



Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico

Educating emotions to promote ethical behavior: building medical professionalism

Maria Auxiliadora Craice De Benedetto

Diretora de publicações da SOBRAMFA - Educação Médica & Humanismo (www.sobramfa.com.br). 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). macbet@sobramfa.com.br

Graziela Moreto

Médica de Família. Diretora de SOBRAMFA - Educação Médica & Humanismo.

Marco Aurelio Janaudis

Doutor em Medicina. Secretário Geral da SOBRAMFA - Educação Médica & Humanismo.

Marcelo R. Levites

Médico de Família. Diretor de SOBRAMFA - Educação Médica e Humanismo.

Pablo González Blasco

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

*RBM Dez 14 n esp m 2
Oncologia
págs.: 15-24*

Unitermos: emoções, humanidades médicas, educação médica, profissionalismo, ética.

Untermis: emotions, medical humanities, medical education, professionalism, ethics.

Sumário

Os dilemas éticos que surgem na prática diária e o profissionalismo que se requer para atender o paciente são desafios que requerem uma visão ampla dos cuidados médicos. O modelo biomecânico baseado na especialização e os códigos de ética resultam insuficientes para apresentar as respostas adequadas. Faz-se necessária uma formação médica mais ampla, criativa, universal, humanista. Por outro lado, os dilemas éticos se apresentam frequentemente embrulhados em emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções - educá-las - é uma necessidade imperiosa na educação médica. As humanidades - literatura, música, cinema, narrativas - são um recurso de utilidade para educar as emoções, e promover a empatia, que é a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético. No presente artigo os autores descrevem as experiências educacionais com vários recursos humanísticos na educação de estudantes e residentes de medicina. As emoções que estas experiências despertam devem ser transformadas pela reflexão em vivências que geram atitudes capazes de construir atitudes éticas e edificar o profissionalismo.

Summary

Ethical dilemmas that emerge in clinical practice and the professionalism required for excellence in doctoring, are challenges that involve a broad vision of medical care. The bio mechanical model based on specialization and the code of ethics are unsatisfactory for finding the right answers to those issues. A comprehensive medical education, comprising humanism and creativity, is required. On the other hand, ethical dilemmas are usually presented encircled by emotions on both sides: the patient's and the doctor's emotions. Thus, to improve and amplify medical education implies to educate emotions. In this endeavor Humanities - literature, cinema, music, narratives - are useful tools and they also promote empathy, which is the keystone of professionalism and ethical behavior. In this paper, authors describe their experience in using humanistic resources to teach medicals students and residents. All those resources rise emotions that, through a reflective process, converge to vital experiences which foster ethical attitudes capable of building professionalism.

Resumo

Os dilemas éticos que surgem na prática diária e o profissionalismo que se requer para atender o paciente são desafios que requerem uma visão ampla dos cuidados médicos. O modelo biomecânico baseado na especialização e os códigos de ética resultam insuficientes para apresentar as respostas adequadas. Faz-se necessária uma formação médica mais ampla, criativa, universal, humanista. Por outro lado, os dilemas éticos se apresentam frequentemente embrulhados em emoções: as do paciente e as do profissional que cuida dele. Trabalhar as emoções - educá-las - é uma necessidade imperiosa na educação médica. As humanidades - literatura, música, cinema, narrativas - são um recurso de utilidade para educar as emoções, e promover a empatia, que é a pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético. No presente artigo os autores descrevem as experiências educacionais com vários recursos humanísticos na educação de estudantes e residentes de medicina. As emoções que estas experiências despertam devem ser transformadas pela reflexão em vivências que geram atitudes capazes de construir atitudes éticas e edificar o profissionalismo.

As humanidades são como os hormônios que catalisam o pensamento e humanizam a prática médica.

Sir William Osler

Ensinar profissionalismo: um desafio que demanda ampliar a Educação Médica

Nos cenários de ensino e prática da Medicina são revelados inúmeros dilemas éticos. Na busca de soluções para tais dilemas podemos recorrer a princípios preestabelecidos construídos a partir do modelo médico biomecânico baseado na especialização, fragmentação e avanços tecnológicos, o qual predomina na atualidade. Entretanto, um desconforto crescente é observado entre profissionais de saúde quando percebem que, considerando-se exclusivamente tal modelo, as realidades e particularidades da prática clínica não recebem a devida atenção e que esse enfoque unilateral não proporciona os recursos adequados para resolver as questões éticas. Detalhes do contexto e especificidades do relacionamento médico-paciente representam uma parte intrínseca de um cuidado de saúde ético e, no entanto, estes permanecem invisíveis dentro de um modelo que busca, de alguma forma, uma abordagem uniforme e universal (1).

Difícilmente encontraremos, nos códigos de ética médica, uma resposta única e definitiva até mesmo para questões aparentemente banais que emergem no dia-a-dia dos profissionais e estudantes de Medicina. O que dizer àquele graduando que se decepcionou quando o seu professor de Semiologia permitiu que dezenas de estudantes procedessem à palpação de fígado de um paciente sem mostrar um mínimo de consideração e empatia a um ser humano já depauperado pela doença? O que fazer com o paciente diabético, considerado difícil por recusar-se a aceitar a insulinoterapia quando esta é indicada? Seria nossa função pressioná-lo e amedrontá-lo em relação às consequências de sua atitude ou devemos respeitar sua autonomia? Como e quando abordar o paciente terminal para informá-lo que ele é um paciente fora de possibilidades terapêuticas? Ou deveríamos aceitar as pressões familiares e simplesmente mantê-lo na suposta ignorância do fato, já que isto seria, aparentemente, a solução mais fácil para todos, com exceção do próprio paciente, é claro. Como bem comentava um paciente ao ver os médicos realizarem esforços heroicos para prolongar a vida de pacientes gravemente doentes: nem sempre fica claro se eles são salvadores ou torturadores (2)?

Fica evidente que princípios preestabelecidos e universais não fornecem uma resposta definitiva que nos permita lidar com essas e muitas outras questões. Medicina é, simultaneamente, Ciência e Arte. No entanto, observamos entre os médicos - especialmente entre jovens profissionais e estudantes - a convivência de conhecimentos técnicos maquiados com alguns poucos e deficientes adornos humanísticos (3). Certamente, este desequilíbrio tem suas origens na graduação médica, cuja grade curricular, inspirada pelo vertiginoso avanço tecnológico, enfoca-se no conhecimento técnico, o qual é tão formidável que monopoliza em sua quase totalidade o tempo de formação dos médicos. Como bem advertia Ortega há mais de 80 anos, a Universidade deveria utilizar a economia de tempo para ensinar o necessário para formar um bom profissional, já que não é possível ensinar tudo (4). E essas decisões não são sempre acertadas: a hegemonia da técnica tem substituído a formação humanística e ética, assim como um corpo dentro de um fluido desloca o líquido, conforme postula Arquimedes. Dessa forma, são formados médicos pela metade, mais do que médicos são mecânicos de pessoas (3).

Felizmente, essas questões começam a ser apreendidas pelos estudiosos e educadores, especialmente quando se referem ao moderno profissionalismo. A partir da década de 1980, o American Board of Internal Medicine (ABIM) reconheceu as qualidades humanísticas, incluindo integridade, respeito e compaixão, como um componente formal da competência clínica. A partir de então, com o desenvolvimento do Projeto Profissionalismo, o ABIM definiu profissionalismo como um conjunto de princípios e compromissos para melhorar os resultados clínicos na saúde do paciente, maximizar sua autonomia, criar relações caracterizadas pela integridade, prática ética, justiça social e trabalho em equipe (5). Certamente, a formação de profissionais que cumpram esses requisitos passa pela incorporação e/ou reforço de algumas atitudes pessoais como altruísmo, responsabilidade, excelência, aceitação e compromisso com o trabalho, honra, integridade e respeito para os outros e inclui a aquisição de elevados padrões éticos. As questões que nos vêm à mente são: "é possível aprender isso?"; "como ensinar profissionalismo e ética?"

O profissionalismo médico diz respeito não apenas à excelência quanto à formação técnica, mas também as atitudes que implicam valores humanísticos, tais como: 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 outros; e, finalmente, refletir sobre decisões e ações (6). A aquisição desses valores somente é possível mediante uma formação humanística alicerçada em uma exposição às Humanidades, ou seja, em disciplinas tais como História, Filosofia, Literatura e Artes em Geral, Espiritualidade e Medicina baseada em Narrativas. Estas são as áreas em que empatia, compaixão, comunicação e responsabilidade são iluminadas, praticadas e aprendidas (7) e em que se propicia a reflexão acerca das questões sutis que envolvem os processos de adocimento e cura.

Paralelamente, para a formação de um profissional ético capaz de lidar adequadamente com dilemas exemplificados anteriormente é necessário ir além da transmissão de um conteúdo teórico, pois aspectos sutis inerentes ao ser humano deverão ser contemplados. O paciente quer, sobretudo, um médico educado, alguém que tenha não somente conhecimentos técnicos, mas também seja capaz de entendê-lo como um ser humano com sentimentos, que busca uma explicação para sua enfermidade e almeja respeito e amparo em seu sofrimento (8).

Em nosso meio, conforme demonstram as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação da área de Saúde, elaboradas pelas Comissões de Especialistas de Ensino e homologadas em outubro de 2001, a preocupação dos educadores brasileiros para a formação de profissionais "humanizados" também é uma realidade. Para cumprir seu intento, os conteúdos curriculares devem contemplar não apenas as Ciências Biológicas e da Saúde, mas também as Ciências Humanas e Sociais (9). Apesar da liberdade garantida às instituições de ensino superior para compor sua grade curricular, organizar uma carga horária que permita a integralização dos currículos de forma a considerar todos esses aspectos tem se mostrado um desafio. Por outro lado, a formação ética inserida em um contexto amplo de profissionalismo passa não apenas pelo ensino de habilidades cognitivas, mas também pelo preparo para se lidar adequadamente com a dimensão emocional do ser humano, ou seja, vai além da aquisição de competências e habilidades específicas. Este é um desafio que requer criatividade.

Emoções e Ensino Médico

Os questionamentos éticos vêm comumente envoltos em emoções. São dilemas que tocam nossa afetividade, afetando-nos e movendo nossos sentimentos (10). As emoções representam um papel importante na vida dos estudantes de Medicina. Eles têm de lidar não somente com as próprias emoções, mas também com aquelas de seus pacientes. No entanto, poucos componentes em sua graduação formal contemplam esta realidade emocional (11). Requer-se criatividade para abordar novos paradigmas de ensino, ainda que isto nos obrigue a adentrar em territórios até então pouco explorados.

Sabemos, como fruto da experiência, que muitas coisas importantes da vida não são transmitidas por argumentação e sim por meio de um processo afetivo que tem mais a ver com o amor que se coloca em educar que com raciocínios especulativos. Num ensaio clássico sobre a beleza (12), comenta-se um dado observado na cultura vigente: hoje se pratica um culto à estética desvinculada de outros valores próprios do ser, os quais classicamente são conhecidos como transcendentais. Enquanto para os clássicos o bom, o belo e o verdadeiro são inseparáveis, atualmente se observa um divórcio desses conceitos. Fala-se, por exemplo, de estética e beleza sem atender à verdade. Talvez seja por isso que, quando se trata de educar os afetos, surja uma dúvida, quase um medo, por parte de alguns educadores, de que ao se trabalhar com sentimentos e emoções os outros valores sejam deixados de lado. A dúvida é se dessa forma não se estaria promovendo uma educação superficial e fictícia, que não alcançaria o núcleo da pessoa e fosse capaz de fomentar atitudes e valores.

Esse mesmo autor (12) nos oferece uma explicação oportuna. Educar por meio da estética não significa ancorar na emoção e sensibilidade todo o corpo de conceitos necessários para construir os valores individuais. O que se pretende é provocar a reflexão, o que é imprescindível em qualquer intento de construção de personalidade. Trata-se do estabelecimento de um ponto de partida para uma aprendizagem mais profunda. Começar pelo belo, pelo que nos toca os afetos, para depois mergulhar na construção de valores que, além de serem atrativos, tenham um autêntico fundamento.

Esse importante papel atribuído às emoções e sentimentos na formação de um indivíduo se encontra em concordância com os conceitos da neurociência, os quais têm inspirado inúmeros autores que se dedicam à educação em diversas áreas do conhecimento.

Emoções e sentimentos muitas vezes são termos usados indiscriminadamente. No entanto, embora pertençam ao domínio da afetividade, ambos são diferentes. "Emoções são complexos psicobiológicos que se caracterizam por súbitas e insólitas rupturas do equilíbrio afetivo, com repercussões leves ou intensas, mas sempre de curta duração, sobre a integridade da consciência e sobre a atividade funcional dos diversos órgãos e aparelhos" (13). Assim, podemos afirmar que emoções são reações afetivas intensas, súbitas e relativamente breves, as quais se manifestam exteriormente por reações fisiológicas, gestos e/ou expressões faciais ou vocais. São reações inatas desencadeadas por fatores externos e também se exteriorizam externamente. Investigações de neurocientistas (14) fizeram com que as emoções passassem a ser encaradas como processos de valor adaptativo e sinalizadores de determinados estados interiores. As emoções refletidas por expressões faciais, choro ou grito são uma primeira forma de comunicação do bebê para a mãe. Por sua vez, os sentimentos concernem ao nosso interior e são duradouros, podendo ser camuflados e, também, construídos ao longo do tempo. As modificações afetivas interferem intensamente na forma como um indivíduo usa seu raciocínio para a tomada de decisões. Emoções bem direcionadas parecem constituir um alicerce para a construção do edifício da razão (14).

Os afetos, quer sejam emoções ou sentimentos, podem ser positivos ou negativos. Alguns sentimentos podem originar-se de emoções e, talvez, o reconhecimento e reflexão acerca de nossas emoções habituais frente a determinadas situações seja um recurso capaz de nos fazer construir sentimentos elevados capazes de fomentar os desejados comportamentos e atitudes característicos do profissionalismo médico e de uma atuação ética. Assim, é necessário abordar as emoções sob novos ângulos, contemplando-as e utilizando-as como um elemento essencial do processo formativo. No moderno contexto cultural se pode afirmar que as emoções são a porta de entrada para o entendimento do universo em que transita, move-se e, conseqüentemente, forma-se o estudante (10). Assim, o reconhecimento e a reflexão acerca das emoções próprias e alheias são fundamentais para o fomento de sentimentos construtivos e elevados que resultarão em profissionalismo e comportamento ético e humanizado.

Empatia: pedra angular do profissionalismo médico e do comportamento ético

Estudos recentes envolvendo estudantes e residentes demonstram um complexo vínculo entre ética e empatia (15). Embora possa parecer que as escolhas éticas se deem quase naturalmente para praticantes de uma arte tão rica em empatia como a Medicina, estes certamente se defrontarão com grandes responsabilidades em tempos de crise e a manutenção do senso de dever durante o treinamento de profissionais que deverão muitas vezes "correr em direção ao fogo" não é tarefa fácil.

A empatia, uma das atitudes humanísticas mais estudadas na atualidade, é a pedra angular de um comportamento ético e humanizado e do profissionalismo médico. Em nosso meio a empatia também tem sido considerada um elemento essencial em qualquer estratégia de humanização (16). Trata-se de uma qualidade pessoal necessária ao entendimento das experiências interiores e sentimentos dos pacientes. Representa a essência do relacionamento médico-paciente. Desenvolver relacionamentos interpessoais significativos entre pacientes e médicos é importante até mesmo para o aperfeiçoamento dos resultados clínicos (17).

A empatia envolve tanto um domínio cognitivo quanto um afetivo ou emocional. O domínio cognitivo da empatia diz respeito à habilidade de entender sentimentos e experiências internas de outras pessoas. Simpatia é um termo utilizado por alguns autores para referir-se ao domínio afetivo ou emocional da empatia. Entretanto, os dois termos têm sido usados indistintamente algumas vezes, pois ambos têm a ver com compartilhar. Empatia se refere a compartilhar entendimento com os pacientes, enquanto simpatia se refere a compartilhar emoções. A simpatia, quando excessiva, poderia interferir com a objetividade do diagnóstico e tratamento e comprometer a neutralidade clínica e a estabilidade do médico (18).

Resultados preliminares de um projeto de pesquisa focado em uma disciplina eletiva dirigida a estudantes de Medicina e Enfermagem de segundo e terceiro anos sugerem que os graduandos reconhecem que, para uma boa prática, a empatia deveria estar sempre presente. Por outro lado, muitos deles manifestaram o receio de que, se forem empáticos, poderiam perder o discernimento e a capacidade de julgamento. A maioria deles compartilhou o entendimento de que empatia significa colocar-se no lugar dos pacientes ou ser compassivo, mas também exteriorizaram a ideia de que ser empático pode significar sofrer com os pacientes. Eles mesmos constataram que esse fato seria o responsável pela atitude de negação e não envolvimento adotada por muitos profissionais de saúde (19).

É compreensível que, sem um preparo adequado, os estudantes de Medicina expressem respostas emotivas inadequadas diante de situações comuns no dia-a-dia do profissional da área, tais como dor, sofrimento e morte, situações essas em que se conscientizam de sua própria vulnerabilidade²⁰. Quando não se tem a oportunidade de trabalhar as emoções geradas por essas situações difíceis e de refletir e compartilhar os sentimentos então gerados, o estudante desenvolverá uma repulsa afetiva e distanciamento, buscando amparo na técnica tão supervalorizada em sua formação e afastando-se cada vez mais do comportamento humanista e ético sempre tão almejado (21). A dificuldade em lidar com as emoções conflituosas talvez seja responsável pelo comportamento de humor cínico e depreciativo para com os pacientes, especialmente verificado em ambientes onde residentes se reúnem para visitas de plantão e discussão de casos. Ainda que comentários depreciativos não costumem dar-se diante dos pacientes e seja incomum que as pessoas de menor autoridade do grupo - nesse caso os estudantes - sejam os primeiros a iniciá-los, tal comportamento representa uma nociva influência nos cenários clínicos de formação de futuros profissionais da área médica (22).

A erosão da empatia ao longo da graduação em Medicina (23) tem se mostrado um fato preocupante para educadores em todo o mundo. Alguns fatores têm sido apontados como responsáveis por tal erosão: a falta de exemplos adequados por parte dos formadores; grande quantidade de informação técnica em detrimento do tempo para abordar-se questões humanísticas; tensão que surge entre os ideais do estudante e a prática clínica cotidiana em que nasce a dúvida ética (24); e sobrecarga emocional decorrente do contato com o sofrimento (25).

Discute-se se é possível ou não ensinar empatia. Alguns autores acreditam que a empatia representa um estado pessoal que pode declinar ao longo da graduação médica, mas que também pode ser melhorada mediante atitudes educacionais direcionadas. Outros acreditam que seja uma característica pessoal inata e difícil de ser ensinada (23). Talvez os dois grupos tenham razão. No entanto, se alguma influência durante a formação médica é capaz de fazer com que a empatia decline, é lógico admitir que a sua aquisição também possa ocorrer. Isto fica mais compreensível quando nos referimos ao domínio cognitivo da empatia. De qualquer forma, podemos afirmar que as pessoas têm diferentes graus de dificuldade para apreender atitudes humanísticas, incluindo a empatia.

Apesar de certo pessimismo vigente quanto à possibilidade do ensino da empatia e da insistência de algumas instituições de ensino em se focarem na discussão do caso clínico em que se procura evitar qualquer envolvimento emocional com o paciente, a boa notícia vem do campo da neurociência. Esta nos adverte que a empatia pode ser estimulada por meio do exemplo. Os denominados neurônios-espelho, que também modulam a emoção e o comportamento, ativam-se quando percebem as ações de outra pessoa e fazem isso espontaneamente, sem nenhuma integração com o raciocínio ou intelecto. Certamente, esse mecanismo pode atuar para o bem ou

para o mal, mas há vários trabalhos que demonstram sua importância na percepção empática. (26,27)

Portanto, é de suma importância que os educadores, especialmente os que atuam em cenários de prática, conscientizem-se acerca dessas questões e procurem aprimorar-se não apenas do ponto de vista técnico, mas também do humanístico e ético, sem temor de demonstrar seu lado empático ou desencorajar o humor cínico e depreciativo voltado aos pacientes. Sabemos por experiência que o que educa, no caso, o que promove a empatia, é o bom exemplo. E, certamente, a erosão da empatia nos estudantes e jovens profissionais tem sua raiz na absorção - mesmo inconsciente - de maus exemplos contemplados e vividos (21).

Em outra frente, nas salas de aula, o ensino das Humanidades - Literatura, cinema, música, espiritualidade e artes em geral - é um recurso didático que aos poucos vem ganhando espaços por proporcionar o ambiente ideal para a reflexão acerca da própria vida e dos valores pessoais e profissionais e o compartilhamento de emoções e dificuldades pessoais, o que é essencial para a promoção da empatia e de uma formação humanista e ética.

As Humanidades em busca de uma ética narrativa

É fácil constatar que as Humanidades, em qualquer modalidade e cenário de ensino médico em que sejam adotadas como recurso didático, são perpassadas por um ponto comum que as fundamenta, isto é, as narrativas. Narrativas são histórias que se desenvolvem ao longo do tempo, têm um enredo ou uma trama, têm alguém que as conta ou escreve e alguém que as lê ou escuta, e implicam em interpretação. O sentido de uma narrativa não é dado em sua totalidade pelo autor e sim completado pelo leitor ou ouvinte. Portanto, o sentido de uma narrativa é construído por ambos: autor e leitor ou ouvinte (28).

O ato de contar histórias está fortemente arraigado ao âmago do ser humano. Convém lembrar que nas culturas grega, medieval e renascentista contar histórias representava o principal meio de educação moral²⁹. Ao longo do tempo, as artes que contam histórias foram aprimorando-se para salvar o ser humano da impossibilidade de vivenciar a totalidade de experiências intensas a que é sujeita a humanidade e assim surgiram o teatro, a literatura, as canções, a ópera e o cinema. E desde seu surgimento têm cumprido a função de suprir o que a maioria não é capaz de experimentar pessoalmente. Além disso, com a experiência vivida por meio da arte do contador de histórias se pode produzir o que Aristóteles denominava catarse. As artes são fontes de sentimentos capazes de configurar o coração humano. O papel da tragédia grega é de provocar catarse não apenas no sentido de produzir uma verdadeira limpeza, como também no de colocar em seu devido lugar os sentimentos acumulados a partir de emoções que tumultuam a afetividade. Disto decorre sua função educativa.

Recorrer a uma ética narrativa é um caminho possível para o enfrentamento das limitações do modelo médico biomecânico no que concerne à Ética Médica. O estudo de histórias fictícias ou reais pode propiciar uma importante ajuda para o entendimento das questões éticas. A narrativa contribui para a Ética Médica por meio do conteúdo das histórias e da análise de sua forma, ou seja, quais histórias são contadas, como elas são contadas e porque isto importa (30).

Em seguida são apresentadas algumas experiências em que se utilizou as diferentes formas de narrativas como recurso para a educação da afetividade e formação ética.

Músicas e Canções: despertando e entendendo as emoções

As experiências educativas que temos desenvolvido com a música, mais especificamente com canções (31), são de início mais recente, pois este não é um recurso habitualmente utilizado em educação médica.

A música possui características únicas e é um veículo privilegiado para expressar os sentimentos. Tem um enorme poder de evocar e despertar as emoções sem nomeá-las, de modo muitas vezes intuitivo. Ela acompanha e expressa os sentimentos. A alegria é cantada; a tristeza também (32). A nossa experiência do mundo é basicamente emocional. A música é uma forma de conhecimento humano, de tonalidade afetiva, e adquire força educacional. Educação não se resume a transmitir conhecimentos, mas sim num processo onde germinam sentidos e significados que o educando, com sua reflexão, incorpora (33).

Em contraste com outros recursos artísticos, a música nos ensina a escutar. É um meio perfeito para aprendermos não apenas a ouvir as palavras dos pacientes, mas também o que há por trás delas, analisando cadência, volume, inflexão e tom de voz. O contrário também é verdadeiro, afinal não é somente o que o médico diz que o torna mais humano, mas também a palavra precisa, a tonalidade, o tempo com que coloca a mensagem e a linguagem corpórea. Do ponto de vista educativo, é de muito fácil manejo, pois permite trabalhar com pequenos grupos de alunos, onde se pode tocar música em diversos dispositivos e se consegue transmitir uma mensagem em menos de três minutos (34). Isto permite introduzir questões que, abordadas teoricamente, requereriam muito tempo, como, por exemplo: compaixão, tristeza, perdas, cuidado, dignidade, alegria, esperança. Um verdadeiro atalho para se provocar e promover reflexão acerca das emoções.

Estas sugestivas características têm guiado nossas experiências educativas com a música. Canções brasileiras, dos mais diversos artistas e ritmos (por exemplo: Milton Nascimento, Legião Urbana, Marisa Monte, Osvaldo Montenegro, Paralamas do Sucesso), são atrativas e resultam numa simbiose que resulta da relação entre letra e melodia. A melodia reforça o conteúdo da letra, produzindo um impacto emotivo peculiar (35).

As experiências praticadas permitem que o estudante escute seus próprios sentimentos e os compartilhe com o professor e seus colegas. É um despertar para as emoções que estavam adormecidas, esquecidas e, quem sabe, até desprezadas por uma educação predominantemente técnica. E também entre elas, a motivação profissional que, com o tempo, vai desgastando-se, como ocorre com a erosão que sofre a empatia. As experiências de estudantes expostos a esse modelo são ilustradas por trechos de suas falas.

Comecei a fazer o curso e eu falei "caramba não tem nada a ver com o que eu imaginava". É muito teórico, teórico, teórico, eu gosto de gente, o contato que a gente tinha com gente não era um bom contato, pecava... faltavam algumas coisas e tal. Então, o que eu quero da minha vida? E a música me fez parar e falei "ufa! passei por aquela fase". Mas ainda não me encontrei totalmente, mas eu consegui caminhar.

Surgem também as questões vitais, a relação com a família, o futuro, o fim, os dilemas que surgem em todos os jovens e que dificilmente encontram espaço formal para discutir-se.

Justamente a parte da música que fala a gente mal chega e já tem que partir, que é o que acontece comigo. Às vezes, eu chego em casa, eu fico no final de semana e já tenho que vir embora. E desse momento que eu saí da minha casa pra fazer cursinho, eu sempre penso no meu pai, eu já perdi um avô longe de casa. Meu avô morava comigo, então você só recebe telefonema: "vem pra falar tchau". Entendeu?

E percebe que está sendo educado, que o que aprende com esta experiência o constrói como médico e pessoa.

E tem essa questão do som gerar sentimentos, gerar sensação não necessariamente lógica, como a letra de uma música, então no geral é boa. Geralmente é bem..., é que nem eu disse, é terapêutica, né. Leva a várias reflexões.

...eu acho que outras músicas poderiam se adequar a outras situações da minha vida ou de quaisquer outras pessoas, de uma forma não consciente, não controlada de se... de se envolver, de fazer refletir, de mexer de uma forma não necessariamente lógica.

Os resultados que a experiência com a música nos brinda tem um amplo espectro de possibilidades educativas. A metáfora das canções é facilmente transportada para a vida cotidiana e favorece a ressonância da essência humana. Facilita o diálogo entre professores e alunos, de modo aberto, com espaço para que os dilemas éticos se coloquem de modo franco e sincero. Como qualquer outro recurso educativo, a educação por meio da música tem suas limitações e fragilidades. Praticá-lo de modo habitual exige habilidade, tato e espaço formal para desenvolvê-lo. Em nossa experiência é um resultado positivo, porque permite trabalhar as emoções vividas e se fomenta a reflexão conjunta, o que constrói as atitudes que integram o profissionalismo ético (36).

Narrativas Pessoais e Literárias: despertando e trabalhando com as próprias emoções

Há mais de cinco décadas se busca transcender o modelo biomecânico de ensino e prática da Medicina por meio do desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa e não na doença (37). Assim, faz sentido realçar a importância de um trabalho focado em narrativas pessoais e literárias, as quais permitem contemplar o ser humano em sua totalidade, ou seja, em suas dimensões física, mental, emocional, espiritual, cultural e social.

Dede os anos 70, as escolas médicas norte-americanas utilizam textos literários para promover a reflexão acerca de temas essenciais relacionados com a condição humana e para fomentar a discussão ética (38). Rita Charon, criadora do termo Narrative Medicine, afirma que a prática da Medicina requer competência em narrativa, o que significa a capacidade para reconhecer, assimilar, interpretar e atuar de acordo com as histórias e dificuldades dos pacientes, além de permitir aos médicos reconhecer sua própria jornada pessoal através da Medicina. A leitura e discussão de obras literárias e a escrita reflexiva complementam o método e auxiliam a clarificar situações difíceis (39). Em nosso idioma esse modelo tem sido denominado Medicina Baseada em Narrativas, Narrativa & Medicina ou Medicina Narrativa.

Ouvir atentamente as narrativas contadas pelos pacientes - mesmo aquelas aparentemente não relacionadas com suas histórias clínicas - apresenta um efeito terapêutico ou paliativo. Ao expressar sentimentos, crenças e visão de mundo, por meio da palavra falada - diante de um interlocutor empático e compassivo - ou escrita - em poesia ou prosa, o paciente pode experimentar algum alívio ou organizar o caos provocado pela enfermidade (40-41-42), encontrando, muitas vezes, por si mesmo, soluções que não conseguiria vislumbrar quando se encontrava solitário, mergulhado em seus problemas (43).

As narrativas dos pacientes são muito mais que histórias contadas de forma linear, como ocorre com os sintomas das enfermidades, pois costumam ser saturadas de emoções e sentimentos, muitas vezes expressos nas entrelinhas, e implicam em interpretação (44). Uma mesma história é contada e compreendida de formas diferentes por pessoas diferentes (45). Por outro lado, saber ouvir é uma arte que necessita ser praticada com tenacidade. A atenção às narrativas permite a clarificação de situações difíceis ou revela sistemas de crenças arraigados aos pacientes, os quais costumam representar causas de falta de adesão ao tratamento.

A importância em se atribuir um enfoque narrativo ao ensino de Cuidados Paliativos foi observada em um ambulatório didático dirigido a jovens médicos e estudantes de Medicina do primeiro ao sexto ano que participavam da atividade como um estágio extracurricular (46). O ambulatório de Cuidados Paliativos, para o qual eram encaminhados pacientes que se encontravam fora de possibilidades terapêuticas, representava um cenário de prática inicialmente muito temido pelos estudantes e jovens médicos. Referiam que não haviam sido preparados para cuidar de pacientes terminais e que se achavam incapazes de enfrentar condições ligadas ao final da vida. Os estudantes e residentes até se sentiam à vontade quando o assunto era o manejo dos principais sintomas em cuidados paliativos; mas nas questões ligadas à dor, ao sofrimento e à morte, situações em que a tecnologia não pode mais prover soluções, mostravam uma grande incapacidade e tinham dificuldades em lidar com seus sentimentos, limitações e emoções.

As seguintes frases ilustram essas dificuldades:

Vou me sentir inútil aqui, já que não há nada mesmo a fazer.

O que faço se o paciente me perguntar - "eu vou morrer, doutor?" "Quando vou morrer?"

Na graduação só nos ensinam a lidar com o sucesso, não nos preparam para enfrentar a morte e a dor.

Entro em pânico só em pensar que terei de conversar com pacientes terminais. Não sei como me comportar.

Tive poucos contatos com a morte. Quando isso se deu, foi em uma enfermaria, em um ambiente quase artificial, em que médicos que eu considerava mais experientes administraram a situação. Mas tudo era conduzido de forma muito técnica, em que qualquer abordagem acerca de sentimentos pessoais ou de familiares era totalmente ignorada ou até mesmo proibida.

A percepção de que a Medicina Baseada em Narrativas pudesse auxiliar no confronto a essa difícil situação fez com que introduzíssemos estudantes e residentes ao modelo. Assim, a leitura de obras de obras ficcionais que tratam de temas relacionados aos esperados em um cenário de cuidados paliativos foi recomendada e se converteu numa das fontes para a promoção de reflexão. Uma obra literária muito apreciada por todos, por refletir exatamente o contexto pessoal e familiar dos pacientes terminais, foi - "A Morte de Ivan Ilitch" de Tolstoi (47). Em relação aos textos de literatura médica, foi enfatizada a abordagem em narrativas de Arthur Frank (48), autor que enfoca e nos sugere como lidar com as histórias de caos, aquelas das quais os profissionais de saúde têm vontade de fugir, pois colocam em evidência uma sensação de frustração e incapacidade e as limitações do sistema em que atuam e foram formados. Certamente é melhor refletirmos previamente acerca de situações difíceis, as quais tememos, antes que tenhamos de enfrentá-las na vida real, mesmo que esta reflexão tenha sido inspirada por obras ficcionais (49).

Os estagiários foram constantemente encorajados a tratar pacientes e familiares com naturalidade e respeito; a ouvir, com atenção e empatia; e a compartilhar as narrativas dos pacientes com o objetivo de desenvolver o potencial paliativo ou curativo das mesmas. A interação de estudantes e residentes com pacientes terminais e seus familiares fez com que os primeiros também criassem suas próprias narrativas de caos. Por isso, as atividades práticas do ambulatório de Cuidados Paliativos eram fechadas com discussões em grupo e uma sessão de escrita reflexiva (50) - outro dos elementos que fazem parte do modelo adotado - proporcionando aos participantes a possibilidade de compartilhar suas próprias histórias de caos e assim integrar e clarificar as inusitadas situações ali vivenciadas. Assim, para estudantes e profissionais, as narrativas tiveram não apenas uma função didática, mas também

desempenharam um papel terapêutico. Além disso, esse compartilhamento de emoções e sentimentos que afloraram permitiu sua integração de forma propiciar maior clareza e eficácia para a tomada de decisões éticas.

Os resultados desta experiência (46,51) e de outras análogas (52) apontam sucesso em lidar com temas relacionados com dor, sofrimento e morte. Os estudantes aprenderam a abordar esses temas com maior naturalidade por entender que são inerentes à condição humana. Com o decorrer do tempo seu desempenho melhorou intensamente e o ambulatório que inicialmente era temido passou a ser muito apreciado e até mesmo esperado,.

O cinema, uma experiência consagrada: das emoções até as vivências

A cultura da emoção está unida a outro elemento integrante do universo do educando: a cultura do espetáculo (53). Um contexto onde o sensorial e a imagem ficam potencializados por atingirem diretamente o espectador - provocando emoções - sem passar previamente pelo processo de compreensão intelectual. O espectador obtém uma recompensa afetiva imediata com a imagem. Na cultura da palavra e do conceito, que também atinge as emoções, torna-se necessária a passagem obrigatória prévia pelo processo racional para que depois surja a emoção. Com a imagem este caminho se converte em atalho e as emoções são despertadas diretamente, sem necessidade de "pagar tributo prévio ao intelecto". Na cultura do conceito é preciso compreender primeiro para emocionar-se depois; na cultura da imagem as emoções derivam diretamente dos significantes - que são o veículo que carrega os conceitos, o visual que se apresenta - sem ter que se chegar previamente aos significados, ao conteúdo conceitual.

A cultura do espetáculo privilegia uma representação do mundo concreta, dinâmica, sensitiva, emotiva. As respostas racionais representadas pelo "estou de acordo" ou "discordo" são substituídas por respostas emotivas suscitadas pela imagem: "gosto" ou "não gosto", onde existe uma aceitação ou rejeição visceral, de impacto, sem participação do racional. São também ingredientes dessa cultura a pressa, o fragmentário, o rápido sensorial. As pessoas se refugiam na velocidade, são empurradas a viver no presente, não conseguem frequentar o passado. Prioriza-se o imediato, a impaciência. Diariamente comprovamos a habilidade que os alunos possuem para manejar telefones celulares e Tablets, durante as aulas, e mesmo em momentos inverossímeis, onde buscam informação, atualizam suas redes sociais e se comunicam.

Essa cultura do espetáculo, rápida, inquieta, sensorial, onde a imagem tem hegemonia sobre a palavra é terreno fértil que abre possibilidades educacionais ao Cinema. As histórias de vida que no cinema estão veiculadas na cultura das imagens são um suporte real que permite utilizar as emoções como alavanca de aprendizado.

As emoções que o Cinema evoca estimulam a educação afetiva, captam a atenção do educando, desencadeiam processos associados ao aprendizado. Mas o verdadeiro impacto educacional não se esgota nas emoções; vai além, decorre de um processo de reflexão sobre as emoções experimentadas, cristaliza em vivências. Explicamos.

As mesmas cenas ou os mesmos filmes, que se podem utilizar para educar, quando vistas fora desse contexto, é provável que desencadeiem as mesmas emoções, mas não o processo reflexivo que permite adquirir competências, assimilar valores, gerar atitudes. Quando, por outro lado, estas cenas se empregam no contexto educacional, guiado por um docente que facilita o processo reflexivo através de comentários consegues, não apenas despertam emoções, mas desencadeiam vivências. Os comentários do facilitador obedecem a um roteiro que pode ser preestabelecido, mas flexível, porque afinal os melhores comentários são os pensamentos em voz alta do facilitador: o educador utiliza as cenas para pensar em voz alta e aplicar-se a ele mesmo a reflexão que compartilha com os que lhe escutam.

As vivências são experiências que alguém vive e que, de algum modo, entram a formar parte de si mesmo, do seu carácter, da sua personalidade. Existe melhor modo de compreender um conceito ou de captar a essência de uma atitude, do que vivenciá-la, isto é, vive-la em primeira pessoa? As vivências são algo muito mais complexo e construtivo do que as emoções, porque quando se assimilam geram um processo integrador de conhecimentos, atitudes e afetos que, trabalhados pela reflexão, permitem adquirir experiência.

Um exemplo cinematográfico pode esclarecer esta questão de emoções e vivências. Estamos nos momentos finais de *As Filhas de Marvin* (54). A filha que padece leucemia e gastou a sua vida cuidando do pai demente, consegue acalmá-lo enquanto o distrai com um jogo de luzes provocado com um pequeno espelho. Arranca dele um sorriso de satisfação. Nesse momento, a outra irmã que se manteve distante os últimos anos para "não desperdiçar a vida cuidando do pai que teve um derrame", chega com os medicamentos. Contempla a cena, sorri, transforma-se e surgem as lágrimas; as da protagonista e, muito provavelmente, as do público. É neste momento onde a intervenção do docente que comenta a cena em voz alta pode transformar a emoção em vivência. Um comentário simples que sublinha a pouca técnica que é necessária para fazer sorrir um ancião com demência. Pouca técnica, mas toneladas de dedicação, de compromisso. A arte, o amor, representado pelo jogo de luzes que o espelho provoca supera os medicamentos convencionais, que a outra filha lhe traz.

A cena contemplada em conjunto, num contexto educacional, capta a atenção, provoca comoção, talvez lágrimas. Mas é a habilidade do facilitador a que consegue transformar a emoção em vivência, estimulando a reflexão de cada um, provocando a interiorização da emoção sentida. Os assistentes se perguntarão, com toda razão, como devem ser essas atitudes que, fugindo do convencional, são capazes de fazer sorrir um ancião, recuperar a filha perdida, integrar a família, unir uma equipe, superar as dificuldades. O terreno fértil da emoção, adubado pela reflexão, faz germinar a vivência que renderá os frutos em forma de atitudes estáveis e duradouras.

Este processo é o que explica porque na vida algumas pessoas amadurecem antes do que outras, tendo as mesmas oportunidades vitais. Não é o número de experiências nem a intensidade das mesmas, mas a capacidade de "digeri-las" e de transformá-las em vivências mediante a reflexão interior o que nos faz crescer como profissionais e como pessoas. Daí que nos deparemos com jovens que demonstram uma maturidade exemplar e com profissionais veteranos que ainda vivem uma adolescência afetiva.

As vivências que a representação concreta da experiência cinematográfica proporciona, criam um contexto em que é possível favorecer um aprendizado de atitudes para as outras experiências, as reais, que o indivíduo terá de atravessar. E mediante a reflexão sobre estas experiências "simuladas" poderão ir construindo-se atitudes necessárias para a postura do dia-a-dia que sustenta a "ética do cotidiano".

Permite-se assim um aprendizado de atitudes próximas da realidade, fugindo do lugar comum da discussão ética "no caso difícil", como se a ética fosse uma vertente heroica esporádica, e não a postura habitual do cidadão. Uma postura que deve ser, sem dúvida, criativa. A criatividade ética - dar o melhor de si - relaciona-se com o amor pessoal, pois é através do amor que a pessoa se comunica e sabe dar o seu melhor. Superando uma ética dos limites do que está legislado, das normas e dos códigos, entra-se no apaixonante terreno da ética personalista, criativa, que faz todo o bem que lhe é possível (55).

As experiências educacionais com o Cinema, assim como a metodologia, tem sido amplamente comentadas neste espaço⁵⁶ e em outras publicações (57,58,59,60,61,62, 63,64,65).

Considerações finais: da educação afetiva ao profissionalismo

A experiência estética, que brinda a oportunidade para contar histórias - as dos outros, na arte, e as próprias que são provocadas pela mesma experiência, clima e discussão - estabelece essa premissa básica: as emoções - do aluno, da pessoa em formação - não podem ser ignoradas. Saber conhecê-las melhor, assim como as suas manifestações para poder lidar com elas é o nosso objetivo. A dimensão afetiva e a participação das emoções no processo formativo nos oferecem um norte para trabalhá-las e progredir na educação afetiva.

Conhecer o mundo do interlocutor implica sintonizar com a cultura na qual está imerso. Ortega (66) nos adverte que para se entender bem, não basta conhecer a língua, mas é preciso um mútuo conhecimento entre os que conversam. Não basta falar um idioma comum, é também necessário conhecer com quem se está conversando.

Se o que predomina é a emoção, é preciso estabelecer contato através dela. O educador tem de assumir uma postura que incorpore a emoção no processo educacional. "Para defender-se de uma cultura apenas emotiva, em detrimento da racionalidade e do conceito, devem-se incorporar certas doses de emotividade nos processos educativos" (53). Quer dizer, se o educador teme que as emoções tomem conta de todo o processo formativo, não tem outro remédio senão utilizar as emoções, como uma vacina sábia, que garanta a saúde do aprendiz. Deve-se chegar, pois, a uma postura conciliadora, permitindo que seja a emoção a que cumpra o papel que lhe cabe: ativar o desejo de aprender, motivar o estudante. Somente depois é possível, através da racionalidade, estabelecer os fundamentos conceituais. E ainda adverte o mesmo autor: "Todo o mundo é de algum modo produto da cultura onde é educado. Os educadores devem compensar as falhas dessa cultura, mas não desde parâmetros comunicativos opostos aos da cultura hegemônica. A sintonia com o educando torna-se essencial: de nada servem os raciocínios se não se consegue contatar com o destinatário (53)."

Insistamos mais uma vez na advertência já comentada. Não basta provocar uma enxurrada de emoções nos cenários docentes pensando que os sentimentos formarão atitudes estáveis. É preciso trabalhá-los, conduzi-los, com a ajuda de docentes "enzimáticos" que catalisem a reação que cristaliza em vivências. A isto se referia Gregorio Marañón quando falava sobre "o humanismo ambicioso e ao mesmo tempo humilde, que serve para amadurecer e para fixar, para fazer prudente e eficaz o instrumento da profissão (67)." O conhecimento que se adquire com as emoções forjará mediante a reflexão vivências e, através delas, um conhecimento assimilado, duradouro, que transforma. Eis um paradigma moderno que a educação médica deve contemplar.

Bibliografia

1. Nicolas B, Gillett G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 1997; 23: 295-99.
2. Bauby JD. *The diving bell and the butterfly*. New York: Alfred A. Knopf; 1997.
3. Blasco PG. *O médico de família, hoje*. São Paulo: SOBRAMFA; 1997.
4. Ortega y Gasset J. *Misión de la universidad*. Revista de Occidente. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
5. American Board of Internal Medicine. *Project Professionalism*. Philadelphia: ABIM Foundation; 2001.
6. Swick HM. Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Acad Med* 2000; 75(6): 612-16.
7. Wear D, Castellani, B. The Development of Professionalism: Curriculum Matters. *Acad Med* 2000; 75: 602-611.
8. Calman KC. Literature in the education of the doctor. *Lancet* 1997; 350: 1622-24.
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. Blasco PG, Moreto G, Janaudis MA, De Benedetto MAC, Delgado-Marroquín MT, Altisent R. Educar las emociones para promover la formación ética. *Pers Bioét* 2013; 17(1): 28-48.
11. Shapiro J. Does Medical Education Promote Professional Alexithymia? A Call for Attending to the Emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad Med* 2011; 86: 326-32.
12. Ruiz Retegui A. *Pulchrum: reflexiones sobre la belleza desde la antropología Cristiana*. Madrid: Rialp; 1999.
13. Nobre de Melo AL. *Psiquiatria*. VI. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1979.
14. Damásio AR. *O Erro de Descartes: emoção, razão e o cérebro humano*. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.
15. Rosenberg NM. Running toward the fire: empathy and ethics in medical education. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc* 2013; 76(4): 28-31.
16. Costa SC, Figueiredo MRB, Schaurich D. Humanization within adult intensive care units (ICUs): comprehension among the nursing team. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(1): 571-80.
17. 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.
18. 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.
19. De Benedetto MAC, Blasco PG, Gallian DMC. Narrativas de estudantes de Medicina e Enfermagem: o que elas revelam? *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Especial Oncologia)* 2013; 70(3): 11-17.
20. Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as Emotional Labor in Patient-Physician Relationship. *JAMA* 2005; 293(9): 1100-6.
21. Moreto G, González-Blasco P, Craice-De Benedetto MA. Reflexiones sobre la enseñanza de la empatía y la educación médica. *Aten Fam* 2014; 21(3):94-97.
22. Wear D, Aultman J, Zarconi J, Varley JD. Derogatory and cynical humour directed towards patients: views of residents and attending doctors. *Fam Med* 2009; 43:34-41.
23. 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.
24. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1434-38.
25. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38: 934-41.
26. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology* 2003; 36: 171-80.
27. Rizzolatti G, Sinigaglia C. *So quell che fai: il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Milán: R. Cortina; 2006. Italiano.
28. Charon, Rita. *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
29. MacIntyre. *After virtue*. Liverpool: Duckworth; 1981.
30. Jones AH. Narrative in medical ethics. *BMJ* 1999; 318: 253-256.
31. Janaudis MA, Blasco PG, Angelo M, Lotufo PA. Nos bailes da vida: a Música Facilitando a Reflexão na Educação Médica. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Especial Oncologia)* 2011; 68: 7-14.
32. Sekeff ML. *Da música, seus usos e recursos*. 2ª ed. São Paulo: Unesp; 2007.
33. Aranguren J, Stork RY. *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana*. 5ª ed. Pamplona: EUNSA; 2001.
34. Newell GC, Hanes DJ. Listening to music: the case for its use in teaching medical humanism. *Acad Med* 2003;78:714-9.

35. Tatit L, Lopes IC. Elos de melodia e letra - Análise semiótica de seis canções. São Paulo: Ateliê; 2008.
36. Janaudis MA, Fleming M, Blasco PG. The Sound of Music: Transforming Medical Students into Reflective Practitioners. *Creative Education*. , v.04, p.49 - 52, 2013.
37. Stange K, Miller WL, McWhinney I. Developing the Knowledge Base of Family Practice. *Fam Med* 2001; 33(4):286-97.
38. Charon R. Literature and Medicine: Origins and Destinies. *Acad Med* 2002; 75(1): 23-27.
39. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA* 2001; 286(15): 1897-1902. (Reprinted)
40. Carroll, R. Finding the Words to Say It: The Healing Power of Poetry. *Evidence- based Complementary and Alternative Medicine* 2005; 2 (2): 161- 172.
41. 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.
42. Frank A. Just Listening: narratives and deep illness. *Fam Syst Health* 1998; 16: 197-212.
43. Shapiro J, Ross V. Applications of Narrative Theory and Therapy to Practice of Family Medicine. *Fam Med* 2002; 32(2): 96-100.
44. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative Based Medicine: why study narrative? *BMJ* 1999; 318(7175): 48-50.
45. De Benedetto MAC, Blasco PG, Castro AG de, Carvalho, E de. Once upon a time ... at the Tenth SOBRAMFA International and Academic Meeting, São Paulo, Brazil. *J. Learn Arts* 2006; 2(1):7, available in <http://repositories.cdlib.org/clta/ita/vol2/iss1/art7> .
46. Pinheiro TRP, Benedetto MAC, Levites MR, Giglio AD, Blasco PG. Teaching Palliative Care to Residents and Medical Students. *Fam Med* 2010; 42: (8) 580 - 582.
47. Tolstoi, L. A Morte de Ivan Ilitch. Brasil: Editora 34; 2006.
48. Frank, AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16: 197-212.
49. Shapiro J. Writing Rings around Death. *Narrative and Healing: Perspectives (LitSite Alaska)*. Available in: <http://www.litsite.org/index.cfm?section=Narrative-and-Healing&page=Perspectives&viewpost=2&ContentId=989>. Accessed in: May 1st 2013.
50. Bolton G. Stories at work: reflective writing for practitioners. *Lancet* 1999; 354(9174): 243-5.
51. De Benedetto MAC, Castro AG, Carcalho E, Sanogo R, Blasco PG. From Suffering to Transcendence : Narratives in Palliative Care. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1277-79.
52. Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. Even a little magic. *Can Fam Physician* 2008; 54: 1146 - 1147.
53. Ferrer J. Educar en una cultura del espectáculo. Barcelona: Paidós, 2000.
54. As Filhas de Marvin (Marvin's Room. 1996). Cena situada na metragem: 1h:33 min- 1h:34 min
55. Ruiz Retegui A.. Op. Cit. 56. Blasco PG. Humanizando as Evidências com Cinema: Da atualização científica ao conhecimento da Pessoa. *RBM. Revista Brasileira de Medicina (Rio de Janeiro)*. , v.71, p.14 - 18, 2014.
57. Blasco PG, Moreto G, Roncoletta AFT, Levites MR, Janaudis MA. "Using movie clips to foster learners' reflection: Improving Education in the Affective Domain. *Fam Med* 2006, 38(2) 94-6.
58. Blasco PG, Pinheiro TRP, Ulloa-Rodríguez M, Angulo-Calderón N. El Cine en la Formación Ética del Médico: Un recurso pedagógico que facilita el aprendizaje. *Persona y Bioética*.2009 , v.13, p.114 - 127
59. Blasco PG, Gallian DMC, Roncoletta, AFT, Moreto, G. Cinema para o Estudante de Medicina. Um recurso afetivo/efetivo na educação humanística. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2005, v.29. n.2 119-128.
60. Blasco PG, González-Blasco M, Levites MR, Moreto G, Tysinger JW. Educating through Movies: How Hollywood Fosters Reflection. *Creative Education*. , v.2, p.174 - 180, 2011.
61. Blasco PG, Mônico CF, Benedetto MAC, Moreto G, Levites MR. Teaching Through Movies in a Multicultural Scenario: Overcoming Cultural Barriers through emotions and reflection. *Fam Med*.2010; 42 (1): 22 - 24.
62. Blasco PG. Educação da Afetividade Através do Cinema. IEF- SOBRAMFA. São Paulo. 2006.
63. Blasco PG. Humanizando a Medicina: Uma Metodologia com o Cinema. Centro Universitário São Camilo. São Paulo. 2011.
64. Blasco PG. Educação Médica, Medicina de Família e Humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudante de medicina analisadas a partir de discussões sobre produções cinematográficas. Tese Doutoral. Faculdade de Medicina, USP. São Paulo, 2002.
65. Blasco PG, Moreto G. Teaching Empathy through Movies: Reaching Learners' Affective Domain in Medical Education. *Journal of Education and Learning*. v.1, p.22 - 34, 2012.
66. Ortega y Gasset J. Meditación del pueblo joven y otros ensayos sobre América. *Revista de Occidente*. Madrid. 1981.
67. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Espasa Calpe. Colección Austral. Madrid. 1963.