

## **Narrativas e Humanização em Saúde: o aprendizado de estudantes de Medicina em cenários clínicos**

## **Narrativas y Humanización en Salud: el aprendizaje de estudiantes de Medicina en escenarios clínicos**

## **Narratives and Humanization in Health: the learning of medical students in clinical settings**

*Maria Auxiliadora Craice De Benedetto,\* Graziela Moreto.\*\**

*\*Doutor em Medicina. Diretora de publicações da SOBRAMFA. \*\*Doutor em Medicina. Diretora de programas educacionais da SOBRAMFA.*

**Correspondencia:** Dra. Maria Auxiliadora Craice De Benedetto. **Correo electrónico:** **Contacto:** macbet@sobramfa.com.br  
**Fecha de recepción:** 25-04-19 **Fecha de Aceptación:** 17-05-19

### **Resumo**

A SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo, foi criada em 1992 e tem como um de seus principais desígnios colaborar na formação de médicos capazes, em sua prática, de aliar valores humanísticos à excelência técnica. Dentre as atividades desenvolvidas pela SOBRAMFA e dirigidas a estudantes de Medicina de faculdades de todo país destacam-se os estágios, os quais constituem uma atividade eminentemente prática em que os alunos acompanham os médicos da SOBRAMFA em suas atividades em variados cenários clínicos. Neste artigo, apresentamos a importância da adoção de um enfoque narrativo no estágio, e os resultados iniciais de uma pesquisa qualitativa cuja fonte de dados foi um diário de campo composto pelos professores e as narrativas escritas pelos estudantes e apresentadas em sua avaliação final.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Estágios para Estudantes de Medicina. Humanização em Saúde. Narrativas em Saúde.

### **Resumen**

SOBRAMFA – Educación Médica y Humanismo, fue creada en 1992 y tiene como uno de sus principales propósitos colaborar en la formación de médicos capaces, en su práctica, de aliar valores humanísticos y excelencia técnica. Entre las actividades desarrolladas por SOBRAMFA y dirigidas a estudiantes de Medicina de facultades de todo país se destacan las rotaciones, las cuales constituyen una actividad eminentemente práctica en que el alumno acompaña, en período integral, durante una o dos semanas, los médicos de SOBRAMFA en sus actividades en diferentes escenarios clínicos. En este artículo, presentamos la importancia de la adopción de un enfoque narrativo en las rotaciones y los resultados iniciales de una investigación cualitativa cuya fuente de datos fue un diario de campo compuesto por los profesores y las narrativas escritas por los estudiantes y presentadas en su evaluación final.

**Palabras-clave:** Educación Médica. Rotaciones para Estudiantes de Medicina. Humanización en Salud. Narrativas en Salud.

### **Abstract**

SOBRAMFA – Medical Education and Humanism, was created in 1992 and has as one of its main purposes to collaborate with the education of doctors, enabling then to combine humanistic values with technical excellence. Among the activities developed by SOBRAMFA, and addressed to medical students from medical schools throughout the country, we highlight the internships. They are eminently a practical activity in which the students accompany the doctors of

SOBRAMFA during their clinical activities in different settings. In this article, we present the importance of adopting a narrative approach while in the internship. Also, we show the initial results of a qualitative research in which the data source was a field diary. The diary was composed by the teachers and the narratives written by the students and presented in their final evaluation.

**Keywords:** Medical Education. Internships for Medical Students. Humanization in Health. Narratives in Health.

## Introdução

Em nosso país, o Brasil, questões referentes ao descontentamento da população diante da qualidade de atendimento médico dizem respeito especialmente a questões humanísticas, ou como se convencionou denominar, à falta de humanização em saúde. Na avaliação do público, a forma do atendimento, a capacidade demonstrada pelos profissionais de saúde para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados que a falta de médicos, a falta de espaço nos hospitais, e a falta de medicamentos. São frequentes as notícias divulgadas pelos meios de comunicação em que atendimentos caracterizados pela falta de humanização são retratados. Isto tanto no setor público quanto no privado<sup>1</sup>. Com a criação, pelo Ministério da Saúde (MS), do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e, posteriormente, a instituição da Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS – em 2003, muitos avanços foram observados. Documentos divulgados pelo próprio MS têm explicitado as iniciativas relativas à humanização, iniciativas essas em que, de acordo com Deslandes,<sup>2</sup> podem ser identificados diversos sentidos, entre os quais citamos: oposição à violência institucional; qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidados com as condições de trabalho dos profissionais e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços.

Certamente, as políticas de humanização do MS são louváveis e necessárias ao estabelecimento de instrumentos para o controle dos sintomas críticos da falta de humanização. Além disso, as mesmas têm colocado em foco as questões decorrentes da desumanização, uma vez que nunca antes havia sido dada tanta atenção ao tema. Ceccim e Merhy<sup>3</sup> consideram que, desde sua criação, o Humaniza SUS vem enfrentando críticas e desafios, especialmente pela tendência em se tornar uma “escola”, não no sentido de promoção de cursos e sim pela unificação de discursos. Outros autores também têm criticado as estratégias públicas adotadas para o fomento da humanização. Estas incluem programas de “treinamento” os quais vêm sendo desenvolvidos na intenção de promover “habilidades humanísticas” que seriam integradas às competências técnicas do profissional da saúde. Ao se analisar, entretanto, os resultados de tais abordagens ou programas, levando-se em consideração as opiniões e sentimentos dos que estão sendo treinados ou “educados”, percebe-se claramente que os resultados obtidos nem sempre atingem os almejados.<sup>4</sup>

Ayres levanta outra questão que diz respeito aos escassos trabalhos acerca das bases teóricas e filosóficas das propostas de reconstrução das práticas de saúde no sentido de sua maior integralidade, efetividade e acesso, reconstrução essa em que o conceito de humanização ocupa papel de destaque. O autor também afirma que é necessário compreender os discursos tecnocientíficos operantes na saúde para que se possa identificar onde e como estes discursos --

propiciam ou obstaculizam a humanização.<sup>5</sup> Por sua vez, Cecílio aponta para o risco de que programas de qualificação e humanização possam contribuir para uma instrumentalização e excessiva formalização do encontro profissional de saúde/usuário.<sup>6</sup>

A questão é complexa e, certamente, a aplicação exclusiva do modelo biomédico nos cenários de prática e ensino das Ciências da Saúde, por não comportar aspectos essenciais dos indivíduos tais como singularidade e subjetividade, as quais denotam sua humanidade, propicia a desumanização do cuidado. Portanto, qualquer estratégia de humanização a ser adotada dependerá de uma boa formação humanística dos profissionais de saúde. Em nosso país, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de Medicina homologadas pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação (em 2001 e 2014) contemplam este ponto e recomendam a formação de um profissional capaz de atuar de acordo com uma visão biopsicossocial que abranja as necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS. Além disso, o perfil almejado do formando egresso/profissional é um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Assim, o ideal seria que, durante a graduação, sejam promovidas competências para que o estudante se desenvolva intelectual e profissionalmente e possa cumprir a possibilidade de ser autônomo em caráter permanente graças ao desenvolvimento do hábito da reflexão e busca contínua de aprimoramento.<sup>7</sup>

As instituições de ensino superior no Brasil têm enfrentado um grande desafio para compor uma carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos com o intuito de contemplar todos esses aspectos. Apesar da ampla liberdade garantida a essas instituições para o cumprimento de tal desafio, grande parte delas ainda mantém os princípios do modelo flexneriano, com ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, princípios esses responsáveis pela visão reducionista que tem caracterizado os programas educacionais médicos.<sup>8</sup>

E o que se percebe, ainda hoje, é que os jovens médicos se formam dentro de uma visão dirigida ao método clínico da medicina centrada na doença e não na pessoa e com a propensão de uma escolha precoce de uma especialidade médica.<sup>9</sup> Percebe-se claramente que as mudanças de paradigma e a conciliação de visões complementares, que muitas vezes são confundidas com visões opostas, são difíceis.

Tais questões encontram ressonância com os ideais da SOBRAMFA – Educação Médica e Humanismo. Criada em 1992, esta instituição tem como um de seus principais desígnios colaborar na formação de profissionais capazes, em sua prática, de aliar valores humanísticos à excelência técnica.<sup>10</sup> Ao longo dos anos, a SOBRAMFA tem promovido os princípios e valores da medicina centrada na pessoa e fomentado a educação médica centrada no aluno, ao mesmo tempo em que tem convocado as lideranças envolvidas em educação médica para a reconstrução de uma dimensão humanística da medicina, que idealmente deveria ser incorporada em cenários clínicos e no processo de formação universitária.<sup>11,12</sup>

Dentre as muitas atividades desenvolvidas pela SOBRAMFA e dirigidas a estudantes de Medicina de faculdades de todo país destacam-se os estágios, os quais constituem uma atividade eminentemente prática em que o aluno acompanha, em período integral durante uma ou duas semanas, os médicos da SOBRAMFA em suas atividades nos mais variados cenários clínicos. Assim, têm a oportunidade

de presenciar e participar de atividades em hospitais (clínica médica, cuidados paliativos, pacientes crônicos com múltiplas enfermidades), casas de longa permanência para idosos e ambulatórios de continuidade de cuidado. As experiências docentes desenvolvidas no estágio compõem-se de dinâmicas com discussões abertas provocadas por textos teóricos ou pelo próprio atendimento aos pacientes. A mensagem transmitida durante o estágio é que os estudantes se sintam à vontade para expor suas dúvidas, incertezas e dilemas, mesmos que estes tenham sido vivenciados em suas faculdades e colocados em segundo plano em decorrência das grades curriculares predominantemente focado em um conteúdo tecnocientífico.<sup>10</sup>

Com base nas avaliações finais dos estudantes, esse programa tem sido constantemente analisado e objeto de estudo de pesquisas qualitativas, cujos resultados apontam para a força do exemplo docente. Dentre os principais temas emergentes de tais avaliações, citamos os seguintes: aprendizado integral decorrente da abordagem centrada no paciente e não na doente, não importando o ano que o estudante esteja cursando (o estágio é aberto a estudantes do primeiro ao sexto ano de faculdade e todos convivem igualmente com os tutores da SOBRAMFA e entre si); importância da comunicação eficaz em qualquer cenário de prático, a qual permite o cuidado integral; fomento de uma relação professor-aluno eficaz, o que facilita o aprendizado e transmite confiança para que o aluno se desenvolva profissionalmente e se torne proativo; enfoque integral e humanista, o qual proporciona uma boa gestão clínica dentro do método clínica da medicina centrada no paciente; impacto do contato supervisionado com o paciente e da força do exemplo; integração do conhecimento tecnocientífico (medicina baseada em evidências) com os aspectos subjetivos do paciente e/ou familiares, graças aos recursos humanísticos incorporados à prática clínica dos tutores da SOBRAMFA ou, em outras palavras, estágio como vacina contra o excesso de tecnologia e total detrimento dos aspectos humanísticos.<sup>10</sup>

## **Narrativas: Incorporando as Humanidades Médicas em Cenários Clínicos e de Pesquisa**

Dadas as limitações do modelo biomédico e a desumanização da medicina, tão comentada por profissionais e educadores da área de saúde e, principalmente, por usuários dos sistemas de saúde ao redor do mundo, uma necessidade que se revelou premente no século XX foi “humanizar a ciência”, conforme as palavras de Sarton,<sup>13</sup> em seu artigo clássico *The New Humanism*. George Sarton, historiador da ciência, cunhou o termo Humanidades Médicas (*Medical Humanities*), unindo, em 1948, Medicina e Humanidades em um único termo. Sarton foi o primeiro a aspirar por um “novo humanismo”, capaz de criticamente situar a ciência como uma fonte de conhecimento e progresso e responder a seu número crescente de especialismos. Estes lhe conferiram um grande poder explanatório, mas às custas da fragmentação do conhecimento, sem prover um quadro conceptual complementar para o entendimento do humano e da significância cultural das descobertas científicas e invenções. As Humanidades Médicas, como um campo ainda emergente, foram impulsionadas após a Segunda Guerra Mundial, especialmente a partir de um aumento da importância atribuída a questões éticas em pesquisa e prática médica. Questões morais girando em torno de conflitos de princípios e valores e a atuação fora da virtude em contextos profissionais têm sido representadas sob formas estreitamente ligadas às artes e huma--

nidades–romances, dramas, filmes, memórias e biografias – em uma literatura que expande e aprofunda a perspectiva moral apresentada por relatos de casos em Bioética e proporciona um repositório de situações e contextos finamente graduados por uma ambiguidade moral digna de reflexão, comentário e calibração.<sup>14</sup>

Existe uma certa falta de clareza em relação ao conceito de Humanidades Médicas e estas têm sido consideradas, por exemplo, como algumas combinações de disciplinas relevantes do campo das modernas artes liberais – Ética e Filosofia, estudos da religião, Literatura e assim por diante – enfocadas em contextos médicos.<sup>15</sup> Shapiro et al. também reportam uma persistente falta de clareza acerca do leque de abrangência das Humanidades Médicas e oferecem uma definição estritamente pedagógica, referindo que as Humanidades Médicas utilizam métodos e conceitos de uma ou mais disciplinas que compõem as Humanidades para ensinar aos estudantes uma reflexão crítica e fomentar uma prática mais humanista, sendo, por sua própria natureza, interdisciplinares e colaborativas.<sup>16</sup>

Nas atividades didáticas desenvolvidas na SOBRAMFA, a reflexão acerca de temas como empatia,<sup>17</sup> dor, sofrimento, morte,<sup>18</sup> limitações, incerteza,<sup>19</sup> dilemas éticos,<sup>20</sup> afetividade<sup>21</sup> e tudo mais que se refira à condição humana é constantemente estimulada. Para tal, uma fonte de inspiração são as Humanidades Médicas, as quais representaram um papel importante na formação acadêmica dos professores da entidade e são, de alguma forma, transmitidas aos estudantes em estágio e aos jovens médicos em formação. O Cinema,<sup>22</sup> a Música (sob a forma de canções)<sup>23</sup> a Filosofia e a Bioética<sup>21</sup> e a Medicina Narrativa (incluindo narrativas médicas e textos literários)<sup>24</sup> são alguns dos exemplos de Humanidades enfocadas na SOBRAMFA, a partir das quais têm sido desenvolvidas vivências reflexivas. Na verdade, o real objetivo de tais atividades é aumentar os recursos para uma atuação clínica em que se integre excelência técnica com valores humanísticos.

No início do estágio, por exemplo, os estudantes são introduzidos ao modelo denominado Medicina Narrativa (MN) ou Medicina Baseada em Narrativas (MBN)<sup>25,26</sup> recebendo alguns artigos sobre o tema e sendo orientados a atentar para as narrativas dos pacientes, mesmo aquelas que aparentemente não tenham nada a ver com suas histórias clínicas. Também lhes é solicitado que escrevam uma narrativa que tenha adquirido um significado especial, ou transmitido ensinamentos, ou provocado a reflexão sobre questões éticas e existenciais, ou despertado algum tipo de emoções ou sentimentos. Esta narrativa pode referir-se a uma história de paciente ou a uma situação que tenham vivenciado e ser, preferencialmente, permeada por reflexões pessoais. Tal narrativa deverá ser apresentada oralmente (ou lida) no encontro de encerramento do curso, em que todos os estudantes se reúnem entre si e com um professor da SOBRAMFA com o intuito de realizar uma espécie de balanço do estágio. Durante tal reunião, as narrativas são apresentadas, vivências são relatadas e vínculos com os artigos recomendados ou com textos de autores afins com os temas abordados vão sendo realizados. Além disso, após o final da atividade, o professor que a conduziu compõe sua própria narrativa sob a forma de um diário de campo em que são anotadas suas impressões e principais temas enfocados no encontro.

Em seguida, são apresentados os resultados parciais da análise do diário de campo. Este representou a fonte de dados, os quais foram submetidos a uma análise por métodos qualitativos – técnicas de imersão/cristalização inspiradas na Fenomenologia-Hermenêutica.<sup>27</sup>

### **Cuidados paliativos (CP) – um cenário para múltiplos aprendizados**

A oportunidade de acompanharem um(a) médico(a) em seu cotidiano foi muito valorizada pelos estudantes, especialmente pelo fato de atividades em cenários de CP terem sido incluídas no estágio.

A ideia de que nessas circunstâncias não há nada a fazer parecia fortemente arraigada na maioria dos estagiários e a impressão foi que, ao longo do estágio, esta concepção foi sendo naturalmente abandonada. Os artigos sobre narrativas que lhes foram entregues para leitura no primeiro dia do estágio certamente colaboraram para tal, pois foram cuidadosamente escolhidos<sup>28-30</sup> com o objetivo de lhes abrir novos horizontes. Tais textos retratam muito bem a sensação de incapacidade e frustração diante das situações de dor, sofrimento e morte tão comuns no dia a dia dos profissionais de saúde e apontam para saídas que ajudam a lidar com essa sensação, mediante a apresentação de um referencial teórico que propicia a reflexão e foi ilustrado por narrativas reais vivenciadas ou testemunhadas pelos autores. E, no encerramento, foi comum que se referissem a eles fazendo paralelos com a histórias reais que vivenciaram.

No entanto, o que parece ter sido mais impactante foi a força do exemplo. Diante de situações em que eles não saberiam como agir, os tutores mostraram-se seguros e bons tecnicamente e, ao mesmo tempo, agiram com muita naturalidade, respeito e amor. Para eles, esses atendimentos em CP representaram o verdadeiro significado da tão falada humanização em saúde.

“Levarei para o resto da vida essa forma de atendimento que presenciei – conciliar a parte técnica com uma atitude totalmente humanizada e dar atenção a todas as demandas do paciente e familiares. Pude perceber que havia amor e compaixão nessa atitude, algo que eu não esperava que pudesse ser demonstrado na prática médica”.

Outro ponto bastante enfocado pelos estudantes foi a comunicação de más notícias. Embora tenham tido aulas teóricas sobre o tema, referiram que não estariam tão seguros quando tivessem de fazer isso em cenários clínicos. No estágio, perceberam que sempre há uma forma criativa e humana em se fazer isso e que é necessário ter flexibilidade e sensibilidade para transmitir as informações na hora e de forma adequadas.

“Não é suficiente ater-se unicamente a protocolos. Eles não contemplam totalmente as reais necessidades de pacientes, familiares e médicos e os protocolos precisam ser enriquecidos com uma atitude de carinho”.

Foi referido que uma boa habilidade de comunicação também é essencial para se lidar com pacientes que se mostram difíceis ou agressivos, alguns dos quais por características pessoais e outros por se encontrarem em fase de revolta.

“Fiquei surpresa com a forma como o médico que eu acompanhava atendeu a um paciente que chegou muito desesperançado e agressivo, cobrando dos médicos o que parecia impossível. O Dr. manteve a calma, não entrou no clima de contestação, deixou o paciente falar sem interrompê-lo, ao mesmo tempo que mostrou interesse. Isso fez com que o paciente fosse se acalmando aos poucos, para que conseguisse, enfim, prestar atenção ao que lhe estava sendo transmitido. Ao notar que o médico estava buscando realmente uma forma de ajudá-lo, os ânimos foram se acalmando”.

Constataram que uma formalidade excessiva pode prejudicar o estabelecimento de um bom relacionamento médico-paciente e relataram como, em determinada consulta, foi importante o médico ter se referido a experiências pessoais que vivenciou quando ficou enfermo, o que em muito ajudou o paciente a compreender a sua própria situação. Ficou evidente que “sempre se trata de um ser humano cuidando de outro ser humano”, como afirmou uma aluna do quarto ano.

O cuidado integral que puderam testemunhar durante o estágio foi um tema constante nas falas e narrativas dos estudantes. Consideraram cuidado integral como a contemplação de todos os aspectos do paciente -físico, mental, emocional, espiritual, sociocultural e familiar- e o fato de se tratar os pacientes como seres humanos e não simplesmente doenças. A atenção aos familiares também é parte essencial desse cuidado integral capaz de suprir, de alguma forma, as reais necessidades do doente e do cuidador.

“É preciso tratar a dor física, mas não podemos nos esquecer da dor emocional que a acompanha. Temos de dar o máximo de suporte aos familiares, quando estes se desesperam presenciando o sofrimento do ente querido, achando que não há nada que possam fazer. Levo o ensinamento que tratar os principais sintomas do paciente, prover suporte emocional e espiritual ao paciente e aos familiares e valorizar as mínimas coisas que estes fazem tentando proporcionar conforto, mesmo que aparentemente estas pareçam ser inúteis é a síntese dos CP”.

“Ultrapassar a dimensão biológica do paciente fez com que a sensação de que não há nada a fazer em CP se desvanecesse”.

As principais mensagens sugeridas nos artigos recomendados no início do estágio foram: em CP não se pode mudar o final de uma história, mas seu curso pode ser alterado e um novo script pode ser escrito por todos os personagens de forma tal que as histórias de caos se transformem em histórias de busca;<sup>30</sup> quando aparentemente não há nada a fazer, ainda podemos escutar com atenção, compaixão e empatia, de forma tal que as narrativas então compostas desempenhem o seu papel terapêutico ou paliativo<sup>28</sup>. Ainda que, em um primeiro momento esse discurso possa não ter feito muito sentido aos estudantes, a impressão é que, após uma ou duas semanas de vivências profundas, em um ambiente propício à reflexão no qual se sentiram acolhidos, essas ideias foram introvertidas e “serão levadas para a vida”, de acordo com próprias palavras de muitos deles.

## Transcendendo as dicotomias

Questões referentes à humanização revelaram-se uma preocupação constante para os estudantes, que, ainda que se referissem orgulhosos acerca de disciplinas administradas em suas faculdades dedicadas ao tema Humanidades Médicas e Psicologia Médica, com o intuito de se fomentar a humanização em saúde, não se mostravam muito seguros quanto à efetividade de tais iniciativas.

“Infelizmente, as discussões em sala de aula geralmente são dissociadas da prática. Seria muito bom que se promovesse a reflexão a partir de histórias reais experienciadas em cenários clínicos”.

Os graduandos constataram que as narrativas podem auxiliar no processo de humanização, pois elas representam uma forma de se contemplar o ser humano em sua totalidade. Ao acompanharem os tutores da SOBRAMFA perceberam que, ao considerar a afetividade dos pacientes pela escuta atenta, conseguiram estabelecer um vínculo mais estreito com os mesmos e exercer a empatia, o que propiciou uma maior adesão ao tratamento e o fortalecimento do vínculo médico/paciente, até mesmo diante de pacientes incuráveis ou difíceis. Uma estudante afirmou:

“[...] o conhecimento tecnocientífico é importante, mas se o focarmos com exclusividade corremos o risco de simplesmente tratarmos doenças e não cuidarmos de pessoas. E talvez isso seja o cerne da desumanização”.

O que foi sugerido humildemente por uma estudante de quinto ano e que parece ser quase uma constante na prática médica do século XXI, foi abordado com profundidade na metade do século passado por Gregorio Marañón, médico que soube nos alertar sobre a necessidade de se conciliar as dimensões ciência e arte da medicina, advertindo-nos sob o perigo de se buscar um diagnóstico com ferramentas puramente técnicas sem levar em conta as particularidades do enfermo. Para ele, este sistema de diagnóstico puro, deduzido quase que exclusivamente de dados analíticos, desumanizado e independente da observação de uma observação em profundidade do paciente, carrega consigo o erro fundamental de se esquecer a individualidade do paciente, a qual conta tanto quanto as etiologias nos processos de adoecimento e na forma como podemos aliviá-lo.<sup>31</sup>

No estágio, os estudantes apreciaram a integração entre excelência técnica e atitudes humanísticas, entendendo que esses dois polos são complementares e não opostos. Nesse sentido, referem ter tido aprendizados até então não obtidos em suas faculdades. Perceberam a importância em se hierarquizar os sintomas, identificar as reais necessidades dos pacientes e familiares e administrar o tempo, tudo isso permeado por uma escuta atenta e empática, a qual é essencial para a promoção do aprimoramento do relacionamento médico-paciente e do cuidado médico humanizado.

“Constatarei que qualidade é mais importante que quantidade. Senti-me aliviada quando percebi que não tinha de abordar todas as queixas do paciente em uma única consulta. É possível hierarquizar os problemas e -



resolver as prioridades em um contexto de continuidade. E o paciente também entende muito bem isso, especialmente quando se sente acolhido e percebe o interesse e a capacidade do médico em auxiliá-lo. Essa constatação me tirou um peso enorme dos ombros.”

De acordo com o testemunho dos alunos, sua experiência acadêmica anterior lhes havia revelado um fato que muito os desanimou, ou seja, a dicotomia entre teoria e prática. Muitos professores que, em sala de aula, tinham discursos maravilhosos e inspiradores acerca de humanização não se comportavam, em ambientes clínicos, de uma forma que os estudantes considerassem humanizada. Tal fato tem sido relatado em outros cenários de pesquisa.<sup>24</sup>

Em relação à equipe SOBRAMFA, alguns estudantes confessaram que inicialmente, julgaram que as coisas não seriam muito diferentes. Ainda que tivessem sido recebidos de uma forma muito humanizada e acolhedora no almoço e na reunião clínica de abertura do estágio, acreditavam que talvez se tratasse de alguma técnica de marketing. Essa ideia foi totalmente abandonada ao longo da semana, conforme o explicitado ao longo deste texto.

### **Vencendo a Alexitimia – cuidar de si para cuidar do outro**

Na maioria das narrativas pessoais compartilhadas durante o encerramento do estágio, temas concernentes à incerteza, dor, morte, aos dilemas e ao sofrimento estiveram quase sempre presentes, uma vez que estes são recorrentes no cotidiano de profissionais e estudantes da área de saúde. Certamente tais tópicos despertam emoções e sentimentos, os quais parecem ser ignorados ou colocados à margem ao longo da graduação, o que predispõe à alexitimia, que significa a incapacidade em reconhecer e expressar emoções e sentimentos.<sup>32</sup> Os graduandos desenvolvem essa alexitimia quer seja para esconder sua eventual sensação de impotência, quer seja para fugir ao sofrimento, quer seja para imitar os mais velhos que lhes servem de exemplos, ou que seja pela falta de suporte emocional para lidar com as dificuldades que se revelam em cenários clínicos. Para agravar a situação, poucos componentes dos currículos formais contemplam a realidade emocional.<sup>32</sup>

A morte e a impossibilidade de tratamento para certas condições clínicas são confundidas com fracasso e incompetência e os sentimentos e emoções despertados nessas circunstâncias não se adequam à imagem do médico herói que parece fazer parte do imaginário dos estudantes de Medicina,<sup>24</sup> motivo pelo qual vão sendo colocados à margem ao longo da graduação formal.

Por outro lado, confirmando o que temos observado ao longo dos anos, ninguém fica indiferente a uma boa história, principalmente se esta é contada com o coração.<sup>33</sup> Por terem sido estimulados a escutar os pacientes com atenção e empatia e presenciarem os tutores a fazerem o mesmo, constataram quase que naturalmente que as narrativas não apenas estimulam e medeiam a reflexão, mas também permitem a exteriorização de emoções e sentimentos. As narrativas pessoais apresentadas no encerramento do estágio demonstraram isso. Um estudante afirmou ao apresentar sua narrativa:

“Poder compartilhar essa história de dor e morte iminente, e também de aceitação e amor, em um ambiente acolhedor foi muito positivo para mim. Sou muito emotivo e chego a chorar quando vivencio essas histórias. Sinto-me aliviado em poder falar sobre isso e perceber que meus colegas compartilham esses sentimentos, assim como percebi que a paciente se sentiu em paz ao narrar o que se passava em seu mundo exterior e interior”.

Alguns alunos referiram-se ao isolamento que de alguma forma dificulta o compartilhamento de emoções e sentimentos, o qual os acomete desde os primeiros anos da graduação e aparentemente decorre das referidas exigências do curso e também de características pessoais. O isolamento e a dificuldade para refletir acerca de e compartilhar emoções e sentimentos parecem ser agravados por um traço de personalidade que ficou explicitado nas narrativas de alguns alunos – a timidez. Por outro lado, a abordagem narrativa que é adotada ao longo do estágio parece contribuir para atenuar essa característica.

“Sou muito tímida. A timidez atrapalha minha aproximação com os pacientes e tutores. No início do estágio, quando meu tutor me pedia para conversar com um paciente, sentia um frio na barriga. Mas com o decorrer da semana, a naturalidade dos tutores em tratar os pacientes e os estagiários parecia ir me “contaminando”. E sem me dar conta, lá estava eu, sem grandes problemas, conversando com as pessoas acerca da condição humana. Certamente, um ambiente acolhedor ajuda, e muito, a dissipar a timidez”.

## Empatia

Emoções evocam empatia e este foi um tema muito focado a partir de diferentes pontos de vista. Os estudantes concordaram que é esta atitude humanística essencial para uma prática médica humanizada. Muitos deles tinham, intuitivamente, o entendimento que “empatia significa olhar mais profundamente para o paciente, colocar-se em seu lugar e tratá-lo como gostariam de ser tratados”, o que foi explicitado muitas vezes em suas falas. Colocar-se no lugar do outro foi a frase-chave com a qual insistentemente definiram empatia. E muitas vezes o termo empatia foi utilizado como equivalente à humanização. Por outro lado, os estudantes referiram que a seguinte ideia vai lhes sendo insinuada quase de forma subliminar nos cenários de prática: “se formos empáticos, vamos acabar sofrendo junto com o paciente e, assim, perder o discernimento e a capacidade de julgamento”. E uma estudante questionou:

“Como poderemos praticar medicina centrada na pessoa -que representa o core da Medicina de Família- e contemplar o paciente em sua totalidade -que é o que tentam nos ensinar na disciplinas ligadas às Humanidades- sem penetrarmos no mundo do paciente, o que, certamente, envolve algum tipo de envolvimento.”

Outra questão que sempre vem à tona em ambientes didáticos quando nos referimos à empatia é a seguinte: “é necessário que eu experimente doenças, sofrimento e situações difíceis para exercer empatia”? Algumas narrativas pessoais apontaram para essa ideia. Os estudantes transmitiram a impressão de que quando alguém passa por circunstâncias difíceis envolvendo doença e sofrimento, sua capacidade para entender situações similares vividas por pacientes e seus familiares aumenta significativamente.

A empatia é considerada uma característica pessoal inata e difícil de ser ensinada, enquanto outros advogam que ela representa um estado pessoal que pode declinar ao longo da graduação médica, mas que também pode ser melhorada através de atitudes educacionais direcionadas.<sup>34</sup> Em suas falas, os estudantes mostraram uma percepção semelhante, ainda que intuitivamente. Referiram que algumas pessoas seriam naturalmente mais sensíveis, empáticas e compassivas, ao passo que outras seriam mais racionais. Isto se daria por causas multifatoriais. Até mesmo essas pessoas mais racionais poderiam desenvolver esse olhar compassivo e empático ao longo do curso de Medicina, desde que fossem estimuladas a isso e norteadas por bons exemplos daqueles que comumente servem de modelo aos jovens estudantes. E que sem esse reforço positivo, os mais empáticos também poderiam perder ou apresentar a diminuição dessa característica. Ideias muito semelhantes emergiram em outros cenários de pesquisa em que tivemos a oportunidade de atuar.<sup>24</sup>

Para os estudantes, a atenção à narrativa do paciente e/ou familiares e, principalmente, o ato de reproduzi-la por meio da escrita representaram um instrumento para fomentar a empatia. Esse recurso lhes permitiu penetrar no mundo do paciente, compreender o seu sofrimento e organizar o caos que assoberbava suas mentes em decorrência de emoções e sentimentos desconfortáveis emergentes nas situações de dor, sofrimento e morte.<sup>30</sup> Acreditamos que trabalhar dessa forma com a afetividade despertada por estas experiências faz com que emoções e sentimentos sejam transformados em vivências que geram atitudes capazes de construir a empatia e outras atitudes humanísticas.<sup>21</sup>

### **Considerações finais**

Esses resultados parciais nos mostraram a efetividade do aprendizado por meio da observação e ação em campo (os cenários clínicos) e, principalmente, quão grande é a força do exemplo. Os estudos sobre neurônios-espelho<sup>35</sup> e o reconhecimento da importância do currículo oculto<sup>36,37</sup> em Educação Médica reforçam a constatação de que estamos no caminho certo. Na SOBRAMFA, são anos e anos em que sonhos têm sido acalentados e nos parece então que as primeiras sementes começam a germinar. No entanto, a sensação de que somos tão poucos e que a porcentagem de estudantes de Medicina que somos capazes de influenciar positivamente é pequena ainda nos assombra. No entanto, quando isso acontece, recordamo-nos das palavras da filha de uma paciente que acompanhamos por dois anos em um ambulatório de CP: “se vocês puderem ensinar o que fazem a um estudante de Medicina, a dois ou a três, não importa o número, já vai valer a pena. Por favor, nunca desistam de fazer o que fazem da forma como fazem.” E são vivências como essa e as dezenas de depoimentos de estudantes de Medicina que nos estimulam, entre erros e acertos, na busca de aprimoramento contínuo para a prática da medicina como ciência e arte.

## Referências

1. Brasil - Ministério da Saúde - Secretaria de Assistência à Saúde. Programa Nacional de Assistência Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde; 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>. Acesso em 05/11/2015.
2. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(1): 7-14.
3. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2009; 13(1): 531-42.
4. Gallian DMC, Reginato V. Relação assistencial e sua humanização. In: Ramos DLP. (Organizador). *Bioética, Pessoa e Vida*. 1. ed. São Caetano do Sul: Difusão Editora; 2009. 117-133.
5. Ayres, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005; 10(3): 549-60.
6. Cecílio LCO. A Morte de Ivan Ilitch: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2009; 1(Supl 13): 545-55. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>.
7. Brasil – Ministério da Educação – Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde. Brasília: Ministério da Educação; 2014. Disponível em [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&Itemid=30192).
8. Pagliosa FL, Da Ros MA. O Relatório Flexner: para o Bem e para o Mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2008; 32(4): 492-9.
9. Gomes AMA, Paiva ES, Valdés MTM, Frota MA, Albuquerque CM. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saude soc.* [Internet]. 2008; 17(1): 143-52. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100013&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100013>.
10. Blasco PG, Vachi VHB, Paula PS, Antonio LJ, Godoy J. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. *Educ Med*. 2017;18(4):276-84.
11. Blasco PG, Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, De Benedetto MAC, et al. Family medicine education in Brazil: Challenges, opportunities and innovation. *Acad Med*. 2008; 83: 684-90.
12. . Blasco PG, Roncoletta AFR, Moreto G, Benedetto MAC, Levites MR, Janaudis MA. SOBRAMFA has promoted family medicine education in Brazil since 1992. *Med Educ*. 2008; 42:113-5.
13. Sarton G. The New Humanism. *Isis – A Journal of the History of Science Society*. 1924; 6(1/2): 9-24.
14. Hurwitz B. *Medical Humanities: Origins, Orientations and Contributions*. Anglo Saxonica, Lisboa. 2015; sIII(10): 11-29.
15. Brody H. Defining the Medical Humanities: Three conceptions and Three Narratives. *The Journal of Medical Humanities*. 2011; 32(1): 1-7.
16. Shapiro J, Coulehan J, Wear D, Montello M. Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Acad Med*. 2009; 84:192-8.
17. Moreto G. Avaliação da empatia de estudantes de medicina em uma universidade na cidade de São Paulo [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.

18. De Benedetto MAC. Narrativas em cuidados paliativos: um instrumento para ensinar e cuidar. *Archivos en Medicina Familiar*. 2018; 20(2): 85-94.
19. Levites MR. Caracterização do perfil de residentes no enfrentamento das incertezas clínicas relacionadas com o atendimento médico. [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015.
20. Rocha DM. A filosofia da medicina de Edmund Pellegrino e os dilemas bioéticos relacionados ao suicídio assistido. *Rev bioét (Impr.)*. 2013; 21(1): 75-83.
21. De Benedetto MAC, Moreto G, Janaudis MA, Levites MR, Blasco PG. Educando as emoções para uma atuação ética: construindo o profissionalismo médico. *Revista Brasileira de Medicina (RBM) – Especial Oncologia M2*. 2014; 71: 15-24.
22. Blasco PG. Educação médica, medicina de família e humanismo: expectativas, dilemas e motivações do estudantes de medicina analisadas a partir da discussão sobre produções cinematográficas [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2002.
23. Janaudis MA. A música como instrumento de reflexão para estudantes de Medicina [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
24. De Benedetto MAC. O Papel das Narrativas como Recurso Didático na Formação Humanística dos Estudantes de Medicina e Enfermagem. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2017.
25. Charon R. Narrative Medicine. A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-902
26. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative-based medicine in an evidence-based world. *British Medical Journal*. 1999; 318, (7179): 323-5, 1999.
27. Borkan J. Immersion/Crystallization. In: Miller WL, Crabtree BF. (Org.). *Doing Qualitative Research*. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1999.
28. De Benedetto MAC, Castro AG, Carvalho E, Sanogo R, Blasco P. From Suffering to Transcendence: Narratives in Palliative Care. *Can Fam Physician*. 2007; 53(8):1277-9
29. De Benedetto MAC, Blasco PG, Troll T. *Can Fam Physician*. Even a Little Magic. 2008; 54(8):1146-7.
30. Frank AW. Just listening: narrative and deep illness. *Fam Syst Health*. 1998; 16:197-212.
31. Marañón G. *La medicina y nuestro tiempo*. Madrid: Espasa Calpe; 1954.
32. Shapiro J. Does Medical Education promote Alexithymia? A Call for Attending to the emotions of Patients and Self in Medical Training. *Acad Med*. 2011; 86(3):326-32.
33. De Benedetto MAC, Galliam M. Narrativas de Estudantes de Medicina e Enfermagem: currículo oculto e desumanização em saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2019; 22(67): 1197-1207. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000401197&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401197&lng=en). Epub May 21, 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0218>.
34. 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(9):1563-9.
35. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003; 36(4): 171-80.
36. Hafferty FW. Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998; 73:403-7.
37. Mahood SC. Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician*. 2011; 57:983-5.