



Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: o que elas nos revelam?

Medical and Nursing students' narratives: what have we learned?

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto

Diretora de publicações da SOBRAMFA - Educação Médica & Humanismo. Médica pesquisadora do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeFHi) da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp). E-mail: macbet@sobramfa.com.br

Pablo González Blasco

Doutor em Medicina. Diretor Científico da SOBRAMFA - Educação Médica & Humanismo.

Dante Marcello Claramonte Gallian

Doutor em História. Diretor do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde (CeFHi) da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (EPM/Unifesp).

*RBM Out 13 V 70 Especial Oncologia 3
págs.: 11-17*

Unitermos: Medicina baseada em narrativas, humanização em saúde, educação médica e de enfermagem.

Unterms: narrative Medicine, humanization in health, medical and nursing education.

Summary

Aiming to prepare humanized professionals and foster professionalism, many medical schools around the world have included in their curricula the teaching of Humanities. The several strategies to incorporate Humanities in Health Professionals Education - still lacking systematic in our country - carry the risk of building a theoretical frame with little applicability into clinical practice. In this paper, we present a teaching experience in which the academic basis is blended with the students' daily practice. An elective course based in Narrative Medicine was offered to medical students and nursing school students, both from second and third year. During the course, it was created a favorable environment for reflection on humanistic issues from medical and literary narratives. The results, analyzed from a qualitative approach focused on Phenomenology, point out significant emerging themes: dealing with emotions, promoting empathy, the hidden curriculum, putting into practice the humanistic learning issues.

Resumo

Com o objetivo de preparar profissionais humanizados e fomentar o profissionalismo, muitas escolas médicas em todo o mundo incluíram em seus currículos o ensino das Humanidades. As diversas estratégias para incorporar as Humanidades na Educação em Saúde - ainda pouco sistematizadas no nosso meio - correm o risco de estabelecer um marco teórico ideal que, na prática clínica diária, é de difícil aplicação. No presente artigo se recolhe uma experiência que une o embasamento acadêmico com a aplicabilidade no dia-a-dia do estudante. Descreve-se uma disciplina eletiva oferecida a estudantes de Enfermagem e Medicina de segundo e terceiro anos baseada no modelo denominado Medicina Baseada em Narrativas. O cenário docente propiciado por esta disciplina cria um ambiente propício à reflexão sobre questões humanísticas a partir de narrativas -

médicas e literárias. Os resultados, apurados em abordagem qualitativa de corte fenomenológico, apontam importantes temas que emergem na discussão: lidando com as emoções próprias e alheias, promovendo a empatia, trabalhando o currículo oculto, incorporando o aprendizado humanista na prática.

1. Buscando conhecimento além de um modelo mecanicista

A visão de mundo cartesiana-newtoniana mantém uma forte influência sobre o pensamento científico ocidental, especialmente no que concerne à Biologia. A concepção mecanicista da vida adotada em Biologia tem também dominado a atitude dos médicos em relação à saúde e à doença. A Medicina se baseia na noção do corpo como uma máquina, da doença como uma avaria desta máquina e é centrada na ideia de que a função do médico é reparar essa avaria. Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo humano, a medicina moderna perde a noção do ser humano em sua integralidade e, ao reduzir a saúde a um mero funcionamento mecânico, não pode mais ocupar-se do fenômeno da cura, o qual sempre foi considerado um aspecto essencial da prática médica¹. Como consequência o ensino e a prática da Medicina são enfocados na especialização e tecnologia.

O fato de o processo de cura ter uma complexidade tão grande que não é passível de compreensão por métodos reducionistas e que, por isso, nem chega a ser contemplado pelo todo-poderoso modelo biomecânico nos deixa perplexos. E assim, apesar de esse modelo reducionista ter sido responsável pelo decréscimo ou abolição de grande parte do sofrimento humano decorrente de doenças e traumas, outras abordagens em medicina, em que se tem buscado transcender o método clínico da medicina centrada na doença para um modelo de medicina centrada na pessoa, começam a atrair as atenções de profissionais e usuários dos serviços de saúde em todo o mundo².

Qualquer profissional de saúde que cultive o hábito da reflexão e que tenha desenvolvido um grau mínimo de discernimento pode constatar que as dimensões sutis e imponderáveis, às quais estão relacionadas os aspectos emocional, cultural, social, familiar e espiritual, influenciam a forma como o ser humano adoece e também os processos de cura. E a ideia de que a necessidade do cultivo de um bom relacionamento médico-paciente, sempre foi, é e sempre será a base de uma boa prática médica ainda persiste³, apesar de, muitas vezes, ser obscurecida pelo véu do enfoque unilateral atribuído à tecnologia.

Nas condições em que os avanços científicos e tecnológicos são insuficientes para prover soluções, como, por exemplo, as que envolvem o cuidado a pacientes terminais, as limitações do modelo biomecânico são evidentes, pois este não atende às necessidades de pacientes e familiares nem de profissionais e estudantes da área de saúde. Usualmente, os últimos têm grande dificuldade em lidar com tais situações, uma vez que elas evidenciam sentimentos de derrota, incapacidade e frustração⁴. E para se fugir desses sentimentos é comum a adoção de uma atitude de negação e distanciamento, o que faz com que pacientes e familiares se sintam isolados e desamparados.

Dentro de um enfoque exclusivamente biomecânico, não existe a possibilidade de construir-se uma narrativa da enfermidade, conforme o sentido atribuído por Rita Charon às narrativas médicas, cujas características são: temporalidade, singularidade, causalidade/contingência, intersubjetividade e eticidade. A ausência da narrativa da enfermidade não apenas diminui a efetividade da ação do profissional de saúde como também causa grande insatisfação aos pacientes e familiares⁵. Tal insatisfação reflete-se em uma ideia generalizada em nosso país, a qual diz respeito à desumanização em saúde. Resultados de pesquisas de avaliação dos serviços públicos de saúde evidenciaram que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro⁶. Certamente, esta é uma queixa também relacionada ao setor privado de saúde.

Tal situação fez com que gestores de saúde do setor público e privado buscassem estratégias para promover a humanização, o que incluiu desde a instituição da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) pelo Ministério da Saúde do Brasil, em 2003, até iniciativas mais modestas em instituições e hospitais privados. No entanto, nenhuma dessas estratégias alcançará a efetividade almejada sem a presença de um profissional de saúde que demonstre atitudes pelas quais mostre ser digno da confiança nele depositada por estar dando o melhor de si para seus pacientes e para o público. Esta é a essência do profissionalismo médico, postura que alguns autores perfilam através de nove características: observar altos padrões morais e éticos; demonstrar compromisso contínuo com a excelência; buscar a excelência por meio da contínua aquisição de conhecimento e desenvolvimento de novas habilidades; lidar adequadamente com altos graus de incerteza e complexidade; demonstrar valores humanísticos como empatia e compaixão; honestidade e integridade; cuidado e altruísmo; lealdade e respeito pelo outro; e, finalmente, refletir sobre decisões e ações 7.

Fica fácil compreender que o estudo da biomedicina não é suficiente para proporcionar a aquisição de profissionalismo. Para tal, outros corpos de conhecimento enfocados no estudo das Humanidades e incluindo disciplinas tais como História, Filosofia, Literatura, Espiritualidade e medicina baseada em narrativas deverão ser abordados. Estas são as áreas em que empatia, compaixão, comunicação e responsabilidade são iluminadas, praticadas e aprendidas⁸. E estas são indubitavelmente atitudes humanísticas que são indispensáveis para o desenvolvimento de um bom relacionamento profissional de saúde / paciente, que representa a pedra angular de uma boa prática.

Em decorrência dessa demanda, muitas escolas médicas em todo o mundo criaram Departamentos de Humanidades para prover tal ensinamento. Em nosso país questões similares têm ocupado as mentes dos educadores responsáveis pela instituição dos currículos dos cursos da área de saúde. O Conselho Nacional de Educação, ao instituir as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), recomenda com ênfase a formação humanista para os cursos da área de saúde 9.

2. Uma iniciativa educacional: Medicina Baseada em Narrativas

Uma disciplina eletiva - Narrativas em Saúde: um caminho para a humanização - foi oferecida a 25 estudantes de Medicina e Enfermagem do segundo e terceiro anos da UNIFESP. Esta disciplina se inspira no modelo que vem ganhando destaque na área de saúde e que se denomina Narrative Medicine ou Medicina Baseada em Narrativas (MBN), denominação mais adequada ao nosso idioma. O curso durou 36 horas: nove aulas semanais em que se criou um ambiente propício à reflexão acerca de questões humanísticas. Foi promovida a reflexão a partir de três gêneros de narrativas: uma narrativa literária (A Morte de Ivan Ilitch de autoria de Tolstoi); narrativas que emergiram em cenários de prática clínica e de Cuidados Paliativos e histórias de vida de pacientes submetidos a transplante cardíaco.

Em decorrência da natureza das questões a serem exploradas, métodos qualitativos foram adotados para guiar o estudo. Ao buscar o entendimento do fenômeno, não partimos de teorias preestabelecidas, mas nos focamos nas experiências dos estudantes e nos significados e sentidos atribuídos ao fenômeno a partir de sua própria experiência 10.

Os dados foram coletados a partir de três fontes: um diário de campo composto pelos autores que atuaram como observadores participantes¹¹ durante toda a atividade didática, narrativas escritas pelos estudantes acerca do conteúdo e formato da disciplina e narrativas pessoais dos estudantes, apresentada em uma sessão de encerramento do curso.

Os textos resultantes foram organizados e interpretados de acordo com a técnica

de imersão/cristalização, estilo de interpretação inspirado na Fenomenologia Hermenêutica 12. Os subtemas que emergiram inicialmente foram reunidos em temas principais, os quais são apresentados em seguida e ilustrados com trechos de falas e textos escritos dos graduandos.

Incorporando o modelo MBN em cenários de prática

Após as primeiras aulas, alguns estudantes incorporaram, por conta própria, o modelo MBN em cenários de prática - enfermarias ou ambulatórios - e começaram a prestar a atenção às narrativas que seus pacientes mostraram necessidade de compartilhar, mesmo àquelas aparentemente não relacionadas a seu histórico médico. E constataram que, ao fazer isso, puderam coletar informações úteis para o estabelecimento de hipóteses diagnósticas e de uma terapêutica adequada ao paciente e, especialmente, conseguiram estabelecer um vínculo melhor com seus pacientes, o que propiciou uma maior adesão ao tratamento, mesmo considerando-se pacientes difíceis.

Ouvir os pacientes com empatia e compaixão e ir além dos protocolos pode parecer uma perda de tempo, mas não é. Quando atendi aquele paciente considerado difícil devido a seu mau humor e péssimo comportamento, do qual todos os residentes e estudantes tinham vontade de fugir, tentei fazer algo diferente. Olhei em seus olhos e mostrei interesse em sua vida. Logo senti que havia aberto uma avenida e pude estabelecer um excelente relacionamento profissional/paciente, o qual perdurou por muitas consultas, até que eu saísse do estágio no ambulatório. O paciente melhorou o seu comportamento, aderiu ao tratamento e não mais causou aversão aos estudantes e profissionais que o atendiam.

Conforme o processo reflexivo, a partir das narrativas propostas, foi aprofundando-se, os estudantes iam contando muitas histórias que revelaram o seu aprendizado acerca do desenvolvimento de relações terapêuticas com seus pacientes por meio da adoção de uma abordagem narrativa.

Lidando melhor com questões emocionais

Em decorrência da natureza das profissões que escolheram, emoções desempenham um importante papel na vida de estudantes da área de saúde. No entanto, estes transmitem a impressão de que, ao longo do curso, vão aprendendo a ocultar ou mascarar suas emoções, quer seja para não revelar sua eventual sensação de impotência, quer seja para fugir ao sofrimento. Jovens médicos e estudantes da área de saúde não são preparados para lidar com a dor, o sofrimento e a morte e tendem a entrar em pânico quando algum paciente lhes pergunta: "Doutor, eu vou morrer?" "Quando vou morrer?" Os alunos reportaram não estar preparados para lidar com as emoções - próprias e alheias - desencadeadas em tais circunstâncias.

Ao longo da graduação, somos ensinados a buscar o sucesso e não preparados a nos defrontar com a dor, o sofrimento e a morte, condições inerentes ao ser humano e que são parte do dia-a-dia do profissional de saúde.

Diante da oportunidade oferecida, graduandos de Enfermagem e Medicina se queixaram de que suas questões emocionais são ignoradas em cenários de ensino e prática. Assim, eles não costumam sentir-se confortáveis em compartilhar sentimentos e emoções, o que os leva a adotar uma atitude de negação e distanciamento. Durante a eletiva, isto, felizmente, não ocorreu. O trabalho com narrativas pessoais e ficcionais, em um ambiente amigável, permitiu que preocupações, aborrecimentos, sentimentos e emoções fossem compartilhados. De forma natural, por meio da identificação dos traços de humanidade presentes em cada personagem real ou fictício presente nas narrativas abordadas, os alunos perceberam que há mais coisas para unir os seres humanos que para separá-los. Dessa forma, muitos se sentiram confortáveis para compartilhar limitações, dores e anseios.

Sou muito tímida. A timidez atrapalha minha aproximação aos pacientes. Entretanto, conforme fui aprofundando o relacionamento com meus colegas de classe, entendi que cada qual tem suas limitações. E, então, comecei a falar mais facilmente com os pacientes internados. O interesse em suas histórias fez-me esquecer da timidez. E, assim, até mesmo mudanças internas foram observadas ao longo da disciplina.

Empatia

Empatia foi um tema frequentemente evocado pelas narrativas compartilhadas. Os estudantes concordaram que para uma boa prática, esta atitude humanística deveria estar sempre presente. Por outro lado, muitos dos alunos apresentaram o receio de que, se fossem empáticos, perderiam o discernimento e capacidade de julgamento. A maioria deles tinha o entendimento que empatia significa colocar-se no lugar do paciente ou ser compassivo, mas confundia empatia com simpatia. Assim, eles manifestaram o receio de que, se fossem empáticos, poderiam sofrer com os pacientes.

A seguinte questão veio à tona: "É necessário que eu experimente doenças, sofrimento e situações difíceis para que seja empático?" Ficou evidente que quando alguém passa por situações difíceis envolvendo doença e sofrimento, sua capacidade para entender situações similares vividas por pacientes e familiares aumenta significativamente. Tal fato foi revelado em muitas histórias pessoais dos estudantes.

Sou portadora de diabetes mellitus tipo 1. Certo dia, esqueci-me de fazer a aplicação da dose matinal de insulina e dei-me conta disso apenas quando já estava em sala de aula. Imediatamente dirigi-me ao Serviço de Emergência do Hospital Universitário para receber a medicação. Eu fui vista por residentes e estes se recusaram a prescrever a dose habitual de insulina antes que eu fizesse testes laboratoriais. Tentei explicar minha situação, mas eles não prestaram atenção as minhas palavras. Na verdade, eles mal me olharam. E o tempo foi passando e, aí sim, minha glicemia foi subindo e eu comecei a sentir-me mal. Eu insistia em dizer que bastava que me aplicassem a dose usual de insulina que eu iria melhorar, mas era ignorada. Em certo momento, chamaram meus familiares enquanto aguardavam os exames e, quando minha mãe e meu namorado chegaram, os residentes lhes disseram que haviam feito a hipótese de gravidez, o que causou desconforto em ambos, pois eles não estavam esperando tais notícias e sabiam que essa era uma possibilidade muito remota naquela fase de minha vida. Finalmente, com os resultados dos exames em mãos, foi constatada apenas uma hiperglicemia e eu fui medicada. Eram quatro horas da tarde e eu havia chegado às oito da manhã. Pelo fato de não terem prestado atenção à minha história, perdi aulas e passei pelo maior constrangimento. Em minha carreira profissional, pretendo evitar que coisas semelhantes aconteçam com meus pacientes.

Das narrativas à humanização

No início do curso os estudantes relataram completo desconhecimento acerca do modelo denominado medicina baseada em narrativas (MBN), o qual deu suporte à disciplina. Eles escolheram participar da disciplina, pois estavam interessados em questões relacionadas à humanização e o tema relativo a narrativas despertou sua curiosidade. Comentários como este foram comuns:

"Durante a graduação, nós nos dedicamos muito tempo a estudar tudo sobre doenças e avanços tecnológicos e muito pouco tempo a aprender sobre pessoas. Quando entrei na escola de Medicina pensei que seria diferente".

Intuitivamente, os estudantes sabem que, para um cuidado mais humanizado, é importante ouvir os pacientes e seus familiares. Mas, quando tentam fazer isso, são desencorajados pelos estudantes mais velhos, residentes e até mesmo por profissionais mais experientes. E a opinião de que não há tempo a perder com as

narrativas dos pacientes e que, por isso, é necessário ater-se exclusivamente aos aspectos técnicos vai transformando-se em possibilidade única ao graduando em formação.

Estava colhendo a história clínica de um paciente e deveria completar o interrogatório sobre os diversos aparelhos. Fui instruída a fazer questões fechadas, mas o paciente teve a necessidade de me falar o quanto a doença havia afetado sua vida. Escolhi deixá-lo falar, mas fui repreendida por não ter completado a história médica com os detalhes requeridos. Detalhes que julguei imprescindíveis no momento. Tive de voltar para completar minha tarefa, mas fiquei muito satisfeita ao perceber que havia criado um bom vínculo com o paciente.

Temas concernentes às Humanidades e humanização têm sido abordados em disciplinas como Psicologia Médica e Saúde Coletiva. Entretanto, os estudantes acham que ainda é muito pouco, pois há pouca conexão entre teoria e prática. No decorrer da disciplina perceberam que as narrativas, que têm o poder de contemplar tudo aquilo que é singular e subjetivo, apresentam um potencial papel humanizador e podem fazer essa conexão.

Currículo oculto

Este foi um tema que permeou todos os demais. Cada história que ilustrava um fato positivo relacionado à abordagem narrativa era frequentemente acompanhada por um contraexemplo em que os estudantes reportavam terem sido desencorajados em incorporar os recém-adquiridos recursos humanísticos. Nos cenários de prática eram constantemente aconselhados a ater-se somente aos aspectos técnicos.

Faltam ainda três anos para que eu termine o curso de Medicina. Tenho medo de perder o aprendizado decorrente desta disciplina. Gostaria que este enfoque narrativo fosse adotado ao longo da graduação, especialmente em cenários de prática.

Isso nos remete à ideia de que o currículo oculto realmente desempenha uma grande influência na formação dos estudantes da área de saúde, possibilidade que os mesmos começam a intuir já em uma fase precoce da graduação.

3. Refletindo sobre as lições que nos chegam dos estudantes

A necessidade de se buscar altos níveis de excelência na formação dos profissionais de saúde é inquestionável. Fomentar o profissionalismo ou preparar profissionais humanizados é um objetivo altamente desejável em Educação em Saúde e o ensino das Humanidades emerge, em todo o mundo, como um instrumento para o cumprimento de tal intento. Nas escolas brasileiras de Medicina e Enfermagem o ensino das Humanidades é ainda modesto e é vinculado a disciplinas como Filosofia, Espiritualidade e Literatura. Entretanto, o modelo da MBN é pouco conhecido ou não aplicado de forma sistemática. E assim, os graduandos, que anseiam por um meio de adquirir recursos que os permitam lidar adequadamente com o ser humano em sua totalidade, não conseguem dar vazão a esse anseio, pois suas narrativas não são sequer reconhecidas.

Narrative Medicine é um termo criado por Rita Charon e diz respeito à prática da Medicina com competência em narrativa, o que significa a habilidade de reconhecer, absorver, interpretar e atuar de acordo com as histórias e dificuldades de outros ¹³. Em outras palavras, a base da MBN é ouvir com atenção, compaixão e empatia as histórias de pacientes e familiares e utilizá-las como um recurso terapêutico, paliativo, didático, clarificador de situações difíceis e organizador do caos que se estabelece na vida das pessoas em decorrência da enfermidade, própria ou de um familiar. As narrativas podem transformar-se em um recurso terapêutico especialmente porque possibilitam o estabelecimento de

relacionamentos eficazes entre profissionais de saúde e pacientes. Além disso, expressar sofrimento, sentimentos, crenças e visão de vida por meio da palavra falada - diante de um testemunho atento e compassivo - ou escrita - em poesia ou prosa - tem um efeito terapêutico 14-15.

Contar histórias é uma tendência natural fortemente arraigada ao ser humano, até o ponto que alguns antropólogos definem os seres humanos como bípedes com mãos que contam histórias 16. Considerando-se essa tendência, fica fácil compreender o motivo pelo qual alguns estudantes que participaram da eletiva adotaram natural e espontaneamente o modelo da MBN em cenários de prática.

Ao iniciar seu aprendizado em cenários de prática, os estudantes percebem o importante papel que as emoções desempenham em suas vidas. Eles têm de lidar com suas próprias emoções e com aquelas de seus pacientes. Ainda assim, poucos componentes de sua educação formal se focam em suas vidas emocionais 17. Este é um desafio, tão importante quanto difícil, que deve ser encarado, pois é notória a importância que a educação das emoções tem na formação ética dos jovens profissionais. Iniciativas educacionais que supõem criatividade e inovação vêm sendo desenvolvidas neste sentido 18.

A importância do tema das emoções fica ressaltada, por exemplo, nos primeiros atendimentos a pacientes com doenças terminais costumam ser assustadores para estudantes da área de saúde e jovens profissionais. De fato, as narrativas envolvendo Cuidados Paliativos ocuparam um papel importante em nosso cenário. Tais encontros usualmente deflagram emoções caóticas, tão caóticas quanto as histórias de caos que emergem em tais situações¹⁹. Nestes casos, o primeiro movimento é tentar ignorar o paciente e suas histórias, as quais revelam questões que não têm respostas e sentimentos de fracasso e impotência.

Neste ponto é bom lembrar que, quando aparentemente não há nada a fazer, ainda podemos ouvir 4. Quando os pacientes terminais encontram um interlocutor que os ouça como um testemunho compassivo sem, contudo, tentar apresentar-lhes soluções mágicas, cria-se a possibilidade deles transformarem suas histórias de caos em histórias de busca, em que o caos produzido em suas vidas pela enfermidade é organizado e o sofrimento é transcendido 26. Neste sentido, as narrativas apresentam um potencial terapêutico ou paliativo. Além disso, quando profissionais e estudantes da área de saúde compartilham suas experiências e dificuldades em lidar com tais histórias de caos, tão comuns em seu dia-a-dia, esse efeito terapêutico ou paliativo também se estende a eles.

As emoções evocam o tema da empatia que, inevitavelmente, gera as seguintes questões: "Para ser empático é preciso sofrer com os pacientes?" "Para conseguir exercer a empatia é necessário ter experimentado situações similares às vividas pelos que estão sofrendo?" Empatia envolve os componentes cognitivo e afetivo ou emocional. O domínio cognitivo é representado pela habilidade em se entender os sentimentos e experiências internas dos outros. Quando se enfoca exclusivamente no componente emocional e afetivo, alguns autores preferem usar o vocábulo simpatia. E, muitas vezes, as palavras empatia e simpatia têm sido utilizadas indistintamente, porque ambas têm a ver com compartilhar. A questão teórica da empatia é muito complexa e comporta um conceito multidimensional, aceitando-se que ela varia entre as pessoas²⁰. Na prática, separar os atributos emocionais dos cognitivos é muito difícil. No entanto, mais do que estabelecer distinções acadêmicas, o essencial é admitir que para ser empático requer evitar a excessiva preocupação consigo mesmo. Quem está centrado nos próprios problemas dificilmente conseguirá dispor de vontade eficaz para ajudar os outros 21.

Não há dúvida de que a empatia seja um elemento essencial em qualquer estratégia de humanização, conforme alguns autores começam demonstrar também em nosso meio 22. Trata-se de uma qualidade pessoal necessária ao

entendimento das experiências interiores e sentimentos dos pacientes. Representa a essência do relacionamento médico-paciente. Relacionamentos humanos interpessoais significativos são fundamentais a uma existência significativa. Desenvolver relacionamentos interpessoais significativos entre pacientes e médicos é importante para aperfeiçoar os resultados clínicos 23.

A empatia pode ser ensinada ou é um traço da personalidade? Nascemos com uma capacidade fixa de empatia ou é possível aprender a ser empáticos, a melhorar e, fatalmente, corremos o risco de piorar também? Alguns estudos concluíram que ocorre um declínio da empatia ao longo da graduação médica e que tal declínio é mais significativo durante o período em que o currículo se move para atividades centradas no cuidado aos pacientes²⁴. Estes achados indicam que a empatia é passível de mudança; neste caso, mostra-se como é suscetível de sofrer modificações negativas. Intervir no processo implicaria aqui não tanto "ensinar algo novo", mas prevenir a perda que, de acordo com esses estudos, acontece como erosão de uma qualidade que se deteriora. É possível que as estratégias educacionais que buscamos se alinhem mais com a prevenção da perda, do que com o crescimento absoluto da qualidade. Analogamente à prevenção em saúde, ninguém consegue deter o passo da idade, mas é possível envelhecer de muitas maneiras, umas mais saudáveis do que outras 25.

Por ser mensurável e também passível de avaliação qualitativa, a medida da empatia tem sido empregada em pesquisa, especialmente para a avaliação da efetividade do ensino das Humanidades 26. Certamente, uma abordagem narrativa tem sido adotada ao longo dos séculos por todos os profissionais de saúde interessados em cultivar valores humanísticos, tais como empatia, ainda que, muitas vezes, de forma intuitiva. Rita Charon, ao mostrar as similaridades entre método clínico e os métodos literários, estabeleceu as bases para a sistematização da MBN.

Como ouvir com atenção as narrativas dos pacientes e familiares estimula a reflexão, profissionais e estudantes da área de saúde começam a apreender aspectos das vidas de seus pacientes e do seu relacionamento com os mesmos que eram anteriormente inacessíveis ou pouco percebidos. Compartilhar as narrativas com os pares e promover reflexão e debate, a partir delas, permite que o conhecimento obtido se expanda. Em Educação Médica e de Enfermagem a abordagem narrativa permite um maior entendimento acerca da enfermidade e da perspectiva do paciente 27. Assim, em muitos aspectos, as narrativas adquirem um importante papel didático na prática e no ensino da Medicina, propiciando o ensinamento de um conteúdo que tem similaridades com o que atualmente é adotado para o ensino de atitudes humanísticas e humanização.

Rita Charon afirma que há muitas divisões entre profissionais de saúde e pacientes, ou seja, entre saudáveis e doentes, as quais incluem: a relação com a mortalidade e o tempo; os contextos da enfermidade; as crenças sobre causas das doenças e as emoções que, ao não serem expressas por nenhuma das partes, causam sofrimento⁵. O profundo caráter humanizador das narrativas se revela por meio de uma leitura atenta e reflexiva - que contempla as características peculiares das narrativas médicas - e um compartilhamento com os pares, pois tal qualidade de leitura permite que se vençam muitas das divisões entre profissionais de saúde e pacientes.

As pistas deixadas por nossos estudantes e os resultados de alguns estudos mostram a importância em se prestar atenção ao currículo oculto. Estudantes poderiam ser "imunizados" contra o currículo oculto se fossem expostos a um modelo de ensino fortemente centrado no paciente e que prioriza a formação do caráter do profissional e a reflexão ética²⁸. Certamente, modelos como MBN são essenciais a essa abordagem.

4. Enfrentando os desafios: perspectivas futuras

Os estudantes manifestaram medo de perder o aprendizado decorrente da experiência educacional com o passar do tempo, mas a consideraram relevante e julgaram que uma abordagem narrativa deveria ser continuamente enfocada ao longo da graduação.

Embora haja diferenças culturais entre o Brasil e os países de origem anglo-saxônica, é possível o estabelecimento de muitas similaridades, uma vez que as questões aqui tratadas têm a ver com a condição humana. E falar sobre humanização em saúde não é tão diferente de falar em profissionalismo em saúde.

O estudo das Humanidades em sala de aula implica em um risco, ou seja, a possibilidade de que o aprendizado se mantenha em um nível abstrato e não seja acessível em situações do cotidiano do profissional de saúde. E, assim, uma lacuna entre teoria e prática se estabeleceria. No entanto, ao se trabalhar com MBN, fica fácil compreender que as narrativas têm o poder de trazer ao mundo da Medicina moderna o conteúdo de subjetividade e singularidade que tanto lhe falta.

Por esse motivo, as narrativas representam um recurso capaz de preencher a referida lacuna e promover a integração entre pacientes, familiares, profissionais e estudantes da área de saúde e a integração entre seus mundos internos e a tecnologia. E aprender a "ler" com atenção e profundidade as narrativas de pacientes e familiares é uma atitude que, quando apreendida e realmente incorporada internamente, é fácil e espontaneamente adotada nos mais variados cenários de práticas em saúde, sem que haja necessidade de condições externas para sua adoção.

Bibliografia

1. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Editora Cultrix; 2001.
2. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. USA: Sage Publications, Inc.; 1995.
3. Helliwell JA. A shave, a chat, and a bloodletting: two bits. The evolution and inevitability of family practice. Canadian Family Physician. 1999; 45: 859-61.
4. De Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco PG. From Suffering to Transcendence : Narratives in Palliative Care. Canadian Family Physician. 2007; 53: 1277-79.
5. Charon R. Narrative Medicine. Honoring the Stories of Illness. New York, NY: Oxford University Press; 2006.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional da Assistência Hospitalar. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Acessado em março de 2012 e disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>
7. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. Academic Medicine. 2000; 75(6):612-16.
8. Wear D, Castellani B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. Acad. Med. 2000; 75: 602-611.
9. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde. Brasília: MEC, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2010.
10. Miller WL, Crabtree BF. Clinical Research: A Multidimensional Typology and Qualitative Roadmap in: Miller WL, Crabtree BF. Doing Qualitative Research. USA: Sage Publications; 1999.
11. Bogdewic SP. Participant Observation in: Miller WL, Crabtree BF. Doing Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.

12. Borkan J. Immersion/Crystallization in: Miller WC, Crabtree BF. *Doing Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
13. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA*. 2001; 286(15): 1897-1902. (Reprinted)
14. Carroll, R. Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*. 2005; 2 (2): 161-172.
15. Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kaell A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*. 1999; 281: 1304-1309.
16. Pedreño, Higinio Marin. *De Dominio Público: Ensayos de teoría social y del hombre*. Navarra: Ediciones Universidad de Navarra; 1997.
17. Shapiro J. Does Medical Education promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the emotions of Patients and Self in Medical Training. *Academic Medicine*. 2011; 86: 326-332.
18. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, De Benedetto MAC, Altisent R, Delgado-Marroquin MT. Educar las emociones para promover la formación ética. *Persona y Bioética*. 2013; 17: 28- 48.
19. Frank, AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16: 197-212.
20. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician Empathy: Definition, Components, Measurements, and Relationship to Gender and Specialty. *Am J Psychiatry*. 2002; 159: 1563-69.
21. Aderman D, Berkowitz L. Self-concern and the unwillingness to be helpful. *Soc Psychol Q*. 1983; 46: 293-301.
22. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface - Comunic., Saude, Educ*. 2009; 13 (1): 571-80.
23. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education*. 2002; 36:522-27.
24. Hojat M, Vergare M, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski JJ, Gonnella JS. The Devil is in the Third Year: A Longitudinal Study of Erosion of Empathy in Medical School. *Acad Med*. 2009; 84: 1182-1191.
25. Moreto G, Blasco PG. A Erosão da empatia nos estudantes de Medicina: um desafio educacional. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*. 2012; 69: 12 -17.
26. Shapiro J, Morrison EH, Boker JR. Teaching Empathy to First Year Medical Students: Evaluation of an Elective Literature and Medicine Course. *Education for Health*. 2004; 17(1): 73-84.
27. Kumagai, A. K. a Conceptual Framework for the Use of Illness Narratives in Medical Education. *Academic Medicine*. 2008; 83 (7): 653-658.
28. Mahood SC. Beware the hidden curriculum. *Canadian Family Physician*. 2011; 57: 983-5.