eu precisava daquilo tanto quanto ele, foi uma experiência única, que talvez só a pandemia possa proporcionar. (Luiza, 11º. período da Faculdade de Medicina Estácio de Sá do Rio de Janeiro).

Sobre as relações entre Medicina Narrativa e a Atenção Primária em Saúde

O fortalecimento da APS depende diretamente da formação de médicos especialistas em cuidados primários para atender às necessidades de saúde da população, os MFC. Essa premissa reforça a ideia de que, para ser resolutivo na APS, o profissional precisa ser capacitado para tal. Alunos da área da saúde precisam ter experiência na APS durante a formação, como forma de chegarem à compreensão de que o cuidado em saúde resulta de um sistema estruturado e depende muito mais da coordenação dos diversos elementos das redes de atenção do que de condutas clínicas isoladas.

Habitualmente, a capacitação de médicos se dá pela imersão no cotidiano de serviços específicos, cuja metodologia de ensino é centrada na convivência, observação e participação efetiva com papel definido na prática supervisionada por um médico mais experiente e especialista. Apesar das atividades práticas estruturarem o processo de aprendizado, espera-se que ocorra uma relação intrínseca entre prática e teoria.

A prática cotidiana na APS deve sempre buscar dar respostas às necessidades e demandas por cuidados da comunidade com recursos médicos e não médicos disponíveis e de acordo com a própria cultura dessa comunidade. McWhinney⁹ afirma que, na MFC, a prática médica *per se* deve ser influenciada pelo contexto. Diferentes comunidades (territórios vivos onde estão presentes a história, a cultura, o ambiente e os recursos) devem ser compreendidas sob olhares complexos para que se perceba suas demandas e necessidades de saúde.

Com toda pluralidade de situações vivenciadas no cotidiano, tanto do serviço como da comunidade, é fundamental dar visibilidade a experiências e produzir referenciais teóricos para reafirmar a defesa de uma formação de médicos capazes de operar uma concepção de cuidado de pessoas de maneira diversa da hegemônica na cultura médica atual, segundo a qual, o ato de cuidar passa a ser a atuação enquanto tecnólogo ou *expert* em seguir *guidelines*. Em 2014, Trisha Greenhalgh¹⁰ provocaram um debate com o artigo “A Medicina Baseada em Evidências funciona?”, no qual refletem

⁹ Ian McWhinney. *A Textbook of Family Medicine*. (Oxford: Oxford University, 1997).

¹⁰ Trisha Greenhalgh, Jeremy Howick e Neal Maskrey. “Evidence based medicine: a movement in crisis?” *BMJ*, 348 (2014). Doi: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725>.

sobre o papel da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Suas considerações se desenvolveram em torno de uma pesquisa dirigida a médicos britânicos, na qual leitores do *British Medical Journal* foram questionados se acreditavam que a MBE funcionava, com possibilidades de respostas apenas “sim” ou “não”. As respostas dividiram-se praticamente ao meio: 51% responderam positivamente e 49% negativamente.

Os participantes da pesquisa atribuíram suas respostas a vários aspectos, dentre eles a escolha de um padrão-ouro em ensaios clínicos que desconsidera outras alternativas não reconhecidas pela comunidade científica que ainda se mostraram úteis para a *práxis* médica (como a ioga, por exemplo); a invenção de “doenças fantasmas” (como o “distúrbio da excitação sexual feminina”); ou a implementação da MBE, com seus instrumentos de tomada de decisão que, muitas vezes, são inadequados para lidar com e controlar a prática clínica do mundo real, ou seja, confusa, imprevisível e subjetiva¹¹ (GREENHALGH et al, 2014) ³.

Além das considerações destacadas na pesquisa acima, podemos acrescentar à lista de “problemas” da MBE os critérios de exclusão para pacientes com comorbidades, ou pacientes mais idosos – um viés que já havia sido mencionado nos anos 1990, em um artigo publicado por Evans¹², que questionou ironicamente se o totem científico do novo milênio para a medicina poderia ter sido “baseado em evidências” ou “enviesado” pelas mesmas.

Em meio a essas e outras críticas que foram sendo forjadas aos problemas intrínsecos à MBE e aos seus excessos, podemos compreender a grande adesão da MFC à Medicina Narrativa como uma espécie de contraponto aos exageros da MBE na prática clínica da APS - uma prática com alto grau de incerteza clínica e versatilidade de tipos de atendimento (crianças, gestantes, idosos etc.), à necessidade de ser resolutivo e à amplitude biopsicossocial do que é considerado "problema de saúde".

Segundo Fernandes¹³, o debate da MN tem colocado em relevância a necessidade de se debruçar sobre determinados “tipos de competências” que permitam maior porosidade da prática clínica em relação às contribuições de outras áreas do saber. Contudo, isso não implica uma recusa a tudo o que é oriundo da Biomedicina. Grande parte dos equívocos dos saberes e práticas de saúde está relacionada ao fato de ter-se conformado no modelo biomédico a virtude onipotente do caráter técnico-científico, em detrimento de tudo aquilo que é subjetivo, mutável, complexo, variável – o que talvez

¹¹ Trisha Greenhalgh et al. Ibid.

¹² John Grimley Evans. *Evidence-based and evidence-biased medicine*. (London: Age Ageing, 1995).

¹³ Isabel Fernandes. “O elefante verde ou a importância da medicina narrativa na prática clínica.” *Rev Ordem Médicos* 153 (2014): 76-81. Disponível em: <https://issuu.com/revistaordemdosmedicos/docs/153>.

melhor evidencie nossa condição “humana”¹⁴. Charon¹⁵ aponta para a ideia de que um “conhecimento narrativo”, a capacidade humana de compreender o significado e importância das histórias, está sendo reconhecido como fundamental para uma prática médica eficaz. Questões como as repercussões da doença sobre a pessoa e seus efeitos na família, no trabalho ou na comunidade; vulnerabilidades que determinadas situações imprimem no cotidiano dos indivíduos; sentimentos de culpa, rupturas, fraquezas ou mesmo a resistência de pacientes perante situações críticas; medos e ideias, muitas vezes construídas socialmente, acerca de determinadas enfermidades são algumas das facetas de um prisma com o qual é preciso exercitar o olhar para captar a complexidade que envolve a compreensão das demandas das pessoas e do cuidado em saúde. A Medicina Narrativa pode contribuir para um ensino médico que esteja atento a estas questões.

O trabalho em equipe requer a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a integração do aluno da área da saúde com a rede pública, principalmente com a rede de APS. O professor universitário ensina em conjunto com os profissionais das Clínicas da Família e Comunidade. Essa docência compartilhada com médicos de família e comunidade como preceptores nos últimos anos da Faculdade de Medicina é uma experiência enriquecedora e desafiante – em que as hierarquias podem ser quebradas. Acreditamos que esse campo de prática seja especialmente propício à Medicina Narrativa como ferramenta a ser incorporada ao dia a dia de docentes e alunos de todos os períodos do curso de Medicina. No momento, os alunos da FM/UFRJ têm prática na APS apenas no terceiro semestre do curso e no internato. A inserção mais precoce do aluno na rede e a inclusão de atividades de AP em outras disciplinas ao longo do curso são alterações de currículo necessárias já identificadas e em fase de implementação.

As oficinas em Medicina Narrativa como atividade no internato integrado da FM/UFRJ

É nesse cenário e com essa perspectiva que iniciam as oficinas, coordenadas pela professora Cristina Amendoeira, que desde 2018 dedicou-se à sua capacitação através de cursos e grupos de estudos que aprofundam a abordagem proposta por Rita Charon. Aplicando-se esse recurso para o ensino-aprendizagem das Humanidades na Medicina, organizamos oficinas com cerca de 12 participantes entre alunos e professores, com duração de duas horas e meia. A ementa das oficinas está baseada nos conteúdos do treinamento realizado pelo Projeto em Humanidades Médicas da Faculdade

¹⁴ Kenneth Rochel de Camargo Jr. “As Armadilhas da ‘concepção positiva de saúde’”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 76, 1(2007): 63-76.

¹⁵ Rita Charon et al. “Literature and medicine: contributions to clinical practice”. *Ann Int. Med*, 122 (1995):599-606.

de Lisboa (coordenado pela professora Isabel Fernandes, 2018 e 2021) e do recente workshop Medicina Narrativa e Criatividade da Columbia University, Nova Iorque, coordenado pela professora Rita Charon, em 2020.

As oficinas iniciam com abordagem dos conceitos fundamentais em MN, o significado de *close reading*¹⁶ e seguem-se exercícios a partir de textos, pinturas e filmes selecionados. Também são abordados relatos do ponto de vista dos pacientes, dos cuidadores e da família. No final de cada atividade é solicitada uma autoavaliação.

Esses fundamentos metodológicos relacionam a prática clínica com outros campos de investigação, como a narratologia, a psicologia, a etnografia, a história oral e os estudos da comunicação, proporcionando um mergulho no universo de obras literárias, poesias, prosas, imagens e objetos de artes visuais ou artes performáticas – o que facilita a conexão com as experiências vividas. Aplicada à clínica, no encontro com o paciente, tanto na anamnese quanto na relação de cuidado, espera-se despertar a sensibilidade para que o estudante se afete, apostando no desenvolvimento de um profissional médico mais afeito ao senso ético necessário ao cuidado integral em saúde. Rita Charon (2006) define a Medicina Narrativa, também, como um instrumento de autoconhecimento, pois promove a consciência de si mesmo e a relação com o outro.

Os conceitos fundamentais da MN são: 1- A leitura atenta; 2- A escuta atenta; 3- A escrita reflexiva. Esta leitura pode ser caracterizada como atenção ao conteúdo, à forma e à percepção de como se sente ao ouvir a história, percebendo as variações de humor, as mudanças de clima, qual o tema e o sujeito que narra. Mas essa atenção traduz uma atitude passiva e ativa (assim como ao ler um texto literário, ao abrir um livro que não conhecemos ainda – aqui, é o outro, o paciente): devemos estar disponíveis para ler/ouvir e deixar que esse texto nos afete, porém, ativos em outro nível das nossas mentes, que é o nível imaginativo e o do conhecimento que temos como bagagem. Há uma duplicidade. Escutar com atenção é ser um ouvinte atento e reflexivo.

A capacidade de interação dialógica e o acolhimento generoso é capaz de permitir o encontro e a percepção das nuances que podem ser sutis e, finalmente, podem promover respostas ativas e criativas. Ainda quanto à metodologia, a realização de leitura coletiva atenta, à medida em que todos os participantes leem juntos, cada um vai, por meio de suas próprias deliberações sobre o funcionamento do texto, acrescentando seu próprio sentido ao que leu ou ouviu. Todos são, então, convidados a escrever a partir de um estímulo, tendo a chance de representar suas próprias percepções despertadas

¹⁶ Rita Charon, *Narrative medicine: honoring the stories of illness* (Oxford: Oxford University Press, 2006), 14 e 43.

pelo texto. Finalmente, quando cada um lê em voz alta o que escreveu, os ouvintes ou leitores compartilham o que foi criado. Atualmente, todos os alunos do internato participam de, pelo menos, uma oficina durante o estágio do internato.

No período de agendamento da oficina é disponibilizado o artigo “Integralizar” de Gabriela Granieri Aidar; Andréa Borges e Ana Luísa Rocha Mallet¹⁷ como introdutório ao tema, para professores e alunos. E vários textos das antologias voltadas para a Medicina Narrativas foram utilizados como materiais: “Conta (com) a Medicina”, de Isabel Fernandes, Maria De Jesus Cabral, Teresa Casa, Alda Correia e Diana V. Almeida¹⁸ e “(O)usar a Literatura Um laboratório de leituras para a reflexão em saúde”, de Maria de Jesus Cabral e Marie-France Mamzer¹⁹. A seguir, serão descritas as etapas (Quadro 1), exemplos de materiais e temáticas abordadas nas oficinas (Quadro 2), assim como exemplos de frases disparadoras ou estímulos para a escrita criativa e reflexiva (Quadro 3).

Quadro 1- Etapas da Oficinas em MN com alunos do internato em MFC, SM e SC, em 2020 e 2021

Etapas	Definição	Duração (minutos)	Materiais
Introdução	Introdução e apresentação dos participantes	10	Qual o seu nome? O que gosta de fazer?
Conceituação breve	O que é a Medicina Narrativa e a dinâmica da atividade	20	
Leitura e escuta atenta	Leitura e escuta atenta de texto. Partilhar a experiência da escuta. Que emoções, tema, quem é o narrador etc.	15	Textos lidos em voz alta.
Escrita criativa e reflexiva	Escrever, em associação livre, sobre um tema a partir de um estímulo, uma frase disparadora	3	Papel e caneta.
Compartilhamento da experiência	Todos leem exatamente o que escreveram. Os ouvintes partilham o que foi ouvir contar. E o narrador devolve suas impressões.	20	Contar. Ouvir contar. Devolução.
Análise criativa de imagem ou vídeo	Escrever, em associação livre, após analisar a imagem, sobre um tema a partir de um estímulo, uma frase disparadora. (3 min).	10	Atividade criativa a partir de imagens.
Compartilhamento da experiência	Compartilhamento do que foi escrito. O que foi ouvir/compartilhar.	20	Contar. Ouvir contar. Devolução.

¹⁷ Gabriela Granieri Aidar, Andréa Borges and Ana Luísa Rocha Mallet “Integralizar, Medicina Narrativa na prática médica - vida real”, *Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro* 48 (2020): 33-36.

¹⁸ Isabel Fernandes, et al, *Conta (com) a Medicina*, (Lisboa: Caleidoscópio, 2018), 7-270.

¹⁹ Maria de Jesus Cabral and Marie-France Mamzer, *(O)usar a Literatura Um laboratório de leituras para a reflexão em saúde*, (Santo Tirso: De Facto Editores 2020), 11-325

Leitura da imagem, vídeo, poema etc. Escuta atenta e reflexiva	Escrever, em associação livre, a partir do material apresentado.	3	Poema, pintura, música, ou outro material artístico.
Compartilhamento da experiência	Compartilhamento do que foi escrito.	15	
Resumo da experiência	O que foi a experiência para cada um.	10	

Quadro 2- Exemplos de materiais utilizados nas Oficinas em MN com alunos do internato em MFC, SM e SC, em 2020 e 2021

Materiais utilizados nas oficinas	
Textos	
Ruído de Passos (Clarice Lispector, 1974). LISPECTOR, Clarice (1974). Ruído de Passos. In A via crucis do corpo. Rio de Janeiro: Editora Rocco.	
Tocar para sentir (Abraham Verghese, 2018), In FERNANDES, Isabel, Alda Correia, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal e Diana V. Almeida, eds. (2015; 2016; 3a ed. revista e aumentada 2018). Contar (com) a Medicina. Lisboa: Caleidoscópio, p.179-180.	
O doente examina o médico (Anatole Broyard, 2018). In FERNANDES, Isabel, Alda Correia, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal e Diana V. Almeida, eds. (2015; 2016; 3a ed. revista e aumentada 2018). Contar (com) a Medicina. Lisboa: Caleidoscópio, p.24-30.	
A peste (Albert Camus, 1974). Rio de Janeiro: Editora Record. A peste (Albert Camus, 2018). In FERNANDES, Isabel, Alda Correia, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal e Diana V. Almeida, eds. (2015; 2016; 3a ed. revista e aumentada 2018). Contar (com) a Medicina. Lisboa: Caleidoscópio, p.149-151.	
A força estranha (Rita Charon, 2015). CHARON, Rita (2015). A força estranha. O corpo que se conta, por que a medicina e as histórias precisam uma da outra. SP: Editora Letra e Voz.	
O paciente inglês (Michael Ondaatje, 2008). idea y creación editorial, sl. www.sicidea.net	
O escafandro e a borboleta (Jean Dominique Baulby, 2018). In FERNANDES, Isabel, Alda Correia, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal e Diana V. Almeida, eds. (2015; 2016; 3a ed. revista e aumentada 2018). Contar (com) a Medicina. Lisboa: Caleidoscópio, p.21-23.	
Sobre o cuidar (Ventura, 2020). VENTURA, André Salgado (2020). Sobre o cuidar. https://pausaspousos.tumblr.com/post/619111042098888704/sobre-cuidar-termino-o-meu-texto-de-formatura-com?fbclid=IwAR3Bfs_jHdmk8uOITiPOCOt1jfOZv1x85zgcRMOxrDraC5SoupEG53V_DBY https://www.facebook.com/pausaspousos/posts/128968868823572	
Entre a loucura e a liberdade a experiência de uma agente comunitária de saúde (Solange Aparecida Freitas Mattos, 2007). In Antonio Lancetti (org.), Saúde Mental e Saúde da Família. Texto de Saúde e Loucura número 7, Editora HUCITEC.	
Um gentil ladrão. Mia Couto. Revista Visão 1415 de 16 de abril de 2020. https://visao.sapo.pt/opiniaio/a/mapeador-de-ilhas/2020-04-24-um-gentil-ladrao/	
Audiovisuais	
O escafandro e a borboleta: trailer: https://youtu.be/JtCTskfIEAQ	

Ruído de Passos. Direção de Denise Gonçalves, curta metragem baseado em Clarice Lispector. https://www.youtube.com/watch?v=cnSbjd22nuE
O presente. https://youtu.be/07_9EJCtD4A
Alike https://youtu.be/K4Foovfdb-E
A Grandma's Goldfish. https://youtu.be/AVUO-5X2Qts
Pain and Sympathy, William Kentridge (2010) https://art21.org/watch/extended-play/william-kentridge-pain-sympathy-short/
Trailer do filme A Peste (filme de Luiz Puenzo, 1992) e a peça A Peste. https://youtu.be/hoh4OgP1ciA https://youtu.be/t0kS2ygnmXU
Midrash Ao vivo Bruno Thys e L.A. Alzer em bate-papo com Marcia Rachid Sentença de vida https://youtu.be/oCGUd-_0vmA
Ted Talk Um toque médico, com Abraham Verghese https://www.ted.com/talks/abraham_verghese_a_doctor_s_touch?utm_campaign=tedsread&utm_medium=referral&utm_source=tedcomshare
Ao meu amigo Edgar. Carta de Noel. https://youtu.be/Aw9jdz-oARY
Gotas de chuva sobre a grama. Filme de Gina Ferreira sobre quadro de Fernando Diniz. https://youtu.be/L85g5tkAMys
Quatro pedacinhos (Gilberto Gil, 2018) https://youtu.be/wF4nZz4_-dk
Não tenho medo da morte (Gilberto Gil, 2014) https://youtu.be/1FuaX2T6Xso
Socorro (Arnaldo Antunes, 2020) https://youtu.be/QOspLuTHhP4
Guardar. Poesia de Antônio Cícero https://youtu.be/1B-skA5-Ad0
Uma arte. Poesia de Elizabeth Bishop. Recitado por Antônio Abujamra. Programa provocações TV Cultura. https://www.youtube.com/watch?v=ALhd88WgMek
O brinco. Poema de Ana Martins Marques https://www.youtube.com/watch?v=GR3f0rbZZ44&t=0s
O amor bateu na aorta. Poesia de Carlos Drummond de Andrade. Recitado por Drica Moraes. https://youtu.be/JzIGIS51A-M
Saiba. Arnaldo Antunes. VideoClip com Adriana Calcanhoto. https://youtu.be/RKWaEv866uI

The Doctor. Pintura de Samuel Luke Fildes (1891). Óleo sobre tela, Galeria Tate, Londres
RUBENSTEIN, Ephraim. A sala. Woodley Interior, Summer I oil on linen 48" x 38" 2010 https://ephraimrubenstein.com/work/woodley-summer-interior-i/
Exposição 3 artistas de Engenho de Dentro. Home 3 Artistas de Engenho de Dentro (mii.org.br)

Quadro 3 - Exemplos de frases disparadoras ou estímulos para a escrita criativa e reflexiva nas Oficinas em MN com alunos do internato em MFC, SM e SC, em 2020 e 2021

Exemplos de frases disparadoras ou estímulos para a escrita criativa e reflexiva
Algo criativo que realizou nesta semana
Um acontecimento marcante sobre o cuidar
A minha primeira anamnese
Um hospital está cheio de histórias
Um presente inesperado
Uma revelação que sentiu como mágica
Descreva uma sala significativa em sua vida
Escreva uma carta de amor
Uma lembrança da infância
Um encontro inesperado

As oficinas foram realizadas no período letivo do internato em MFC, SM e SC da Faculdade de Medicina da UFRJ. O total de 197 alunos participaram da atividade. No segundo semestre de 2020 foram 99 alunos e, no primeiro semestre de 2021, 98 alunos (turmas do nono, décimo e décimo primeiro período).

Em uma dessas oficinas realizadas em agosto de 2020, propomos a leitura atenta em voz alta, e escuta atenta, do texto “Tocar para sentir”, de Vergheze. O texto foi compartilhado e lido naquele momento por dois ou três alunos voluntários. Seguiu-se uma conversa informal fundamentada no método da leitura atenta: Quem narra? Que emoções o texto despertou? Qual é o tema? Que associações lhes ocorreram? Algumas impressões são compartilhadas como: o narrador é um médico, traz sentimentos de impotência e insegurança diante da doença; angústia; conforto, carinho e insegurança. A partir daí, passamos para um exercício de escrita criativa e reflexiva.

Em outra oficina, trabalhamos o texto e filme “Ruído de passos”: o envelhecimento e sua solidão; permanência da sexualidade; reminiscências; nossa dificuldade em conversar com alguém sobre sua própria morte. A dificuldade em conversar sobre sexualidade com velhos. O papel do médico diante da solidão do paciente. É o papel político do médico que é discutido em “A peste”, de Camus: a crise profissional, estar sozinho, a alta mortalidade e suas correlações com a pandemia atual.

Após leitura e comentários do texto “O paciente inglês”, propomos um exercício de escrita. Escolher um ponto de vista e narrar uma história como se fosse o cuidador ou o paciente. É, geralmente, uma experiência reveladora sobre o estar doente e depender do cuidado do outro ou de como o outro se torna dependente do cuidado que lhe é prestado.

Um outro exemplo: o vídeo com a música de Gilberto Gil, “Quatro pedacinhos”, acompanhada de um balé – discutimos a relação médico-paciente; sentimentos como espanto diante da doença, o medo, a incerteza e a segurança e confiança no médico. O sentimento de que o médico conduz o paciente.

Após o vídeo “O presente” sugerimos, como estímulo, uma frase disparadora, a partir dos elementos da discussão anterior. Nesse caso, a frase foi: “um presente inesperado”. A seguir, um exercício de escrita criativa e reflexiva nos moldes de uma associação livre: “escreva as primeiras ideias que lhe vierem à cabeça, sem se preocupar se faz sentido ou está bem escrita”; é uma atividade de três a cinco minutos. Os alunos são convidados a ler em voz alta exatamente o que escreveram e os outros realizam uma escuta atenta e depois comentam o que foi ouvir o relato compartilhado. Adiante, o leitor dá um retorno sobre os breves comentários. Segue com todos compartilhando o que escreveram. É um momento em que muitos se admiram de sentimentos compartilhados pelos colegas ou mesmo uma visão totalmente diferente da situação. São momentos preciosos da oficina, pois é uma aproximação emocional com o outro e uma troca rica em que passam a conhecer partes inimagináveis do outro.

Seguem as impressões após uma das oficinas realizadas: na percepção do aluno, formalmente, a graduação médica possui uma duração de longos seis anos. No entanto, ao entrar na faculdade, não demora muito para se perceber que o montante de aprendizado a ser adquirido é tão extenso que faz com que doze períodos se tornem curtos. Porém, à medida em que vão acumulando as primeiras bagagens de conhecimento médico, também se compreende que a formação médica é eterna e transcende à graduação. Nesse sentido, uma das primeiras habilidades aprendidas e que nunca se para de desenvolver é o ato de contar a história de um paciente. O processo de contar a história de um paciente

é curioso, porém, à medida em que se adquire prática, a anamnese se torna quase uma escrita automática. É nesse momento que, ainda do ponto de vista do aluno, pode, sem perceber, ocorrer um desequilíbrio na linha tênue que separa o pragmatismo almejado na Medicina e o processo de transformar inadvertidamente a história de um ser humano em um conjunto de sinais e sintomas. É nesse cenário que nasce a importância de atividades como a Oficina de Medicina Narrativa.

Durante a oficina de Medicina Narrativa, os alunos relataram a oportunidade de ter a experiência de fugir da propedêutica clássica e mergulhar em uma perspectiva diferente. Segundo Andrade et al.²⁰ (2020)¹², a padronização, fundamental na organização dinâmica dos que trabalham em um hospital acaba por retirar a individualidade, reduzindo aqueles que estão ali em busca de cuidado a um número de leito ou “ao paciente com doença tal”. Os afetos, portanto, devem ser estimulados, já que os sentimentos conferem a singularidade e empatia. Os alunos exercitam, através da literatura, uma aproximação com o mundo particular de cada pessoa. Sob supervisão dos preceptores da Clínica da Família, os estudantes desenvolvem atividades promotoras de criatividade para refletir sobre questões que impactam direta ou indiretamente na saúde e qualidade de vida – tanto do próprio aluno quanto dos pacientes. Na atividade o aluno pode observar diferentes formas de expressão de colegas que mostraram sua criatividade por meio de poesias, textos abertos e músicas. Algumas atividades foram sentidas como desafiantes, como, em apenas três minutos, contar histórias que, apenas nesse momento, entraram em contato que estavam ali guardadas. De uma maneira inesperada, afirmaram os alunos, a Oficina de Medicina Narrativa foi capaz de ser uma ponte ligando a clássica propedêutica hipocrática com a delicadeza, tato e criatividade na hora de contar história não de uma doença, mas de uma pessoa com toda dignidade que ela merece.

Cada vez mais as humanidades vêm sendo incluídas no ensino médico. A literatura e as artes, em geral, são consideradas recursos importantes na formação médica. Quando os alunos leem juntos um texto, ao escreverem, podemos considerar que estão em pleno processo de construção de significados. Podemos afirmar que tais estratégias apostam em um exercício do pensamento crítico e reflexivo. A proposta das oficinas procurou retomar a escrita como organizadora do caos de emoções vividas pelos alunos nos últimos períodos de sua formação e contemporâneos de um mundo em pandemia. Acreditamos que essa escrita possibilite a elaboração de uma experiência vivida de maneira corporificada e que vai dar origem a uma compreensão mais contextualizada nas histórias de adoecimento e de cuidado.

²⁰ Andrade, Daniele Santos, Liz Torres Pedreira, Vitoria da Silva Costa Machado Milheiro and Yasmin Vidal Matos. “O paciente no hospital: a necessidade de humanização e o papel do médico”, *Rev Inter Educ Saúde*, 4, 2 (2020):79.

Dessa forma, os alunos concluíram em suas reflexões que a oficina de medicina narrativa proporcionou um momento de reflexão lúdica sobre a escuta atenta e criativa, ato fundamental do médico durante a consulta. Os participantes, confrontados com relatos, textos e vídeos, passam a compartilhar seus pensamentos imediatos, sentimentos e visões de mundo, e são estimulados a adotarem uma postura mais livre durante as atividades. Tal postura reflexiva se baseia numa forma de abordagem diferenciada, mais atenta e compreensiva com a dor do outro. Para o aluno de medicina, representa uma atividade diferenciada durante a formação clínica, tirando um pouco o ostensivo foco em conhecimentos propedêuticos e clínicos e centrando-o na importância da comunicação bem-sucedida na construção não apenas de fortes relações médico-paciente, como também de raciocínios clínicos eficientes e resolutivos – algo válido não só no contexto da medicina de família e comunidade, mas para toda a prática médica.

O que podemos aprender com essa experiência?

O potencial das ferramentas narrativas, aprendidas e apreendidas com Rita Charon, Isabel Fernandes e seus pesquisadores, é o próprio retorno à perspectiva humanizada da experiência de adoecimento, tanto para o futuro médico ou cuidador quanto para o paciente e sua família.

Ao narrar, o aluno reproduz imaginativamente esse encontro clínico e cria um diálogo entre a história do paciente e sua própria história. Essa é uma das apostas pedagógicas do uso de narrativas na Medicina: que o aluno retome aspectos de um senso ético estão sendo atrofiados no decorrer da formação médica. É o reencontro ao mundo da vida, na experiência corporificada no decorrer das oficinas.

O ato de escrever os auxilia a externalizar e compartilhar experiências e o convite para os outros ouvirem os resgata de um sentimento de solidão diante dessas experiências. Os alunos trazem relatos, por serem de escrita rápida, quase automática e de associação livre; são pouco elaborados, sem revisão e com menor crítica diante do que vem expresso. Por isso, é recomendada especial atenção à vulnerabilidade dos participantes quando escrevem e compartilham, principalmente nesta devolução da escrita rápida. É a valorização da experiência própria de cada um. Estão criando significados, num processo de composição considerado como um processo continuado de busca de sentido na experiência das relações humanas. As identidades são constituídas de narrativas e dessa maneira, também se constroem ou reconstroem identidades profissionais diante do cuidado.

E o que podemos aprender com essa experiência? O melhor de tudo, é que quem faz – assim como quem ensina – aprende muito sobre si mesmo e sobre seu ofício ao realizar a atividade. Em

tempos de pandemia, mais do que nunca, vale repetir Guimarães Rosa (no conto Entremeio com o vaqueiro Mariano, do livro *Estas Estórias*): “narrar é resistir”.

Referências Bibliográficas

- Aidar, Gabriela Granieri O, Andréa Borges e Ana Luísa Rocha Mallet. “Integralizar, Medicina Narrativa na prática médica – vida real”. *Boletim da Sociedade de Reumatologia do Rio de Janeiro* (2020): 33-36.
- Andrade, Daniele Santos, Liz Torres Pedreira, Vitoria da Silva Costa Machado Milheiro and Yasmin Vidal Matos. “O paciente no hospital: a necessidade de humanização e o papel do médico”, *Rev Inter Educ Saúde*, 4, 2 (2020): 79.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES No 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
- Cabral, Maria Jesus Cabral and Marie-France Mamzer. *(O)usar a Literatura. Um laboratório de leituras para a reflexão em saúde*. Santo Tirso: De Facto Editores, 2020.
- Camargo Jr, Kenneth Rochel de. “As Armadilhas da ‘concepção positiva de saúde’”. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, 76, 1 (2007): 63-76.
- Charon, Rita, Joanne Trautmann Banks, Julia E. Connelly, Anne Hunsaker Hawkins, Kathryn Montgomery Hunter, Anne Hudson Jones, Martha Montello, Suzanne Poirer. “Literature and medicine: contributions to clinical practice”. *Ann Int. Med*, 122, 8 (1995): 599-606.
- Charon, Rita. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Evans, John Grimley. *Evidence-based and evidence-biased medicine*. London: Age Ageing, 1995.
- Fernandes, Isabel. “O elefante verde ou a importância da medicina narrativa na prática clínica.” *Rev Ordem Médicos*, 153 (2014): 76-81.
- Fernandes, Isabel, Alda Correia, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal e Diana V. Almeida. *Contar (com) a Medicina*. Lisboa: Caleidoscópio, 2018.
- Greenhalgh, Trisha, Jeremy Howick e Neal Maskrey. “Evidence based medicine: a movement in crisis?” *BMJ*, 348 (2014). Doi: <https://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725>.
- McWhinney, Ian R. *A Textbook of Family Medicine*. Oxford: Oxford University, 1997.

**Reflexões sobre Oficina em Medicina Narrativa para Docentes
da Faculdade de Medicina da UFRJ**

*Reflections on a Workshop in Narrative Medicine for faculty members
of the Medical School of UFRJ*

*Reflexiones sobre Taller de Medicina Narrativa para Docentes
de la Facultad de Medicina de la UFRJ*

Maria Cristina Reis Amendoeira¹
Ana Lucia Ferreira²
Lúcia Maria Soares Azevedo³
Erotildes Maria Leal⁴

Resumo: A Medicina Narrativa é uma metodologia que dá centralidade à experiência do paciente e contribui para o desenvolvimento de competências clínicas que levam em conta a pessoa. O aprendizado de tais competências requer capacitação discente e docente. Relata-se a experiência de uma oficina, cujo propósito foi apresentar esta abordagem a docentes da Faculdade de Medicina da UFRJ. Os passos da oficina, da qual participaram 19 docentes, estão descritos. Parte do texto *The Patient Examines The Doctor*, de Broyard, foi usado como disparador. A ferramenta – Medicina Narrativa - desconhecida pela maioria dos participantes, gerou debate sobre a necessidade de articular o ensino dos aspectos biológicos da doença aos aspectos subjetivos, culturais e sociais da experiência do adoecer, promoveu momentos de autoconhecimento e comunhão entre os docentes e evidenciou a relevância do uso de metodologias ativas e reflexivas no processo de ensino-aprendizagem.

Palavras-chave: Medicina Narrativa; Educação Médica; Docentes de Medicina

Abstract: Medicine narrative is a methodology that enhances a patient's experience in the development of clinical competences that will consider the importance of the person. The learning of such competences requires qualification of the faculty and student members. A workshop with 19 UFRJ faculty participants is fully described. Part of the text *The Patient Examines the Doctor* (Broyard), has been used as a release button. The tool, Medicine Narrative, unknown to most participants, drew attention to the need of teaching the biological aspects of a disease and the subjective, cultural and social aspects of being diseased. Moreover, it promoted moments of self-awareness and communion among the faculty members, the pertinence of active and reflexive methodologies for the teaching-learning process.

Keywords: Narrative Medicine; Education, Medical; Faculty, Medical

Resumen: Medicina Narrativa es una metodología que le otorga centralidad a la experiencia del paciente que contribuye con el desarrollo de competencias clínicas que enfatizan la persona. El aprendizaje de dichas competencias requiere capacitación docente y discente. Esta fue la experiencia de un taller que presentó dicho enfoque a los docentes de la Facultad de Medicina de la UFRJ. Se describen los pasos del taller en el que participaron 19 docentes. La motivación estuvo a cargo de *The Patient Examines The Doctor* (Broyard). Medicina Narrativa – herramienta desconocida para la mayoría, ayudó a debatir la necesidad de articular la enseñanza de los aspectos biológicos de las enfermedades con los

¹ Mestre em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2000). Doutora em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2008). Psicanalista (Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro/SBPRJ), coordenadora do Grupo de Estudos Psicanálise e Envelhecimento da Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro - SBPRJ; Co chair na América latina do Ageing Committee da International Psychoanalytical Association – IPA (Psychoanalytic Perspectives on Aging - PPA), desde 2017. Pesquisadora do CNPq (Membro do grupo de pesquisas “Memória, Museus e Patrimônio”; linha de pesquisa: Memória, Arte e Loucura - do Instituto Brasileiro de Museus (IBRAM). <http://lattes.cnpq.br/2381615777689226>

² Professora Associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ. Doutora em Ciências pela ENSP/FIOCRUZ.

³ Professora Associada do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina UFRJ.

⁴ Professora do Departamento de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da UFRJ.



subjetivos, culturais y sociales de la experiencia de enfermarse; forjó, autoconocimiento y afinidad entre los docentes y dejó evidente la importancia del uso de metodologías activo-reflexivas en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Palabras clave: Medicina Narrativa; Educación Médica; Docentes Médicos

Introdução

O alcance das competências do egresso do curso de Medicina preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais⁵ é diretamente vinculado à capacitação dos docentes. A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FM-UFRJ), por meio do seu Programa de Desenvolvimento Docente, tem promovido desde dezembro/2020 oficinas voltadas para o aprimoramento docente em metodologias ativas de ensino e para a reestruturação curricular.

A centralidade do paciente e de sua experiência é um dos eixos do programa. Para tal, é necessário revisitar a dimensão relacional do encontro docente-aluno-paciente-equipe. Que emoções estas relações despertam? Como trabalhá-las? Como incluir a sua tematização ao longo do curso médico? Seria possível inserir a abordagem da dimensão relacional existente na prática médica no ensino do raciocínio clínico?

No Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da FM-UFRJ, temos no eixo Ética/Humanidades competências específicas a serem desenvolvidas:

“Conhecer e aplicar os preceitos legais e éticos vigentes que regulam o exercício profissional. Comprometer-se com pacientes, profissionais de saúde e sociedade por meio de atitude íntegra, empática e respeitosa. Construir vínculos de confiança, respeitando direitos, opiniões, valores e diversidade dos pacientes, visando à tomada de decisão compartilhada. Estabelecer comunicação empática, eficiente e ética com pacientes, famílias e equipe profissional. Comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares sobre as implicações do diagnóstico e da intervenção proposta em situações extremas: doenças graves, condutas de risco, erro e morte. Identificar e ponderar os dilemas bioéticos com a equipe de saúde para a tomada de decisões. Respeitar o direito à confidencialidade e à privacidade dos pacientes.”⁶

O desenvolvimento da sensibilidade nos alunos de medicina não é, muitas vezes, levado em conta por muitos docentes na área da saúde⁷. Uma das justificativas para essa atitude seria evitar o envolvimento emocional com os pacientes, a fim de diminuir o sofrimento dos alunos, o que os deixaria mais aptos para exercer um cuidado eficaz. Os alunos chegam ao final do curso deixando para trás a humanidade e a curiosidade da infância que carregavam como bagagem especial quando entraram na universidade. A medicina mudou, o mundo mudou e os métodos de ensino e aprendizagem

⁵ Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES N° 3, (de 20 de junho de 2014). Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

⁶ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Site: https://medicina.ufrj.br/pt/conteudos/paginas/grad_medicina/estrutura_curricular; Link doc: https://res.cloudinary.com/webdev-medicina/image/upload/ppc_medicina

⁷ Ieda Aleluia, Ana Verônia Mascarenhas, Sandra Lucia Brasil. “Sobre educação médica e sensibilidades: revisitando Rubem Alves!” *Revista Internacional Educação em Saúde* 2, 1 (2018):124-125.

mudaram. Cada vez mais o ensino médico e o método clínico tem sofrido transformações, direcionando-se para uma medicina centrada na pessoa, uma medicina vinculada ao outro, ao paciente^{8,9}. Já se encontram relatos de experiências da inclusão (curricular ou não) das humanidades e das artes como um recurso para desenvolver ou recuperar sensibilidades perdidas dos alunos. A valorização dos aspectos subjetivos inerentes das relações já vem se integrando na educação médica. São exemplos algumas experiências de grupos como “Arte na Veia”, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Estácio, Universidade Souza Marques, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, cursos de extensão¹⁰, e também, na grade curricular do primeiro semestre da Escola Baiana de Medicina, na disciplina “O Autocuidado: Desenho, pintura, literatura e meditação”:

O mundo mudou. A educação não fica de fora dessa mudança, e a educação em saúde também não. Então que mudemos, que naveguemos em” mares nunca dantes navegados” com a incerteza nos acompanhando; pois é com essa incerteza, com esse sentimento de fluidez, de mudança constante, que poderemos ver, e nos lançar, nas várias possibilidades de novos caminhos. Que as mudanças nos façam melhores, que nos façam crescer, que aumentem nossa curiosidade, nossa solidariedade, nossa criatividade. Que nos façam ver a importância da construção coletiva do conhecimento. Que não fiquemos trancados em certezas vãs, em fórmulas rígidas, em zonas de conforto que dão aparente segurança e força, já que a vida se baseia na impermanência. Aprender a lidar com a incerteza é aprender a lidar com a vida.¹¹

Fernandes¹² nos lembra que o cuidado abrange a dimensão da relação estabelecida no encontro clínico. O futuro médico vai “aprender a ouvir, ver e tocar o outro”. Mas, como aprimorar tais habilidades, como desenvolver a presença ativa e receptiva em nosso mundo contemporâneo, onde prevalece a distância e a virtualidade? Mais do que nunca, os docentes necessitam buscar formas criativas de acolher as emoções e percepções do aluno e transmitir-lhe essa capacidade de ouvir, ver e tocar o outro.

Certamente, o docente desenvolve e aprimora suas qualidades sensíveis para transmitir conhecimento e sensibilidade no decorrer da formação dos alunos. A Medicina Narrativa (MN) foi o recurso privilegiado para fomentar esse debate entre o corpo docente e explicitar que a articulação de competências narrativas e clínicas é condição para formação do médico generalista capaz de atender

⁸ Michel Balint. *O médico, seu paciente e a doença*. (Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988).

⁹ Moira Stewart et al. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. (Porto Alegre: Artmed, 2017).

¹⁰ Ana Luiza Novis, Fatima Geovanini, Lorraine Veran. *Medicina Narrativa: a arte do encontro*. (Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021).

¹¹ Ieda Aleluia, Ana Verônia Mascarenhas, Sandra Lucia Brasil. “Educação em tempos de transição.” *Revista Internacional Educação em Saúde* 4, 1 (2020):1-2.

¹² Isabel Fernandes. A relação médico-paciente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa. In: Ana Luiza Novis, Fatima Geovanini e Lorraine Veran. *Medicina Narrativa: a arte do encontro*. (Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021), p.23

as necessidades de saúde da população, com responsabilidade social, sensibilidade cultural e excelência técnica.

Após uma breve discussão das características e alcances da MN, será descrita uma atividade de Medicina Narrativa, realizada com docentes da FM-UFRJ. O objetivo deste exercício foi sensibilizá-los para o uso de metodologias ativas de ensino que trabalham a dimensão sensível do cuidado em saúde.

A Medicina Narrativa como metodologia para trabalhar o encontro docente- aluno-paciente- equipe

A MN é uma metodologia que relaciona a prática clínica com outros campos de investigação, como por exemplo a narratologia, a psicologia, a etnografia, a história oral e os estudos da comunicação. A partir de obras literárias, poesia, prosa, imagens e objetos de artes visuais ou artes performativas nos conectamos com as experiências humanas. Aplicada na clínica, tanto na anamnese quanto no exame físico, ela nos ajuda a reconhecer, interpretar e nos leva a agir. Também proporciona o desenvolvimento do médico, do profissional de saúde, de toda a equipe, e contribui para a implantação de novas práticas na rotina de cuidados clínicos¹³.

Rita Charon define a MN como um instrumento de autoconhecimento (porque promove consciência de si mesmo) e de comunhão com o outro. Os seus conceitos fundamentais são¹⁴: 1. A leitura atenta; 2. A escuta atenta; 3. A escrita reflexiva e criativa.

Há docentes e/ou alunos que já possuem essas capacidades de interação dialógica e de hospitalidade generosa. Mas elas não apenas podem ser aprimoradas, como também desenvolvidas. Essa atitude melhora a capacidade de acolher e registrar as nuances das relações humanas, que podem ser sutis. Também amplia a capacidade de responder ativa e criativamente ao desafio da articulação dos melhores conhecimentos técnicos à realidade de vida das pessoas.

As várias formas de prática clínica da MN vêm sendo desenvolvidas e estudadas por mais de vinte anos. Seu alcance tem sido descrito na clínica e na formação do profissional de saúde¹⁵. Destacamos sua relevância no desenvolvimento do médico e da equipe de saúde; do relacionamento com o paciente; das técnicas de entrevistas dialógicas e sensíveis à experiência de adoecimento; e na implantação de novas práticas narrativas na rotina de cuidados clínicos.

¹³ Rita Charon. Clinical Contributions of Narrative Medicine. In: Rita Charon et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press, 2017).

¹⁴ Adaptado de *Ibid*.

¹⁵ Rita Charon et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press, 2017).

Somos constituídos também por nossas narrativas e a medicina não tem como ignorar isso. A MN assume a sua dimensão pedagógica ao fornecer treinamento narrativo em saúde para todo e qualquer profissional da área, independente do seu nível de formação. Frank Huyler, escritor e médico citado por Charon, nos apresenta razões para levar adiante este projeto:

Estudar humanidades ... [nos ajuda] ... a nos tornarmos mais conscientes, mais perspicazes, mais reflexivos e, em última análise, mais influentes na formação da trajetória da saúde. Trata-se de encorajar a facilidade, a vontade e a capacidade de entrar no debate público mais amplo nestes tempos cacofônicos, quando o silêncio coletivo não servirá E, finalmente, trata-se de fornecer uma saída para o envolvimento emocional e autorreflexão em uma cultura que normalmente nega ambos, olhar para fora ao invés de olhar para dentro, e muitas vezes ignora não apenas os custos pessoais, mas as recompensas pessoais do trabalho médico¹⁶.

A inclusão do curso de escrita criativa para os alunos da *Columbia University* teve, como um de seus resultados, o próprio professor utilizando o método também no ensino¹⁷. As metodologias ativas oferecem ferramentas para o desenvolvimento das habilidades comunicativas para o aluno e para o docente. Balint, com seus grupos para desenvolvimento e aprimoramento da relação médico-paciente, já afirmava que a personalidade do médico é a primeira droga que se administra aos pacientes¹⁸. Podemos acrescentar que a personalidade do docente também é apreendida pelo aluno juntamente com o conhecimento transmitido. A implicação do docente na experiência do cuidado, sua personalidade, suas práticas, sua vida profissional, o dia a dia, também são formadores do futuro profissional. A MN deve ser aplicada em todos os ambientes de ensino, inclusive nos virtuais, e nos mais diversos cenários de prática.

Um dos entraves para a educação interprofissional exigida na educação médica é a hierarquia na saúde, vigente no modelo “linha de montagem”, supremacia branca e masculina, os preconceitos e padrões de dominação cultural etc. Fatores como profissionalismo precoce na função, diferenças de status hierárquico entre profissões, nichos estruturais que separam as profissões e estruturas organizacionais que podem permitir ou impedir mudanças, são relevantes para o destino dos esforços para instilar o trabalho em equipe entre os profissionais de saúde.

Podemos identificar, em uma mesma equipe, profissionalismo precoce na função ou especialidade, diferenças de status hierárquico entre profissões, preconceitos estruturais separando profissões. Estes fatores interferem no trabalho em equipe e dificultam mudanças rumo a produção de um

¹⁶ Huyler apud Rita Charon. *Clinical Contributions of Narrative Medicine*. In: Rita Charon, et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press, 2017), p.292.

¹⁷ Rita Charon. *Clinical Contributions of Narrative Medicine*. In: Rita Charon et al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press, 2017).

¹⁸ Michel Balint. *O médico, seu paciente e a doença*. (Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988).

cuidado compartilhado entre profissionais e paciente. Rita Charon destaca o papel do treinamento e prática da MN para auxiliar os membros da equipe interprofissional a alcançar um terreno comum de ação:

Em vez de focar nos contrastes entre as identidades profissionais ou de cada especialidade dos membros de uma equipe, os métodos da medicina narrativa iluminam os valores e desejos comuns das pessoas antes de se tornarem membros de uma profissão ou além de sua filiação a uma profissão de saúde. A expansividade, criatividade e reflexividade do aprendizado da medicina narrativa abre espaço para que os docentes se vejam sob uma nova luz, não em termos de território ou papéis tradicionais, mas como colegas que enfrentam sempre novos problemas e oportunidades de se juntar aos alunos sob seus cuidados ¹⁹.

Na prática, a MN traz para o treinamento de quem a ela se submete – seja o participante um profissional de saúde em formação, alguém já graduado ou mesmo um docente – o mesmo método característico de escuta e leitura atentas e escrita criativa. Através dele, o encontro do participante consigo mesmo e com os demais participantes, enquanto contadores, ouvintes, leitores e escritores de histórias de vida, é estimulado. O processo desenvolvido favorece que as perspectivas, imaginações, memórias e valores de cada participante sejam explicitadas e compartilhadas. O convite feito ao integrante é que se envolva a partir de sua subjetividade plena e ousada. Independentemente do nível de sua formação, a apresentação de cada um sempre se dá por meio de atos criativos. O compartilhamento da leitura de textos, de filmes, da escrita criativa, possibilita a reflexão coletiva de questões complexas e cria um ambiente de maior conhecimento e troca sobre cada um.

A falta de criatividade e iniciativa no processo de ensino-aprendizagem nos fazem refém da “educação bancária”²⁰ (2005) e são ameaças, como nos alerta Nóvoa²¹, que podem trazer prejuízos à educação no futuro. O aluno tomado enquanto um banco, uma folha em branco, onde o conhecimento é passivamente depositado, despotencializa e mortifica aluno e mestre. O processo de ensino-aprendizagem é um processo vivo, de mão dupla, formativo não só para o aluno, mas também para o professor. Isso exige que a universidade se ocupe também da educação permanente de seu corpo docente.

A seguir será apresentada a atividade de MN desenvolvida com os docentes da FM-UFRJ, no programa de desenvolvimento docente dessa instituição. O propósito foi sensibilizá-los para o uso de metodologias ativas e trabalhar a dimensão sensível do cuidado em saúde, a partir do aprofundamento do conhecimento mútuo dos docentes, incluindo as preocupações e perspectivas de cada um.

¹⁹Rita Charon. Clinical Contributions of Narrative Medicine. In: Rita Charon at al. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press, 2017): 298.

²⁰ Paulo Freire. *Pedagogia do oprimido*. (Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996), p.57-76.

²¹ Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Maria Lúcia Toralles Pereira. “Universidade e Formação Docente – Entrevista: António Nóvoa”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 4, 7 (2000):129-138.

Descrição da oficina de Medicina Narrativa

Em janeiro de 2021 foi realizada, em plataforma *on-line*, uma oficina sobre metodologias ativas de ensino, abordando 3 métodos: estudo de caso, medicina narrativa e paciente simulado. A duração da oficina foi de 3 horas e ½, e compreendeu os seguintes tempos: 1. abertura e exposição geral sobre metodologias ativas (30 minutos); 2. atividades simultâneas em 8 grupos separados (1 e ½ hora) com experimentação e reflexão sobre a metodologia ativa utilizada; 3. plenária, com apresentação de relatos de cada grupo, discussão e fechamento (1 e ½ hora). Dois, dos oito grupos, trabalharam a partir da MN. Os participantes foram previamente alocados nos grupos, sem escolherem o método a ser trabalhado. Não foram feitas explicações em plenária sobre nenhum dos métodos apresentados. Todos os docentes da FM-UFRJ, que engloba 3 cursos de graduação que foram convidados: Medicina, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional – foram convidados. Cento e dez docentes confirmaram presença e sessenta e cinco compareceram. Os 8 grupos de atividades foram compostos por docentes dos 3 cursos da FM-UFRJ: médicos de diversas especialidades e do ciclo básico, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas.

Os 2 grupos que trabalharam MN seguiram a mesma dinâmica, sumarizada no Quadro 1 que segue abaixo. Os passos ocorreram após brevíssima exposição do que era MN e apresentação do roteiro da atividade. Em cada grupo a condução foi realizada por uma docente experiente em MN, auxiliada por uma docente da comissão organizadora.

Quadro 1: Passos da dinâmica de MN na Oficina do PDD-FM-UFRJ - Jan/21

Passos da MN	Atividade realizada	Tempo
Passo 1	Leitura atenta do texto “O doente examina o médico” *	10 min
Passo 2	Compartilhamento da experiência da leitura	05 min
Passo 3	Atividade de escrita a partir da frase disparadora “Um hospital está cheio de histórias maravilhosas e terríveis ...”	05 min
Passo 4	Compartilhamento: contar e ouvir	15 min
Passo 5	Atividade de escrita: cada componente do grupo escreve sua impressão sobre o que ouviu dos demais	03 min
Passo 6	Troca e reflexão sobre a experiência realizada e fechamento do relatório para apresentação na plenária.	15 min

* Trechos traduzidos e adaptados por Alexandre Schreiner (médico, CPST/UFRJ), a partir do ensaio original *The Patient Examines The Doctor* (1992), do livro *Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death*, de Anatole Broyard²².

O texto, lido em voz alta em cada grupo, foi uma seleção de parágrafos do capítulo “*The Patient Examines The Doctor*”, do livro “*Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death*”, de Anatole Broyard (1920/1990), publicado após sua morte devido a um câncer de próstata. Broyard foi jornalista e escritor do *New York Times*. Nesse capítulo, o escritor relata sua reação ao diagnóstico e à doença. É um texto em que transparece sua sinceridade, capacidade de análise e determinação diante da doença. Ele reflete sobre a relação médico-paciente e a importância dessa relação para ajudá-lo a enfrentar a situação vivida. No trecho escolhido, o autor descreve o processo da descoberta da doença, a escolha do médico, as primeiras consultas, suas reações e emoções quando o câncer foi diagnosticado, a avaliação que fez do médico especialista e, finalmente, o que esperava que um médico representasse para um doente nessa situação. Trechos deste capítulo também podem ser encontrados na antologia para oficinas em MN, de Isabel Fernandes, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal, Alda Correia e Diana V. Almeida²³. Destacamos trechos selecionados do original, em versão adaptada por Alexandre Schreiner para a oficina:

Saber que você está doente assim é uma das experiências mais importantes da vida, afinal nós pensamos que vamos durar para sempre... eu pelo menos era convencido disso e quando ele me falou foi como um intenso choque elétrico, me senti eletrizado. Agora eu era uma nova pessoa... Comecei a olhar ao meu redor com novos olhos e o que eu via era o meu médico...

Alguns dias depois permiti que executasse uma cistoscopia em mim. Usando algo como uma touca de banho de plástico transparente tal como uma camisinha presa em sua cabeça eu me virei definitivamente contra ele. Não quero discutir sua competência, seu talento, mas a sua falta de estilo, carisma, vivacidade, sua falta de magia. Sim! Percebi que queria que meu médico tivesse habilidades médicas, mas também... magia. Estar doente é estar desordenado em sua mente. Sinto que meu absurdo faz parte de mim. ...Eu queria um médico que respondesse ao meu absurdo e triunfasse sobre ele.

Não vejo nenhuma razão para que os médicos não devam ler um pouco de poesia como parte de seu treinamento. Morrer ou adoecer é uma espécie de poesia.... É isso o que acontece com o homem doente. Parece-me que os médicos poderiam estudar poesia para entender essas dissociações, essas perturbações, e seria uma aceitação mais total da condição do paciente...

É claro que um médico pode perguntar com razão: "Mas o que devo dizer? Tudo o que posso dizer ao paciente são os fatos, se é que existem fatos." ...A resposta do médico ao seu paciente ainda não nasceu. Virá naturalmente, ou a princípio de forma não natural, do cruzamento das

²² Anatole Broyard. *The Patient Examines the Doctor*. In: Broyard, Alexandra. *Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death*. (New York: Fawcett Columbine, 1992).

²³ Isabel Fernandes, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal, Alda Correia e Diana V. Almeida (org.). *Contar (com) a Medicina*. 3.ed.(Lisboa: Caleidoscópio, 2018).

necessidades do paciente com a experiência do médico e sua imaginação ainda não experimentada.

Nem todo doente pode ser salvo, mas sua doença pode ser amenizada pela maneira como o médico responde a ele - e ao responder a ele, o médico pode salvar a si mesmo. Contudo, ele deve se tornar um estudante novamente; tem que dissecar o cadáver de sua identidade profissional; ele deve ver que seu silêncio e neutralidade não são naturais. Pode ser preciso renunciar à parte de sua autoridade em troca de sua humanidade, mas como os antigos médicos de família sabiam, isso não é um mau negócio. Tem pouco a perder e tudo a ganhar ao permitir que o doente entre em seu coração...²⁴

Para encerrar, reflexões sobre a oficina de Medicina Narrativa e lições que ficam

O roteiro utilizado para o desenvolvimento da atividade de MN, em cada um dos grupos, gerou diferentes reflexões, embora a quase totalidade dos professores desconhecessem a abordagem.

No grupo 1 (9 participantes), a despeito da concordância de que a MN seria uma boa opção para a introdução de outras visões sobre a atuação do médico, sobre a relação médico-paciente e mudança do foco da atenção da doença para a pessoa, foram identificados entraves considerados barreiras para sua aplicação no atual modelo curricular. O desconhecimento sobre a MN e suas possibilidades de uso, apontaram para a necessidade de formação docente na área.

No grupo 2 (10 participantes) foram relatadas experiências de ensino e aprendizagem que se assemelhavam, de alguma forma, ao método proposto na MN. A viabilidade do uso deste método na FM-UFRJ foi sinalizada, bem como o interesse de que a atividade com os docentes se repetisse. A leitura do texto do Broyard produziu efeitos particulares: despertou memórias de situações de doença, pessoais ou de familiares próximos, carregadas de emoção, inclusive naqueles que apenas ouviram os relatos dos colegas. Assim como em Broyard, aconteceu a triste constatação do despreparo do médico nessas horas em que o paciente e sua família mais precisam de apoio, magia, poesia, humanidade. O compartilhamento de experiências pessoais, e dolorosas, chegou a criar em alguns participantes de uma das oficinas a percepção de um clima intimista, de certa forma mágico, que os deixou mais à vontade no decorrer da atividade. A frase disparadora “Um hospital está cheio de histórias maravilhosas e terríveis...” incentivou vários relatos de experiências profissionais, cuja tônica foi o sentimento de amor ao paciente, a compaixão pelo sofrimento do outro, a gratidão recíproca, as dores e as delícias deste tipo de relação ímpar entre profissional de saúde-paciente.

Características desse método de ensino e aprendizagem, como a expansividade, a criatividade e reflexividade, possibilitaram que grupos interprofissionais de docentes se olhassem a partir de uma nova perspectiva. Ocorreu a ruptura de papéis tradicionais nas relações. Foi possível a troca de conhecimentos e experiências, a oportunidades de transmitir e expandir conhecimentos e experiências,

²⁴*Ibid*, p. 24-30.

bem como o enfrentamento de novos problemas. Na prática, a MN trouxe para esta atividade de educação continuada e treinamento docente, através de seus métodos característicos de leitura e escrita atenta e escrita criativa e reflexiva, uma reflexão sensível sobre a experiência docente e sobre necessidade de mudança curricular, que é pouco exercitada.

A MN se mostrou passível de ser aplicada no mundo digital e propiciar a aproximação e identificação entre docentes, alunos, pacientes, dentre tantos outros personagens implicados no cuidado em saúde. Diversidade e inclusão vieram à tona e reafirmam a educação como base de uma sociedade democrática.

A oficina relatada foi uma experiência singular de compartilhamento entre indivíduos, médicos de várias especialidades, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais sem hierarquias. Enriquecedora, a pesquisa apresentou a um grupo de docentes uma ferramenta desconhecida por grande parte deles. Despertou interesse e poderá abrir caminhos para novas experiências de ensino e reflexões sobre a prática clínica exercida por esses docentes, nos três cursos da FM-UFRJ (medicina, fonoaudiologia e terapia ocupacional).

“Por que não se tem mais dessas atividades na formação docente?” Essa foi uma das frases que um docente apresentou, oralmente, no relatório final. Está lançado o desafio à universidade: assumir, ou não, um papel de vanguarda na formação de seus docentes e em uma nova maneira de ensinar.

Referências

- Aleluia, Iêda, Mascarenhas, Ana Verônica and Brasil, Sandra Lúcia. “Educação em tempos de transição.” *Rev Inter Educ Saúde* 4, 1 (2020):1-2.
- Aleluia, Iêda, Ana Verônica Mascarenhas, Sandra Lúcia Brasil. “Sobre educação médica e sensibilidades: revisitando Rubem Alves!” *Rev Inter Educ Saúde* 2, 1 (2018):124-125.
- Balint, Michel. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1988.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
- Broyard, Anatole. *The Patient Examines the Doctor*. In: Broyard, Alexandra. *Intoxicated by My Illness and Other Writings on Life and Death*. New York: Fawcett Columbine, 1992.
- Charon, Rita, Sayantani Dasgupta, Nellie Hermann, Craig Irvine, Eric Marcus, Edgar Colón, Danielle Spencer and Maura Spiegel. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press, 2017.
- Charon, Rita. *Clinical Contributions of Narrative Medicine*. In: Charon Rita, Dasgupta Sayantani, Hermann, Irvine Craig Nellie, Marcus Eric R., Colón Edgar R., Spencer Danielle and Spiegel,

Maura. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press, 2017.

Fernandes, Isabel, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal, Alda Correia and Diana Almeida. *Contar (com) a Medicina*. 3.ed. Lisboa: Caleidoscópio, 2018.

Fernandes, Isabel. A relação médico-paciente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa. In: Novis, Ana Luiza., Geovanini, Fátima and Veran, Lorraine. *Medicina Narrativa: a arte do encontro*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021.

Foresti, Miriam Celí Pimentel Porto and Maria Lúcia Toralles Pereira. “Universidade e Formação Docente - Entrevista a António Nóvoa”. *Interface – Comunic, Saúde, Educ* 4 (7) (2000):129-138.

Freire, Paulo. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996

Novis, Ana Luiza, Fátima Geovanini, Lorraine Veran. *Medicina Narrativa: a arte do encontro*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2021.

Stewart, Moira, Judith Belle Brown, Wayne Weston, Ian McWhinney, Carol McWilliam, and Thomas Freeman. *Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina. Site: https://medicina.ufrj.br/pt/conteudos/paginas/grad_medicina/estrutura_curricular; Link doc: https://res.cloudinary.com/webdev-medicina/image/upload/ppc_medicina

**Anatomia comparativa:
contribuições da arte para o ensino-aprendizagem na medicina**
Comparative anatomy: art contributions to the teaching-learning in medicine
Anatomía comparativa: contribuciones del arte a la enseñanza-aprendizaje en la medicina

Catia Helena de Almeida Lima Massari¹
Adriano Ferreira Silva²
Tais Harumi de Castro Sasahara³
Maria Angélica Miglino⁴

Resumo: A Anatomia Comparativa estabelece comparações entre os aspectos anatômicos de diferentes espécies animais. Esta pesquisa objetivou investigar como a Anatomia se relaciona tanto com a Medicina quanto com a Arte, além de fornecer informações sobre a influência da anatomia animal sobre o estudo da anatomia humana. Realizou-se uma pesquisa qualitativa, tendo como amostra ilustrações de Leonardo da Vinci e Andreas Vesalius. Os resultados indicaram evidências do estudo do complexo forma-função de animais domésticos e silvestres sobre o ensino-aprendizagem do corpo humano. Conclui-se que estabelecer comparações entre características anatômicas do homem e da mulher com aquelas correspondentes de animais foi importante durante muitos anos e seus efeitos para a Educação Médica ao longo dos séculos podem ser esclarecidos através da Arte.

Palavras-chave: Ciências morfológicas; educação médica; anatomia artística; animais.

Abstract: Comparative Anatomy establishes comparisons between the anatomical aspects of different animal species. This research aimed at investigating how Anatomy is related to both Medicine and Art, in addition to providing information on the influence of animal anatomy on the study of human anatomy. A qualitative research was carried out, using illustrations by Leonardo da Vinci and Andreas Vesalius as sample. The results indicated evidence from the study of the form-function complex of domestic and wild animals on the teaching-learning of the human body. It is concluded that establishing comparisons between anatomical characteristics of men and women with those corresponding to animals was important for many years and its effects on Medical Education over the centuries can be clarified through the Art.

Keywords: Morphological sciences; medical education; artistic anatomy; animals.

Resumen: La Anatomía Comparada hace comparaciones entre los aspectos anatómicos de diferentes especies animales. Esta investigación tuvo como objetivo investigar cómo la Anatomía se relaciona tanto con la Medicina como con el Arte, además de brindar información sobre la influencia de la anatomía animal en el estudio de la anatomía humana. Se realizó una investigación cualitativa, tomando como muestra ilustraciones de Leonardo da Vinci y Andreas Vesalius. Los resultados indicaron evidencia del estudio del complejo forma-función de animales domésticos y salvajes sobre la enseñanza-aprendizaje del cuerpo humano. Se concluye que establecer comparaciones entre las características anatómicas de hombres y mujeres con las correspondientes a los animales fue importante durante muchos años y sus efectos en la Educación Médica a lo largo de los siglos se pueden esclarecer a través del Arte.

Palabras-clave: Ciencias morfológicas; educación médica; anatomía artística; animales.

¹ Médica Veterinária Ph.D., Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo (FMVZ/USP), São Paulo, Brasil.

² Médico radiologista Ph.D., Hospital Universitário, Universidade de São Paulo (HU/USP), São Paulo, Brasil.

³ Médica Veterinária Ph.D., Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo (FMVZ/USP), São Paulo, Brasil

⁴ Médica Veterinária Ph.D., Departamento de Cirurgia, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade de São Paulo (FMVZ/USP), São Paulo, Brasil.

Introdução

A Anatomia Comparativa, como o nome indica, estabelece comparações entre os aspectos anatômicos de diferentes espécies animais. Ela tem sido, algumas vezes, designada de Anatomia Comparada, no entanto este termo é inapropriado, pois comparativo é o que serve para comparar (o que emprega a comparação) enquanto comparado é aquilo que foi contraposto⁵.

Sabe-se que, desde a pré-história, o ser humano já tinha curiosidade de observar e examinar o corpo, tendo notado que havia partes duras e outras moles⁶. Evidências de que o homem pré-histórico tinha interesse pela Morfologia permaneceram na forma de pinturas rupestres encontradas em paredes de cavernas na Europa^{7,8}.

Na Idade Antiga, as observações sobre forma e estrutura do corpo avançaram graças aos egípcios com suas técnicas de mumificação e, posteriormente, aos mesopotâmicos. Na Grécia, o estudo da Anatomia avançou consideravelmente em Alexandria com Herófilo e Erasístrato; posteriormente, um famoso médico grego de Crotona, Acmeón, fez as primeiras dissecações do corpo humano. No século V a.C., Aristóteles compilou os estudos de Morfologia realizados no Liceu na obra *Historia Animalium* com descrições de espécies animais existentes na Grécia e na Ásia Menor. No século II d.C., Cláudio Galeno dissecou porcos, macacos e outros animais, cometendo erros inevitáveis ao transpor seus achados ao modelo humano. A partir então do ano 150 a.C., com o surgimento da Igreja Católica, a dissecação foi proibida por motivos teológicos e então as descrições feitas por Galeno permaneceram inquestionavelmente aceitas por muitos séculos^{9,10}.

Assim, na Idade Média, o estudo de Anatomia foi restrito aos clérigos no interior de algumas catedrais (daí o termo “estudo catedrático”). Depois, com o Renascimento, sugeriram os ateliês-escolas de Anatomia com grandes artistas que aproximaram a Anatomia da Arte^{11,12}.

⁵ Liberato Di Dio. *Tratado de anatomia aplicada*. (São Paulo: Poluss 1998).

⁶ José Roberto Ortale. "A importância da anatomia na formação do médico." *Títulos não-correntes* 8, 1/2 (2012), <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/bioikos/article/viewFile/971/948>

⁷ Inés Domingo et al. "Humanizing european paleolithic art: A new visual evidence of human/bird interactions at L'Hort de la Boquera site (Margalef de Montsant, Tarragona, Spain)." *L'Anthropologie* 123, 1 (2019): 1-18, <https://doi.org/10.1016/j.anthro.2019.01.001>

⁸ Diego Garate et al. "The cave of Atxurra: a new major Magdalenian rock art sanctuary in Northern Spain." *Journal of Archaeological Science: Reports* 29 (2020): 102120, Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jasrep.2019.102120>

⁹ Sanjib Kumar Ghosh. "Human cadaveric dissection: a historical account from ancient Greece to the modern era." *Anatomy & cell biology* 48, 3 (2015): 153, <http://dx.doi.org/10.5115/acb.2015.48.3.153>

¹⁰ Anastasia Conner. "Galen's Analogy: Animal Experimentation and Anatomy in the Second Century CE." *Anthos* 8, 1 (2017): 9, <https://doi.org/10.15760/anthos.2017.118>

¹¹ Won Jin Park et al. "Anatomy in Michelangelo Art." *Keimyung Medical Journal* 37, 2 (2018): 76-81, <http://doi.org/10.0000/kmj.2018.37.2.76>

¹² Vasileios Mitrousias et al. "Art & anatomy: an everlasting relationship creating new insights in teaching surface anatomy." *MedEdPublish* 9 (2020), <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000023.1>

Esta pesquisa objetiva investigar como a Anatomia se relaciona tanto com a Medicina (humana e veterinária) quanto com a Arte, sendo considerada ciência e técnica artística visual por meio de ilustrações de dois autores renascentistas: Leonardo da Vinci e Andreas Vesalius, além de fornecer informações mais detalhadas sobre o seguinte problema: os dados de anatomia animal influenciaram o estudo da anatomia humana?

Materiais e método

Realizou-se uma pesquisa qualitativa no Programa de Pós-Graduação em Anatomia dos Animais Domésticos e Silvestres da Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia da Universidade de São Paulo (FMVZ/USP), adotando-se imagens como documentos de pesquisa¹³. A amostra compreendeu 32 ilustrações de da Vinci e Vesalius, quais foram analisadas a fim de encontrar significados e razões subjacentes dos sujeitos nos detalhes de suas respectivas gravuras^{14,15,16}.

O critério de seleção das ilustrações foi a observação da macroscopia dos corpos ilustrados pelos seguintes dois autores: a) Leonardo da Vinci (1452-1519) participou de dissecações e produziu múltiplos esboços de suas descobertas, através de desenhos precisos e com qualidade, por vezes, tridimensional; b) Andreas Vesalius (Wesel) (1514-1564), médico belga de Bruxelas, considerado o pai da anatomia moderna, realizou exímias dissecações durante o seu período como professor de Medicina em Pádua, tendo representado o corpo humano por meio de placas anatômicas preparadas pelo pintor barroco Pietro da Cortona (1596-1669). A escolha das obras deu-se pela marcada influência renascentista, de onde vem o interesse pelo saber científico, sobretudo de Anatomia. Assim, as ilustrações presentes em *Os Cadernos Anatômicos de Leonardo da Vinci* e *De Humani Corporis Fabrica* foram analisadas sob a óptica do “como” constituíram as bases da anatomia comparativa ao evidenciar semelhanças e diferenças entre as espécies de mamíferos.

¹³ Martin W Bauer, George Gaskell. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. (Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017).

¹⁴ , Charles Donald O'Malley et al. Leonardo da Vinci on the human body: The anatomical, physiological, and embryological drawings of Leonardo da Vinci: with translations, emendations and a biographical introduction. (Bexley: Gramercy Books, 1982).

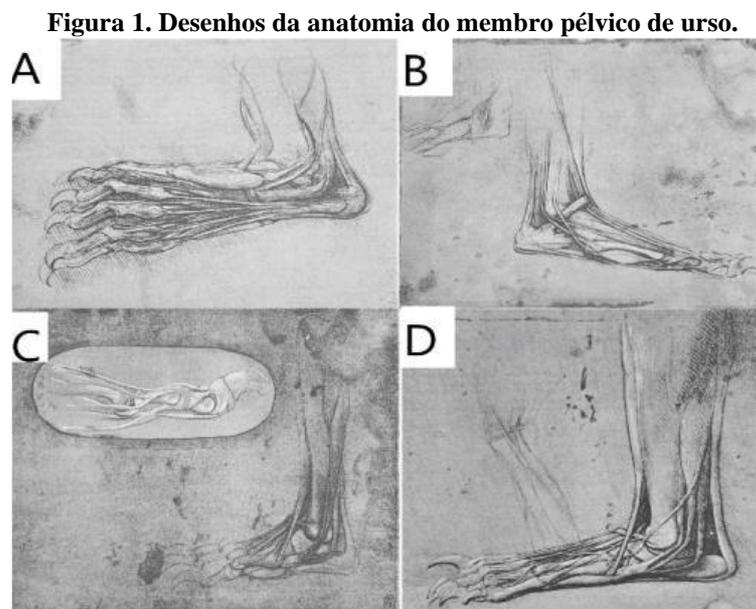
¹⁵ Frank Zöllner, Johannes Nathan. Leonardo da Vinci, 1452–1519: The Complete Paintings and Drawings, catalogue raisonné. (Colônia: Taschen, 2015).

¹⁶ Charles O'Malley, J. B. C. Saunders. "Andreas Vesalius de Bruxelas, De humani corporis fabrica. Epitome. Tabulae sex: ilustrações e comentários dos trabalhos anatômicos." (Campinas: Editora Unicamp, 2002).

Resultados e discussão

Leonardo da Vinci foi um dos pioneiros a representar secções transversais de material anatómico. Sua ideia inicial, segundo o pintor, arquiteto e biógrafo italiano Giorgio Vasari (1511-1574), era produzir um tratado de anatomia humana com o professor italiano de Anatomia da Universidade de Pádua Marcantonio della Torre; entretanto este projeto não se concretizou. Seus cadernos foram relativamente esquecidos nas bibliotecas Ambrosiana de Milão e Real de Windsor (Inglaterra) até aproximadamente 1872, quando foram realizados estudos pelos italianos Gaetano Milanesi e Gustavo Uzielli. A primeira exposição deste material foi realizada em 1870 na galeria Grosvenor, em Londres. Certamente, se este tratado fosse publicado, teria revolucionado a anatomia e a fisiologia na época (figuras 1 a 6).

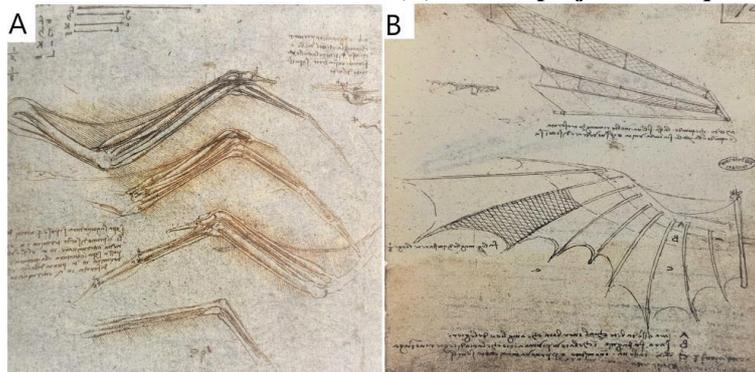
A figura 1 evidencia o aspecto morfológico da parte distal do membro pélvico de um urso em diferentes vistas anatômicas. Nota-se a acurácia na representação dos ligamentos tarsometatarsais e dos tendões flexores e extensores dos dígitos, o que corrobora as similaridades com a anatomia do pé humano uma vez que ambas as espécies são plantígradas.



Fonte: O'Malley, Saunders e Saunders (1982).

Já a figura 2 evidencia (em A) a anatomia da asa de uma ave. Da Vinci possuía um verdadeiro fascínio pelos mecanismos que levariam ao voo, tentando ele mesmo inventar máquinas voadoras que tinham por princípio o mecanismo de uma asa (em B).

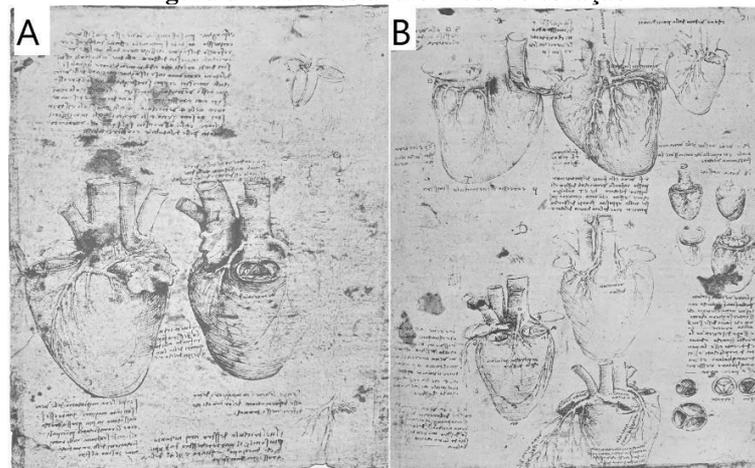
Figura 2. Desenhos da anatomia da asa de ave (A) e de um projeto de máquina voadora (B).



Fonte: Nathan e Zollner (2015).

A figura 3 representa a morfologia do coração de bovino em diferentes vistas anatômicas, onde se nota a representação da circulação coronária. Da Vinci o escolheu como modelo de coração humano por sua similaridade.

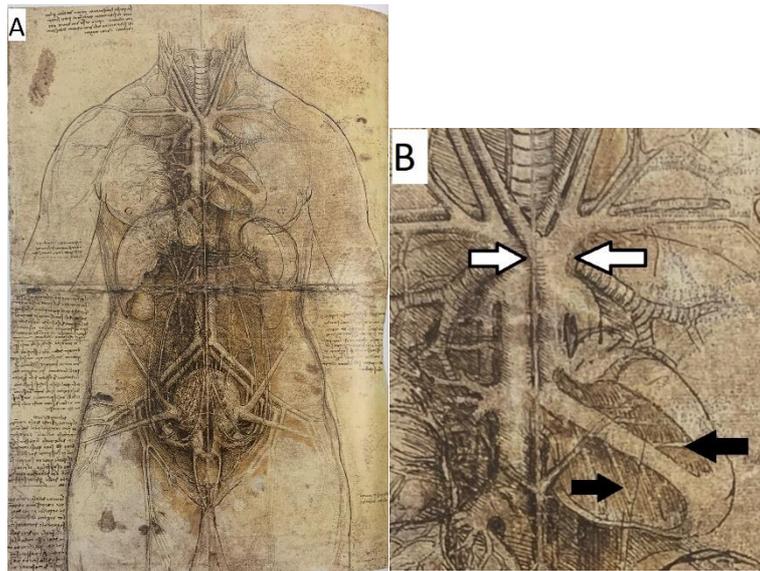
Figura 3. Desenhos anatômicos do coração.



Fonte: O'Malley, Saunders e Saunders (1982).

A figura 4 representa o sistema genital da mulher (A), embora apresente diversas características do uso da anatomia animal. Destaca-se em B (detalhe de A), a disposição dos vasos do arco aórtico que, embora possa ser encontrada em humanos, é típica dos macacos (setas brancas). No coração, apenas duas câmaras foram representadas (uma concepção galênica que considerava os átrios como sendo veias), com a presença de trabéculas septomarginais em ambos os ventrículos (“bandas moderadoras” – setas pretas), indicando a utilização de coração bovino como modelo anatômico.

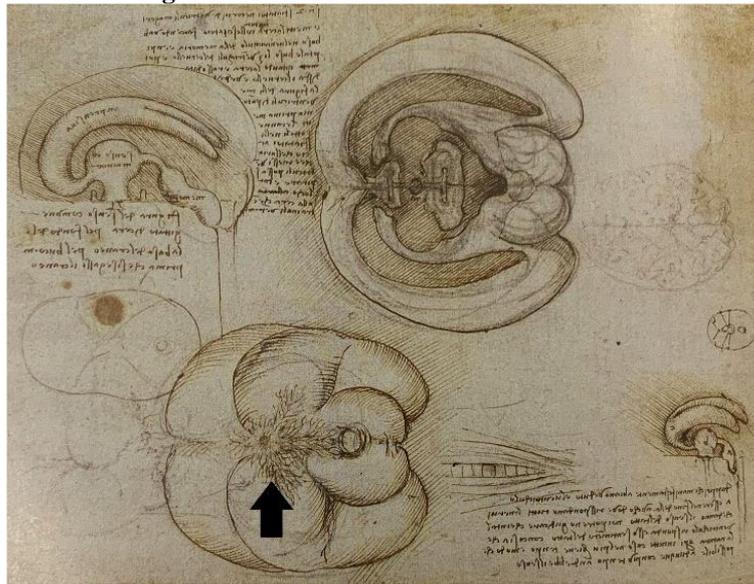
Figura 4. Desenho anatômico das estruturas do tórax, abdome e pelve de mulher. B: pormenor de A.



Fonte: Modificado de Nathan e Zollner (2015).

A figura 5 representa o encéfalo humano. Da Vinci foi pioneiro ao injetar cera no interior dos ventrículos cerebrais (detalhe no desenho superior esquerdo e inferior direito), antecipando por séculos a técnica anatômica de injeção de substâncias sintéticas em cavidades e no interior dos vasos, popularizada pelo anatomista holandês Fredrerik Ruysch (1638-1731). Entretanto, ele representa a *rete mirabile* (um plexo de vasos sanguíneos na base do crânio dos ruminantes, mais evidente em bezerras) – seta – como estando presente no homem. A teoria galênica acreditava que esta rede transformava o “espírito vital” contido nas artérias em “espírito animal” ou “pneuma psíquica”, responsável pelas informações sensitivas e motoras, que seria distribuído pelo sistema nervoso (portanto, os nervos teriam que ser ocos para esse propósito).

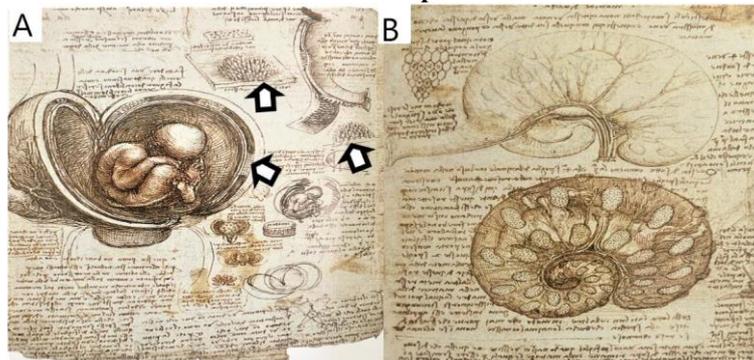
Figura 5. Desenhos anatómicos do encéfalo.



Fonte: Modificado de Nathan e Zollner (2015).

Na figura 6, observa-se uma das primeiras e talvez a mais impressionante ilustração de um feto no interior do útero. Da Vinci consegue representar com extrema tridimensionalidade a posição fetal. Entretanto, ele ainda foi obrigado a se utilizar da anatomia animal em seus estudos, ao representar a placenta cotiledonária dos ruminantes, constituindo os placentomas, ou seja, cotilédones placentários junto às carúnculas uterinas encontradas em vacas - setas em A e representada em sua integridade em B.

Figura 6. A) Desenhos anatómicos de um feto humano no interior do útero e suas membranas fetais. B) Desenhos anatómicos da placenta.



Fonte: Modificado de Nathan e Zollner (2015).

Andreas Vesalius (Wesel), por sua vez, publicou um dos maiores tesouros da civilização e cultura ocidentais: o livro *De Humani Corporis Fabrica*, e o *Epitome*, que o sucedeu, em 1543, com ilustrações impressas pelo suíço Joannes Oporinus (1507-1560), através da técnica de xilogravura. A autoria das ilustrações permanece controversa, mas diversas pesquisas apontam o pintor alemão Jan

Stefan van Kalkar (1499-1546), aluno do pintor italiano Ticiano (cerca de 1476/1490-1576). *De Humani Corporis Fabrica* é considerado o primeiro tratado de anatomia moderna, não somente pela qualidade pioneira naturalista de suas ilustrações, mas também por incorporar os achados científicos descobertos por Vesalius na época, muitos deles contestando os preceitos do médico e filósofo greco-romano Claudio Galeno (*Claudius Galenus*, 129-217 d.C.) (figuras 7 a 16).

A figura 7 mostra que já na folha de rosto que representa uma dissecação anatômica pública, Vesalius (seta) inclui os desenhos de um cachorro e um macaco (hachurados pelos autores deste artigo em vermelho), que simbolicamente indicam a importância que a anatomia animal ainda desempenhava no estudo da anatomia humana. O macaco representava, ainda, um antigo símbolo da Medicina.

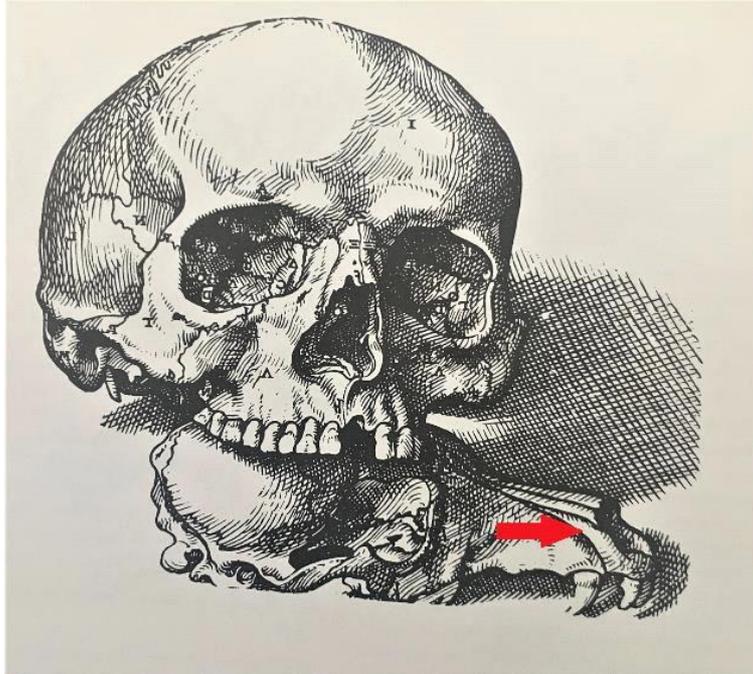
Figura 7. Frontispício da I edição do livro *De Humani Corporis Fábrica*.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

Na figura 8, compara-se o crânio humano com o de um canino. Vesalius contesta, então, a afirmação de Galeno que as suturas pré-maxilares existiriam no homem.

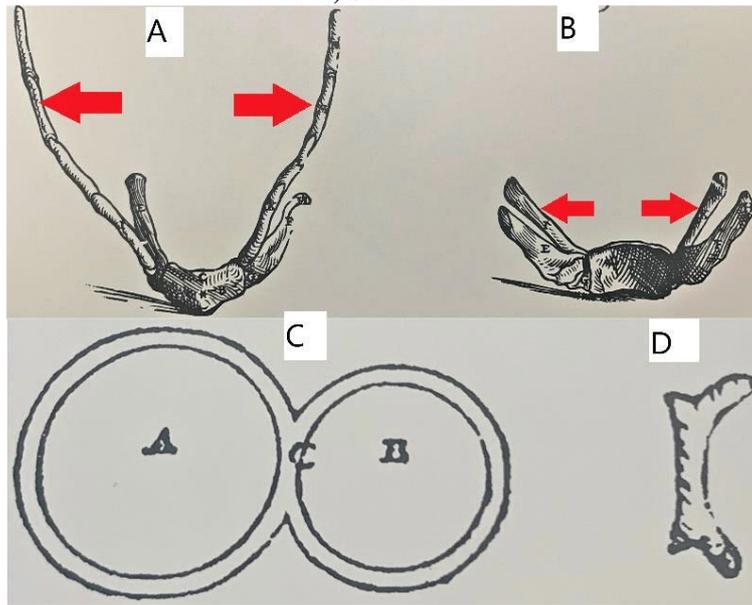
Figura 8. Xilogravura evidenciando a anatomia da cabeça humana e de canino.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

A figura 9 mostra, em A e B o aparelho hioide visto anteriormente (A) e posteriormente (B). A presença de ossículos na topografia do ligamento estilo-hioide, embora possam ser encontrados no homem, são característicos dos cães, embora Vesalius descreva no texto como sendo humanos. Em C, Vesalius mostra o anel fibroso da origem da aorta (maior) e da “veia arterial” (tronco pulmonar). Em D, nota-se o *os cordis*, presente nos ruminantes. Novamente, ele discorda de Galeno afirmando que este osso cardíaco inexistente em humanos.

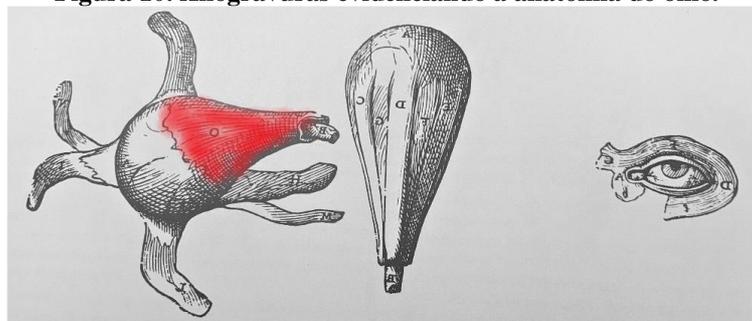
Figura 9. Xilogravuras evidenciando em A e B) Aparelho hioide, C) Anéis fibrosos da aorta em tronco pulmonar, D) *Os cordis*.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

A figura 10 evidencia o músculo coanoide ou retrator do bulbo ocular (em vermelho), presente nos ruminantes e inexistente no homem. Vesalius provavelmente confundiu a fáscia bulbar com este músculo.

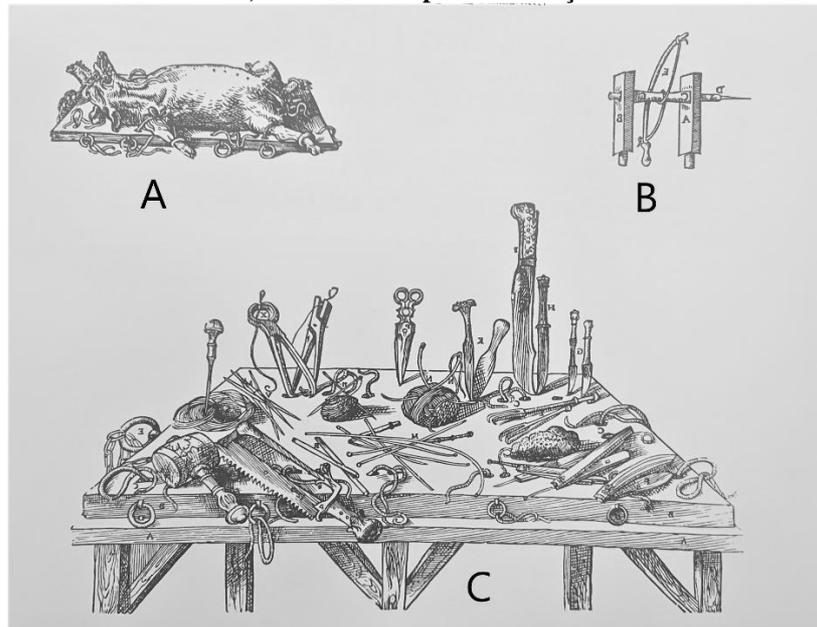
Figura 10. Xilogravuras evidenciando a anatomia do olho.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

A figura 11 representa uma “tábua de vivisseção”, utilizada por Vesalius em seus experimentos de fisiologia, baseado nos conhecimentos de Galeno. Em A, observa-se o animal posicionado na mesa; em B uma broca primitiva, em C, o instrumental anatômico utilizado na tábua.

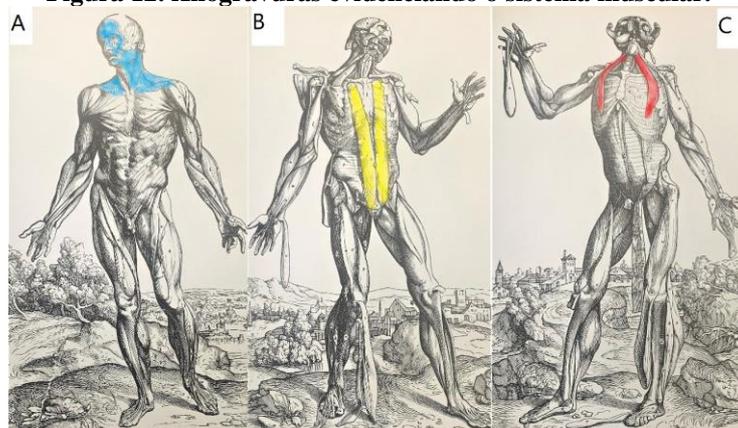
Figura 11. Xilogravuras evidenciando a tábua de vivissecção. A) Posicionamento do animal. B) Broca primitiva. C) Instrumental para dissecação.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

Na figura 12, observam-se imagens da anatomia topográfica de músculos esqueléticos. Vesalius contestava os trabalhos de Galeno ao incluir estruturas animais inexistentes no homem. Em A, Galeno afirmava haver um “panículo carnoso” infiltrando a fáscia profunda. Vesalius afirmou que este panículo inexistia no homem, com exceção do platisma e dos músculos da expressão facial (em azul). Em B, Vesalius demonstra como seria se o músculo reto abdominal se ele se prologasse até a primeira costela (em amarelo), e em C, como seria se o músculo escaleno anterior se prolongasse além da primeira costela (em vermelho).

Figura 12. Xilogravuras evidenciando o sistema muscular.

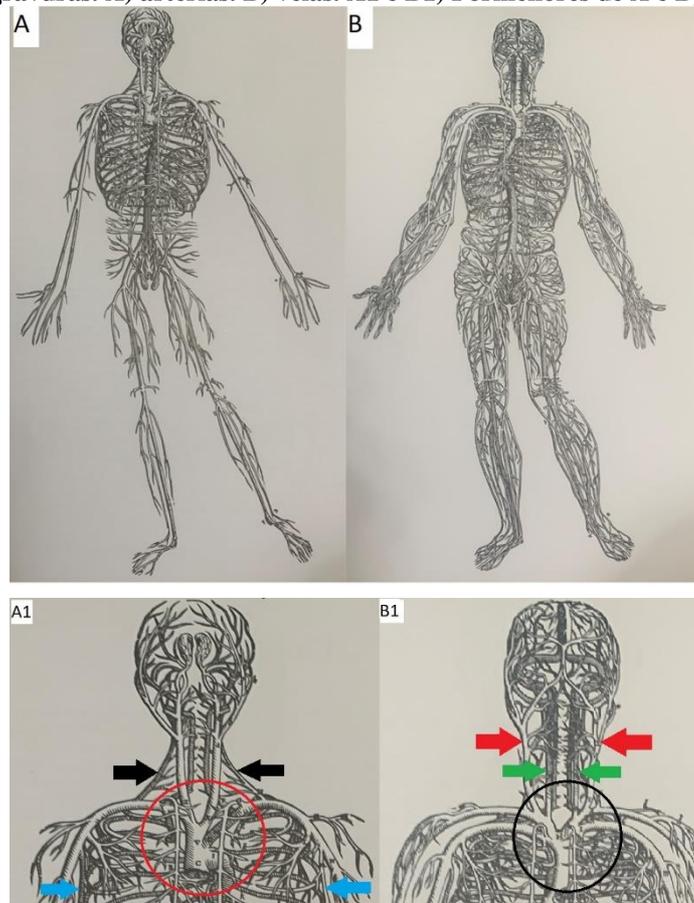


Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

A Figura 13 evidencia o sistema arterial (A) e o venoso (B). A1 e B1 são detalhes de A e B. Em A1, o círculo vermelho mostra a origem dos vasos do arco da aorta que, de maneira semelhante aos estudos de da Vinci, foi baseada principalmente no padrão dos macacos. As setas pretas indicam artérias cervicais inferiores proeminentes, mais evidentes em cães. As setas azuis indicam artérias torácicas laterais volumosas, padrão este típico do cão e do porco. Em B1, o círculo preto indica as tributárias da veia cava (superior) que exibem um padrão animal. Conforme dito anteriormente, a veia cava constituía um único vaso, sendo o átrio direito considerado uma veia. As veias jugulares externas (setas vermelhas) eram retratadas mais calibrosas que as internas (setas verdes), padrão típico dos cães.

É importante lembrar que na época de Vesalius as veias eram consideradas mais importantes que as artérias, porque nelas se realizavam as sangrias, uma das poucas opções terapêuticas disponíveis naquele período.

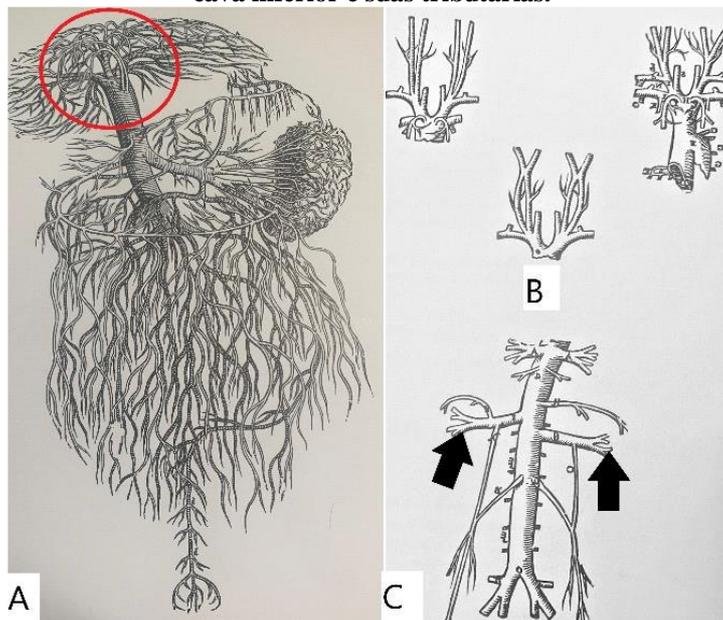
Figura 13. Xilogravuras. A) artérias. B) veias. A1 e B1) Pormenores de A e B, respectivamente.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

Na figura 14, tem-se o sistema circulatório. Baseado na anatomia animal, Vesalius representa a veia porta com cinco ramos, ao invés dos habituais dois ramos do ser humano. Em B, ele faz um estudo da junção das veias jugulares e subclávias com a veia cava (superior), das quais nenhuma parece ocorrer no homem, porém semelhantes às variações encontradas em macacos e ungulados. Em C, nota-se a inversão das veias renais, sendo a veia esquerda localizada inferiormente à direita.

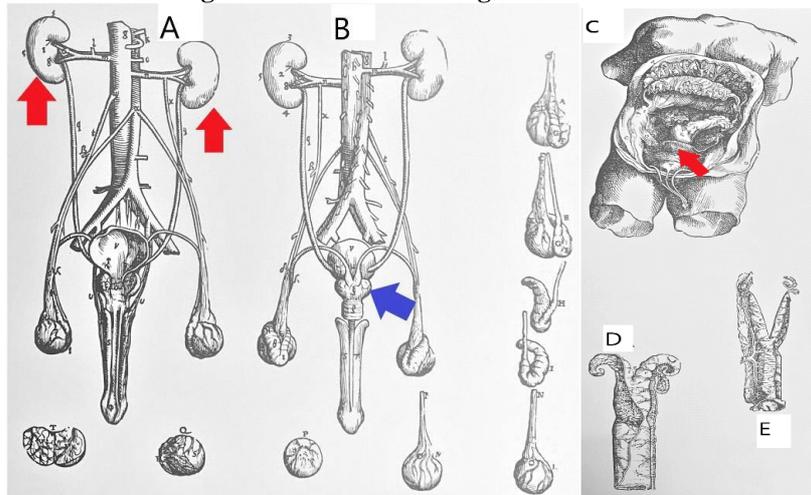
Figura 14. Xilogravuras. A) sistema porta hepático. B) Variação na ramificação das veias do pescoço. C) Veia cava inferior e suas tributárias.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

A figura 15 evidencia o sistema urogenital masculino. Em A, novamente nota-se o rim direito posicionado superiormente ao esquerdo (setas vermelhas). Em B, notar a ausência das glândulas (vesículas) seminais; Vesalius deve ter se baseado na anatomia do cão, animal que não possui estas glândulas anexas. Também Vesalius comparou o útero humano (seta), com o de vaca em D e de cadela em E.

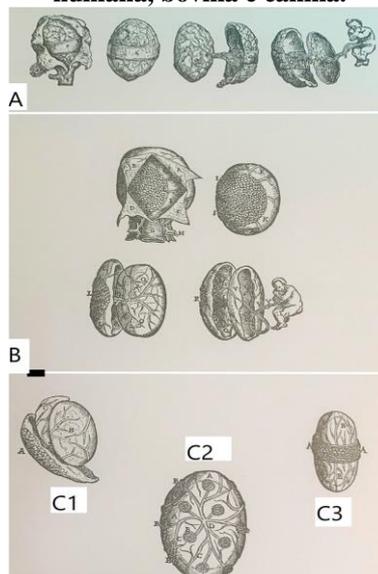
Figura 15. A e B) Xilogravuras do aparelho urogenital masculino. A. Vista anterior. B. Vista posterior. C, D e E) Xilogravuras do sistema urogenital feminino.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

Por fim, a figura 16 representa em A que na primeira edição de *Fabrica* Vesalius utilizou a placenta zonária da cadela associada ao feto humano. Em B, três anos depois, na segunda edição do livro, ele corrige o erro e representa o feto humano com a placenta discoidal, apresentando o argumento de que ele não havia tido acesso à placenta humana durante a confecção da primeira edição. Ele ainda faz a comparação entre os três tipos de placentas: discoidal dos primatas humanos e não-humanos (C1), cotiledonária dos ruminantes (C2) e zonária dos carnívoros (C3), ilustrando pela primeira vez as diferenças anatômicas entre elas.

Figura 16. Xilogravuras: A) Placentação zonária. B) Placentação discoidal. C) Comparação entre as placentas humana, bovina e canina.



Fonte: Modificado de Saunders e O'Malley (2002).

É importante lembrar que Galeno, o “príncipe dos médicos”, teve sua obra considerada imutável por séculos, dentre as quais o tratado *De Anatomicis Administratiobus*, sobre procedimentos em anatomia. Entretanto, é sabido que Galeno não dissecou cadáveres humanos, visto que este procedimento era proibido em seu tempo. Por isso, ele reconheceu as similaridades das estruturas anatômicas de diversos animais (em especial os macacos e os bovinos) e o homem, e inferiu os seus achados ao ser humano. Tais dados de anatomia foram considerados verdades absolutas, de forma que um de seus mais ardentes devotos o médico e filósofo francês Jacobus Sylvius (1478-1555) afirmava que “qualquer estrutura encontrada no homem contemporâneo cuja descrição divergisse daquela de Galeno seria apenas o resultado de posterior decadência e degeneração da espécie humana”¹⁷.

Assim, esta pesquisa corrobora ao fato de que tanto Da Vinci quanto Vesalius dificilmente poderiam estar livres da influência de Galeno, tanto na anatomia quanto na fisiologia. Os resultados deste trabalho mostram que muitos aspectos da anatomia animal foram incorporados ao estudo da anatomia humana, embora, principalmente Vesalius questionasse seriamente alguns achados através de suas dissecações. Portanto, durante a Idade Média, todo o conhecimento da anatomia humana do mundo ocidental estava baseado no estudo dos diferentes mamíferos, resultante dos trabalhos de Galeno, que não só os utilizava para fins de comparação, mas como substituto para o estudo da anatomia do homem visto a proibição vigente da disseção cadavérica humana até então¹⁸.

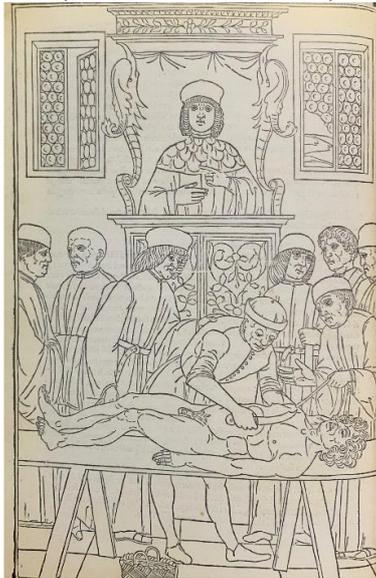
Com o surgimento das universidades de Bolonha (1158), Oxford (1167), Montpellier (1881) e Pádua (1222), a Igreja Católica foi lentamente permitindo a dissecação de cadáveres humanos, embora em 1299 o papa Bonifácio VIII tenha emitido a bula “*De sepolturis*”, que proibia a manipulação de mortos em batalha e sua redução a ossos para fins de transporte, estendendo esta bula para as dissecações anatômicas. Mesmo assim, isto não impediu as universidades de dissecarem cadáveres, geralmente de criminosos executados, uma fonte restrita portanto. Além disso, a inexistência de fixadores químicos dificultava a dissecação em vista da rápida decomposição do corpo. As dissecações eram geralmente realizadas no inverno, onde as baixas temperaturas conservavam os cadáveres por um tempo maior.

¹⁷Charles Singer, Rachel Lewinsohn. *Uma breve história da anatomia e fisiologia desde os gregos até Harvey*. (Unicamp: Cidade Universitária, 1996).

¹⁸ Christopher E. Cosans, Michael Frampton. *History of Comparative Anatomy*. *eLS* (2015):1-8, Doi: <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0003085.pub2>

As dissecações públicas começaram a se tornar populares, principalmente na Itália; entretanto, na maioria das vezes o professor somente lia os escritos de Galeno, enquanto os “cirurgiões-barbeiros” (geralmente pessoas iletradas) faziam as incisões¹⁹. Além disso, não se realizavam ilustrações baseadas nos achados visualizados (figura 17, comparar com a figura 7). Vesalius foi considerado o primeiro a descer da cátedra e realizar suas próprias dissecações, o que lhe permitiu a liberdade de descrever o que observou durante a prática.

Figura 17. Lição de Anatomia, de Joannes de Kethan, *Fasciculo de Medicina*, 1494.



Fonte: Rifkin, Ackerman e Folkenberg (2006).

As obras de da Vinci, e depois, de Vesalius abriram caminho para o estudo científico baseado em observação e experimentação, enquanto os estudos em animais foram transportados para a Fisiologia e a Medicina Veterinária propriamente dita. Dentre os diversos critérios para comparar as estruturas anatômicas em diferentes espécies, têm-se a homologia e a analogia como fundamentais no que se referem a conceitos básicos da Anatomia Comparativa. A homologia é o estudo da identidade dos órgãos que possuem a mesma origem embrionária, a mesma estrutura e a mesma localização em diferentes animais, independentemente das variações de forma e função. Já a analogia é o estudo da semelhança funcional de órgãos em diferentes espécies de animais, mesmo com desenvolvimento embrionário e estruturas diferentes. Assim, esses conceitos são importantes para entender as variações anatômicas e a interpretação morfológica dessas variações.

¹⁹ Benjamin Rifkin et al. *Human anatomy: Depicting the body from the Renaissance to today*. (Londres: Thames & Hudson, 2006).

Portanto, acredita-se que o presente manuscrito colabore com questões relacionadas à construção do conhecimento médico e artístico, abordando os primórdios das descobertas sobre o corpo que engloba, historicamente, alguns erros tanto de conceito como de técnica anatômica. Finalmente, acredita-se que usar a história da ciência como uma ferramenta didática seja importante para instigar o ensino-aprendizado sobre as estruturas anatômicas nos dias de hoje. E, embora a Anatomia Comparativa como ciência feita pela técnica da dissecação espécie-específica nem sempre tenha existido da forma como é atualmente estudada, sua evolução culminou com vastas mudanças de prioridades científicas, eventos históricos e socioculturais, bastante influenciadas pela anatomia artística que representa visualmente a morfologia externa e interna do corpo.

Conclusão

Conclui-se que o estudo da anatomia animal influenciou sobremaneira os primórdios do estudo da anatomia humana; pois, sendo a espécie humana apenas uma dentre as numerosas espécies animais, estabelecer comparações entre características anatômicas do homem e da mulher com aquelas correspondentes de animais foi importante durante muitos anos. Seus efeitos (contributivos e deletérios) para a Educação Médica ao longo dos séculos podem ser esclarecidos através da Arte numa profunda interação entre obras científicas e artísticas.

Referências

- Bauer, Martin W., George Gaskell. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes Limitada, 2017.
- Conner, Anastasia. "Galen's Analogy: Animal Experimentation and Anatomy in the Second Century CE." *Anthós* 8, 1 (2017): 9, DOI: <https://doi.org/10.15760/anthos.2017.118>.
- Cosans, Christopher E., and Michael Frampton. History of Comparative Anatomy. *eLS*. 2015:1-8, DOI: <https://doi.org/10.1002/9780470015902.a0003085.pub2>.
- Di Dio, Liberato JA. *Tratado de anatomia aplicada*. São Paulo: Poluss, 1998.
- Domingo, Inés, Pilar García-Argüelles, Jordi Nadal, Josep M^a Fullola, José L. Lerma, and Miriam Cabrelles. "Humanizing european paleolithic art: A new visual evidence of human/bird interactions at L'Hort de la Boquera site (Margalef de Montsant, Tarragona, Spain)." *L'Anthropologie* 123, 1 (2019): 1-18, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anthro.2019.01.001>.
- Garate, Diego, Olivia Rivero, Joseba Ríos-Garaizar, Martin Arriolabengoa, M^a Ángeles Medina-Alcaide, Juan Francisco Ruiz-López, Iñaki Intxaurbe, Sergio Salazar, and Iñaki Libano. "The cave of Atxurra: a new major Magdalenian rock art sanctuary in Northern Spain." *Journal of Archaeological Science: Reports* 29 (2020): 102120, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jas-rep.2019.102120>.

- Ghosh, Sanjib Kumar. "Human cadaveric dissection: a historical account from ancient Greece to the modern era." *Anatomy & cell biology* 48, 3 (2015): 153, DOI: <http://dx.doi.org/10.5115/acb.2015.48.3.153>.
- Mitrousias, Vasileios, Kyriaki Baxevanidou, and Aristeidis Zibis. "Art & anatomy: an everlasting relationship creating new insights in teaching surface anatomy." *MedEdPublish* 9 (2020), DOI: <https://doi.org/10.15694/mep.2020.000023.1>.
- O'Malley, Charles Donald and John Bertrand Sanders. "Andreas Vesalius de Bruxelas, *De humani corporis fabrica. Epitome. Tabulae sex: ilustrações e comentários dos trabalhos anatômicos.*" Campinas: Editora Unicamp, 2002.
- O'Malley, Charles Donald, John Bertrand de Cusance Morant Saunders, and John Bertrand de Cusance Morant Saunders. *Leonardo da Vinci on the human body: The anatomical, physiological, and embryological drawings of Leonardo da Vinci: with translations, emendations and a biographical introduction.* Bexley: Gramercy Books, 1982.
- Ortale, José Roberto. "A importância da anatomia na formação do médico." *Títulos não-correntes* 8, 1/2 (2012), DOI: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/bioikos/article/viewFile/971/948>.
- Park, Won Jin, Soo Jung Jung, Yu Ran Heo, and Jae Ho Lee. "Anatomy in Michelangelo Art." *Keimyung Medical Journal* 37, 2 (2018): 76-81, DOI: <http://doi.org/10.0000/kmj.2018.37.2.76>.
- Rifkin, Benjamin A., Michael J. Ackerman, Judith Folkenberg. *Human anatomy: Depicting the body from the Renaissance to today.* Londres: Thames & Hudson, 2006.
- Singer, Charles, Rachel Lewinsohn. *Uma breve história da anatomia e fisiologia desde os gregos até Harvey.* UNICAMP: Cidade Universitária, 1996.
- Zöllner, Frank, Johannes Nathan. *Leonardo da Vinci, 1452–1519: The Complete Paintings and Drawings, catalogue raisonné.* Colônia: Taschen, 2015.

**A sensibilidade na medicina - um trajeto do exame à escuta,
pela mão da medicina narrativa**

*Sensitivity in medicine - a path from examination to listening,
through the hand of narrative medicine.*

*La sensibilidad en la medicina: un camino desde el examen hasta la escucha,
a través de la mano de la medicina narrativa.*

Munira Aiex Proença¹
Ana Ribeiro Rosa²
Agnes Cruvinel³
Manuela Rodrigues Müller⁴

Resumo: A formação médica esteve centrada nas disciplinas técnico-científicas, privilegiando o raciocínio científico e as intervenções clínico-cirúrgicas. Ainda que as inovações curriculares denotem a necessidade de reformulação deste modelo, reorientando-o para uma formação mais generalista e humanista, perpetua-se um ensino pautado pelas tecnologias duras. O desenvolvimento das aptidões propedêuticas pouco valoriza o despertar da sensibilidade para aspectos subjetivos e relacionais. Este trabalho pretende evidenciar a importância da sensibilidade na formação médica pela inclusão da competência narrativa nos currículos médicos. Argumentamos que o cuidado integral, ampliado, se constrói pela integração da sensibilidade para os elementos biológicos, subjetivos e relacionais do processo saúde-doença-busca de cuidado, num enredo que dá sentido à experiência do adoecimento. Quanto melhor os clínicos souberem ouvir, absorver e interpretar os relatos que lhes trazem, melhor poderão estabelecer uma conexão que promova a mudança, cumprindo o cuidado.

Palavras-chave: encontro clínico, educação médica, empatia, humanidades, medicina narrativa.

Abstract: Medical education has been centered on technical-scientific disciplines, privileging scientific reasoning and clinical-surgical interventions. Although curricular innovations denote the need to reformulate this model into a more generalist and humanist education, hard technologies framework are still relevant in teaching. In developing propaedeutic skills, sensitivity to subjective and relational aspects is undervalued. This work intends to highlight the importance of sensitivity in medical education through the inclusion of narrative competence in medical curricula. We argue that comprehensive, expanded care is set out by merging sensitivity with the biological, subjective and relational elements of the health-disease-seeking care process, in a plot that gives meaning to the illness experience. The better clinicians know how to listen, absorb and interpret the reports brought to them, the better they may establish a connection that promotes change, improving care.

Keywords: empathy, humanities, medical schools, narrative medicine, physician-patient relations.

Resumen: La educación médica se centró en disciplinas técnico-científicas, privilegiando el razonamiento científico y las intervenciones clínico-quirúrgicas. Si bien las innovaciones curriculares denotan la necesidad de reformular este modelo, reorientándolo hacia una educación más generalista y humanista, se perpetúa una enseñanza guiada por tecnologías duras. El desarrollo de habilidades propedéuticas da poco valor al despertar de la sensibilidad a los aspectos subjetivos y relacionales. Este trabajo pretende resaltar la importancia de la sensibilidad en la educación médica a través de la inclusión de la competencia narrativa en los planes de estudios médicos. Argumentamos que la atención integral y ampliada se construye a través de la integración de la sensibilidad a los elementos biológicos, subjetivos y relacionales del proceso salud-enfermedad-búsqueda de atención, en una trama que da sentido a la vivencia de la enfermedad. Cuanto mejor sepan los clínicos escuchar, absorber e interpretar los informes que les entregan, mejor podrán establecer una conexión que promueva el cambio, cumpliendo con la atención.

¹ Psiquiatra e Psicanalista, professora de Psicologia Médica -UFRJ.

² Psicóloga, Mestranda em Bioética e Medicina Narrativa pela Universidade Católica Portuguesa.

³ Professora e pesquisadora - Saúde pública e comunicação em saúde - Universidade Federal Fronteira do Sul.

⁴ Psiquiatra, Doutora em Saúde Coletiva - Instituto de Medicina Social, Humanidades e Ciências da Saúde, CHS / IMS-UERJ, Pesquisador pós-doutorado (IMS-UERJ).

Palabras clave: encuentro clínico, educación médica, empatía, humanidades, medicina narrativa.

Introdução

“Será que o contar de Sabela chegou até mim da maneira que ela falou? Tenho pensado se para um melhor entendimento do que foi... não carece da escuta de outras falas. Quem sabe se, ajuntando pedaços das falas de uns, remendando com o contar de outros, não podia chegar a uma noção mais próxima do realmente acontecido. digo mais próxima porque diante de certos acontecimentos, a palavra é muda. Nem palavra nem gesto dão conta do que verdadeiramente aconteceu.” Conceição Evaristo⁵

Há um imaginário de que a produção de conhecimento e prática médica são processos homogêneos, de caráter científico, executados com neutralidade e imparcialidade^{6,7,8}. As metáforas ainda predominantes na educação médica, advindas dos pressupostos cartesianos, são mecanicistas (o corpo é uma máquina), lineares (encontrar a causa, criar um efeito) e hierárquicas (o médico visto como um especialista). O cuidado é ainda percebido a partir de uma história de restituição, ou seja, o paciente fica doente e é curado por um médico especialista, ou ainda, sua saúde é restaurada a um estado anterior ao adoecimento. Tais imagens são privilegiadas no cotidiano do ensino e assistência médicos e, por sua vez, influenciam o que é incorporado ao currículo e o que é deixado de lado⁹.

Então podemos perguntar, tendo sido cumpridas as exigências formuladas pela adoção do modelo científico racionalista, como compreender a coexistência de estrondosos aplausos e contundentes queixas dirigidas à Medicina? É voz corrente que a Medicina vai bem, mas os atores da cena assistencial ocupam a posição, alternadamente, de vítimas ou algozes, anjos ou demônios.

Podemos afirmar que nos atendimentos, sem a devida contextualização epidemiológica a proposta racionalista cartesiana foi e continua sendo eficiente e eficaz na resolução da dimensão biológica do adoecer, mas não conseguiu integrar os aspectos subjetivos dos envolvidos nos cenários de prática. Os aspectos emocionais de quem sofre e de quem trata impõem sua presença de forma explícita ou camuflada, com efeitos imediatos, a médio e longo prazo, perceptíveis nos contatos iniciais para elaboração do diagnóstico ou, posteriormente, no encaminhamento das medidas terapêuticas.

⁵ Conceição Evaristo. *Histórias de leves enganos e parencças* (Rio de Janeiro: Malê Editora, 2017), 84.

⁶ Johanna Shapiro et al., "Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 2 (2009). Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938bca>

⁷ Rebecca Tsevat et al., "Bringing home the health humanities: narrative humility, structural competency, and engaged pedagogy". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90, 11 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000743>

⁸ Rita Charon et al., *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press; 2017).

⁹ Johanna Shapiro et al. *Ibid*.

Quando o público é alcançado por notícias, também aqui sem a devida contextualização epidemiológica, sobre os grandes avanços cirúrgicos, ou sobre potentes fármacos ou sobre o amplo território desbravado pelas práticas de reabilitação e muitas outras realizações, as homenagens se sucedem, exaltando a especificidade do feito, a quantidade de beneficiados e os reflexos sobre a qualidade de vida de muitos. A cena se modifica quando a escuta ou o olhar se voltam para as condições do exercício profissional e para a intimidade da relação profissional de saúde - paciente. Cada vez mais a insatisfação quanto ao relacionamento médico com o paciente e com a comunidade vem sendo registrada na sociedade através de muitos canais de expressão, incluindo a via judicial.

O apelo recorrente às metáforas e narrativas belicistas (luta, batalha, vencer, armas, valentia, resistência, arsenal, estratégia), com pouco espaço para reconhecer ou explorar outras, marginaliza as humanidades e compromete a qualidade da prestação de cuidados¹⁰. Assim, a necessidade de crítica e construção de práticas inclusivas e éticas é central para o cuidado de qualidade. A medicina envolve quase todos os aspectos da condição humana e é fundamental que estudantes de medicina disponham de ferramentas intelectuais e emocionais adicionais que auxiliem na incorporação da complexidade, ambiguidade e possibilidades presentes no cotidiano do cuidado¹¹.

Pode-se dizer que as humanidades médicas têm como objetivo melhorar os cuidados de saúde por meio do refinamento e complexificação dos julgamentos dos médicos em situações clínicas, utilizando como base uma compreensão profunda e complexa do processo saúde-doença-busca de cuidado. Nesse sentido, ainda que alunos e professores apresentem resistências às iniciativas de ensino das humanidades médicas, defendemos que têm um caráter aplicado e essencial na formação médica. Não porque compensa o "biologismo dos cientistas", mas sim porque levam a uma melhor compreensão da condição humana¹².

As técnicas da medicina narrativa podem auxiliar na diversificação das perspectivas dos alunos de medicina e médicos, permitindo maior tolerância da ambiguidade e questionamento de relações rígidas na educação e prática clínica. Mas, é importante que sejam aplicadas de forma adequada e consciente^{13,14} e para que não sejam desvalorizadas como outras iniciativas das humanidades médicas já foram. Assim, este trabalho tem como objetivos problematizar a noção de sensibilidade na

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ Rebecca Tsevat et al., "Bringing home the health humanities: narrative humility, structural competency, and engaged pedagogy". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90, 11 (2015). Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000743>

¹⁴ Rita Charon et al., *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. (New York: Oxford University Press; 2017).

formação e prática médica e articular essa problematização com a necessidade de inclusão da competência narrativa nos currículos médicos.

Para tanto, a argumentação será desenvolvida em dois tempos. Num primeiro momento, o processo de formação médica calcado no ensino de propedêutica, semiologia e clínica médica, baseados na perspectiva biologicista dos fenômenos saúde-doença, será questionado. Em seguida, desenvolveremos a noção de Competência Narrativa¹⁵ como estratégia para ampliação da sensibilidade entre alunos e professores, para captar a experiência do adoecer e cuidar dos pacientes e pessoas significativas, relacionar-se interpares, promovendo a coesão das equipes, promover o autocuidado e fortalecer a RMP. Argumentamos que o cuidado integral, ampliado, deve ser construído pela sensibilidade aos elementos biológicos, subjetivos e relacionais do fenômeno saúde-doença-busca de cuidado. Narrar é contar histórias e é através dos enredos vividos que nos percebemos, nos relacionamos e as nossas vidas ganham sentido.

Formação médica e compreensão biologicista - um outro olhar para o ensino de semiologia e clínica médica

“Versões do erro de Descartes obscurecem as raízes da mente humana num organismo biologicamente complexo, mas frágil, finito e único; obscurecem a tragédia implícita no conhecimento dessa fragilidade, finitude e singularidade. E quando os seres humanos não conseguem ver a tragédia inerente à existência consciente, sentem-se menos impelidos a fazer algo para a minimizar”... António Damásio¹⁶

Os estudos desenvolvidos sobre o ensino médico remetem a estruturação dos procedimentos semiológicos clínicos à percepção do corpo como uma máquina, submetida às leis físicas, como proposto por Descartes (1596-1650). Destaca-se, também, a defesa enfática dos parâmetros cartesianos racionais de obtenção de informações. Na história da filosofia podem ser rastreados outros pensadores que se aproximaram desta temática, mas Descartes elaborou e sistematizou essas proposições ao longo de suas obras filosóficas¹⁷.

O eixo central do trabalho de Descartes é representado por duas afirmações: no humano existem duas substâncias, matéria e espírito, cabendo à ciência o estudo do corpo/ matéria e à Igreja, o

¹⁵ University of Columbia. Rita Charon [Internet]. Disponível em: <https://sps.columbia.edu/faculty/rita-charon>.

¹⁶ António Damásio. O erro de Descartes - emoção, razão e cérebro humano (Mem-martins: Publicações Europa-América; 1995), 256.

¹⁷ Madel Luz. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. (Rio de Janeiro: Campus, 1988), 32.

espírito/ alma; a natureza e seus dinamismos são um objeto criado pela vontade divina entregue à exploração da razão humana¹⁸.

A proposta filosófica cartesiana é racionalista, definida como tal pelo reconhecimento da razão como única autoridade para se alcançar a verdade e pela eleição do método dedutivo como sua ferramenta básica de trabalho. O exercício racional abre o caminho para se alcançar o verdadeiro conhecimento. Utilizar os sentidos e sentimentos como instrumentos para a obtenção de informações seria assumir o risco de se perder na leitura do mapa capaz de orientar o trajeto em direção à “ciência”. O alinhamento aos procedimentos racionais funcionaria como expressão e garantia da assumpção do compromisso com a verdade, uma vez que a metodologia proposta possibilita o controle do que e do como agir, além do como transmitir seus resultados¹⁹.

Evidencia-se a instalação da oposição ao empirismo então vigente. As premissas de produção do conhecimento a partir da acurada observação do objeto são veementemente rechaçadas. Enquanto os empiristas afirmam que “nada há no intelecto que não tenha estado antes nos sentidos”²⁰, Descartes usa como argumento contrário o amplo espectro de significações atribuíveis a um mesmo dado quando percebido por diferentes observadores. No raciocínio proposto sublinha-se o fato de não ser exequível a reprodução da experiência. Não há como reencontrar a mesma captação do sensível, caracterizado por nuances, em diferentes observadores. E menos ainda, a mesma atribuição de significados.

Sustenta a necessidade de instituir um método e uma linguagem para a produção e comunicação dos saberes com significados inequívocos, como acontece com os conceitos matemáticos. Propõe substituir a qualidade sentida pela quantidade medida²¹ para se alcançar o conhecimento da substância extensa, isto é, o corpo. Fica claro que Descartes não nega a existência da substância anímica, mas endereça seu estudo aos religiosos.

Não demorou para que tal debate chegasse à Medicina. Até o século XVIII, o saber sobre os cuidados dos doentes tinha sido reunido pela experiência acumulada e transmitida às novas gerações por médicos como Hipócrates e Galeno, que haviam se notabilizado por trabalhar com uma perspectiva empírica. Agora, acontece o que Foucault (1998a) denomina de corte epistemológico fundamental na história da medicina ocidental, referindo-se aos movimentos liderados por Pinel (1754 -1826) e por Bichat (1771 - 1826). Enquanto Pinel, a partir do exame de cada doente, busca a analogia dos

¹⁸ Madel Luz. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. (Rio de Janeiro: Campus, 1988), 49.

¹⁹ *Idem*.

²⁰ Hilton Japiassu e Danilo Marcondes. *Dicionário Básico de Filosofia*. (Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991), 79.

²¹ Manuel Morente. *Fundamentos de Filosofia*. (São Paulo: Mestre Jou, 1970), 174.

sintomas observados em muitos e estabelece os quadros sindrômicos, Bichat trabalha com cortes dos tecidos, chegando à lesão anatômica que determinaria os sintomas descritos clinicamente.

O olhar anátomo-patológico e a anatomoclínica substituem os procedimentos clínicos preconizados por Pinel. Ocorre a transformação do sinal em signo: a queixa trazida pelo paciente sai de cena, as luzes focalizam o fragmento tecidual examinado ao microscópio. Os sintomas clínicos deveriam ser subordinados ao conhecimento da lesão anatômica que os determinou e o funcionamento dos órgãos deverá ser compreendido em termos mecânicos pelas leis físicas. É aplaudida a introdução de aparelhos capazes de aferir os parâmetros físicos. Onde existia o doente com sua singularidade, surge a doença com aspectos observáveis permitindo generalizações²².

Mais tarde, Claude Bernard (1813-1878), face à concretude da doença agora "perceptível", introduz a pesquisa sistemática na Medicina com utilização de protocolos de experimentação e métodos de quantificação dos fenômenos fisiológicos. Louis Pasteur (1822-1895) e Robert Koch (1843-1910) desenvolvem a teoria microbiana das doenças, conduzindo ao conceito de especificidade etiológica.

No cotidiano da assistência, a dimensão subjetiva do sofrimento informada ou percebida no paciente passa a ser considerada um obstáculo a ser transposto, sob pena de comprometer o raciocínio clínico. Pela mesma razão, o médico também deve ignorar os sentimentos nele despertados por seu contato com aquele paciente ou situação. O âmbito da interdição às expressões predominantemente subjetivas alcança todos os atores envolvidos na cena assistencial. Afirma-se que erros diagnósticos e intervenções terapêuticas inócuas são frutos da contaminação da cena assistencial pela interferência das subjetividades²³.

A atenção e sensibilidade do profissional devem se dirigir aos dados corporais. Entretanto, as informações obtidas na experiência sensorial vivenciada ao lado do paciente nos procedimentos semiológicos (ver, ouvir, tocar, cheirar) deverão ser submetidas à confirmação pelo exame dos tecidos e células. Manobras de percussão e demais informações obtidas pelo exame físico do paciente permanecem como sinais orientadores da direção a ser seguida na investigação. A sensibilidade do profissional em captar detalhes do funcionamento orgânico com as manobras semiológicas é considerada limitada, inócua ou prejudicial se usada exclusivamente. Os próprios pacientes passam a valorizar a tecnificação do ato médico²⁴. Registre-se aqui que empregamos o termo sensibilidade como consta

²² Michel Foucault. O nascimento da clínica. (Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998).

²³ Kenneth Camargo Jr. "Paradigmas, ciência e saber médico. Rio de Janeiro." *Cadernos do Instituto de Medicina Social*. (1992).

²⁴ Maria Cristina Camargo. "O impacto da ciência e da tecnologia sobre a prática e o ensino médico". (Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1989). Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/251967>>.

no dicionário Koogan/Houaiss: substantivo feminino, capacidade de sentir; propriedade de reação dos organismos aos estímulos externos ou internos. E ainda, pelo mesmo dicionário, “sensação: substantivo feminino, impressão recebida pelo sistema nervoso central quando um dos órgãos dos sentidos recebe um estímulo exterior (muitas vezes associado a prazer ou dor)”. Acrescentamos que, esquematicamente, esses registros, intermediados pelos sistemas imunológico, hormonal e muscular, podem se fazer presentes em diversas regiões do corpo²⁵.

A sensibilidade é desqualificada e remetida para um papel secundário, enquanto instrumento de captação de informações no âmbito físico, como já o fora em referência aos aspectos subjetivos dos pacientes e médicos. O alinhamento aos dados objetivos é declarado como princípio básico para o exercício da medicina científica e tanto profissionais como pacientes e familiares são convocados a este mister. Mas, por ironia, foi um sentimento, a paixão pela razão que pavimentou a avenida por onde passaram a transitar médicos e pacientes.

Começa a consolidar-se a percepção de que as instituições dedicadas ao ensino médico precisavam se adaptar à nova “medicina científica”, afastando tudo que se relacionasse aos pressupostos empíricos. A Associação Médica Americana abraça essa proposta e em 1910, ao final de uma pesquisa realizada nas escolas médicas dos Estados Unidos, é publicado o conhecido Relatório Flexner²⁶, defendendo e preconizando uma educação médica pautada no saber biológico e transmitida em ambiente universitário e hospitalar^{27,28}. À época, essas eram as exigências a serem cumpridas para se oferecer uma formação médica de boa qualidade. Destacamos os pontos fundamentais das proposições:

- transmissão do saber biológico comprovadamente construído sobre os adocimentos;
- valorização explícita do alinhamento de todos os docentes ao método científico;
- eleição do ambiente hospitalar como local de excelência para a capacitação clínica;
- vinculação das escolas médicas às universidades, para favorecer a permanente exposição dos estudantes ao pensar e agir dos pesquisadores nas ciências biológicas.

Houve uma adesão generalizada às recomendações de Flexner nas várias partes do mundo onde existiam atividades ligadas à formação dos profissionais da área da saúde. As escolas médicas

²⁵ Andre Koogan e Antonio Houaiss. Enciclopédia e dicionário digital. (São Paulo: Delta, 1998).

²⁶ Roberto Xavier Piccini, et al. Diretrizes curriculares e o Projeto CINAEM: *CINAEM*, 2000.

²⁷ Barbara Barzansky. "Abraham Flexner and the era of medical education reform". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85, 9 (2010): S19–S25. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f12bd1>

²⁸ Renato Antunes dos Santos e Maria Nunes. "Medical education in Brazil". *Medical teacher*, 41, 10 (2019): 1106–1111. Doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1636955>

brasileiras que anteriormente seguiam as recomendações de Coimbra, adotaram o modelo flexneriano a partir dos anos cinquenta do século XX, instituindo o curso de medicina estruturado em dois ciclos: o básico, com duração de dois anos e o clínico profissionalizante, realizado em quatro anos.

Vejamos, sucintamente, o alinhamento às proposições do relatório Flexner. No primeiro ciclo, o básico, a proposta é promover a compreensão do processo saúde - doença à luz dos conhecimentos biológicos dispostos em disciplinas tais como Anatomia, Fisiologia, Microbiologia, Genética, Embriologia, Bioquímica, Biofísica, Farmacologia e outras mais. A carga teórica é significativamente alta e as aulas são ministradas por professores/pesquisadores que procuram explicitar a ligação direta ou indireta do conteúdo transmitido com o trabalho assistencial médico. As aulas práticas acontecem nos laboratórios com exposição aos procedimentos e experiências básicas ao cotidiano do trabalho experimental. A frequência aos laboratórios envolvidos, o convívio com pesquisadores e a participação em projetos, são estimulados.

No ciclo profissional, as atividades passaram a ter como cenário os hospitais. A proposta é capacitar o estudante, teórica e praticamente, a realizar intervenções no processo saúde-doença. A metodologia de ensino mantém o modelo aulas teóricas/aulas práticas. No decorrer dos quatro anos, as atividades programadas apresentam características específicas segundo a temática que estiver sendo trabalhada naquele momento. Os primeiros tempos são empregados para capacitar o estudante na Semiologia e Propedêutica Médicas. Segue-se a apresentação das Disciplinas Clínicas e Cirúrgicas, obedecendo à realidade das especialidades médicas praticadas²⁹.

Atendendo aos objetivos deste trabalho, nos deteremos na análise dos primeiros anos deste ciclo. As atividades teóricas acontecem como exposições sobre os sinais apreendidos nas práticas semiológicas. Já nas atividades práticas, os estudantes, acompanhados por um supervisor médico e em pequenos grupos, ingressam nas enfermarias, para interagir com pacientes. As enfermarias, geralmente, são unidades de hospitais públicos. Neste cenário iniciam seu treinamento nas manobras semiológicas, além de se apresentarem aos pacientes para colher a história do seu adoecer. Mais adiante, ocorrem as discussões clínicas com o objetivo de estabelecer, a partir das informações colhidas e dos exames realizados, o raciocínio sindrômico. Progressivamente, completa-se o raciocínio clínico propriamente dito - correlacionando etiologia, confirmação de hipótese por exames laboratoriais e linhas gerais da intervenção proposta.

No dia a dia das práticas educativas, professores e estudantes se defrontam com a face viva da Medicina e nos corredores são ouvidos comentários do tipo: "agora sim sinto que entrei em uma

²⁹ Eduardo Marcondes e Ernesto Gonçalves. Educação Médica (São Paulo: Sarvier, 1998).

faculdade de medicina.” ...”não sei para que tantas aulas teóricas no básico ...” pensei em desistir como outros colegas fizeram...” “agora sim, serei útil...” Mas ao serem apresentados ao extenso programa de aulas teóricas e avaliações correspondentes, o discurso se modifica.... “será que darei conta de aprender tudo de Clínica?” “O que realmente importa para ser um bom médico?”

É perceptível que a relação com o professor se transformará na bússola empregada pelo aluno no vasto continente das informações a ele transmitidas durante o ciclo básico, acrescidas pelas recentemente abordadas no profissional. Mas isso não acontece como um deslizar em mar calmo ao sabor do vento. A direção assumida é resultante da filtragem realizada pelo estudante entre o que foi transmitido em sala de aula, o expresso em palavras pelo supervisor clínico e o que for sendo visto, ouvido e sentido como o real exercício profissional praticado³⁰. Acrescente-se que a trama dos fios foi tecida mesclando as experiências de vida do estudante com seu singular modo de ser, pensar e sentir, ainda que suas experiências pessoais não sejam reconhecidas como suporte para o aprendizado³¹.

Consideramos o saber psicanalítico como instrumento de análise pertinente para nos informar sobre o que se passa neste momento da formação do estudante. Em situações de vulnerabilidade e/ou dependência, caracterizadas pelo intenso afluxo de estímulos de várias fontes, como acontece nos primeiros anos de vida dos seres humanos, a restauração do equilíbrio psíquico ameaçado se dá através de processos identificatórios da criança com os personagens fornecedores do cuidado e segurança. Respeitando as especificidades e evitando o reducionismo, numerosos tipos de relações sociais podem ser examinadas com esta lente³².

O estudante ao se deparar final e efetivamente com a cena assistencial, percebe como se presentifica o regime de interdições cartesianas quanto à sensibilidade como instrumento de captação da dimensão física e mental dos pacientes:

- papel secundário ocupado pelo exame físico frente aos demais exames pedidos.
- referência à pessoa do paciente propriamente dita somente quando existirem, segundo os critérios do observador, indícios de transtorno mental.
- referência superficial ao relacionamento estabelecido entre paciente e médico, sublinhando sua normalidade. Dificuldades percebidas não devem ser mencionadas.
- igual tratamento merecerão as questões sociais ou quaisquer outras não biológicas.

³⁰ Flávia Terigi. "Notas para uma genealogia do currículo escolar." *Educação & realidade* 21, 1 (1996): 159-186.

³¹ Janelle Taylor. "Confronting "culture" in medicine's "culture of no culture". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 78, 6 (2003). Doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00003>

³² Philippe Jeammet, Michel Reynaud, Silla Consoli. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Masson, 1982.

- desvalorização de qualquer registro que escape aos marcos de identificação solicitados pelo censo demográfico.

Esquemáticamente poder-se-ia dizer que a adesão ao modelo de assepsia preconizado pela medicina científica é conseguida pelo não feito e pelo não dito, ou seja, as informações pessoais deixam de ser registradas e discutidas, ou, quando são, são de modo superficial ou caricato³³. Um pacto de silêncio é firmado entre professores e estudantes. As informações ou percepções biológicas são as que realmente fazem parte do raciocínio clínico, merecendo registro nos prontuários e nas aulas.

Médicos e estudantes, quando referem suas experiências como pacientes, salientam, no profissional que os atendeu, competência técnica aliada ao carinho, gentileza, disponibilidade em escutar. Estas qualidades funcionam como a cereja no topo do bolo. Não se reconhece sua participação no raciocínio clínico. O mesmo se aplica quanto às circunstâncias sociais, políticas ou econômicas, envolvidas na situação assistencial. Conseqüentemente, não se encontram as dimensões psicológica, nem social, nos registros assistenciais. As informações transmitidas pelas disciplinas de cunho humanístico e social não conseguiram legitimar, como se pretendia, a integração das dimensões não biológicas no raciocínio clínico³⁴.

Consideramos necessário apontar que as faculdades de medicina foram precocemente alertadas quanto à importância exclusiva atribuída aos aspectos biológicos no currículo médico proposto por Flexner. Acatando essas ponderações, em diferentes momentos históricos, disciplinas de caráter humanístico e social foram sendo incluídas na grade curricular. Mas cumpre dizer, sempre com carga horária restrita e subordinadas ao caráter disciplinar. e invariavelmente precisaram responder aos intermináveis questionamentos sobre seu estatuto de cientificidade. Psicologia Médica, Sociologia Médica, Antropologia Médica, Medicina Preventiva, Saúde Coletiva, Epidemiologia foram alguns dos campos de saber que passaram a constar nos currículos de graduação médica³⁵.

Seria inadequado aos objetivos deste artigo detalhar os porquês e as limitações enfrentadas por aquelas disciplinas, mas alguns destaques precisam ser feitos. Sabemos que a especificidade dos objetos de saber e práticas do conhecimento humanístico e social exigem uma vivência primordial

³³ Mônica de O. Nunes. "O Silenciamento Da Cultura Nos (con)textos De Cuidado Em Saúde Mental". *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental/Brazilian Journal of Mental Health* 1, 2 (2011): 31-41.

³⁴ Johanna Shapiro et al., "Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 2 (2009). Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938bca>

³⁵ Luiz Troncon et al. *Conteúdos humanísticos na formação geral do médico* (São Paulo: Sarvier, 1998).

para que possa ocorrer, posteriormente, a adequada elaboração. Isso não se alcança com aulas expositivas em ambientes separados dos cenários da prática. Discussão em pequenos grupos sobre o realmente vivido no curso (grupos de reflexão; grupos Balint) a participação dos profissionais de Saúde Mental e Saúde Coletiva nas discussões clínicas, ao longo de todo o curso, foram abrindo novos caminhos constantemente revisitados e elaborados.

É preciso também registrar que, ao longo do tempo, debates acadêmicos têm sido apresentados nos ambientes universitários, explicitando críticas formuladas pela sociedade sobre a qualidade das relações assistenciais praticadas no modelo racionalista. Em muitas dessas discussões, é sublinhado que o raciocínio clínico, predominantemente construído a partir de aspectos anátomo-patológicos, anula a singularidade intrínseca ao humano presente em todos os envolvidos nos processos assistenciais. Outras, igualmente numerosas, apontam o empobrecimento do raciocínio clínico quando os múltiplos determinantes intervenientes no processo saúde-doença deixam de ser considerados, acarretando erros diagnósticos e intervenções desastrosas³⁶.

Gradativamente, fomos observando a implementação de várias reformulações dos currículos médicos em todo o mundo e também entre nós, procurando superar as dificuldades apontadas na estrutura curricular. Atualmente, em algumas faculdades, não se privilegia a transmissão do campo de saber das disciplinas, em que um se constitui como base para a seguinte e sim, uma apresentação de conteúdos dados por um conjunto de disciplinas que trabalham integrada e simultaneamente, ou seja, em blocos. Neste segundo modelo, promove-se a multidisciplinaridade no exame dos aspectos biológicos e, com adequação e naturalidade, ocorre o diálogo com os saberes psicológico, social, antropológico e político envolvidos na saúde. Diretrizes curriculares sancionadas com o aval dos órgãos governamentais sustentam a mudança do modelo de educação médica destacando os aspectos biopsicossociais e humanista no sentido amplo do termo, bem como a estratégia da Medicina de Família e Comunidade no planejamento das ações em Saúde Pública³⁷.

Retomemos o fio condutor deste artigo para seguirmos adiante. As exigências formuladas pela adoção do modelo científico racionalista foram cumpridas, no entanto, o que se observa é que o método cartesiano para observação e intervenção no fenômeno saúde-doença não apreende importantes aspectos desse processo e não se traduz completamente em bem-estar, qualidade de vida e satisfação com a relação médico-paciente na medicina individual. Como vimos, diversas propostas nas humanidades médicas buscam enfrentar esses desafios. Apresentamos a seguir uma noção que nos parece

³⁶ Kenneth R. Camargo Jr. "Paradigmas, ciência e saber médico. Rio de Janeiro." *Cadernos do Instituto de Medicina Social*. (1992).

³⁷ Flávia Terigi. "Notas para uma genealogia do currículo escolar." *Educação & realidade* 21, 1 (1996): 159-186.

bastante apropriada para a tarefa de recuperar a sensibilidade na formação e prática médica, e, resgatar seu sentido inicial, o de cuidar.

A Competência Narrativa como estratégia para o despertar e florescer da sensibilidade, ferramenta de cuidado integral.

“A alma respira através do corpo, e o sofrimento, quer comece no corpo ou numa imagem mental, acontece na carne” António Damásio³⁸

A Competência Narrativa é central à primeira definição teórica de Medicina Narrativa (MN) apresentada por Rita Charon^{39,40}, em que nos ancoramos: “Medicina praticada com a competência narrativa, isto é, a capacidade de reconhecer, absorver, interpretar e ser motivado a agir pelas histórias e dificuldades trazidas pelos outros.”⁴¹

Na dimensão da MN como ferramenta da formação médica, que abordamos neste artigo, centramos o nosso olhar no encontro médico. É nesse espaço privilegiado de relação interpessoal e de cruzamento de singularidades que o profissional de saúde é chamado a reconhecer e a dar voz ao sofrimento do paciente e aos significados de que a doença se reveste, ao longo do seu percurso, para ele e para os familiares.

Este movimento de humanização da medicina, que convoca “um modelo de prática clínica informado pela leitura, escrita, narração e escuta de histórias”^{42,43} integrando também outras linguagens artísticas, tem-se alargado a dimensões como a promoção do autocuidado dos profissionais de saúde (PS), o fortalecimento da relação entre as equipas e a relação com os diversos *stake-holders* que co-habitam no universo da saúde⁴⁴.

O desenvolvimento das competências narrativas, veiculadas pela leitura atenta e pela escrita reflexiva, mobiliza o poder transformador da expressão de emoções, tanto tempo cerceadas pelo modelo da formação e da prática dos profissionais de saúde. Este dispor-se a tocar e a ser tocado, tendo

³⁸ Antonio Damásio. *O erro de Descartes - emoção, razão e cérebro humano* (Mem-martins: Publicações Europa-América, 1995): 19.

³⁹ University of Columbia. Rita Charon [Internet]. Disponível em: <https://sps.columbia.edu/faculty/rita-charon>

⁴⁰ Rita Charon. Doctor-Patient/Reader-Writer: Learning to find the text. *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 72, 1 (1989): 137-152. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/41178470>

⁴¹ Rita Charon. The patient-physician relationship. *Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust*. *JAMA*, 286, 15 (2001). Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>

⁴² Rita Charon. Honoring the stories of illness [Internet]. USA: TEDxAtlanta; 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=24kHX2HtU3o>

⁴³ Annie Robinson. *Narrative Medicine*. Madison: University of Wisconsin; 2014. Disponível em: <https://www.va.gov/WHOLEHEALTHLIBRARY/docs/Narrative-Medicine.pdf>

⁴⁴ Maria Giulia Marini. *Il portale istud sula medicina narrativa* [Internet]. [cited 2020 Oct 18]. Available from: <https://www.medicinanarrativa.eu/narrative-medicine>

consciência dos seus limites e dos do outro, numa escuta integral e comprometida com uma ética narrativa do cuidado⁴⁵, promove a atenção, a representação e a afiliação, movimentos que constroem a relação com o outro⁴⁶.

A MN, ao indispensável conhecimento especializado que a formação técnico-científica proporciona, procura acrescentar competências que lhe permitam “ler” o paciente-indivíduo, inserido na sua história pessoal única e indissociável do corpo com que se entrega. Pretende resgatar para o encontro médico, nas palavras de João Lobo Antunes, “a atenção às múltiplas cintilações que conferem a cada um de nós a identidade única que é o cerne da dignidade”⁴⁷. Trilhar este caminho para a atenção plena, permitirá acrescentar tempo de qualidade ao tempo cronometrado dos atendimentos, acrescentando camadas de relação e de partilha da subjetividade, que dão espessura ao encontro, construindo a confiança

Reconhecer o outro como ser complexo e multideterminado e deixar-se tocar pelas suas circunstâncias exige também um processo interior de autoconhecimento. “O que sinto é o que da experiência do outro ressoa em mim”⁴⁸. A MN propõe-se também fazer com os PS este caminho: conhecer-se para melhor cuidar.

Conhecer os nossos vieses (culturais, de classe) e apriorismos, as cicatrizes interiores que nos fazem evitar ou escolher caminhos, as zonas cegas onde não deixamos ninguém entrar, os medos que tolhem à partida o confronto com as nossas próprias vulnerabilidades, desde o logo o confronto com a nossa própria finitude⁴⁹.

Nas escolas médicas, como na prática clínica a MN é, como já referimos, uma ferramenta para o autocuidado:

Trabalhando o confronto com o medo e a ansiedade que inevitavelmente acompanham a tomada de decisão, num contexto em que se tem nas mãos o material mais precioso, a vida de terceiros.

Constituindo-se como um território seguro para antecipar a frustração decorrente do erro médico, limitando danos e retirando dele aprendizagens que construirão oportunidades de melhoria.

⁴⁵ Susana Magalhães e Joana Araújo. "A Narrativa Ficcional da Deliberação Ética: Olhar a Realidade do Averso." in 3o Seminário de Bioética, A Decisão em Ética. (Viseu: Comissão de Ética da ESSV, 2011). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/9397>

⁴⁶ Susana Magalhães. "Cuidar do Idoso: medicina narrativa e a arte de demorar-se". *Rev Port Bioética*, 26, (2020), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/31013>

⁴⁷ João Lobo Antunes (prefácio), In: Atul Gawande. *Ser Mortal - Nós, a medicina e o que de verdade importa no final* (Alfragide: Grupo Leya; 2015).

⁴⁸ Palavras das autoras.

⁴⁹ António Damásio. *O erro de Descartes - emoção, razão e cérebro humano* (Mem-martins: Publicações Europa-América, 1995).

Possibilitando a partilha de experiências interpares, validando e normalizando o que se vivencia.

A medicina, em particular, é uma classe profissional onde continuam a chegar sobretudo aqueles que foram de alguma forma privilegiados no seu percurso de vida. Esta consciência do outro e das suas circunstâncias que a MN pretende trabalhar é também fator de promoção da igualdade no acesso à qualidade dos cuidados de saúde, dando voz aos excluídos, aos que estão nas margens da sociedade, muitas vezes invisíveis num sistema “mainstream”, de realidades estanques, com grandes desequilíbrios de poder. Perante uma obra de arte ou perante um texto, analisados numa aula de MN, somos todos seres humanos a sentir e a partilhar a nossa interioridade. Arriscando por a nu a nossa vulnerabilidade e mais disponíveis para a reconhecer naqueles com quem nos cruzamos, em momentos tão íntimos como os encontros em saúde.

A MN pretende treinar a atenção ao detalhe, o colocar-se todo no acto de observar minuciosamente e com todos os sentidos. Escutar integralmente o doente é ouvir o que ele diz, o que esconde, o que gostaria de dizer e não consegue. É escutar e interpretar os silêncios, as metáforas, as fugas, os medos, os interditos, as expectativas, a linguagem do seu corpo, integrar a história da doença na sua história pessoal. É perscrutar a alma no fundo dos olhos e saber comunicar também de corpo inteiro, sendo farol e porto seguro.

A MN pretende assim resgatar a pessoa (o paciente, mas também o médico) para o encontro em saúde e centrar-se na qualidade desse encontro como condição para a co-construção do caminho, integrando a voz do paciente na tomada de decisão.

Existem patologias iguais, mas não existem médicos iguais, pacientes iguais, contextos iguais, pelo que a experiência da doença é sempre diferente, e a sua narrativa co-construída pelos diferentes olhares que a abordam: a história que o doente traz, a que o médico apreende, a que devolve ao doente e a que partilha com os seus pares. Da anamnese, ao diagnóstico. Do prognóstico ao plano de cuidados, passando pelos registos clínicos, tudo constrói o enredo e a narrativa da experiência da doença. A MN pretende ajudar os PS a navegar nas águas da singularidade da relação médico/paciente, a perder o medo de usar as suas emoções e a tirar benefício das emoções em presença no encontro de saúde.

Propõe-se resgatar a capacidade de empatizar, que se perde ao longo do curso de medicina, cujos currículos, assentes em protocolos e saberes livrescos, tem como resultado que os estudantes aprendem a desconfiar dos sentidos, das emoções, da compaixão.

“the consistent and depressing observation that medical students seem to lose prodigious amounts of empathy as they progress along the medical training route. Something in our medical training system serves to stamp out whatever empathy students bring with them one day”⁵⁰.

Por empatia, palavra muito gasta e frequentemente mal utilizada, entendemos aqui a atitude que nos dispõe a ver e sentir a partir do ponto de vista do outro, a que a compaixão acrescenta a motivação para agir reduzindo o seu sofrimento, ao ser afetado por ele. A compaixão como a empatia, constitutivamente éticas, não são inatas e educam-se, sob pena de na sua ausência caminhar para uma sociedade moralmente doente.

As ferramentas da MN, nomeadamente a leitura atenta e a escrita reflexiva permitem trabalhar individualmente e em equipe de forma segura para a exposição dos profissionais, dimensões que não podem ser arredadas do encontro clínico, os sentimentos. Só estamos inteiros e comprometidos na relação quando da percepção, chegamos aos sentimentos, passando pelas emoções. Nas palavras de António Damásio “os sentimentos não se limitam a captar meros instantâneos de objetos ou acontecimentos externos; os sentimentos gravam o espetáculo na sua totalidade e a atividade nos bastidores, não só na superfície, mas também no que se encontra abaixo dela”⁵¹.

A leitura atenta e orientada de textos literários ou não, de temas médicos ou não, permite aceder a outros olhares e outras formas de ver, desperta para realidades que nos confrontam com as nossas certezas, permite-nos apreender as várias camadas de significados presentes, explorar pistas e referências que alargam os significados e as leituras possíveis. Promove competências de atenção, escuta, tolerância e criatividade pela confrontação com outros pontos de vista. O mesmo se aplica a expressões artísticas como a pintura, o teatro ou a fotografia que são veículo de expressão de emoções.

A partilha de testemunhos interpares, valida sentimentos experienciados e liberta a expressão de emoções, pela sua normalização, eliminando receios de confrontação com valores e códigos institucionais, organizacionais ou de classe. Constrói também a coesão das equipas.

O relato de um médico sobre a sua experiência de doença, como o que a seguir transcrevemos, constitui um bom exemplo do impacto que este tipo de excertos pode ter numa sala de aula e na *awareness* que despertará:

“Everything seems different as I am in a different role. Lying in bed is a lot more frightening than standing at the end of it in a white coat”. Eugene Wu⁵²

⁵⁰ Danielle Ofri. What Doctors Feel [Internet]. (Boston: Beacon Press; 2013). Disponível em: www.beacon.org

⁵¹ António Damásio. Sentir e saber, a caminho da consciência. (Lisboa: Bertrand, 2020). Disponível em: www.temasedebates.pt, 111.

⁵² Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh, Vieda Skultans. Narrative Research in Health and Illness (Wiley Online Library, 2008), 44.

A escrita reflexiva e particularmente a escrita criativa, permitem ensaiar pontos de vista, vozes, tempos e cenários, reescrever uma história, identificar protagonistas, antagonistas, contextos, outros enredos e outras saídas possíveis (desejadas ou temidas). Sem correr com isso outros riscos, senão o do confronto consigo mesmo, que será sempre fator de crescimento.

Aprender a colocar o outro e as suas circunstâncias num referencial espaço-tempo que é o dele, perceber as suas expectativas, o valor simbólico, estético, quotidiano e instrumental das suas conquistas e das suas derrotas, é essencial para trabalhar a confiança que promoverá a adesão terapêutica e, no limite, a esperança. Os médicos têm que ser preparados para esta liberdade do sentir e não só para a leitura e elaboração de indicadores e relatórios, indispensáveis, mas que não revelam a singularidade do doente por trás da doença, nem permitem cumprir o cuidado integral.

O despertar da sensibilidade e da atenção aos matizes, que a MN promove, fertiliza o terreno onde se desenvolve a criatividade, central para os processos de procura de soluções e de identificação de alternativas, otimizando os processos de tomada de decisão.

Este chão para o ensaio e a reflexão que a MN proporciona, permite também trabalhar a aproximação ao sofrimento alheio entrando na tempestade em modo de segurança, para que o resgate do outro não se transforme no naufrágio do eu. Preservando-se e entregando-se ao mesmo tempo, sendo conscientes dos seus limites e dos sentimentos por trás das emoções em presença.

Permite também, aos futuros médicos, dispor por sua vez de ferramentas que potenciarão a sua forma de recolher e transmitir informação, aumentando a exigência para com outros interlocutores dentro do sistema de saúde, subindo a fasquia da qualidade da comunicação das relações que venham a estabelecer.

O colocar-se à partida o objetivo de conhecer o paciente, o seu contexto e os significados de que a doença se reveste para ele; O aprimoramento da forma como comunica e se dispõe a escutar integralmente os seus interlocutores, deixando-se tocar pela sua história, sem julgar; O uso judicioso e compassivo das palavras, que são também instrumento de cuidado e contenção do sofrimento do outro. A consciência dos seus próprios limites e vieses bem como do desequilíbrio de poder na relação; A integração da voz do paciente na construção do diagnóstico e do prognóstico, tem enfim como resultado a melhoria da qualidade de prestação dos cuidados de saúde, avaliado pelo melhor e menos tangível dos indicadores: a humanização dos processos.

A MN trabalha a sensibilidade para resgatar e trazer à tona um saber antigo, que tão bem ressoa nas palavras de Rubem Alves⁵³:

⁵³ Rubem Alves. *O Médico* (Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2010), 11.

“noutros tempos os médicos e as enfermeiras sabiam disso. Cuidavam dos remédios e das intervenções físicas - bons para o corpo - mas tratavam de acender a chama misteriosa da alegria. Mas essa chama não se acende com poções químicas. Ela acende-se magicamente, precisa da voz, da escuta, do olhar, do toque do sorriso.”

Precisa, diríamos nós, do contributo consciente da nossa irrepetível e frágil humanidade. É isso que a medicina narrativa se propõe acrescentar à exigente formação técnica dos que audaciosamente se propõem ao ofício de ser médico.

Considerações Finais

Neste trabalho, argumentamos que a sensibilidade para as dimensões subjetivas e relacionais que marcam o encontro clínico é fundamental para o exercício ampliado e ético das práticas de cuidado. A partir das reflexões acerca do ensino médico convencional, baseado num olhar biologicista, foi possível resgatar os papéis da observação e experimentação no método cartesiano e analisar seus desdobramentos na abordagem centrada nos aspectos técnico-científicos privilegiada na medicina moderna. Como foi possível perceber, não se trata somente de limitações ligadas ao modo de examinar os fenômenos inerentes ao processo saúde-doença-busca de cuidado, mas também ao modo de acompanhar aqueles que buscam por cuidados. A visão fragmentada e “cientificizante”, em que se baseia o ensino médico, não favorece e contraria até o desenvolvimento de uma atitude empática⁵⁴.

A medicina narrativa, por sua vez, constitui uma abordagem que emprega habilidades narrativas para aumentar a compreensão dos profissionais de saúde quanto às diferentes dimensões do ser humano. Num mundo com contextos sociais e de saúde cada vez mais desafiadores, a medicina narrativa propõe-se ajudar os estudantes de medicina a reconhecer a sua própria voz, proporcionando-lhes espaços de reflexão promotores da criatividade, da inovação, da ponderação ética, do exercício do autocuidado.

Propõe-se treinar a escuta das vozes internas, visando integrar no cuidado as dimensões inerentes ao contexto dos indivíduos, que determinam a sua experiência da doença. Para isso, há que aprimorar a sensibilidade quanto à escuta da pessoa promovendo um encontro clínico dialógico entre profissional-paciente. Há que aprender a reconhecer e a gerir o peso específico das palavras, o espaço fecundo dos silêncios e todas as formas de comunicar, da linguagem corporal à expressão artística. Reconhecê-los como ferramentas terapêuticas, redes de cuidado e fundamentos da construção dos encontros clínicos. Defendemos, então, a inclusão da medicina narrativa no âmbito educacional da

⁵⁴ Maria Giulia Marini. *Narrative Medicine Bridging the Gap between Evidence Based Care and Medical Humanities* (Milano: Springer International Publishing; 2016).

saúde, como forma de ultrapassar as limitações inerentes ao modelo de formação biologicista e reducionista e, nas palavras de Maria Giulia Marini⁵⁵, “fazer a ponte entre a medicina baseada na evidência e as humanidades médicas”, contribuindo para a melhoria da prestação de cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

- Alves Rubens. *O Médico*. Lisboa: Padrões Culturais Editora; 2010.
- Antunes Dos Santos, Renato, Maria Nunes. "Medical education in Brazil". *Medical teacher*, 41, 10(2019):1106–1111. Doi: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2019.1636955>.
- Azeredo, Nára Selaimen, Cristianne Famer Rocha, Paulo Roberto Carvalho. "O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina". *Rev Bras Educ Med*. 35, 1 (2011):37–43. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100006>.
- Barzansky Barbara. "Abraham Flexner and the era of medical education reform". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85, 9 (2010): S19–S25. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181f12bd1>
- Berger, John. *A fortunate man*. Traduzido por Pilar Vázquez. Barcelona: Grupo Editorial S.A.U, 2014.
- Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução N°. 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014; Seção 1, p. 8-11.
- Camargo Jr, Kenneth. "Paradigmas, ciência e saber médico. Rio de Janeiro." *Cadernos do Instituto de Medicina Social*. (1992).
- Camargo, Maria Cristina. O impacto da ciência e da tecnologia sobre a prática e o ensino médico. 1989. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/251967>>.
- Charon, Rita. "Doctor-patient/reader-writer: learning to find the text." *Soundings: An Interdisciplinary Journal*, 72(1), 137-152, (1989), <http://www.jstor.org/stable/41178470>
- Charon Rita. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*, 286(15), 1897–1902, (2001), <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Charon Rita., DasGupta S., Hermann N., Irvine C., Marcus E.R., Colón E.R., Spencer D. *The Principles and Practice of Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2017.
- Charon Rita. Honoring the stories of illness [Internet]. USA: TEDxAtlanta; 2011. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=24kHX2HtU3o>
- Damáσιο, Antônio. *Sentir e saber, a caminho da consciência*. Lisboa: Bertrand, 2020. Disponível em : www.temasedebates.pt

⁵⁵ Ibid.

- Damásio, Antônio. *O erro de Descartes - emoção, razão e cérebro humano*. Mem-martins: Publicações Europa-América, 1995.
- Evaristo, Conceição. *Histórias de leves enganar e pareanças*. Rio de Janeiro: Malê Editora, 2017.
- Foucault, Michel. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- Gawande, Atul. *Ser Mortal - Nós, a medicina e o que de verdade importa no final*. Alfragide: Grupo Leya, 2015.
- Hurwitz, Brian, Trish Greenhalgh, Vieda Skultans. *Narrative Research in Health and Illness. Narrative Research in Health and Illness*. Nova Jersey: Wiley Online Library, 2008.
- Japiassu, Hilton, Marcondes Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- Jeammet, Phillipe, Michel Reynaud, Silla Consoli. *Psicologia Médica*. Rio de Janeiro: Masson, 1982.
- Koogan, Abraham, Antonio Houaiss. *Enciclopédia e dicionário digital*. São Paulo: Delta, 1998.
- Luz, Madel. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- Magalhães Susana. "Cuidar do Idoso: medicina narrativa e a arte de demorar-se". *Rev Port Bioética*, 26, 26 (2020):31–43. Doi: <http://hdl.handle.net/10400.14/31013>.
- Magalhães, Susana, Joana Araújo. "A Narrativa Ficcional da Deliberação Ética: Olhar a Realidade do Averso". In 3º Seminário de Bioética, A Decisão em Ética – Resumos. Viseu: Comissão de Ética da ESSV, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/9397>
- Marcondes, Eduardo, Ernesto Gonçalves. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998.
- Marini, Maria Giulia. *Il portale istud sula medicina narrativa* [Internet]. Disponível em: <https://www.medicinanarrativa.eu/narrative-medicine>
- Morente, Manuel Garcia. *Fundamentos de Filosofia*. São Paulo: Mestre Jou, 1970.
- Nunes, Mônica de Oliveira. "O silenciamento da cultura nos (con)textos de cuidado em saúde Mental". *Cadernos Brasileiros De Saúde Mental* 1, 2 (2011):31-41. Doi: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68472>.
- Ofri, Danielle. *What Doctors Feel* [Internet]. Boston: Beacon Press; 2013. Disponível em: www.beacon.org
- Piccini, Roberto Xavier, et al. *Diretrizes curriculares e o Projeto CINAEM*. CINAEM, 2000.
- Robinson Annie. *Narrative Medicine – Whole Health Library – UW–Madison*. Madison: University of Wisconsin, 2014.
- Shapiro, Johanna, Jack Coulehan, Delese Wear, Martha Montello. "Medical humanities and their discontents: definitions, critiques, and implications". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 84, 2 (2009): 192–198. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181938bca>
- Taylor Janelle. "Confronting "culture" in medicine's "culture of no culture". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 78, 6 (2003): 555–559. Doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200306000-00003>

- Terigi, Flávia. "Notas para uma genealogia do currículo escolar." *Educação & realidade* 21,1 (1996): 159-186.
- Troncon, Luiz E. de A., et al. "Conteúdos humanísticos na formação geral do médico." Em: Marcondes E, Gonçalves EL. *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998: 99-114.
- Tsevat, Rebecca, Anoushka Sinha, Kevin Gutierrez, Sayantani DasGupta. "Bringing home the health humanities: narrative humility, structural competency, and engaged pedagogy". *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90, 11 (2015), 1462–1465. Doi: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000743>
- University of Columbia. Rita Charon [Internet]. Disponível em: <https://sps.columbia.edu/faculty/rita-charon>

Era uma vez A.: narrativas de integralidade do cuidado

Once upon a time, A.: narratives of care comprehensiveness

Era una vez A.: narrativas de integralidad del cuidado

Ananyr Porto Fajardo¹
Diego Monroe Kurtz²
Elisandro Rodrigues³
Marta Orofino⁴
Nára Gaertner Azeredo⁵
Renata Pekelman⁶
Simone Lima Leistner⁷

A humanidade começa nos que te rodeiam, e não exatamente em ti.
Valter Hugo Mãe, A desumanização.

Resumo: Esta produção coletiva relata um caso vivenciado por profissionais de saúde em um ambiente hospitalar de alta complexidade. Traz para o protagonismo elementos não-vivos, mas relacionais, que são relevantes à manutenção da qualidade de vida do paciente em foco. Nossa intenção é oferecer um espaço de reflexão acerca das relações interpessoais no contexto da atenção à saúde, mediado por uma narrativa em estilo caleidoscópico. Entendemos que a humanização do conceito de caso clínico, ao destacar a pessoa em vez do problema sob anamnese e tratamento, promove o encontro das humanidades com a ciência e a convergência no cuidado integral, não apenas no atendimento clínico-hospitalar. Neste sentido, a narrativa constitui uma mediação entre vários olhares, especialmente se proporcionar voz a todos os sujeitos envolvidos, com seus desejos e necessidades. Portanto, continuemos atentos às considerações daqueles que precisarem de nossos cuidados.

Palavras-chave: Medicina narrativa; Integralidade em saúde; Unidades de terapia intensiva; Trabalho em equipe na saúde.

Abstract: This collective production is an account experienced by distinct health providers in a high complexity hospital environment. It provides protagonism to non-live, however relational elements that are relevant to the maintenance of the quality of life of the focused patient. Our intent is to provide a scope for reflection regarding interpersonal relationships within the health care context, mediated by a kaleidoscopic-like narrative. We understand that humanizing the concept of clinical case by highlighting the person instead of the condition under anamnesis and treatment, fosters the encounter between humanities and science, as well as the convergence within comprehensive care, not only in the clinical-hospital attention. In this sense, narrative is a mediation among several looks, especially when it provides voice to all the involved subjects, with their desires and needs. Thus, let's keep attentive to the considerations of those who need our care.

Keywords: Narrative medicine; Integrity in health; Intensive care units; Work team in health.

¹ Odontóloga, Doutora em Educação, escritora e tradutora. Coordenadora do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Docente permanente do Mestrado Profissional Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do GHC. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

² Fisioterapeuta, Mestre em Avaliação de Tecnologias em Saúde. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

³ Pedagogo, Doutor em Educação. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Doutora em Letras. Líder do do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

⁵ Enfermeira, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

⁶ Médica de Família e Comunidade, Mestre em Educação. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

⁷ Licenciada em Letras, Especialista em Saúde Pública. Participante do Grupo de Pesquisa NarraSUS do Grupo Hospitalar Conceição.

Resumen: Esta producción colectiva se refiere a un caso experienciado por diversos profesionales de la salud en un ambiente hospitalario de alta complejidad. Trae para el protagonismo elementos no vivos, pero relacionales, que son relevantes al mantenimiento de la calidad de la vida del paciente en foco. Nuestra intención es ofrecer un espacio de reflexión referente a las relaciones interpersonales en el contexto de la atención a la salud, mediado por una narrativa en estilo caleidoscópico. Entendemos que la humanización del concepto de caso clínico, al resaltar a la persona en vez del problema bajo anamnesis y tratamiento, promueve el encuentro de las humanidades con la ciencia y la convergencia en el cuidado integral, no sólo en la atención clínico-hospitalario. En este sentido, la narrativa constituye una mediación entre diferentes miradas, especialmente si proporcionar la voz a todos los sujetos implicados, con sus deseos y necesidades. Por lo tanto, continúemos atentos a las consideraciones de aquellos que necesitaremos de nuestros cuidados.

Palabras-clave: Medicina narrativa; Integralidad en salud; Unidades de cuidados intensivos; Trabajo en equipo en la salud.

Como éramos...

Esta é a história de A. Sua narrativa começa a partir de um ponto, mas de um ponto visto dentro de um caleidoscópio. Assim, teríamos muito mais para contar, assim como o próprio A. teria para vivenciar, e aqueles que nos leem a imaginar. Tomando a coragem e a beleza desta história, assumimos o desafio de compartilhá-la.

Conheci A. em um leito da Unidade Terapia Intensiva no hospital em que trabalho, por sinal, onde sempre trabalhei. Diferente do menino que, aos 15 anos de idade, já conhecia outros hospitais e suas UTIs devido aos graves problemas neurológicos que o acompanhavam desde a infância.

Não sabia ler nem escrever, mal conseguia pegar o lápis para rabiscar seu nome. Por vezes, quando a mão estava firme, tracejava cores pelas folhas de papel em garatujas e desenhos. Nesses momentos, parecia que o lápis ganhava vida própria. Desenhava super-heróis, fabulava histórias de aventura, romances ainda não vividos. Escrevia cartas para pessoas próximas e distantes, como as missivas que iriam para os jogadores de futebol pedindo que lhe dedicassem o próximo gol. O que só existia na imaginação e na telinha do celular ganhava contornos no retângulo branco em formato A4. Aquele pequeno lápis, já usado e apontado várias vezes, deslizava pelo papel como um carro que corria velozmente em uma ultrapassagem perigosa ou como aquele jogador que pegava a bola no meio de campo e avançava sem parar até a área do adversário. Os mundos e as histórias se misturavam nas linhas e cores que surgiam aos poucos. Lia e inventava o mundo a seu modo.

Quem já conviveu em uma rotina dentro de UTI sabe bem que o tempo paralisa a vida. O conhecido dentro deste cenário é tratar a doença e a luta contra a morte. E foi neste ambiente que convivemos com A. ao longo de dois anos.

Às vezes eu sonhava que podia atravessar as paredes, como em filmes em que as pessoas têm poderes especiais ou acordam em uma realidade mágica em que o corpo físico é separado da alma. Eu percorria os corredores e, quando tentava tocar nas coisas, não havia resistência alguma, achava

graça, mas ficava com medo também, pois não sabia em quanto tempo retornaria para o meu corpo. Acordado, todos os dias reduziam-se ao leito da UTI. Não sabia dizer muito bem se era bom ou ruim estar internado, acho que depois de um tempo a gente só acha normal. Ali era o meu lugar, e eu me sentia um menino diferente apenas quando lembrava do respirador ligado a mim o tempo todo. Éramos inseparáveis, mas tudo bem, eu precisava dele, e gostava até de pensar que ele também precisava de mim para existir. Tudo que me cercava de alguma maneira me constituía e me transformava. Poucas coisas eram só minhas dentro daquele espaço que era de tantos e de todos. Assim, o meu espaço, o meu quarto era meu reduto, meu refúgio.

Dois anos de mobilização entre trabalhadores de diversos setores tentando um respirador artificial, dois anos em que um box de UTI foi o mais próximo daquilo que chamamos de casa.

Parece mesmo incrível, mas também quero contar o meu lado dessa história. Desde que fui instalado há nem sei quanto tempo, nunca tinha experimentado essa convivência. Em geral, eles ficam poucos dias, talvez um mês, mas dois anos! Muita proximidade! Como todo box de UTI, não sou muito grande, apenas o suficiente para uma cama, uma poltrona, todos os monitores e milhares de parafernalias que os técnicos nomeiam, mas que nem presto atenção, apenas sinto os constantes bips e foles. Entre todos os boxes ao meu redor, sou aquele que possui o maior luxo: a rede wi-fi. Percebi que a chegada de **A.** alterou o mobiliário e o comportamento do pessoal; parece que ficaram mais amigos, mais afetuosos. Pelo que entendi, muitos já conheciam o menino. Estranho como a permanência consegue transformar o caráter deste box em um lar aconchegante. Foram tempos de experiências muito interessantes: circulação de diversas pessoas, a família se revezando... Até foi permitido fazer uma festa com vários familiares – com o guri de cabelos loiros, pintados pela enfermeira, iguais aos do seu ídolo Neymar Jr. Nesses dias eu queria ser maior. Todos apertadinhos, mas com muito amor. É incrível como, mesmo em situações em que a pulsão de vida é inusitada, podemos encontrar essa força. Adorei estes momentos, tão diferentes daqueles com os quais eu já estava acostumado. Em geral, poucas falas, pessoas tristes e cabisbaixas. Mas com **A.** era diferente, pois me sentia orgulhoso por sustentar o wi-fi e vê-lo se comunicando com o mundo através de uma telinha. **A.** se transportava para lugares onde sua limitação passava a ser relativa, podia participar. Ele, um menino que só conseguia respirar por estar aqui.

Uma vez, como era a rotina hospitalar, precisávamos trocá-lo de leito, pois fazia mais de dois meses que aquele espaço não era higienizado conforme a rotina do Controle de Infecção Hospitalar (CIH). Por ser a enfermeira do turno, a mãe veio conversar comigo e, chorando muito, pediu que não o tirassem da única coisa que ainda restava a ele: a rede de wi-fi.

Todos os dias eram iguais. Eu não podia receber visitas, o que era uma pena, pois tinha amigos do lado de fora, e nós fazíamos altos campeonatos de game. Naquela sexta-feira fatídica, teríamos a rodada mais sensacional de todas, a final do campeonato – e vou dizer uma coisa, eu era um super-craque no futebol! Nem tinha conseguido dormir direito e pela manhã, ainda cedo, vi minha mãe reclamando com a enfermeira. Depois ela veio me dizer que precisavam fazer uma limpeza no leito em que eu estava, e teriam que me deslocar. Até aí tudo bem, mas quando ela disse que eu não teria wi-fi no outro espaço, aí minha casa caiu! “O controle de infecção exige, filho, já faz dois meses que esse espaço não é limpo”, vi na mensagem entrando no celular. Os profissionais já estavam me cercando e eu dizendo que não ia. Só mais um dia, dá pra esperar? Houve um silêncio. Eu não era mesmo normal como os outros, mas encontrei ali um lugar possível de ser.

Torcer a cada jogo de futebol quando seu time jogava e ter sua camiseta presa na parede acima da cama, sinal de boa sorte. O time era motivo para fazer a vida acontecer, como por exemplo quando negociei sua boa sorte como torcedor em troca de uma aliança de prata. **A.** fez jogo duro comigo, relutou e eu, mesmo com desejo de presenteá-lo, me mantive firme na negociação. Até que uma tarde, “Negócio fechado!”. Meu time ganhou e até a última visita vi **A.** exibindo sua aliança no dedo anelar. Outra vez, durante um voo, descobri que junto comigo estava o time inteiro para quem ele torcia. Como tem coisas que mesmo nas férias a gente não esquece, mais que depressa chamei a comissária de bordo, pedi um papel e saí colhendo autógrafos e dedicatórias para **A.** Na segunda-feira, entregar esta lembrança foi minha primeira tarefa do dia.

Adoro o meu trabalho. Quando conto para as pessoas o que faço, falo de boca cheia: sou técnica de enfermagem. Tive um namorado que me deixou justamente por isso: “não quero namorada que passa o dia tocando no corpo dos outros!”. Azar dele, sorte de todos os outros que eu passo o dia tocando. Cuido com carinho, com respeito. Cuido de cada um como se fosse meu pai, minha mãe, meu filho – ainda não tenho filhos, nem tive mãe presente, mas imagino que mãe amorosa cuida assim. Teve uma vez que acompanhei por bastante tempo um menino, que ficou lá no setor por mais de ano. Guri bonito, olhos grandes e sorriso simpático. Lembro direitinho que nas primeiras vezes, na hora do banho, ele era muito tímido. Tadinho... corpo magrinho, de menino ainda, quase sem pelos, mas já tinha malandragem e vergonha. Martírio diário pra ele. Eu? Tentava disfarçar, falava termos técnicos para parecer mais profissional: “Hora da higienização corporal, bucal e genital” e mais um monte de outras coisas que aprendi no curso. Claro que eu também ficava constrangida, mas nessas horas imaginava que estava ajudando o meu irmão menor, que nunca foi chegado ao banho. Com o tempo, a gente conseguia até brincar e rir da situação. Finalmente, depois de mais de um ano

de banho no leito, veio a autorização para banho de chuveiro. Fácil não foi organizar a logística toda, mas valeu a pena. Foi festa e água pra tudo quanto é lado. Ninguém ali saiu seco entre água, sabão e lágrimas.

Em um dia de visita, **A.** estava muito triste, deitado, não queria sentar-se na poltrona como era o habitual, não queria conversar de jeito algum. Após muita dificuldade, acabei por conquistá-lo; fiquei sabendo que seu celular havia quebrado e não tinha mais conserto. Fiz uma solicitação entre amigos e um doador mandou um celular novinho para **A.** A alegria contagiante de receber seu novo parceiro foi indescritível. Porém, durante os dias sem telefone, aconteceu algo inusitado. A fim de preencher aquele tempo sem o eletrônico que era sua única janela para o mundo fora do hospital, soprei uma luva e fiz um boneco com cabeça, tronco e membros. Manipulei o personagem elástico até ele. Sorriu. Propus um jogo. Jogamos. Perdi, ganhei, sorrimos, quase esquecemos que ele precisava de telefone no hospital. A luva animada foi a tecnologia do dia, foi a janela para o mundo lá fora, ou melhor, nos ensinou que tudo está lá fora e aqui dentro o tempo todo quando se pretende um encontro humanizado para cuidar.

Eu, um celular antigo, me sentia parte do cotidiano do meu amigo **A.**, pois era comigo que ele partilhava suas lembranças e acionava seus contatos. Lembro de tê-lo levado tanto a Gravataí para assistir um campeonato de várzea transmitido por um amigo de infância como a Buenos Aires para assistir uma semifinal da Libertadores. Assistimos algumas séries que o levavam a gargalhar sozinho até que chegasse alguém a quem contaria o episódio do dia. para rirem juntos. Escutei alguns comentários contra minha presença no box do **A.** Alguém disse que ele se isolava demais comigo, quando na verdade eu o aproximava dos assuntos que ocupavam seus dias e noites. Buscamos um aplicativo de desenho e pintura e, quando sua mão permitia, ele teclava nos numerozinhos e ia preenchendo os espaços para criar cartões de aniversário e de Natal, além de desenhar paisagens e atletas de quem gostava. Juntos lemos notícias e fofocas que depois eram comentadas com visitantes e funcionários da UTI. Um dia, cansei, não conseguia mais acompanhar sua energia curiosa e me apaguei devagarinho. Por sorte, um técnico em nutrição conhecia um pouco de informática e conseguiu transferir para meu substituto as lembranças que **A.** tinha confiado à minha memória, armazenadas durante aquela solidão acompanhada. Fui levado como sucata e servi como fonte de aprendizado para outro garoto que sonhava em ser especialista em TI (para vocês, leigos, Tecnologia da Informação). Escutei dele que hoje em dia os celulares são, além de inquebráveis, resistentes a banhos diários com álcool gel, seja para uso na rua, em casa ou em alguma UTI onde sejam necessários para manter a comunicação entre pacientes isolados de seus queridos lá fora.

Certo dia, **A.** se foi. Foi para casa, desbravar e respirar o mundo para além de um box de enfermaria. Não foram poucos os documentos, memorandos e processos para conseguir o respirador artificial junto ao município de origem para promover sua desospitalização, todos sem resposta. Também foram inúmeras reuniões junto a gestores de diversos pontos da rede de atenção. Nem o forte argumento comparativo de que durante o tempo de internação anual de **A.** poderiam ter internado naquele leito em média 57 pacientes de UTI surtiu efeito. Foi na família – que se mobilizou para arrecadar o dinheiro para a compra de um respirador – que **A.** encontrou a potência para seguir vivendo. Para nós, equipe multidisciplinar que acompanhou esta história de perto, passado o primeiro sentimento de fracasso, o que permaneceu foi a certeza de que o cuidado pode ser transformador.

Refletindo hoje...

A história de **A.** é uma construção em mosaico que parte de múltiplos e diversos olhares, com contribuições e responsabilidades coletivas. Cuidar em equipe é participar constantemente desta montagem, na habilidade de definir encaixes multicoloridos para um desenho em comum, uma *mosaicografia*. Escolhendo um ponto de partida, o grupo de autores reconstruiu a narrativa a partir de personagens, ora pessoas, ora objetos, compondo um texto que se propõe a experimentar e refletir acerca da multiplicidade que envolve o cuidado multiprofissional.

A construção do pensamento coletivo é um desafio na formação e na prática de trabalhadores da saúde, uma maneira de implementar a integralidade no cuidado, pois multiangular. Entretanto, na cultura ocidental moderna, tanto a medicina como outras áreas da saúde se desenvolveram a partir de um modelo científico-positivista, fragmentado, que afastou o sentir e o saber e enfatizou a dimensão biológica em detrimento da dimensão psicossocial. A articulação transversal das temáticas humanísticas às ciências médicas busca contribuir para a construção de um cuidado que observe a integralidade da existência humana.

Um dos desafios contemporâneos é pensar a singularidade das experiências em um ambiente voltado ao controle da doença, que em alguns momentos sobrepuja-se ao indivíduo, o qual não é mais visto como dono de si, passando a rotina de *cuidado* a controlar suas vontades, gostos e ações. A escuta das narrativas dos pacientes e familiares, por serem expressões variadas provenientes das impressões individuais sobre a realidade, mostra-se como um caminho diferente.

Nos processos de trabalho em equipe estamos sempre em busca de novas estratégias que ampliem o modo de pensar, refletir e compartilhar o cuidado. A discussão de casos clínicos está na base para o desenvolvimento de habilidades e competências dos profissionais da área da saúde. O caso

organiza as reflexões e ajuda a selecionar desafios e necessidades de ensino-aprendizagem, de acordo com Onocko-Campos, Emerich e Ricci⁸. Para Viganò⁹, a construção do caso clínico tem como potência as diferentes narrativas que compõem o cuidado, tornando possível a percepção de pontos cegos. Para nós, pensar o cuidado com um olhar multiprofissional a partir da história de A. nos ajudou.

Para além da medicina baseada em evidências, é preciso considerar que todo atendimento de saúde é também um encontro gerador de efeitos, produzidos de/por/com linguagem, corpo. E, para se chegar ao diagnóstico/problema, são necessárias leituras dessas histórias, pois incluir diversos pontos de vista em nosso conto-narrativa expande o olhar sobre a história do paciente e os elementos imbricados nesta dinâmica.

A questão do narrador e dos modos de narrar, para a literatura, perpassa alguns questionamentos possíveis de serem trazidos à nossa reflexão sobre saúde e narrativas. O modo como o leitor terá acesso à história depende muito da relação entre o narrador e o narrado. Arrigucci¹⁰ considera que, “a posição do narrador é o centro da técnica ficcional: quem é o narrador? De que ângulo ele fala? De que canais se serve para narrar? A que distância coloca o ouvinte ou o leitor da narrativa?”, pois podemos utilizar as próprias palavras do personagem, seus pensamentos, suas ações, ou, ainda, contar por meio de terceiros.

Ao trazer este aspecto para o contexto da nossa discussão, Carelli¹¹ nos convida a pensar se estamos abertos para os canais possíveis de se conhecer a narrativa do paciente:

Do ponto de vista clínico, portanto, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o paciente doente – a ordem aqui é discricional, pois dela depende a definição de quem é o protagonista da história) acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta – no caso, o médico. Ele é quem escolhe o que contar e encadeia os fatos (entre eles, a própria descrição contida em exames e laudos) de acordo com modelos conhecidos e chancelados cientificamente.

O trabalho em equipe permite muito mais que o grupo, por seu mosaico de peças complementares, leia/escute a narrativa das pessoas com doença. Assim, há de se pensar em novas perspectivas no cuidar, como aponta Lafuente¹²:

¹ Rosana Teresa Onocko-Campos et al., “Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Suporte Teórico para o Curso Formativo.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 23 (2019), <https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddX-nTgVVtCHdpZvZxi/?format=pdf&lang=pt>.

² Carlo Viganò, “A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental,” *Revista Curinga* 13 (1999):50-9.

¹⁰ Davi Arrigucci Júnior, “Teoria da Narrativa: Posições do Narrador,” *Jornal de Psicanálise* 57 (1998): 11.

¹¹ Fabiana Buitor Carelli. *Pode o Subalterno Pensar? Literatura, Narrativa e Saúde em Português* (Curitiba: CRV, 2020), 43.

¹² Antonio Lafuente, “A Urgência Cognitiva da Cultura do Cuidado,” *UFRGS: Jornal da Universidade*, 4 de junho de 2020, <https://www.ufrgs.br/jornal/a-urgencia-cognitiva-da-cultura-do-cuidado/>.

A cultura dos cuidados é o contrário: tem a ver com o reconhecimento de nossas vulnerabilidades, está mais vinculada ao tato do que à visão, pois destrói a distância com o objeto ao tocá-lo. Dissolve a diferença, a distância que existe entre ‘o que falo’ e ‘o eu mesmo’ – já não somos coisas distintas, passamos a ser coisas que estão muito próximas. A pessoa que vivencia a cultura dos cuidados é aquela que sabe escutar, que confia que há uma verdade por trás do ponto de vista divergente. Ela se deixa afetar pelo objeto e confia que na outra maneira de ver as coisas sempre há alguma verdade pela qual vale a pena deixar-se afetar.

Carelli¹³ salienta nossa complexidade imprecisa e mutável, lembrando como “todo o organismo funciona segundo um padrão. Toda a doença tem um padrão. Mas padrões são generalizações, constituídas pela ciência.” Pessoas possuem desejos, e eles não seguem exatamente os protocolos, mesmo que seja para o bem maior do paciente.

Cada vez mais a tecnologia encontra seu lugar na relação de cuidado estabelecida em ambientes de atenção a pacientes críticos. Merhy¹⁴ aponta que não se trata apenas de tecnologias duras de uso médico, mas também de tecnologias leve-duras e leves, com seu componente relacional. Neste sentido, permitir que um paciente jovem em isolamento se mantenha atento ao que ocorre com os seus no mundo *lá fora*, mas que traz consigo *dentro* da sua vivência hospitalar, pode facilitar sua vinculação com a equipe que o atende e promover um vínculo *extra* e *intra* hospital. Isso pode fazer a diferença entre solidão e acompanhamento, tristeza e crescimento, passividade e parceria. Ou alguém acha que um menino conectado a um respirador e submetido a tomografias e ressonâncias regularmente não sabe que tudo isso faz a diferença, mas não o liga à vida que desejaria ter? Alguém duvida que a equipe interdisciplinar que o atende há anos também se sente acolhida ao receber uma boa notícia capturada pelo jovem graças ao seu celular? Em tempos de isolamento físico-corporal, talvez o *toque* pessoal possa se dar mediante a escuta atenta, por meio de um dispositivo portátil, comunicativo e interativo, extrapolando o toque clínico e avançando para o toque relacional do cuidar, vinculado à “dimensão interpessoal ou relacional do cuidar que é tão indispensável no encontro, (...) como deve ser incondicional”¹⁵.

As lembranças de A. nos permitem olhar o cuidado para além da perspectiva técnica, por meio do *estar com*, do *estar ao lado*. Quando as lembranças trazem as palavras para dentro destas narrativas, elas mostram que o cuidar deve estar carregado de ciência e transbordando compaixão.

¹³ Fabiana Buitor Carelli *Pode o Subalterno Pensar? Literatura, Narrativa e Saúde em Português* (Curitiba: CRV, 2020), 28.

¹⁴ Emerson Elias Merhy, *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. (São Paulo: Hucitec, 2005).

¹⁵ Isabel Fernandes, “A relação médico-doente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa,” in *Medicina narrativa: a arte do encontro*, ed. Ana Luiza Novis, Fátima Geovanini, Lorraine Veran (Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2021), 23.

Referências

- Arrigucci, Davi Jr. “Teoria da Narrativa: Posições do Narrador”. *Jornal de Psicanálise* 1, 57 (1998): 9-43.
- Carelli, Fabiana Buitor. *Pode o subalterno pensar? Literatura, narrativa e saúde em português*. Curitiba: CRV, 2020.
- Fernandes, Isabel. *A relação médico-doente na era da tecnologia – o papel da medicina narrativa*. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações, 2021.
- Lafuente, Antonio. “A Urgência Cognitiva da Cultura do Cuidado. *UFRGS: Jornal da Universidade*, 4 de junho de 2020. <https://www.ufrgs.br/jornal/a-urgencia-cognitiva-da-cultura-do-cuidado/>.
- Merhy, Emerson Elias. *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- Onocko-Campos, Rosana Teresa; Emerich, Bruno Ferrari; Ricci, Ellen Cristina. “Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Suporte Teórico para o Percorso Formativo.” *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* 23 (2019), <https://www.scielo.br/j/icse/a/qVg5fddX-nTgvvTCHdpZvZxj/?format=pdf&lang=pt>.
- Viganò, Carlo. A Construção do Caso Clínico em Saúde Mental. *Revista Curinga*, 13 (1999): 50-59.

A Medicina Narrativa no cotidiano na prática médica

Narrative Medicine in the daily life in the medical practice

La Medicina Narrativa en la vida diaria en la práctica médica

Lívia Rangel Lopes Borgneth¹
Ivan Carlos Ferreira Antonello²
Renata Pekelman³

Resumo: O artigo comenta a narrativa do sujeito no cotidiano do fazer médico, no dia a dia da escuta que se torna essência para o cuidado colaborativo e base para a promoção da saúde do indivíduo. A escuta é a ferramenta proposta pela Medicina Narrativa para permear o encontro clínico e facilitar a compreensão de que a atenção é um atributo da presença e do interesse pelo outro. São trazidas duas situações em que histórias de vida acontecem no cenário de saúde em que pessoas – médicos, pacientes e seus familiares – são protagonistas do cuidado. Conclui-se que a evidência científica não basta, quando não ancorada no indivíduo e seu contexto. E que profissionais de saúde ao utilizarem a escuta atenta da narrativa pessoal compreendem melhor o adoecimento e permitem que o sujeito que sofre tenha condições de viver para além de sua doença.

Palavras -chave: medicina narrativa; adoecimento crônico; competência clínica.

Abstract: The article comments on the subject's narrative in the daily practice of medical practice, in the day-to-day listening that becomes essential for collaborative care and the basis for promoting the individual's health. Listening is the tool proposed by Narrative Medicine to permeate the clinical encounter and facilitate the understanding that attention is an attribute of presence and interest in the other. Two situations are brought up in which life stories take place in the health scenario in which people – doctors, patients and their families – are the protagonists of care. It is concluded that scientific evidence is not enough, when not anchored in the individual and its context. And that health professionals, when using attentive listening to the personal narrative, better understand the illness and allow the person who suffers to be able to live beyond their disease.

Keywords: Narrative Medicine; chronic illness; clinical competence.

Resumen: El artículo comenta la narrativa del sujeto en la práctica diaria de la práctica médica, en la escucha del día a día que se convierte en la esencia del cuidado colaborativo y la base para promover la salud del individuo. La escucha es la herramienta que propone la Medicina Narrativa para permear el encuentro clínico y facilitar la comprensión de que la atención es un atributo de la presencia y el interés por el otro. Se plantean dos situaciones en las que se desarrollan historias de vida en el escenario de la salud en el que las personas - médicos, pacientes y sus familias - son los protagonistas de la atención. Se concluye que la evidencia científica no es suficiente, cuando no está anclada en el individuo y su contexto. Y que los profesionales de la salud, al utilizar la escucha atenta de la narrativa personal, comprendan mejor la enfermedad y permitan que la persona que la padece pueda vivir más allá de su enfermedad.

Palabras clave: medicina narrativa; enfermedad crónica; competencia clínica.

¹ Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente; Professora Assistente do Departamento de Clínica Médica; Médica Fisiatra; Universidade Federal do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro/ RJ/BR.

² Doutor em Ciências da Saúde; Professor Titular do Departamento de Medicina Interna; Médico Nefrologista; Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul-Porto Alegre/RS/BR.

³ Mestre em Educação; Hospital Nossa Senhora da Conceição; Médica de Família e Comunidade da Gerência de Saúde Comunitária-Porto Alegre/ RS/BR.



Introdução

No contexto do adoecimento crônico a construção da narrativa da pessoa que sofre se faz a partir da escuta cuidadosa e atenta e se torna a essência para o cuidado colaborativo, base para a promoção da saúde deste sujeito. Essa escuta é a ferramenta que a Medicina Narrativa (MN) se propõe a facilitar a partir da compreensão de que a atenção é um atributo da presença, do interesse pelo outro que deve permear o encontro clínico. Este tipo de atenção, talvez seja um dos maiores desafios nos tempos pós-moderno, valoriza instantes ao perceber uma lágrima no paciente que relata sua história, valoriza mais a pessoa do que a doença, mantém uma relação intersubjetiva com a construção de significados mútuos⁴.

A vida real talvez seja aquela que vemos e vivemos para interpretar, inundada de inquietudes e desassossegos, quando exercida no campo da complexidade humana. Na área da saúde a leitura do que existe é desencadeada pela narrativa de quem busca auxílio como o primeiro passo para o diagnóstico e tomada de decisão e para isso o conhecimento de toda ciência não basta, quando não ancorado no indivíduo e seu contexto, no entendimento de seu discurso o que permitirá o atendimento de suas necessidades.

O adoecimento crônico é uma realidade no nosso século. Em países como o Brasil existe uma polarização epidemiológica em que taxas elevadas de morbimortalidade por doenças crônico-degenerativas convivem com altas taxas de doenças infecto-parasitárias (muitas vezes de curso crônico como o HIV, a tuberculose e agora com a COVID-19 e suas sequelas) e ainda com a violência e causas externas⁵. A cronicidade das condições de adoecimento é um grande desafio para os serviços de saúde que necessitam ampliar a oferta de cuidado cada vez mais multiprofissional, para o indivíduo e seu contexto no enfrentamento desta condição, para os profissionais de saúde que precisam acreditar em um cuidado integral e longitudinal ao invés do pontual e “curativo” da doença aguda.

Nos tempos modernos, constata-se inúmeras condições precárias de vida com formas de viver que provocam um desequilíbrio na saúde das pessoas, com um grupo crescente de portadores de deficiência que sobrevivem cada vez mais graças aos ganhos da tecnologia. Cria-se, assim, uma grande demanda e o profissional de saúde precisa aprender a lidar com a realidade não de curar, mas de proporcionar a melhor qualidade de vida possível para o seu paciente. Qualidade de vida é um conceito amplo que engloba a percepção do sujeito em relação à saúde física, estado psicológico,

⁴ Rita Charon, *O corpo que se conta- Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*, (São Paulo: Letra & Voz 2015).

⁵ Elisabeth Carmen Duarte, Maria Barreto Sandhi, “Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema-Editorial” *Epidemiol. Serv. Saúde* 21, 4 (2012):529-532.

nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, interação com o meio ambiente e condições socioculturais.

A MN traz elementos essenciais para o cuidado que se dará ao longo do tempo, promovendo uma vinculação entre doente e seus cuidadores. As histórias contadas e o conhecimento mútuo que a escuta proporciona possibilitam a empatia e promovem o diálogo, corroborando para melhores resultados e um compartilhamento do cuidado entre profissionais e pacientes. A MN no adoecimento crônico revela os significados e ressignificação da cronicidade e das formas para enfrentá-la na compreensão deste adoecimento para o sujeito que sofre⁶.

O encontro clínico constitui-se na relação entre sujeitos que, apesar de terem expectativas não necessariamente idênticas, o objetivo e o resultado esperado são o mesmo, o cuidado e a promoção da saúde. Toda consulta se faz em um palco onde entramos só com o enredo, que é a preocupação com a saúde, sem texto prévio, o que será preenchido pela narrativa do paciente. O conteúdo deste artigo será o relato de situações que vivemos no consultório, e abordará como a escuta atenta, baseada na MN, ajuda a resolver impasses e criar soluções para o cuidado integral. A escuta atenta é uma ferramenta que o profissional da saúde pode se habilitar dando maior atenção às artes em geral e, em particular, à literatura. A literatura traz em si a essência humana, descreve em suas tragédias e dramas o espírito de homens e mulheres. A literatura nos ajuda a compreender e interpretar a condição humana, conhecimentos tão necessários para a prática do cuidado em saúde. Beber na fonte da literatura e das artes é uma necessidade e uma inspiração na formação para a prática de medicina narrativa.⁷

Cena 1

O cenário é um consultório médico de um serviço público universitário com o professor instrutor, médico fisiatra e três alunos de graduação em medicina, em uma atividade conhecida como didático assistencial. Entra um paciente encaminhado com pedido de parecer escrito: “dificuldade para a marcha e lombalgia”. Trata-se de uma pessoa obesa que já passou há 8 anos por uma cirurgia bariátrica e voltou a ganhar peso nos últimos anos, o que foi agravado pela pandemia de COVID-19. Um paciente na defensiva e penso que a última coisa que devo lhe dizer é “o senhor precisa perder peso”, por ser essa a fala de todos; se quero mudar alguma coisa esse não é um bom caminho. Pergunto sobre a sua vida, diz que foi atleta de lutas marciais e sempre lutou contra a balança. Saudoso

⁶ Tania Gonçalves Vieira Caçador, Romeu Gomes, “A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 8 (2020): 3261-3272.

⁷ Jean Starobinski, “Abertura: Em defesa das Humanidades médicas”, Em *Contar (com) a Medicina*, ED. Isabel Fernandes, Maria de Jesus Cabral, Teresa Casal, Alda Correia, Diana V Almeida, (Lisboa: Cadeioscópio, 2018): 17-18.

do passado, atualmente é motorista de táxi, almoça na rua, muitas vezes sentado no próprio carro. Mora só, se separou há alguns anos e quando questionado sobre atividades de lazer responde, “ver televisão” e que a alegria da vida só se dá quando consegue ver as netas. Nega pensamentos depressivos, usa medicação para controlar a hipertensão e se descreve como um sujeito muito ansioso que dorme pouco e vive preocupado com as contas a pagar. O exame físico mostra importante desalinhamento articular de joelhos e pés, abdome globoso, dificuldade para se retificar e fazer transferências posturais, marcha livre do tipo pendular, bastante lentificada. Nosso ambulatório tem espaço para avaliação dinâmica e maca para receber obesos e cadeirantes, essa acessibilidade é de baixo custo e pode facilitar muito a realização do exame físico, parte indispensável da consulta médica.

A sensação de impotência diante dessa história de vida e prognóstico de perda de mobilidade por questões ligadas à mecânica do corpo é a primeira que me desassossega, principalmente por estar diante de alunos e ter o dever de passar para eles a certeza de que sempre podemos fazer alguma coisa de bom pelo paciente. Resolvo conversar um pouco mais, sair de qualquer esquema formal de anamnese para extrair dessa troca alguma coisa encontrar brechas que possam facilitar o desempenho de minha função. Percebo que o comportamento do paciente muda quando demonstro interesse por sua vida e parece que finalmente entramos para o mesmo time. A impressão é a de que ele já recebeu tantos “nãos” e “não temos o que fazer se não houver perda de peso” que já entra esperando essa fala, mas que desta vez foi visto por outra perspectiva. Após o exame físico cria-se em conjunto, com a participação dos alunos, orientações visando reduzir sua imobilidade e fortalecer sua musculatura. Condutas plausíveis de serem executadas no seu dia a dia, respeitando sua realidade e propondo mudanças sutis que esperamos, a médio prazo, se tornem facilitadoras de mudanças de comportamento. Marcado o retorno, pedimos que procurasse explorar possíveis recursos comunitários, espaços ao ar livre em seu bairro ou no local de trabalho que pudéssemos usar em seu benefício. As soluções quando criadas em conjunto têm mais chances de dar certo. Não esperamos grandes mudanças, mas um caminho que nos leve a elas. Sentimos todos que o paciente saiu mais leve da consulta e a sensação de desassossego amainou.

Na conversa com os alunos eles puderam perceber que se estabeleceu uma parceria e que é isso que o encontro médico-paciente tem que realizar. Não se pode desistir e sim criar com o que o dia a dia e nosso conhecimento nos oferecem. Discutimos no grupo a imagem de um jovem jogador de futebol, que entra no final do segundo tempo quando o seu time está perdendo e é impossível ganhar a partida, mas ele entra correndo cheio de gás, porque seu maior prazer é o de jogar.

Aqui se revela a importância de uma escuta atenta comprometida com o outro. Partir de suas possibilidades e aprender com ele a sua expansão. Partir da realidade de suas histórias, dos seus valores para poder compartilhar propostas de tratamento e melhora da condição de saúde da pessoa. O papel da MN em situações muito complexas, como neste caso, é de construir um vínculo intersubjetivo estabelecendo assim uma relação terapêutica.⁸

Cena 2

O rapaz tinha vinte e poucos anos. Encontrava-se em diálise desde os três anos de idade. Nos víamos semanalmente nos últimos tempos. Entre consultas e procedimentos, um dia chegou ao limite a possibilidade de intervenção para a realização de hemodiálise, não tinha mais condições de vasos sanguíneos para as contínuas punções. As diálises eram insuficientes, não se completavam. Conster-nado, comuniquei o fato detalhadamente a seus pais. A mãe questionou a razão de todas aquelas explicações, respondi que assim ficariam mais conscientes do que estava acontecendo, da condição de paciente terminal de seu filho. Incontinentemente, ela pergunta: “Consciente se sofre menos?”. Sem resposta para esta pergunta, pude refletir sobre a questão ética da situação. Apesar de termos os recursos técnicos, nossa insuficiência tecnológica nos colocava no dilema da comunicação: explicitar de toda a situação conforme algumas interpretações deontológicas ou responder apenas ao que era indagado?

Em vários encontros o rapaz não falava do que me afligia, dizia mais do que desejava, que era retornar à fazenda do patrão de seu pai, no sul do Estado, para poder dirigir um carro. A impossibilidade era a única queixa. Seu único ofício anterior foi o de motorista da prefeitura de sua pequena cidade. Era como voltar um pouco à vida, antes da ameaça. Apesar de saber que longe sua saúde poderia agravar-se, apoiei concordando que fosse viajar. Esteve lá, dirigiu sua vida sem hospitais ou exames. Na volta, contou sobre a enorme alegria, sua emocionante experiência e diversão. Naqueles dias, a morte passou longe dali e somente a pulsão da vida teve lugar. Meses depois, ele faleceu. A propósito, Rita Charon⁹ escreve que as consequências da escuta atenta e precisa na prática médica pode incluir companheirismo profundo entre quem fala e quem ouve, investimento mútuo, clareza recíproca e afiliação, idealmente características da saúde em si.

⁸ Rita Charon, “The ethicality of narrative medicine”, *Narrative Research in Health and Illness*, Ed. Brian Hurwitz, Trisha Greenhalgh, Vieda Skultans, (Oxford: Blackwell, 2004): 23-36.

⁹ Rita Charon, “Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire”, *Teaching literature and medicine*, (New York: Modern Language Association of America, 2000): 29-42.

A MN se desenvolve em três movimentos: atenção, representação e afiliação. Percebe-se na relação entre médico e paciente nessa história que se construiu, considerando esses processos como tão necessários, a capacidade de escuta, a afiliação aos desejos e escolhas do paciente, a interpretação da história experimentada e narrada pelo paciente.¹⁰

A medicina narrativa no encontro clínico

O encontro clínico se dá com intenção de quem precisa. Quem ouve a narrativa pode guiá-la o tempo todo para um caminho lógico, técnico e diagnóstico, ou exercer a escuta atenta. São caminhos diferentes que não se excluem. Um pode levar, talvez, à doença e seu nome, o outro se move até a compreensão do sofrimento. Atentar para o que os pacientes e seus corpos doentes narram aproxima-se do modelo desenvolvido pelos ancestrais caçadores¹¹. Coletar pistas, ordená-las e classificá-las constitui a base do exercício diagnóstico e terapêutico.

Na tomada de decisões, há, no mínimo, três aspectos a considerar. Um deles é a evidência científica, tão propagada e respeitada quando derivada de estudos que envolvem ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas baseados em grupos de pacientes. Outro é a experiência, forjada nos encontros anteriores do médico com pessoas em sofrimento. O terceiro é a narrativa do indivíduo que é única e ultrapassa o diagnóstico que o acometeu, pois é como sentiu e entendeu a doença. São os sintomas que o fazem procurar o médico, não a doença que não conhece. Mas além deles, acompanham o doente sua história de vida, suas experiências pessoais e familiares de adoecimento, suas expectativas de cura que estão presentes no encontro clínico e devem também ser considerados nestas tomadas de decisão.

Quando se dá crescente importância ao relato do paciente no encontro com seu cuidador, percebe-se que um pouco disso está centrado na preocupação advinda do imenso desenvolvimento tecnológico das últimas décadas, que se acompanhou da velocidade de comunicação, nem sempre eficaz, valor preponderante na sociedade atual. No entanto, há mais: as narrativas que se tornaram mais relevantes no entendimento das doenças crônicas e suas consequências, assentaram-se mais reflexivas com o advento da pandemia pelo SARS-CoV-2. O medo, a reclusão, a comunicação à distância trouxe de volta a atenção às narrativas ameaçadas por sintomas e sinais com diferentes significados.

¹⁰ Susana Vasconcelos Teixeira Magalhães, “História do resgate da espessura dos cuidados em saúde”, *Medicina Narrativa A Arte do Encontro*, Ed. Ana Luiza Novis, Fatima Geovanini, Lorraine Veran, (Rio de Janeiro: Ed. Thieme Revinter, 2021):25-36.

¹¹ Maria Helena, Cardoso, Eloísa Grossman, “A narrativa como ferramenta na educação médica.” *Revista.hupe.uerj.br* 13, 4 (2014):32-38.

Ao encontrar o profissional de saúde, o paciente relata seus sentidos em troca do empenho do outro em ajudá-lo a entender melhor o significado daquilo que está contando. Espera que a subjetividade seja pretendida como um valor a ser descoberto e não uma dificuldade no caminho da meta diagnóstica. Como citado acima, a relação terapêutica se estabelece quando se alcança um vínculo intersubjetivo entre o doente e o cuidador/cuidadores. A capacidade de dizer, de contar e de ouvir e interpretar histórias a partir de uma relação de alteridade com o outro, potencializa e mais que isso, constrói significados para quem dela participa.

Considerações finais

Paciente com doenças crônicas e incuráveis, portadores de incapacidades funcionais que dificultam a autonomia para as tarefas da vida diária, é o cotidiano da maioria dos médicos. Necessitam idealmente de uma abordagem por equipe multiprofissional que nem sempre está disponível nos serviços e apresentam questões de ordem psicossociais que, em grande parte, são fonte de problemas que não se consegue resolver. O tripé formado pela gravidade da lesão, escassez de recursos técnicos e de rede de apoio social pode apontar para um prognóstico muito ruim. Esta realidade, porém, não pode impedir que o paciente se sinta melhor com a nossa intervenção, que não necessariamente deve ser medicamentosa. São pessoas que já tomam inúmeros medicamento e muitas de suas queixas não serão atendidas quimicamente.

A narrativa do paciente precisa ser valorizada como ferramenta de trabalho, ela é o elemento central para o exercício da compreensão do outro e a interpretação de sua história. Ensinar estudantes a buscarem soluções no que o paciente conta, na sua biografia e na valorização de seu cotidiano e desejos, ajustam o discurso e criam orientações mais plausíveis, pragmáticas e realistas. Nem sempre dispomos de tecnologia e de equipe de apoio, falta que pode tornar muito difícil o atendimento, mas pela escuta atenta se dá o acolhimento que precisa ser valorizado como prática de promoção de saúde, gerando um ambiente favorável a mudanças e educação para uma melhor qualidade de vida. As dificuldades de percepção do adoecimento crônico e do acompanhamento continuado podem servir como desculpa para ser mais um a encaminhar o paciente para outro local onde também não resolverão suas questões. De outra forma, a partir da atenção, a pessoa encontra o que veio procurar, tem seu desconforto aliviado, sentiu-se acolhido e compreendido na sua forma de viver, do seu ponto de vista, da maneira que conta sua história. Estimular a pesquisa sobre recursos da comunidade é também estimular a criatividade e responsabilidade por sua própria saúde.

A Medicina Narrativa ajuda na formação do jovem médico ensinando o valor da escuta atenta, da representação/compreensão e da afiliação com o doente em seu contexto, estimulando a capacidade criativa para a interpretação, vivenciando o não vivido, permitindo melhor compreensão da complexidade do ser humano e ampliando a possibilidade de uma carreira profissional humanizada. Acolher, atender as necessidades, educar para a promoção da saúde e tratar quando possível é o que pode ser feito, e o curar vai sendo substituído pelo cuidar, na maioria das vezes, dialogando sobre o viver bem em sua realidade.

Profissionais da saúde por meio da narrativa passam a compreender melhor o adoecimento crônico a partir da experiência de quem vive a situação e podem, deste modo, facilitar que o sujeito que sofre possa ouvir a si próprio, refletir e ressignificar seu estado de adoecimento para que tenha condições de viver para além da doença.

(...) *Hoje, a morte está difícil.*
Tem recursos, tem asilos, tem remédios.
Agora, a morte tem limites,
a ciência da eternidade
inventou a crônica.
*Hoje, sim, pessoal, a vida é crônica*¹².

Contribuições dos autores: As autoras e autor participaram de todas as etapas do processo de elaboração e revisão do artigo.

Referências

1. Charon, Rita. *O corpo que se conta-Por que a medicina e as histórias precisam uma da outra*. Traduzido por Ricardo Santhiago. São Paulo: Letra & Voz, 2015
2. Duarte, Elisabeth Carmen; Sandhi, Maria Barreto. “Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema-Editorial” *Epidemiol. Serv. Saúde* 21, 4 (2012): 529-532
3. Caçador, Tania Gonçalves Vieira, Gomes, Romeu. “A narrativa como estratégia na compreensão da experiência do adoecimento crônico: uma revisão de literatura”. *Ciência & Saúde Coletiva* 25, 8 (2020) :3261-3272

¹² Paulo Leminski, “O que passou passou?”, *Toda poesia*, (São Paulo: Companhia das Letras, 2013): 287-288.

4. Starobinski, Jean. “Abertura: Em defesa das Humanidades médicas”. Em *Contar (com) a Medicina*. Fernandes, Isabel; Cabral, Maria de Jesus; Casal, Teresa; Correia, Alda; Almeida, Diana V(orgs). Lisboa: Cadeidoscópio, 2018
5. Charon, Rita. “The ethicality of narrative medicine”. Em *Narrative Research in Health and Illness*. Editado por Hurwitz, Brian, Trisha Greenhalgh, Skultans, Vieda 23-36. Oxford: Blackwell, 2004
6. Charon Rita. “Literary Concepts for Medical Readers: Frame, Time, Plot, Desire”. Em. *Teaching literature and medicine*. Editado por Hawkins AH, McEntyre MC. 29-42. New York: Modern Language Association of America, 2000
7. Magalhães, Susana Vasconcelos Teixeira; “História do resgate da espessura dos cuidados em saúde”. Em: *Medicina Narrativa A Arte do Encontro*. Editado por Novis, Ana Luiza, Geovanini, Fatima, Veran, Lorraine, 25-36. Rio de Janeiro: Ed. Thieme Revinter, 2021
8. Cardoso, Maria Helena & Grossman, Eloísa. “A narrativa como ferramenta na educação médica.” *Revista.hupe.uerj.br* 13, 4 (2014):32-38
9. Leminski, Paulo. *Toda poesia*, São Paulo: Companhia das Letras, 2013

Decisão Compartilhada: Um Ponto de Interseção entre a Medicina Narrativa e a Relação Médico-Paciente

Shared Decision: An Intersection Point

between Narrative Medicine and the Doctor-Patient Relationship

Decisión compartida: un punto de intersección

entre la medicina narrativa y la relación médico-paciente

Roberta Pereira Coelho¹
Mirhelen Mendes de Abreu²

Resumo: A prática eficaz da medicina requer competências da medicina narrativa para reconhecer, absorver, interpretar e agir com base na história clínica ampliada do indivíduo em seu processo de adoecimento. Decisão compartilhada é um movimento que se posiciona como uma proposta assistencial de combate à assimetria de informação bilateral inerente ao encontro médico e paciente. Nesse artigo, procuramos explorar linguagem como uma construção social e compreender como os movimentos da decisão compartilhada lidam com a relação médico-paciente em diferentes sistemas de saúde. A proposta desta reflexão é esmiuçar o (s) ponto (s) de interseção entre a medicina narrativa e a decisão compartilhada a fim de construirmos propostas para futuros estudos nesse campo.

Palavras-chave: Medicina narrativa; Decisão compartilhada; Tomada de decisão Compartilhada; Relação médico-paciente

Abstract: The effective practice of medicine requires narrative medicine skills to recognize, absorb, interpret and act based on the individual's extended clinical history in the illness process. Shared decision is a movement that positions itself as a care proposal to combat the bilateral information asymmetry inherent in the doctor-patient encounter. In this article, we seek to explore language as a social construction and understand how shared decision movements deal with the doctor-patient relationship in different health systems. The purpose of this reflection is to detail the point(s) of intersection between narrative medicine and shared decision in order to build proposals for future studies in this field.

Keywords: Narrative Medicine; Shared Decision Making; Physician-patient relationship

Resumen: La práctica efectiva de la medicina requiere habilidades de medicina narrativa para reconocer, absorber, interpretar y actuar en base a la historia clínica extendida del individuo en el proceso de la enfermedad. La decisión compartida es un movimiento que se posiciona como una propuesta asistencial para combatir la asimetría de información bilateral inherente al encuentro médico-paciente. En este artículo, buscamos explorar el lenguaje como una construcción social y comprender cómo los movimientos de decisión compartida tratan la relación médico-paciente en diferentes sistemas de salud. El propósito de esta reflexión es detallar el (los) punto (s) de intersección entre la medicina narrativa y la decisión compartida para construir propuestas para futuros estudios en este campo.

Palabras-clave: Medicina Narrativa; Decisión compartida; toma de decisiones compartida; Relación médico-paciente.

¹ Fisioterapeuta (Universidade Estácio de Sá) com especialização em Auditoria de Sistemas de Saúde, mestra em Ciências Vasculares (Instituto Nacional de Cardiologia) e Coordenadora de Pesquisas clínicas do Hospital Pró-Cardíaco.

² Professora de Reumatologia da UFRJ, Programa de Pós Graduação em Clínica Médica da Faculdade de Medicina. Coordenadora dos ambulatórios de lúpus eritematoso sistêmico e de artrite inicial do Serviço de Reumatologia da UFRJ. Coordenadora do laboratório de Desfechos Centrados no Paciente da UFRJ.

A Narrativa nas Relações do Exercício e da Formação Médica

A prática eficaz da medicina requer competência narrativa, ou seja, a capacidade de reconhecer, absorver, interpretar e agir com base nas histórias e nas dificuldades do outro. A medicina praticada com competência narrativa, denominada medicina narrativa, é proposta como modelo de prática médica humana e eficaz. A adoção de métodos como leitura atenta da literatura e escrita reflexiva permite que a medicina narrativa examine e ilumine 4 das situações narrativas centrais da medicina: médico e paciente, médico consigo mesmo, médico e colegas e médicos com a sociedade³.

A medicina narrativa busca uma abordagem da questão saúde-doença, da história do doente em seu sentido mais amplo, compreendendo não apenas aspectos biológicos, mas também sociais, culturais e de sua própria visão do adoecer. Nesse sentido, uma das ferramentas da Medicina Narrativa é a Literatura, além do estudo da linguagem. Esse processo pode aprimorar a percepção clínica, bem como fornecer mais elementos para a equipe multiprofissional que atua conjuntamente, seja no sentido diagnóstico, seja no terapêutico⁴.

Apesar do grande avanço de tecnologias “duras” no campo da medicina, médicos às vezes não têm habilidades para reconhecer as dificuldades de seus pacientes, nem para ter empatia para com aqueles que sofrem, unindo-se honesta e corajosamente aos pacientes em seus processos de adoecimento. A medicina sozinha não pode ajudar um paciente a lutar contra a perda de saúde ou encontrar sentido para o sofrimento. Junto com a habilidade científica, os médicos precisam ser capazes de ouvir as narrativas do paciente, compreender e honrar seus significados, e serem movidos a agir em nome do paciente. Essa é a competência narrativa, ou seja, a competência que os seres humanos usam para absorver, interpretar e responder às histórias. A competência narrativa sugere ao médico praticar a medicina com empatia, reflexão, profissionalismo e confiabilidade. Tal medicina pode ser chamada de medicina narrativa⁵. A prática médica se desdobra em uma série de situações narrativas complexas, incluindo as situações entre o médico e o paciente, o médico e ele mesmo, o médico e colegas, e os médicos e a sociedade. A seguir mencionaremos as contribuições da medicina narrativa para cada uma dessas quatro situações⁶.

Medicina Narrativa na Relação entre o Médico e o Paciente

¹ Rita Charon. “The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust,” *JAMA* 286,15 (2001). Doi: <https://doi:10.1001/jama.286.15.1897>

² Andrade Pino. “Narrative medicine in medical diagnosis,” *Colombia Medica* 51, 1 (2020) Doi: <https://doi:10.25100/cm.v51i1.4339>.

³ Andre Piver. “Narrative-based medicine skills,” *Can Fam Physician* 65, 6 (2019): 387

⁶ Rita Charon. *Ibid.*

Na perspectiva da Medicina Narrativa, uma história clínica é descrita pelo paciente na sua própria linguagem, resultando em uma narrativa complexa do adoecimento contada em palavras, gestos, achados físicos e silêncios e sobrecarregada não apenas com as informações objetivas sobre a doença, mas também com os medos, esperanças e implicações associadas a ela. Assim como os atos de leitura da literatura, os atos de escuta diagnóstica aliam pesquisas internas do ouvinte - memórias, associações, curiosidades, criatividade, poder interpretativo, alusões a outras histórias contadas por este contador e outros - para identificar o significado. Só então o médico pode ouvir - e então tentar enfrentar, se não responder completamente - às perguntas narradas pelo paciente: "*O que há de errado comigo?*" "*Porque que isto me aconteceu?*" "*O que será de mim?*"⁷.

Se o médico não puder realizar essas tarefas narrativas, o paciente pode não contar toda a história, pode não fazer as perguntas mais assustadoras e pode não se sentir ouvido.

Na Medicina Narrativa, a relação médico-paciente se caracteriza por um engajamento empático. As habilidades narrativas podem fornecer esses métodos para ajudar os médicos a se unirem aos pacientes, honrando tudo o que eles lhes dizem⁸.

Medicina Narrativa na Relação entre Médico Consigo Próprio

Em uma prática clínica reflexiva, por meio de um envolvimento autêntico com seus pacientes, os médicos podem cultivar a afirmação da força humana, a aceitação da fraqueza humana, a familiaridade com o sofrimento e a capacidade de perdoar e ser perdoado. O diagnóstico e o tratamento da doença requerem o desenvolvimento de habilidades de narrativa do médico. Na verdade, competências e habilidades da medicina narrativa podem se tornar o instrumento terapêutico mais potente do médico: o servir ao paciente, com envolvimento e compaixão, disponibilizando este serviço ao paciente através da reflexão.

Como profissionais reflexivos, os médicos se voltam para o estudo das humanidades, especialmente da literatura, para crescer em sua compreensão pessoal do adoecimento.

Na prática reflexiva, o médico registra o que o paciente narra e o solicita que revise esse texto construído, acrescentando ou retirando fatos de um modo ampliado, fruto de uma prática nascida da necessidade de reflexão. Por meio dos processos narrativos de reflexão e autoexame, tanto médicos

⁷ Andrade Pino. "Narrative medicine in medical diagnosis," *Colombia Medica* 51, 1 (2020) Doi: [https://doi:10.25100/cm.v51i1.4339](https://doi.org/10.25100/cm.v51i1.4339).

⁸ Amir-Seena Saberi-Movahed et al., "Perspectives on narrative medicine," *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 13 (2018): 875–877. Doi: [https://doi:10.2147/COPD.S163396](https://doi.org/10.2147/COPD.S163396).

quanto pacientes podem alcançar uma compreensão de todas as consequências da doença e do processo de adoecimento, capacitando-os para melhor resistir a esses reveses⁹.

Medicina Narrativa e a Relação entre Médicos e seus Colegas

O cotidiano médico, seja ele na pesquisa, no ensino e na vida acadêmica está saturado de trabalho narrativo. No exercício médico, o conhecimento prático sobre uma doença é dominado por histórias sequenciais imaginadas ao longo do tempo.

Certificados para educar e qualificar, médicos acumulam responsabilidades pela competência e consciência uns dos outros. Recentes apelos urgentes por profissionalismo sinalizam fracassos cada vez maiores dos médicos em aceitar e cumprir seu compromisso de defender individual e coletivamente os ideais de sua profissão. Em vez disso, médicos parecem isolados uns dos outros e de seus colegas de enfermagem, serviço social e outras profissões da saúde.

O exercício médico é um ato narrativo. Talvez os métodos mais eficazes para fortalecer o profissionalismo na medicina sejam dotar os médicos da competência necessária para cumprir seus deveres narrativos uns para com os outros: imaginar as histórias da ciência, ensinar alunos individualmente com responsabilidade, dar e aceitar supervisão acadêmica e estimular e fazer valer os laços de parentesco intersubjetivos entre os profissionais de saúde.

Medicina Narrativa e a Relação entre Médicos e Sociedade

Médicos são membros notáveis de suas culturas, ungidos como agentes do controle social que empregam poderes especiais para resgatar, curar e assumir o comando. As contradições entre um sistema médico que deve ser governado de fora e um sistema médico que conquistou a confiança do público tornaram-se urgentes.

Somente poderes narrativos sofisticados levarão aos diálogos que a sociedade precisa sobre seu sistema médico. Médicos precisam encontrar maneiras de falar de maneira simples, honesta e profunda com os pacientes, familiares, outros profissionais de saúde e cidadãos. Juntos, eles devem fazer escolhas responsáveis sobre dor, sofrimento, justiça e misericórdia. Debates não científicos ou racionais são conversas sérias e ousadas sobre o significado de valor e coragem.

Através do conhecimento narrativo entendemos os signos e os significados do curso de histórias por meio do cognitivo, simbolismo e meios afetivos. Este tipo de conhecimento fornece uma rica

⁹ Rita Charon. "The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust," *JAMA* 286,15 (2001). Doi: <https://doi:10.1001/jama.286.15.1897>

e ressonante compreensão singular da pessoa e da situação à medida que se desenrola o tempo, seja em textos como romances, jornal, séries, filmes e escrituras, ou em cenários de vida como tribunais, campos de batalhas, casamentos e doenças.

Doenças crônicas não comunicantes, como as doenças reumáticas, doenças pulmonares crônicas, entre outras, apresentam cenários reais de escolhas que impactam diretamente a saúde e o modo de vida do paciente. Portanto, uma relação de confiança entre médicos e pacientes é fundamental. Um estudo realizado no Hospital Universitário do Reino Unido evidenciou resultados positivos entre a medicina narrativa e o tratamento de pacientes com DPOC demonstrou que médicos estreitaram a relação médico-paciente refletindo numa melhor adesão ao tratamento¹⁰.

Uma questão relevante nesse debate: a quem interessa a Medicina Narrativa? Certamente não apenas às relações entre médico e paciente. Há narrativas complexas entre o médico e os colegas, entre os médicos e a sociedade, entre o médico e os familiares, entre os pacientes e suas famílias e, finalmente, entre o médico e ele próprio. Para todas essas relações, ouvir histórias sempre foi significativo. *“Envolver-se com pacientes na maneira como os leitores bem treinados se envolvem com romancistas, narradores e personagens, segundo a teoria, é uma forma de restaurar à medicina sua humanidade perdida, tornando os médicos mais humildes, mais respeitosos com os pacientes e mais capazes de ver as coisas das perspectivas de seus pacientes”*.¹¹

Entretanto, ouvir e narrar são dimensões da comunicação, cujas potencialidades e atributos estão vinculados com os saberes e experiências culturais, emocionais e conjunturais. Na relação médico-paciente, um abismo pauta a qualidade da comunicação: a assimetria de informações. De um lado, assimetria técnica. De outro, assimetria de valores, preferências, estilo de vida. Na proposta de construir um modo de se comunicar que minimize a bilateral assimetria de informações no encontro médico-paciente, emerge a decisão compartilhada. Seus conceitos e suas dimensões adquirem sofisticação acadêmica ao longo das últimas décadas, na qual a medicina narrativa vem se apresentando como importante aliada nesse processo¹².

Decisão Compartilhada nos Diferentes Países e Culturas

⁸ Amir-Seena Saberi-Movahed et al. “Perspectives on narrative medicine,” *International journal of chronic obstructive pulmonary disease*. 13 (2018): 875–877. Doi: <https://doi:10.2147/COPD.S163396>.

¹¹ Rita Charon. “Narrative and Medicine,” *The New England journal of medicine*. 350, 9 (2004). Doi: <https://doi:10.1056/NEJMp038249>

¹² Rita Charon. “The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust,” *JAMA* 286,15 (2001). Doi: <https://doi:10.1001/jama.286.15.1897>

A formação médica e, dentro dela, a relação médico-paciente é uma produção política. O racional do pensamento clínico é uma construção coletiva, arquitetada estrategicamente para servir aos propósitos de um Sistema de Saúde.

Sistemas de saúde são construções culturais, políticas e sociais que direcionam – e são por elas direcionadas - as políticas públicas sanitárias. Por esta razão, o movimento revolucionário que desencadeou a (re) construção de um novo modelo de relacionamento médico-paciente tem como pano de fundo as transformações sanitárias de cada sociedade. Deste modo, os tempos, os direcionamentos e a dinâmica das transformações da relação médico-paciente e da participação do paciente no seu processo de cuidado estão inseridas no processo de construção sanitária de uma dada cultura e de um dado país¹³.

Entre 1997 a 2004, uma revisão sistemática da literatura apontou definições bem similares quando querem falar sobre decisão compartilhada. No construto conceitual, decisão compartilhada é a troca de informação entre médico e paciente, e o envolvimento de ambos numa tomada de decisão¹⁴.

De acordo com *Informed and Shared Decision Making Foundation* (ISDMF), decisão compartilhada é definida como:

[“...um processo colaborativo que permite que pacientes e médicos tomem decisões sobre os cuidados de saúde em conjunto, levando em consideração as melhores evidências científicas disponíveis, bem como os valores e preferências do paciente. Decisão compartilhada honra o conhecimento especializado do médico e o direito do paciente de ser totalmente informado sobre todas as opções de cuidados e os danos potenciais riscos e benefícios. Este processo fornece aos pacientes o suporte de que precisam para tomar as melhores decisões de cuidados individualizados, enquanto permite que seus provedores se sintam confiantes quanto aos cuidados que prescrevem”]¹²

A literatura da decisão compartilhada cresceu exponencialmente nos últimos 30 anos e, com ela, o amadurecimento da sua definição e conceito. Apesar das suas variações, a essência da sua concepção é envolver os pacientes no processo de tomada de decisões, e esse conceito genuíno é comum nos diversos sistemas de saúde.

Se por envolvimento entendemos a propriedade de se relacionar, de compreender, de ter compaixão para com as necessidades do outro, então, decisão compartilhada e medicina narrativa possuem intersecção de seus atributos. Ao mesmo tempo, possuem – e assim se espera – diferenciações

¹³ Martin Härter et al., “Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective,” *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 4 (2011a). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018>

¹⁴ Nora Moumjid et al. “Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing?,” *Medical decision making : an international journal of the Society for Medical Decision Making* 27, 5 (2007). Doi: <https://doi:10.1177/0272989X07306779>

regionais, culturais e sociais que são intrínsecas à propriedade da linguagem. Nesse sentido, abordaremos a seguir as diferentes compreensões e movimentos da decisão compartilhada dentre os modelos de sistema de saúde¹⁵. Esse panorama poderá nos fornecer elementos para a compreensão dessa intersecção que buscamos: a medicina narrativa e a decisão compartilhada.

A compreensão da decisão compartilhada nos diferentes sistemas de saúde está sumarizada na Tabela 1. A seguir, teceremos breves considerações acerca dos países analisados.

Brasil: No âmbito macropolítico, as políticas de humanização da prática de cuidados em saúde, bem como o fortalecimento das equipes multiprofissionais são avanços que tem promovido uma revisitação das relações no âmbito sanitário. No contexto mesopolítico, as reformas curriculares têm revolucionado a formação médica brasileira, seja com a utilização de metodologias ativas nos modelos de aprendizagem, seja na ampliação dos cenários de prática médica, contemplando cenários que extrapolem os muros acadêmicos e levem o aprendizado para o cotidiano das pessoas. No contexto micropolítico da relação, isto é, o encontro médico-paciente, as transformações ainda são incipientes. Reconhecer o paciente como agente ativo do seu processo de cuidado ainda é considerado como uma dimensão secundária da formação médica nos principais centros de formação do país¹⁶.

Peru: Apesar do desenvolvimento sustentado, não houve progresso de um profissional empático, respeitoso ou o aceite de uma prática clínica centrada no paciente. Em vez disso, as diferenças econômicas, sociais e educacionais perpetuam um paternalismo na prática clínica. A humanização é tarefa ainda pendente¹⁷.

Chile: A atual política de saúde requer consentimento informado do paciente e indica a importância do envolvimento do paciente, mas não especifica como fazê-lo. Pesquisas da atenção primária indicam que os pacientes não alcançam cuidados básicos, sendo o acesso à assistência uma sedimentada barreira para a decisão compartilhada.¹⁸

EUA: Nos Estados Unidos, envolver os pacientes em seus próprios cuidados de saúde por meio de um modelo de tomada de decisão compartilhada foi destacado em nível nacional pela Agency

¹⁵ Jong-Myon Bae. "Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies," *Epidemiology and health* 39 (2017). Doi: <https://doi:10.4178/epih.e2017048>

¹⁶ Mirhelen Mendes De Abreu et al. "Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients' voice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 21-22.

¹⁷ Germán Málaga et al. "Shared decision making and the promise of a respectful and equitable healthcare system in Peru," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.021>

¹⁸Paulina Bravo et al. "Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice.," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 28-29.

for Healthcare Research e Quality (AHRQ). Disparidades raciais / étnicas e culturais tornam o processo de tomada de decisão menos positivo em relação aos pacientes brancos nascidos nos Estados Unidos, que são a maioria demográfica atual.¹⁹

Alemanha: Observamos o cuidado centrado e o envolvimento do paciente nos níveis macro e meso do sistema de saúde pública. A prática da decisão compartilhada tem alcançado estrutura sólida e real ao nível micropolítico desse mesmo sistema, isto é, na relação médico-paciente.²⁰

África Ocidental: Tema incipiente na África Ocidental, discussões e seminários mais recentes têm sido promovidos. Não há evidência de nenhum instrumento de tomada de decisão compartilhada, porém acredita-se que em algumas decisões para escolhas de medicamentos, por exemplo, a decisão compartilhada possa ser um caminho útil a ser considerado.²¹

Dinamarca: Embora não haja uma descrição explícita do envolvimento do paciente na legislação dinamarquesa, o cuidado centrado no paciente é pauta de agenda da política sanitária na Dinamarca, incluindo plano orçamentário para pesquisas que avaliem modos de comunicação e relacionamento médico-paciente.²²

Irã: O Ministério da Saúde e Educação Médica promulgou uma legislação sobre consentimento informado e direitos dos pacientes. No entanto, não existe uma política específica em relação à decisão compartilhada no Irã. Embora alguns pesquisadores e médicos iranianos tenham destacado o desejo dos pacientes de serem informados e envolvidos nas decisões relacionadas à sua saúde, não existe um programa para desenvolver ou avaliar estratégias de empoderamento do paciente em seus processos decisórios.²³

Canadá: Os campos da decisão compartilhada foram expandidos desde cuidados primários a idosos, pediatria, medicina de emergência e cuidados intensivos, cardiologia, nutrição, terapia ocupacional e reabilitação no local de trabalho. Além disso, a decisão compartilhada estendeu a mão para abraçar outros níveis de decisão do sistema de saúde, incluindo cuidados domiciliares e sociais.

¹⁹Martin Härter et al. "Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 4 (2011). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018>

²⁰ Martin Härter et al. "Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 4 (2011). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.002>.

²¹ Ndeye Thiab Diouf et al. "Shared decision making in West Africa: The forgotten area." *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.013>

²² Karina Dahl Steffensen et al. "Implementing shared decision making in Denmark: first steps and future focus areas." *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017):36-40.

²³ Samira Abbasgholizadeh Rahimi, et al. "Shared decision making in Iran: Current and future trends," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 52-55.

Pesquisadores canadenses desenvolveram novos modelos de decisão compartilhada multiprofissionais que estão sendo usados em todo o mundo.²⁴

Austrália: Existem políticas e diretrizes para a tomada de decisão compartilhada que são fortemente apoiadas por organizações de pacientes. Porém, as ferramentas para a prática clínica são limitadas e não há infraestrutura para chegar até o consumidor e envolvê-lo.²⁵ Também não há uma estratégia clara para implementação da decisão compartilhada nesse sistema de saúde.

As disparidades na compreensão e nos movimentos do processo de reestruturação da prática relacional sanitária reflete a sua construção política e cultural. Os processos de construção de narrativas na comunicação, na história clínica, nos processos propedêuticos, no racional terapêutico são produtos dessa lógica social. A decisão compartilhada se apresenta como uma aliada nesse processo.

Considerações finais: A Comunicação dos Riscos e Benefícios e a Relação Médico-Paciente

Se entendermos habilidades de comunicação como uma construção social, a linguagem da relação médico-paciente é o seu produto, que carece por ser revisitado incessantemente.²⁶

No contexto da decisão compartilhada, surgem os instrumentos de apoio à decisão, ferramentas tecnológicas que visam a facilitar a comunicação dos aspectos técnicos, em uma linguagem própria para o público leigo, facilitada por recursos textuais e audiovisuais²⁷. Aliado ao vertiginoso interesse científico pelo desenvolvimento adequado dos apoios de decisão, surgem algumas discussões envolvendo as propriedades destes instrumentos. As questões e controvérsias mais frequentes na literatura são: (1) quanto à relevância pertinente do conteúdo a ser exposto; (2) quanto ao modelo ideal de apresentação desse conteúdo; (3) quanto aos objetivos a serem alcançados nos ensaios clínicos que visem estudar estes instrumentos e, por último, (4) quanto às medidas de desfecho a serem avaliadas nos ensaios clínicos.

O principal foco de debate dos apoios de decisão envolve a relevância e a forma do conteúdo a ser exposto. Muitos autores consideram que tal relevância está diretamente relacionada ao contexto

²⁴ France Légaré et al. "Milestones, barriers and beacons: Shared decision making in Canada inches ahead," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017): 23-27. Doi: doi:10.1016/j.zefq.2017.05.020

²⁵ Martin Härter et al. "Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 4 (2011). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.002>.

²⁶ Mirhelen Mendes De Abreu et al. "Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual." *Revista Brasileira de Reumatologia* 46, (2006): 266-272.

²⁷ Mirhelen Mendes De Abreu et al., "Development and testing of a decision board to help clinicians present treatment options to lupus nephritis patients in Brazil." *Arthritis and rheumatism*. 61, 1 (2009). Doi: <https://doi:10.1002/art.24368>

da questão clínica. Assim, se o foco da discussão for, por exemplo, a indicação de uma biópsia para definir diagnóstico e conduzir um tratamento apropriado, o apoio de decisão deve conter vantagens, de se realizar o procedimento, os riscos de complicação do procedimento, bem como as consequências reais em não o fazer. Com base nessas ferramentas, preconiza-se que o paciente tenha a chance de refletir sobre suas preferências e sua disponibilidade para o risco e construir a sua decisão. A decisão final deve ser do paciente, o que potencializa a responsabilidade do médico.

Decisão compartilhada é um conceito amplo, que se caracteriza por avaliar a melhor escolha para um paciente em particular, envolvendo um cenário clínico específico, em que ganhos e perdas em saúde devem ser analisados de modo estendido, considerando os reais valores dos pacientes. O futuro da decisão compartilhada engloba o desenvolvimento profundo de habilidades de comunicação na formação médica, sendo esta a tônica central da revolução educacional que se almeja nos currículos médicos. A medicina narrativa é, objetivamente, um caminho concreto para a transformação das relações sanitárias, isto é, para a decisão compartilhada.

Tabela 1. Síntese da Compreensão Política da Relação Médico-Paciente em Diferentes Sistemas de Saúde

País	Sistema de saúde	Estrutura da relação médico paciente vigente	Estado atual da decisão compartilhada
Brasil ²⁸	Público e privado	Cada vez mais centrado no paciente	A participação dos pacientes ocorre mais fortemente no nível mesopolítico, através das instituições que informam, capacitam e aconselham os pacientes. Ex.: associações de pacientes, orçamento participativo.
Canadá ²⁹	Misto público e privado, com predomínio do público	O sistema público está ganhando voz a nível local e institucional internacionalmente para cada vez mais responder a escolha do paciente. A sociedade é envolvida em conselhos hospitalares, em avaliação de tecnologias em saúde, por exemplo, e representantes de pacientes em algumas jurisdições.	Os campos da TDC foram expandidos em várias áreas desde saúde primária, cardiologia, pediatria, até cuidados domiciliares e sociais. Foram desenvolvidos novos modelos de TDC interdisciplinar. Um site para profissionais é mantido para treinamento.

²⁸ Mirhelen Mendes De Abreu et al. “Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients' voice.” *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 123-124 (2017). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.022>

²⁹ France Légaré et al. “Milestones, barriers and beacons: Shared decision making in Canada inches ahead,” *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 123-124 (2017): 23-27. Doi: doi:10.1016/j.zefq.2017.05.020

Irã ³⁰	Misto público e privado, com predomínio do público	Os pacientes iranianos assumem um papel passivo na decisão sobre seu cuidado. Eles estão mais interessados em receber informações sobre sua condição médica do que estar significativamente envolvido no processo de tomada de decisão.	Não há uma estratégia ou política clara para apoiar a implementação da TDC dentro do sistema nacional de saúde e iniciativas para sua promoção. Embora alguns pesquisadores e médicos iranianos tenham destacado o desejo dos pacientes de serem informados e envolvidos nas decisões relacionadas à sua saúde, não existe um programa ou ferramentas para desenvolver ou avaliar o suporte à decisão do paciente.
Dinamarca ³¹	Misto público e privado, com predomínio do público	Ainda é um equívoco entre os médicos a TDC e o Consentimento Informado. Consultas curtas e muita documentação favorecem a pouca relação médico-paciente.	Atualmente a decisão compartilhada não é amplamente utilizada na prática clínica.
África Ocidental ³²	Público	Os pacientes têm os seus direitos legais, embora na prática nem sempre sejam respeitados. A maioria não sabe seus direitos, e muitos são incapazes de tomar decisões sobre seus cuidados médicos. As informações fornecidas aos pacientes não são satisfatórias, e também não são oferecidas escolhas para a tomada de decisão. Na verdade, para os pacientes basta seguir as instruções dos HCPs (Interesse entre Provedores e Cuidado de Saúde) e obedecê-las.	Atualmente, poucos auxílios à decisão estão disponíveis nos países africanos, e eles não apoiam a tomada de decisão. Além disso, existe pouco treinamento para implementar decisão compartilhada nas equipes de saúde. Há algum interesse na decisão compartilhada ou consentimento informado, mas longe de um processo de decisão compartilhada completo.
Alemanha ³³	Misto público e privado, com predomínio do privado	O paciente tem direito a informações abrangentes e compreensíveis, e através de uma relação médico-paciente tomar decisões.	Programas de treinamento em decisão compartilhada para profissionais de saúde foram desenvolvidos. Sua implementação na área médica e escolas tiveram sucesso.
Chile ³⁴	Misto público e privado, com predomínio do público	O sistema de saúde é centrado na doença, ignorando as necessidades dos pacientes e focando nos resultados clínicos.	Há um impulso crescente para apoiar a implementação da decisão compartilhada na prática clínica.
Peru ³⁵	Misto público e privado, com predomínio do público	Modelo centrado na doença. As diferenças econômicas, sociais e educacionais perpetuam um paternalismo da prática clínica.	Não há treinamento formal na decisão compartilhada, ocorre principalmente na iniciativa voluntária de médicos (especialmente de médicos de família), mas sem qualquer programa acadêmico ou currículo.

³⁰ Samira Abbasgholizadeh Rahimi et al. "Shared decision making in Iran: Current and future trends," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 52-55.

³¹ Karina Dahl Steffensen et al. "Implementing shared decision making in Denmark: first steps and future focus areas." *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123–124 (2017):36-40.

³² Thiab Diouf Ndeye et al. "Shared decision making in West Africa: The forgotten area." *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.013>

³³ Martin Härter, et al. "Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105, 4 (2011). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.002>.

³⁴ Paulina Bravo et al. "Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice.," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 28-29.

³⁵ Germán Málaga et al. "Shared decision making and the promise of a respectful and equitable healthcare system in Peru," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123-124 (2017). Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.021>

Referências

1. Adam, Philippe, Claudine Herzlich, *A Sociologia Da Doença e Da Medicina*. Caxias do Sul: Edusc, 2001.
2. Bae, Jong-Myon. "Shared decision making: relevant concepts and facilitating strategies," *Epidemiology and health* 39 (2017). Doi: <https://doi:10.4178/epih.e2017048>
3. Bravo, Paulina, et al., "Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123, (2017): 28-31.
4. Charon Rita. "The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust," *Jama* 286, 15 (2001). Doi: <https://doi:10.1001/jama.286.15.1897>.
5. Charon, Rita., "Narrative and medicine," *The New England journal of medicine* vol. 350,9 (2004): 862-864. Doi: <https://doi:10.1056/NEJMp038249>.
6. Dahl Steffensen, Karina, Vibe Hjelholt Baker, and Mette Marianne Vinter, "Die Implementierung von Partizipativer Entscheidungsfindung in Dänemark: Erste Schritte Und Künftige Schwerpunkte," *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen* 123–124 (2017): 36–40.
7. De Abreu, Mirhelen Mendes Amiran Gafni, Marcos Bosi Ferraz. "Development and testing of a decision board to help clinicians present treatment options to lupus nephritis patients in Brazil," *Arthritis and rheumatism* 61, 1 (2009): 37-45. Doi: <https://doi:10.1002/art.24368>
8. De Abreu, Mirhelen Mendes, Joao Pedro Simao de Mello, Lilah Ferreira F. Ribeiro, Luiza Andrade Mussi, Mariana Luiza Borges, Maurício Petroli, Nycholas da Costa Tavares, Rafael da Cunha Cancela, Sabrina Fausto de Lima. "Shared decision making in Brazil: Concrete efforts to empower the patients' voice," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 21-22.
9. De Abreu, Mirhelen Mendes Sérgio Candido Kowalski, Rozana Ciconelli, Marcos Bosi Ferraz. "Apoios de decisão: instrumento de auxílio à medicina baseada em preferências. Uma revisão conceitual," *Revista Brasileira de Reumatologia* 46, (2006): 266-272.
10. Diouf, Ndeye Thiab, Ali Ben Charif, Lionel Adisso, Rhéda Adekpedjou, Hervé Tchala Vignon Zomahoun, Titilayo Tatiana Agbadjé, Mama Joyce Dogba, Mirjam Marjolein Garvelink. "Shared decision making in West Africa: The forgotten area," *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 123-124, (2017): 7-11. Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.013>
11. Härter, Martin, Hardy Müller, Jörg Dirmaier, Norbert Donner-Banzhoff, Christiane Bieber, Wolfgang Eich. "Patient participation and shared decision making in Germany - history, agents and current transfer to practice," *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 105,4 (2011): 263-70. Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.002>.
12. Härter, Martin, Trudy van der Weijden, Glyn Elwyn. "Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective," *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 105,4 (2011): 229-33. Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2011.04.018>
13. Légaré, France, Dawn Stacey, Pierre-Gerlier Forest, Marie-France Coutu, Patrick Archambault, Laura Boland, Holly Witteman, Annie LeBlanc, Krystina Lewis, Anik Giguere,"

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 123-124 (2017): 23-27. Doi: <https://doi:10.1016/j.zefq.2017.05.020>

14. Málaga, Gérman, Zoila Romero, Ariana Málaga, Sofia Cuba-Fuentes. "Shared Decision Making and the Promise of a Respectful and Equitable Healthcare System in Peru," *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 123–124 (2017): 81–84. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.021>.
15. Moumjid, Nora, Amiram Gafni, Alain Brémond, Marie-Odile Carrère. "Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing?" *Medical decision making: an international journal of the Society for Medical Decision Making* 27, 5 (2007): 539-46. Doi: <https://doi:10.1177/0272989X07306779>
16. Pino, Andrade R., "Narrative medicine in medical diagnosis," *Colombia Medica* 51, 1 (2020). Doi: <https://doi:10.25100/cm.v51i1.4339>.
17. Piver Andre C. "Narrative-based medicine skills," *Can Fam Physician*. 65 (2019): 387.
18. Rahimi, Samira Abbasgholizadeh, Mahasti Alizadeh, France Légaré, "Shared decision making in Iran: Current and future trends," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 52-55.
19. Saberi-Movahed, Amir-Seena, Syed Waqar, Ahmad Salha "Perspectives on narrative medicine," *International journal of chronic obstructive pulmonary disease* 1, (2018), Doi: <https://doi:10.2147/COPD.S163396>
20. Steffensen, Karina Dahl, Vibe Hjelholt Baker, Mette Marianne Vinter, "Implementing shared decision making in Denmark: first steps and future focus areas," *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 123 (2017): 36-40.

Medicina Narrativa, José Saramago e a Pandemia

Narrative Medicine, José Saramago and the Pandemic

Medicina narrativa, José Saramago y la pandemia

Luciana Andrade¹

Ana Paula de Jesus Ferreira Fernandes²

Thais Batalha Campello³

Resumo: Este artigo apresenta as estratégias de introdução da obra de José Saramago no ensino da medicina numa perspectiva da Medicina Narrativa atrelada ao contexto pandêmico da Covid-19. Em “As Intermitências da Morte”, um cenário fictício traz a Morte fazendo greve, interrompendo todos os óbitos. Em “Ensaio sobre a Cegueira”, uma epidemia atinge uma cidade deixando quase todos os habitantes cegos. Em ambos os casos, um grande desequilíbrio recai sobre a população que precisa aprender a viver com as novas situações de caos social e político. A partir dessas histórias, discussões literárias nas disciplinas de Geriatria, Bioética, Oftalmologia, Epidemiologia e outras podem tornar o ensino da medicina mais dinâmico e humanizado, fomentando a reflexão sobre as particularidades socioeconômicas, políticas e culturais vivenciadas pelas pessoas que buscam atendimento de saúde, sobretudo no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Literatura; Humanização da Assistência; Medicina Narrativa, Pandemia.

Abstract: This article presents the strategies for introducing José Saramago's work in the teaching of medicine from a perspective of Narrative Medicine linked to the pandemic context of Covid-19. In “Death with Interruptions”, a fictional scenario brings Death on strike, interrupting all deaths. In “Blindness”, an epidemic hits a city leaving almost all the inhabitants blind. In both cases, a great imbalance falls on the population that needs to learn to live with the new situations of social and political chaos. Using these books, literary discussions in the disciplines of Geriatrics, Bioethics, Ophthalmology, Epidemiology, and others can make the teaching of medicine more dynamic and humanized, fostering reflection on the socioeconomic, political, and cultural particularities experienced by people seeking health care, especially in the context of the Brazilian National Health System.

Keywords: Literature; Humanization of Assistance; Narrative Medicine, Pandemic.

Resumen: Este artículo presenta las estrategias para introducir el trabajo de José Saramago en la enseñanza de la medicina desde una perspectiva de Medicina Narrativa vinculada al contexto pandémico del Covid-19. En "Las Intermitencias de la Muerte", un escenario ficticio pone a la Muerte en huelga, interrumpiendo todas las muertes. En “Ensayo sobre la Ceguera”, una epidemia golpea una ciudad dejando ciegos a casi todos los habitantes. En ambos casos, un gran desequilibrio recae sobre la población que necesita aprender a convivir con las nuevas situaciones de caos social y político. Las discusiones literarias en las disciplinas de Geriátrica, Bioética, Oftalmología, Epidemiología y otras pueden hacer que la enseñanza de la medicina sea más dinámica y humanizada, fomentando la reflexión sobre las particularidades socioeconómicas, políticas y culturales que viven las personas que buscan atención de salud, especialmente en el contexto del Sistema Nacional de Salud brasileño.

Palabras clave: Literatura; Humanización de la asistencia; Medicina Narrativa, Pandemia.

¹ Bióloga pela UERJ, mestre e doutora em Biofísica pela UFRJ, professora e coordenadora da comissão de ética em pesquisa na Estácio de Sá.

² Estudante de Medicina, bolsista do projeto Ciclo Saúde gerido pelo Centro de Promoção da Saúde e atua em Projeto de Iniciação Científica e de Extensão na Universidade Estácio de Sá. Enfermeira pelo Centro Universitário São Camilo, com atuação em Estratégia Saúde da Família.

³ Estudante de medicina da Universidade Estácio de Sá. Atualmente cursando o Internato Médico.

Introdução

Experiências de introdução de disciplinas relacionadas às humanidades e às artes têm sido descritas nas escolas médicas no Brasil e no mundo nos últimos 25 anos. Percebe-se, porém, que existem dificuldades para a integração dessas matérias no currículo médico de forma sistêmica, não isoladas e não periféricas como ainda é comum. Para isso, são necessárias estratégias que demonstrem para estudantes e professores a relevância da inclusão das humanidades na formação do profissional da área da saúde.

Embora a medicina seja considerada uma arte, praticada de acordo com os referenciais científicos, a educação médica tem se voltado exaustivamente para os aspectos técnicos da prática clínica, procurando preparar o estudante para condutas eficazes na detecção, remissão e cura das doenças. Este movimento acaba por desconsiderar os aspectos humanos do cuidado, demonstrando uma carência que se revela nos desencontros que vem se perpetuando nas relações médico-paciente⁴.

A maioria dos problemas de saúde não depende de soluções exclusivamente técnicas. Sofrimento, depressão, alienação, doença crônica, incapacidade e morte são problemas de abordagem predominantemente não técnicas – problemas que dizem respeito à condição humana e que necessitam de acuidade de percepção, habilidade de comunicação – um tipo de expertise tradicionalmente associada às artes⁵.

Nesse contexto é que se tem observado uma tentativa de introdução das humanidades no ensino médico⁶. Atividades de educação envolvendo a literatura e o uso de filmes, por exemplo, têm sido descritas como uma possibilidade de estímulo à formação humanística do médico^{7,8,9}, além de também incorporarem metodologias mais dinâmicas de ensino^{10,11}.

⁴ Miguel Kottow. ?Bioética narrativa o narrativa Bioética? *Revista Latinoamericana de Bioética*, 16, 2 (2016): 58.

⁵ Larry Churchill. Why literature and medicine? *Literature and Medicine*, 1(1) (1982): 35.

⁶ José Ricardo de Carvalho Ayres, et al. Humanidades como disciplina da graduação em medicina. *Rev Bras Educ Méd*, 37, 3 (2013): 455.

⁷ Fátima Geovanini et al. Todo aluno tem uma história para contar: narrativas dos estudantes na disciplina de humanidades médicas. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 5, 2 (2016): 169.

⁸ Ana Luisa Rocha Mallet, et al. Cardiology and films: an important teaching tool. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 31, 4 (2018): 451

⁹ Marlon Ribeiro da Silva, et al. Literatura e Humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde. *Rev Bras Educ Méd*, 40, 1 (2016): 93.

¹⁰ Poliana Cruz, et al. Percepção da efetividade dos métodos de ensino utilizados em um Curso de Medicina do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Méd*, 43, 2 (2019): 40.

¹¹ Artur Dias Lima, et al. Avaliação, ensinagem e metodologias ativas: uma experiência vivenciada no componente curricular Mecanismos de Agressão e de Defesa, no Curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Educ Méd*, 43, 2 (2019): 216.

José Saramago, vencedor do Prêmio Nobel da Literatura em 1998 com o livro “Ensaio sobre a Cegueira”¹², foi o ponto de partida de um projeto de iniciação científica no qual duas estudantes de medicina criaram materiais para utilização em disciplinas médicas, e produziram contos e vídeos infantis no contexto da pandemia de Covid-19. Tanto o livro que lhe deu o prêmio quanto outra obra de sua autoria, “As intermitências da Morte”¹³, foram utilizados nesse projeto.

Em “Ensaio sobre a Cegueira”, uma epidemia atinge uma cidade fictícia deixando quase todos os habitantes cegos. Em “As intermitências da Morte”, outro cenário fictício mostra uma Morte que faz greve, de tal sorte que ninguém mais morre. Essa situação acaba gerando um caos social e político. Em ambos os casos, um grande desequilíbrio recai sobre a população que precisa aprender a viver com as novas situações.

Nascido em terras lusitanas, o português de visão vasta do mundo era um míope ousado na forma de pontuar (ou não pontuar) os textos. Saramago passou a usar como estilo o “fluxo verbal sem pressa de chegar, tal qual os contadores de histórias que nunca contam uma história duas vezes da mesma maneira”¹⁴. O autor desperta questionamentos sobre a prática médica e sobre o processo de adoecimento: Será que o paciente é visto em sua totalidade ou selecionamos a turbidez de acordo com nosso propósito de olhar para a doença? Será que já cegamos ou estamos ensaiando uma cegueira para olhar o outro? A dignidade do ser humano é prioridade no cuidado ou esmaece frente a verdades individuais?

Sabe-se que a medicina e a literatura partilham de um território comum: ambas falam da dor, do sofrimento, das alegrias inusitadas das quais talvez jamais desfrutássemos caso alguém não se dispusesse a contar histórias ou escrevê-las. Saramago foi escolhido por sua perspicácia ao abordar o ser humano diante de suas mazelas. Ora como vítima, ora como algoz. Criador e criatura, mas sempre protagonista da sua história.

Assim, discussões em disciplinas tanto do ciclo básico, correspondente à fase inicial do curso de medicina, como Epidemiologia e Propedêutica, quanto do ciclo clínico como Cardiologia, Bioética, Oftalmologia e outras podem ser levantadas a partir desse material, tornando as aulas mais dinâmicas e fomentando a reflexão sobre as particularidades socioeconômicas, políticas e culturais vivenciadas pelas pessoas que buscam atendimento de saúde, sobretudo no contexto brasileiro do Sistema Único de Saúde (SUS).

¹² José Saramago. *Ensaio sobre a Cegueira* (76ª reimpressão, São Paulo, Companhia das Letras, 2017).

¹³ José Saramago. *As Intermitências da Morte* (17ª reimpressão, São Paulo, Companhia das Letras, 2016).

¹⁴ Miguel G. Mendes. Documentário José e Pilar – tudo pode ser contado de outra maneira. Direção: Miguel Gonçalves Mendes, Edição: Cláudia Rita Oliveira. 2010. <https://www.youtube.com/watch?v=d-V7j-WKHVs>

Métodos

Durante um projeto de iniciação científica desenvolvido de agosto de 2019 a julho de 2020, duas alunas leram as obras “Ensaio sobre a Cegueira” e “As Intermitências da Morte” de José Saramago, de forma a buscar, em ambas, trechos que pudessem ser utilizados para reflexão em diferentes disciplinas de uma escola de medicina. O objetivo principal do projeto era entregar à coordenação do curso sugestões da utilização de literatura em sala de aula, principalmente nas disciplinas consideradas mais técnicas. O objetivo secundário era a escrita de contos. Com a chegada da pandemia e um convite para a produção de material artístico para o Congresso Brasileiro de Educação Médica de 2020, as alunas se sentiram estimuladas a escrever contos e ainda, elaborar vídeos, trazendo as obras de Saramago para o cenário atual. Alguns contos e vídeos foram principalmente destinados ao público infantil.

Resultados e Discussão

Em uma análise conjunta das obras, as alunas selecionaram 62 excertos de ambos os livros com comentários de forma a auxiliar suas inserções em aulas de diferentes disciplinas do curso de graduação em medicina como Epidemiologia (2º e 4º períodos), Propedêutica Médica (4º período), Cardiologia (6º período), Bioética (7º período), Oftalmologia (7º período), Cuidados Paliativos (8º período) e Saúde da Família e Comunidade (do 1º ao 8º períodos). Além disso, cada aluna ficou responsável pela produção de uma série de contos relacionados a uma das obras de Saramago. Com base em “As Intermitências da morte”, uma delas produziu 10 contos, sendo 3 de natureza infantil. Já a outra produziu 3 contos inspirados em “Ensaio sobre a cegueira”, e a partir de 2 contos infantis sobre “As Intermitências da morte”, produzidos pela outra aluna, criou inúmeras ilustrações transformadas em dois vídeos como desenhos animados para crianças.

Os contos trouxeram as histórias de Saramago adaptadas à realidade da situação de quarentena devido à pandemia de Covid-19. Em dezembro de 2019 surgiu em Wuhan, na China, um surto de um novo vírus causador de uma síndrome respiratória aguda grave, um inimigo invisível com alto poder de transmissibilidade que rapidamente fechou fronteiras, interrompeu fluxos de pessoas e mercadorias, suspendeu eventos e lotou hospitais, alavancando o número de casos e consequente número de óbitos pelo vírus.

Desde então foi necessária a implementação de diversas medidas de isolamento social, na tentativa de frear o contágio da população mundial¹⁵. Tais dados, por si só, já deflagram uma importante implicação político-social e de saúde mental, uma vez que o luto no momento pandêmico também ocorre sem a possibilidade de rituais de despedida, prejudicando uma vivência adequada do processo de morte. Essa situação, que lembra em muito as situações caóticas descritas por Saramago, trouxe inspirações às alunas para a criação de seus contos.

Nesse contexto, por exemplo, em um dos contos, uma mãe conta para sua filha parte da história de “As intermitências da Morte”, de forma que a criança possa entender que morrer faz parte do ciclo da vida, ainda que no momento da pandemia, o número de mortes seja assustador, destacando que, mesmo diante da impossibilidade de cura, o conforto e o cuidado no processo de morte devem prevalecer.

A seguir, estão elencados alguns trechos selecionados de ambos os livros e as disciplinas de medicina com as quais podem estar relacionados:

“... o médico rural que os visitava uma vez por semana dizia que já nada podia fazer por eles nem contra eles, nem sequer injectar-lhes, a um e a outro, uma boa droga letal, daquelas que não há muito tempo teriam sido a solução radical para qualquer problema.” (As intermitências da Morte, p. 38 e 39) - Bioética.

“... a partir de agora não precisarão de ficar nem um minuto, é só aquele tempo de morrer, e esse, se sempre foi de todos o mais breve, um suspiro, e já está, pode-se imaginar bem o que passou a ser neste caso, uma vela que de repente se apaga sem ser preciso soprar-lhe. Nunca a mais suave das eutanásias poderá vir a ser tão fácil e tão doce.” (As intermitências da Morte, p. 68) - Bioética.

“Embora, como já havia ficado dito antes, uma grande parte dos doentes sem cura e cuja enfermidade havia chegado ao seu extremo e derradeiro grau, se era lícito dizer tal de um estado nosológico que se havia anunciado como eterno, tivessem sido recambiados para as suas casas e famílias, Em que melhores mãos poderiam estar os pobres diabos...” (As intermitências da Morte, p. 115) - Cuidados Paliativos.

“... ninguém diria que é o primeiro violoncelista de uma orquestra sinfônica da cidade, que a sua vida discorre por entre as linhas mágicas do pentagrama, quem sabe à procura também do coração profundo da música, pausa, som, sístole, diástole.” (As intermitências da Morte, p. 151) – Cardiologia.

“... basta dizer que os insectos não morrem por causas tão comuns na espécie humana como são, por exemplo, a pneumonia, a tuberculose, o cancro, a síndrome da imunodeficiência adquirida, vulgarmente conhecida como sida, os acidentes de viação ou as afecções cardiovasculares.” (As intermitências da Morte, p. 174) – Clínica Médica.

“... os olhos do homem parecem sãos, a íris apresenta-se nítida, luminosa, a esclerótica branca, compacta como porcelana.” (Ensaio sobre a Cegueira, p. 12) – Oftalmologia.

¹⁵ World Health Organization. WHO | WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020, <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

“Vejo tudo branco, senhor doutor. Não falou do roubo do automóvel. O médico perguntou-lhe, Nunca lhe tinha acontecido antes, quero dizer, o mesmo de agora, ou parecido, Nunca, senhor doutor, eu nem sequer uso óculos, E diz-me que foi de repente, Sim, senhor doutor, Como uma luz que se apaga, Mais como uma luz que se acende, Nestes últimos dias tinha sentido alguma diferença na vista, Não, senhor doutor.” (Ensaio sobre a Cegueira, p.22) – Propedêutica, Saúde da Família e comunidade.

“Há, ou houve, algum caso de cegueira na sua família, Nos parentes que conheci ou de quem ouvi falar, nenhum, Sofre de diabetes, Não, senhor doutor, De sífilis, Não senhor doutor, De hipertensão arterial ou intracraniana, Da intracraniana não sei, do mais sei que não sofro, lá na empresa fazem-nos inspeções, Deu alguma pancada violenta na cabeça, hoje ou ontem, Não senhor doutor, Quantos anos tem, Trinta e oito, Bom, vamos lá então observar esses olhos.” (Ensaio sobre a Cegueira, p.22) - Saúde da Família e Comunidade.

“O cego abriu-os muito, como para facilitar o exame, mas o médico tomou-o por um braço e foi instalá-lo por trás de um aparelho que alguém com imaginação poderia ver como um novo modelo de confessor, em que os olhos tivessem substituído as palavras, como o confessor a olhar diretamente para dentro da alma do pecador, Apoie aqui o queixo, recomendou, mantenha os olhos abertos, não mexa” (Ensaio sobre a Cegueira, p.23) – Epidemiologia.

“O médico subiu. E baixou o sistema binocular do seu lado, fez girar parafusos de passo finíssimo, e principiou o exame. Não encontrou nada na córnea, nada na esclerótica, nada na íris, nada na retina, nada no cristalino, nada na mácula lútea, nada no nervo óptico, nada em parte alguma. Afastou-se do aparelho, esfregou os olhos, depois recomeçou o exame desde o princípio sem falar, e quando outra vez terminou tinha na cara uma expressão perplexa.” (Ensaio sobre a Cegueira, p.23) – Propedêutica.

Figura 1. Alguns dos desenhos produzidos pelas alunas de iniciação científica a partir dos contos baseados nas obras de José Saramago: “Ensaio sobre a Cegueira” e “As Intermittências da Morte”

Desdobramentos: Os Fatos e os Contos – Narrativas sobre a Cegueira e a Morte

Os excertos ainda não foram inseridos nas disciplinas como sugerido. No entanto, a leitura de Saramago despertou nas alunas de iniciação científica alguns questionamentos sobre a prática médica, pois hoje a assistência convive intensamente com máquinas e a frieza humana se instala no processo de adoecimento. A pessoa doente perde suas vestes nos hospitais, deixa de ser vista na sociedade, perde seus adereços, seu nome, sua identidade, vira doença e número como os personagens de “Ensaio sobre a Cegueira” e dos contos elaborados durante o projeto com inspiração na obra do autor.

Os odores, os sons, o urrar não verbal e o calar tornam o adoecer um aprendizado particular que todo médico deverá vivenciar em maior ou menor grau a depender de sua especialidade ou linha de atuação, mas (futuros) médicos devem desejar sempre enxergar a pessoa que necessita de seus cuidados. Nem sempre o papel será o de curar, mas de ajudar a caminhar, de cuidar e possibilitar meios de compreensão de determinados processos, assim como fazia a mulher do médico com os demais personagens.

Dessa forma, os contos podem ser instrumentos para reflexão sobre o adoecimento e melhorar a capacidade comunicativa na relação médico-paciente. Segundo Finger Schneider¹⁶, contos são usados com função terapêutica há séculos. De acordo com a autora, a medicina hindu se utiliza de contos para estimular meditação e o exercício de personificação em pessoas com doenças de acometimentos mental.

Caldin¹⁷ comenta que a clínica psicanalítica também faz uso de contos infantis nas diferentes faixas etárias tanto para diagnóstico como para tratamento, visto tratar-se de uma oportunidade de introspecção fornecida pela literatura que atrai leitores e ouvintes, estimulando o pensamento sobre sentimentos, esperanças e sofrimentos. Além disso, a lembrança das histórias com as quais se tem contato pode fornecer conforto e estimular um repertório de soluções de conflitos que se adaptem à realidade na qual o contador ou o ouvinte estão inseridos.

Ainda segundo Caldin¹⁴ a universalização dos problemas fornecida pelos contos pode ser um meio de perceber que não estamos sozinhos em nossas dores. Dessa forma, o uso da literatura já consagrada e a elaboração de contos nela inspirados são formas de instigar o aluno de graduação em medicina a ver as sutilezas das necessidades dos indivíduos, ainda que não as vivencie completamente durante a prestação de cuidados; a leitura pode estimular previamente o pensamento crítico sobre quais seriam os motivos da crescente falta de empatia, buscando reparar em sua prática clínica os entraves para conquistar desfechos benéficos e um cuidado integral.

Surgiram outras ideias, como a criação de contos infantis e de diversos finais para uma mesma história. Além disso, durante a primeira fase do trabalho, um ganho significativo foi o contato com a forma de escrita que Saramago adota em suas obras, uma maneira rebuscada e com características próprias como a utilização de vírgulas na separação de falas em vez de travessões, assim como o uso raro de parágrafos. Desse modo, tendo em vista que a leitura dessa forma peculiar de escrita já havia sido enriquecedora, foi determinado pelas alunas que alguns contos seriam redigidos buscando ao máximo assemelhar-se a escrita de Saramago, objetivando maiores aventuras.

No livro “As Intermitências da Morte”, o autor aborda temas como o processo de envelhecimento, a morte, a distanásia e os prejuízos que a ausência da morte pode acarretar, incluindo o sofrimento, demonstrando a necessidade do falecer, que, muitas vezes, é vista de forma negativa em nossa

¹⁶ Raquel E.S. Finger Schneider & Sandra D. Torossian. Contos de fadas: de sua origem à clínica contemporânea. *Psicol. rev.* 15, 2 (2009): 132.

¹⁷ Clarice F. Caldin. A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças: Encontros Bibbi. *Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 18 (2004): 72.

sociedade. Portanto, fica evidente que, para além da linguagem rebuscada, há conteúdos valiosos a serem apresentados às crianças.

Assim, foram desenvolvidos dois eixos: um deles formado por quatro a cinco contos, os quais seriam dirigidos ao público infantil, e outro com o mesmo número aproximado, unindo a linguagem e escrita autênticas do autor – incluindo os termos médicos e a utilização da dinâmica de criação de múltiplos finais para uma mesma história.

No tocante aos contos infantis, estes foram construídos com foco na primeira metade do livro, a qual aborda a suspensão das mortes no país e suas consequências. Buscou-se contextualizar os textos com acontecimentos e personagens do livro como, por exemplo, a rainha-mãe e os problemas advindos da greve da Morte. Nesses contos, o objetivo principal era apresentar os problemas que a suspensão dos falecimentos poderia acarretar, os quais não são pensados geralmente por crianças, e mostrar como a morte é necessária e, muitas vezes, benéfica. Também a distanásia¹⁸ foi abordada nos contos, com o objetivo de promover uma reflexão a respeito de a que ponto impedir a todo custo a morte propriamente dita é de fato benéfica ao doente. Com isso, além de estimular a leitura para essa faixa etária, foram desenvolvidos temas extremamente sérios e importantes para a vida das crianças de forma mais leve, utilizando uma linguagem acessível e tendo o universo infantil como protagonista. Para além de servirem só ao público infantil, essa literatura também é importante ferramenta para utilização com os alunos nas escolas médicas¹⁹.

Considerações Finais: Literatura como Semente para a Humanização

O reconhecimento dos limites terapêuticos e o prezar pelo cuidado do corpo que está morrendo são imprescindíveis ao fazer médico, mas, para isso, é necessário o emprego de estratégias no ensino médico que valorizem não somente a aquisição de conteúdos técnicos e científicos, mas também o aprimoramento de uma escuta atenta das mais diversas expressões de individualidade dentro do processo de morte e morrer em diferentes idades.

Consciente de que a relação paciente-médico não se esgota no diagnóstico de uma doença, o estudante de medicina pode reconhecer como fundamentais o estabelecimento contínuo de vínculo, a empatia, a escuta e leitura atenta²⁰, o olhar para o não visto, em que cada palavra e os silêncios podem também ser terapêuticos.

¹⁸ Clarissa Botega, Luiz Fernandes de Campos. Considerações sobre a Eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. *Rev. Jurídica Universidade de Cuiabá* (2011): 39.

¹⁹ Ana L.R. Mallet et al. 2020. A different heart in children's literature: the juvenile literature in medical education. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 33, 2 (2020):185.

²⁰ Rita Charon. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 286 (2001):1897.

Dessa forma, faz-se necessário integrar as Humanidades e as Artes ao currículo médico de forma sistêmica a fim de contribuir para o desenvolvimento de competências e habilidades que propiciem o olhar para as sutilezas da assistência diante das necessidades dos indivíduos, família e comunidade em um processo contínuo de prestação de cuidados em saúde e de reflexão sobre a miopia crescente que traz dureza e falta de empatia.

Referências

- Ayres, José Ricardo de Carvalho, Izabel Cristina Rios, Lilia Blima Schraiber, Marcia Thereza Falcão, André Mota. Humanidades como disciplina na graduação em medicina. *Rev Bras Educ Méd*, 37, 3 (2013): 455 – 463.
- Bottega, Clarissa, Luiz Fernandes de Campos. Considerações sobre a Eutanásia, distanásia e ortotanásia e a bioética. *Rev. Jurídica Universidade de Cuiabá* 13, 2 (2011): 39-62.
- Caldin, Clarice Fortkamp. A aplicabilidade terapêutica de textos literários para crianças. *Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, 18 (2004): 72-89. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/eb/article/view/1518-2924.2004v9n18p72/5474>.
- Charon, Rita. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 286 (2001):1897-902.
- Churchill, Larry. Why literature and medicine? *Literature and Medicine*, 1, 1 (1982): 35-36.
- Cruz, Poliana Oliveira, Thaís Bandeira Carvalho, Luca Di Pace Pinheiro, Patricia Estela Giovannini, Ellany Gurgel Nascimento, Thalles Allyrio Araújo Fernandes. Percepção da efetividade dos métodos de ensino utilizados em um Curso de Medicina do Nordeste do Brasil. *Rev Bras Educ Méd*, 43, 2 (2019): 40-47.
- Finger Schneider, Raquel Elisabete, Sandra Djambolakdijan Torossian. Contos de fadas: de sua origem à clínica contemporânea. *Psicol. Rev.* 15, 2 (2009): 132-148.
- Geovanini, Fátima, Ana Luisa Rocha Mallet, Luciana de Paula Lima Andrade, Renata Silva Monteiro, David. Kestenber. Todo aluno tem uma história para contar: narrativas dos estudantes na disciplina de humanidades médicas. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*, 5, 2 (2016): 169-175.
- Lima, Artur Dias, Marcos da Costa Silva, Lídia Cristina Ribeiro, Maria Teresita Bendicho, Hermila Tavares Guedes, Denise Carneiro Lemaire. Avaliação, ensinagem e metodologias ativas: uma experiência vivenciada no componente curricular - Mecanismos de Agressão e de Defesa, no Curso de Medicina da Universidade do Estado da Bahia, Brasil. *Rev Bras Educ Méd*, 43, 2 (2019): 216-224.
- Ribeiro da Silva, Marlon, Dante Marcello Claramonte Gallian, Paulo Schor. Literatura e Humanização: uma experiência didática de educação humanística em saúde. *Rev Bras Educ Méd*, 40, 1 (2016): 93-101.
- Mallet, Ana Luisa Rocha, Fátima Geovanini, Luciana Andrade, David Kestenber. A different heart in children's literature: the juvenile literature in medical education. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 33, 2 (2020):185-187.

- Mallet, Ana Luisa Rocha, Fátima Geovanini, Luciana Andrade, David Kestenberg. Cardiology and films: an important teaching tool. *International Journal of Cardiovascular Sciences* 31, 4 (2018): 451-453.
- Mendes, Miguel. Documentário José e Pilar – tudo pode ser contado de outra maneira. Direção: Miguel Gonçalves Mendes, Edição: Cláudia Rita Oliveira. 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=d-V7j-WKHVs>
- Saramago, Jose. *As Intermittências da Morte*. 17^a reimpressão. São Paulo, Companhia das Letras, 2016.
- Saramago, Jose. *Ensaio sobre a Cegueira*. 76^a reimpressão. São Paulo, Companhia das Letras, 2017.
- World Health Organization. WHO | WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.